



**ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA SUBJETIVA DE LOS/AS  
PSICOTERAPEUTAS RESPECTO DE LA DINÁMICA  
VINCULAR, EN EL PROCESO TERAPÉUTICO CON VÍCTIMAS  
DE AGRESIÓN SEXUAL INFANTIL EN SU PASO POR  
TRIBUNALES DE JUSTICIA**

**Tesis para optar al grado de magister  
Por  
Adriana Guila Sosman Contreras**

**Directora de tesis: Juanita Kovalsky S.  
Asesora metodológica: Paula Raposo Quintana**

Santiago, Chile

2016

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a mi familia, principalmente a mi pareja e hijos por el apoyo y el cariño incondicional brindado, y por motivarme siempre que fue necesario.

Agradezco también a mi profesora guía Juanita Kovalsky y asesora metodológica Paula Raposo a quienes pude recurrir en todo momento, recibiendo su orientación, experiencia y conocimientos, sin los cuales esta tesis no se hubiera logrado.

Así también agradezco a mis compañeras de magister con quienes pude compartir muchos momentos personales y de formación clínica que han marcado mi desarrollo profesional.

Por último agradezco a CAVAS, Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales, del Instituto de Criminología de la Policía de Investigaciones de Chile, que como institución apoyó esta investigación, permitiendo el acceso a la muestra de la presente investigación.

## TABLA DE CONTENIDOS

	<b>Página</b>
1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
3.1. Objetivo general.....	7
3.2. Objetivos específicos.....	7
4. HIPÓTESIS.....	8
5. MARCO TEÓRICO .....	9
5.1. Abuso sexual infantil.....	9
5.1.1. Definición y prevalencia.....	9
5.1.2. Agresiones sexuales y sus efectos.....	11
5.2. Acerca del trauma.....	15
5.2.1. Teoría del trauma en el pensamiento psicoanalista	15
5.2.2. Trauma sexual en contexto relacional	18
5.3. Psicoterapia reparatoria en casos de agresión sexual infantil	22
5.4. Vínculo terapéutico	25
5.4.1. Breve desarrollo teórico del concepto	25
5.4.2. Vínculo terapéutico, trauma y retraumatización	28
5.5. Agresión sexual infantil: una mirada desde la victimología	33
6. MARCO METODOLÓGICO	40
6.1. Enfoque metodológico	40
6.2. Diseño y tipo de estudio	41
6.3. Participantes	41
6.4. Técnica de recolección de datos e instrumento	43
6.5. Ejes de las entrevistas	43
6.6. Procedimiento de análisis	45
7. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS ARROJADOS	46
7.1. Terapia reparatoria	46
7.1.1. Características de la terapia en casos de agresión sexual: crisis y destrucción del psiquismo	46

7.1.2. Diferenciando espacios	48
7.1.3. Oportunidad de pensarse a sí mismos	49
7.2. Vínculos terapéuticos	50
7.2.1. Legitimación de los terapeutas a los ojos del paciente	50
7.2.2. Estilos vinculares	52
7.2.3. Desafíos inconscientes en la construcción del vínculo	54
7.3. Trauma por agresión sexual infantil	56
7.3.1. Trauma acumulativo	56
7.3.2. Trauma y vintimización secundaria	57
7.4. Proceso judicial y terapia	59
7.4.1. Interferencias del proceso judicial en el proceso terapéutico de las víctimas	59
7.4.2. Cuando declara el terapeuta.	61
7.4.3. Relación o beneficio mutuo entre instancias judiciales y terapéuticas	63
7.5. Madres y padres en el proceso terapéutico y judicial	64
7.5.1. Vínculo terapéutico con los madres y padres	65
7.5.2. Madres y padres del paciente y el proceso judicial	67
8. CONCLUSIONES	69
9. DICUSIÓN	76
Bibliografía	82
Anexos	89

## RESUMEN

El presente trabajo tuvo por objetivo conocer la experiencia subjetiva de los/as psicoterapeutas respecto de la dinámica vincular, en el proceso terapéutico con víctimas de agresión sexual infantil en su encuentro con el sistema de justicia.

Para cumplir este objetivo, en primer lugar se desarrollaron los antecedentes teóricos y empíricos que nos permiten comprender las agresiones sexuales infantiles, el concepto de trauma y de vínculo terapéutico desde el Psicoanálisis Relacional e Intersubjetivo. Junto con esto se elaboró una investigación de carácter cualitativo, para lo cual se realizaron entrevistas semiestructuradas a los/as psicoterapeutas del Centros de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales (CAVAS), a cargo de las terapias reparatorias de niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales.

Sus respuestas se analizaron de acuerdo al método de análisis de contenido, para posteriormente organizar los resultados obtenidos en cinco categorías que se centran en: la psicoterapia reparatoria, el vínculo terapéutico, trauma, proceso judicial y psicoterapia, y la última categoría alude a la familia de las víctimas en el proceso terapéutico y judicial.

Se concluye que para los/as psicoterapeutas el vínculos que establecen con los niños y niñas víctimas de agresión sexual es un aspecto fundamental, que se construye paulatinamente y en conjunto con el paciente. Cuando el/la paciente transita por el sistema judicial, es éste vínculo, uno de los factores relevantes que pueden evitar o disminuir la victimización secundaria.

Finalmente se presenta una discusión y reflexión acerca de los resultados obtenidos, las implicancias de los mismos y sobre futuras líneas de investigación relacionadas al trauma por agresión sexual infantil.

## 1. INTRODUCCIÓN.

El maltrato infantil es un tipo de violencia considerada como una de las más graves vulneraciones de derecho que afecta a los niños y niñas de nuestro país, generando importantes daños en su desarrollo y crecimiento; afectando la relación con sus padres, pares y entorno social más directo, como también su salud física y mental, provocando un deterioro generalizado en su calidad de vida presente y futura.

Un tema que me llamó profundamente la atención, es el hecho de que los niños y niñas que sufren de vulneración de derechos, al momento de denunciarlas, deben transitar por un circuito de organismos donde les solicitan el relato de lo ocurrido y son expuestos a una evaluación física y psíquica, cuyo objetivo es tanto la constatación del daño psíquico sufrido como la credibilidad del relato. Esto sucede especialmente en una de las modalidades de maltrato infantil más graves que es la **agresión sexual infantil**, debido a que muchas veces no se cuenta con pruebas físicas ni de testigos, siendo el relato del niño(a) la única prueba.

A partir de mi experiencia profesional trabajando en psicoterapia con víctimas de agresión sexual infantil, pude percatarme de situaciones complejas que acontecen cuando, paralelamente a la intervención terapéutica, el paciente se encuentra participando en procesos judiciales del ámbito Penal o de Familia. Este cruce de intervenciones, implica un cruce de discursos y de acciones que no siempre son coincidentes, afectando tanto a terapeutas como a pacientes y sus familias. En el ejercicio como psicóloga me he visto enfrentada a distintas posiciones como terapeuta, asistiendo a declarar a tribunales por un paciente, mientras llevaba adelante el proceso de terapia, lo que trajo consigo algunas dudas y reflexiones, que intento responder a través de esta investigación.

Para comprender el tema de las agresiones sexuales, es relevante conocer algunos datos de su prevalencia a nivel nacional. En este sentido, de acuerdo con los datos de la Unidad Especializada de Delitos Sexuales y Violentos de la Fiscalía Nacional, en el año 2005<sup>1</sup> ingresaron 12.871 denuncias por delitos sexuales, siendo el 45% de estos casos, niños(as) menores de 14 años.

De acuerdo a los datos de Unicef (2012), la gran mayoría de los agresores sexuales, un 87,3%, son hombres. Los abusadores son principalmente conocidos de la víctima (en un 45,6% de los casos), familiares (39,9%) y en tercer lugar los desconocidos (14,5%).

Junto con esto, se aprecia que, en Chile, las denuncias por delitos sexuales han ido creciendo paulatinamente desde la instauración de la Reforma Procesal Penal (RPP) en todo el país<sup>2</sup>. Cabe señalar que la RPP, que se inició en el año 2000 en Chile, ha constituido un cambio de un modelo inquisitivo a uno acusatorio. La característica principal del sistema acusatorio es la división de funciones de acusación, defensa y fallo en órganos diferentes e independientes entre sí y su propósito es la resolución de conflictos de manera expedita y pública. La Reforma, además, ha implicado la creación de distintos organismos institucionales como el Ministerio Público y la Defensoría Penal Pública, lo que ha facilitado transformaciones significativas tanto en el ámbito jurídico como a nivel cultural.

Un aporte fundamental de la Reforma Procesal Penal es la incorporación de la víctima como interviniente en el proceso penal y también dentro de la investigación del hecho delictual. Particularmente en los casos de abuso sexual infantil, se ha definido el modo como la **víctima se constituye en el**

---

<sup>1</sup> Información disponible en :

[http://www.unicef.cl/archivos\\_documento/208/UNICEF%20completo.pdf](http://www.unicef.cl/archivos_documento/208/UNICEF%20completo.pdf)

<sup>2</sup> Según estadísticas de la Fiscalía Nacional, en el período 2000-2010, se observó que un 74% de los delitos registrados de los últimos diez años ingresaron en los últimos cuatro años, luego de instaurada la reforma Procesal Penal.

**principal testigo**, a partir de la solicitud de evaluaciones que se llevan a cabo a los/las niños, niñas y adolescentes víctimas de delitos sexuales. En este sentido, desde que se activa el sistema jurídico, por medio de la denuncia, la víctima y su familia comienzan un encuentro persistente con este sistema, en cuyo contexto es muy probable que se produzca la llamada victimización secundaria<sup>3</sup>.

La victimización secundaria, desde la ciencia victimológica<sup>3</sup>, se concibe como el proceso mediante el cual la persona que sufrió un delito puede verse expuesta a un agravamiento de las consecuencias psicológicas o sociales del mismo (Tamarit, 2006), dependiendo de la respuesta del entorno que la rodea, principalmente del encuentro con el sistema jurídico penal<sup>4</sup>.

La ciencia victimológica define distintos momentos en el proceso de victimización y considera que la respuesta del entorno es fundamental en este proceso. Este enfoque conlleva un tipo de comprensión que puede compartir ciertas ideas con el psicoanálisis relacional e intersubjetivo, marco teórico desde donde realizaré esta investigación, tomando en cuenta la relevancia que el pensamiento psicoanalítico le ha brindado al estudio de la teoría del trauma y a su expresión en la experiencia vincular, en particular, entre terapeuta y paciente.

Al respecto, uno de los precursores del psicoanálisis relacional -Sandor Ferenczi (1932)- reposicionó al trauma como factor etiológico importante en la patología mental, señalando que el trauma tendría dos momentos: el primero lo constituye la vivencia del evento propiamente tal, y el segundo es la respuesta del medio familiar y social. Este autor considera que es la respuesta

---

<sup>3</sup>Victimología: Ciencia multidisciplinar que se ocupa del conocimiento relativo a los procesos de victimización y desvictimización (Tamarit, 2006)

<sup>4</sup> La victimización secundaria es posterior a la denominada victimización primaria, que se define como el proceso por el que sufre una persona, de modo directo o indirecto, daños físicos o psíquicos derivados de un hecho delictivo o acontecimiento traumático (Tamarit, 2006).

dentro del campo intersubjetivo la que define y determina si una conmoción psíquica llega a convertirse en patógena.

Desde esta perspectiva, la respuesta del entorno familiar y social influye en el proceso a partir del cual la víctima se sobrepone al trauma sufrido. Lo anterior también se puede aplicar al ámbito de la psicoterapia con víctimas de abuso sexual infantil, considerando que el tipo de vinculación y la respuesta del terapeuta marcarán el carácter del proceso reparatorio.

De esta forma y considerando lo anterior, resulta fundamental poder estudiar algunos espacios en los que participan los niños y niñas víctimas de agresiones sexuales, y cuál es el impacto que esto tiene en la configuración de la experiencia traumática. Considerando esto es que esta investigación tiene como propósito estudiar el vínculo terapéutico en procesos de psicoterapia con niños(as) víctimas de abuso sexual, durante su paso por tribunales de justicia.

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Frecuentemente ocurre que las víctimas de abuso sexual infantil que están asistiendo a un proceso de psicoterapia, paralelamente también deben asistir a evaluaciones periciales psicológicas o a otras instancias judiciales, (dar declaraciones, evaluaciones médicas, asistencia a juicio oral, etc.) por lo que las víctimas quedan expuestas a diversos tipos de intervenciones.

Tomando en cuenta que puede ser complejo para las víctimas y sus familias esta exposición a tipos de intervenciones muy distintas, es que en esta investigación se pretende abordar las características del proceso terapéutico en casos de abuso sexual infantil en los que el proceso de judicialización está en curso. Esto puede introducir limitantes y facilitadores, tanto para el paciente como para el/la terapeuta, considerando que convergen en ciertos momentos la terapia reparatoria y la investigación judicial, lo que implica experiencias disímiles que pudiesen o no afectar el curso de la terapia, específicamente el vínculo terapéutico.

Se estudia así la experiencia de siete psicoterapeutas de víctimas de abuso sexual infantil (ASI) en el CAVAS de la Policía de Investigaciones, para posteriormente analizar sus vivencias y plantear una reflexión teórica y crítica, respecto de la posible afectación en el vínculo terapéutico de pacientes que están asistiendo a un proceso judicial producto de la misma situación traumática.

Específicamente, este trabajo se orienta a estudiar las características de la dinámica vincular en procesos de psicoterapia con niños(as) víctimas de abuso sexual que están siendo intervenidos judicialmente.

### **3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.**

#### **3.1. Objetivo General.**

La presente investigación se propone identificar, describir y analizar los aspectos relevantes de la experiencia de psicoterapeutas acerca de la dinámica vincular en el proceso terapéutico de víctimas de agresión sexual infantil, y su experiencia simultánea en el proceso judicial.

#### **3.2. Objetivos Específicos.**

- Establecer y describir las características de la terapia en víctimas de agresión sexual infantil, que los/las psicoterapeutas consideren significativos.
- Explorar la vivencia y relevancia que los/las psicoterapeutas otorgan al vínculo con el/la niño/a en los procesos de psicoterapia en agresión sexual infantil.
- Identificar y analizar desde la experiencia de los/las psicoterapeutas, la emergencia de la experiencia traumática de los/las niños/as en el espacio terapéutico y su posible relación con la intervención judicial.
- Determinar y analizar, a partir de la experiencia de los/las psicoterapeutas qué aspectos del proceso psicoterapéutico pueden aportar a la intervención judicial y viceversa.

#### **4. HIPÓTESIS.**

La hipótesis en esta investigación es que la dinámica vincular en el proceso de psicoterapia con niños(as) víctimas de agresiones sexuales que están siendo intervenidos judicialmente, se puede ver alterada por su paso por tribunales de justicia. Esta alteración puede consistir en una regresión en el paciente y por ende generar una mayor dependencia o por el contrario generar desconfianza y distanciamiento respecto a la persona del terapeuta.

## 5. MARCO TEÓRICO.

### 5.1. Abuso sexual infantil.

#### 5.1.1. Definición y Prevalencia.

Abordaremos en este punto uno de los tipos de maltrato infantil más complejo que existe, que por muchos años ha permanecido oculto, en secreto, dado que ocurre mayoritariamente en el círculo íntimo de la familia y de los cercanos. Sin embargo, las ciencias humanas y la perspectiva de los derechos humanos, entre otros, han aportado en que se visibilice la violencia ejercida hacia los niños y niñas, siendo una de las más terribles la violencia sexual denominada abuso sexual.

El abuso sexual infantil, de acuerdo a UNICEF (2012) se define como cualquier contacto de naturaleza sexual entre un niño, niña o adolescente<sup>5</sup> y una persona de mayor edad, aun cuando sea con el aparente consentimiento del menor de edad. Tal contacto se considera abusivo pues el menor carece del desarrollo emocional, cognoscitivo y físico para dar su consentimiento.

Otra definición de abuso sexual infantil proviene de la legislación chilena, en la cual los delitos sexuales se encuentran contenidos en el Título VII del Libro II del Código Penal: “Crímenes y simples delitos contra el orden de las familias y contra la moralidad pública”. La legislación chilena determina que el abuso sexual ocurre como parte de un proceso en el que una persona al menos 3 años mayor, ejerce poder sobre un niño o niña menor de 14 años, dándose en el marco de una relación asimétrica, mediante la manipulación psicológica, chantaje, engaño, fuerza o basándose en un vínculo de dependencia

---

<sup>5</sup> En esta investigación al hablar de abuso sexual infantil se tomará en cuenta los términos de “niña” o “niño” o “adolescente” sin realizar distinciones entre estas categorías.

(MINSAL, 2011). De acuerdo a la Fiscalía Nacional de Chile, entre los delitos sexuales de mayor ocurrencia se encuentran la violación y el abuso sexual, y en el caso de tener como víctima a menores de 14 años, siempre constituyen delitos que se deben denunciar. La violación consiste en acceder carnalmente, por vía vaginal, anal o bucal; mientras que el abuso sexual es la realización de una acción sexual, distinta del acceso carnal, como por ejemplo tocaciones o besos en áreas de connotación sexual, simulación de acto sexual, exhibir o registrar material pornográfico particularmente a menores de edad, o presenciar espectáculos del mismo carácter, entre otros.

Desde el ámbito jurídico chileno, el abuso sexual es sólo un tipo penal de delito sexual, por lo que en el área de la psicología jurídica se hace referencia al concepto de agresiones sexuales (y no al término abuso sexual), que es mucho más amplio y alude a los distintos tipos de delitos sexuales, para evitar posibles dificultades en la comprensión de los conceptos<sup>6</sup>.

Otro aspecto relevante de aclarar es que en las agresiones sexuales generalmente se ha diferenciado entre los participantes, a saber, la víctima y el autor del delito, denominado también agresor u ofensor (Schneider, 1994). Esta denominación proviene esencialmente del ámbito legal, específicamente desde la victimología, en la cual se conceptualiza a la víctima como la persona que ha sufrido un perjuicio o un daño como consecuencia de acciones delictivas, recibiendo un impacto a partir de un delito (Capella, 2011).

Respecto de la prevalencia del abuso sexual infantil, según registros oficiales del Ministerio Público de Chile, el 70% de las denuncias por delitos sexuales tienen como víctimas a niños, niñas y adolescentes, siendo entre los 7 y los 13 años que se produce la mayor cantidad de denuncias por delitos sexuales. A esto podemos agregar que en la mayoría de los casos las agresiones son cometidas por familiares o conocidos de las víctimas (70% - 89% de los casos),

---

<sup>6</sup> En esta investigación aludiremos al término “abuso sexual” y “agresión sexual” indistintamente.

y que la mayoría de los agresores (96%) son hombres (Maffioletti y Huerta, 2011). En cuanto al agresor(a), de acuerdo a información entregada por UNICEF (2012) los abusadores son principalmente conocidos de la víctima (en 45,6% de los casos), familiares (39,9%) y en tercer lugar los desconocidos (14,5%).

Se constata entonces que él o la agresor(a), comúnmente es una persona conocida y cercana al niño, que fue víctima de abuso sexual. Frecuentemente esta persona está inserta en el entorno familiar y es con quien el niño ha desarrollado un vínculo de afecto. Cuando el agresor no pertenece al medio familiar, se habla de abuso sexual extrafamiliar, distinguiéndolo del intrafamiliar que es el que ocurre entre un niño y un familiar consanguíneo o político (padres, hermanos, abuelos, tíos, padrastros, hermanastros, etc.) (Barudy, 1999).

#### 5.1.2. Agresiones sexuales y sus efectos.

De acuerdo a la magnitud de la problemática de las agresiones sexuales infantiles, especialmente en relación a las características de los casos denunciados, la sociedad se ha ido cuestionando la realidad del contexto familiar, apareciendo como un lugar menos seguro de lo que se pensaba, dado que se han visibilizado situaciones en las que se transgreden al interior de la familia los límites simbólicos que la cultura transmite, siendo uno de éstos la prohibición del incesto<sup>7</sup>. Dicha prohibición es la base del ordenamiento familiar y social de la civilización occidental, por lo que su trasgresión implica la alteración de los mecanismos de ordenamiento y diferenciación al interior de la familia y de la sociedad.

---

<sup>7</sup> En esta investigación no se profundizará en el concepto de incesto y se le menciona para dar cuenta de agresiones sexuales al interior de la familia, especialmente en casos de padre/madre que abusan sexualmente de sus hijos/as.

De acuerdo a Abelleira (2009), en el ordenamiento familiar existe una asimetría entre adultos y niños, sin embargo, en el incesto esta asimetría invierte su sentido. Quien debe cuidar y enseñar a discriminar, no sólo no lo hace, sino que somete al niño a una situación donde se destruyen todos los límites, abusando tiránicamente del poder que dicha asimetría le concede. El adulto cuidador(a) se apropia de su víctima, desconociendo sus derechos como sujeto, su singularidad y, por lo tanto, lo cosifica.

En este tipo trauma aparece la disociación como forma de funcionamiento, ya que se necesita mantener el apego con las figuras que también han dañado. Esta experiencia disociativa tendrá efectos masivos sobre el funcionamiento psíquico de la víctima, generando trastornos cognitivos, emocionales, problemas somáticos y problemas interpersonales. Éstos últimos, considerando que en estos casos se perturba el desarrollo de la personalidad de la víctima, principalmente en cuanto a su relación consigo misma y elecciones amorosas.

Otro efecto en los niños(as) víctimas de abuso sexual intrafamiliar gira en torno a la dificultad de identificarse a sí mismos como víctimas, tendiendo a culpabilizarse por los hechos, así como a no identificar como amenazante a la figura de apego abusadora. Dado lo anterior, la psique de la víctima debe recurrir a la negación del juicio sobre la experiencia traumática y las emociones concomitantes, por lo que se culpabilizará y avergonzará, lo que puede favorecer la revictimización de este niño(a).

En cuanto al género de las víctimas, Capella (2011) señala que los resultados de las investigaciones han sido disímiles, pero han podido concluir respecto de ciertas características. Un aspecto diferencial, es que en los hombres que han sufrido de agresiones sexuales, hay mayor probabilidad de que presenten conductas abusivas hacia otros, aun cuando esta posibilidad de todas maneras es baja (Cromer & Goldsmith, 2010, en Capella 2011), lo cual se

puede interpretar en base a la socialización de los hombres en roles de poder y control. Por otra parte, a las mujeres se le suele socializar en roles más pasivos, siendo frecuente que adopten el rol de víctima y que posteriormente en la adultez sean madres de nuevas víctimas (Rathsman, 2009). En la adultez, las mujeres presentan más diagnósticos de trastorno por estrés postraumático, trastorno de personalidad limítrofe y trastornos afectivos; en cambio los hombres, más trastornos de personalidad antisocial (Cutajar et al., 2010 en Capella, 2011).

Desde los aportes de la neurociencia y la teoría del apego, Fonagy en Daurelli 2012, desarrolla la teoría de la neurobiología del apego, para la que los efectos del trauma no son sólo la pérdida del sentimiento de seguridad del niño y la resultante expectativa de rechazo de parte de los demás, sino que una afectación básica en el desarrollo de su capacidad de mentalización. Así, en contextos de maltrato intrafamiliar, la víctima se ve a sí misma como carente de valor, además que estos padres abusadores a menudo exigen creencias o sentimientos opuestos a su conducta, lo que implica un “fraccionamiento” o escisión de la capacidad reflexiva a lo largo de tareas necesarias para el desarrollo del niño(a).

En definitiva, los efectos del trauma temprano y sistemático son generalizados, demolidores y de complejo pronóstico. En este sentido, el trauma en la infancia puede afectar redes neuronales primordiales, considerando que el cerebro requiere de un contexto de seguridad y vinculación para fomentar el desarrollo neuronal adecuado (Cozolinol , 2005). Así, los tipos de trauma más destructivos provienen de los adultos cuidadores, en la medida en que no sólo traumatiza a los niños, sino que además los priva de interacciones sanas y de cuidado. Para este autor, la adaptación al trauma, especialmente a una edad temprana, se transforma en un “estado de la mente, el cerebro y el cuerpo”, alrededor del cual se organiza toda la experiencia posterior. Estos cambios bioquímicos y neuroanatómicos se acompañan de sintomatología como

descontrol emocional, retraimiento social y niveles más bajos de funcionamiento adaptativo. Tomando en cuenta éstos y otros efectos negativos del trauma, podemos considerar que en las víctimas se presenta un funcionamiento que está alterado en alguna o todas las áreas de su vida.

Las agresiones sexuales infantiles pueden tener efectos a largo plazo, especialmente cuando es de tipo intrafamiliar y perpetrado de forma sistemática, elementos que implican perturbaciones en la estructuración del psiquismo de la víctima. De acuerdo a Messler y Gail (1994) la presencia de patología disociativa de diversos grados tiene un rol relevante y significativo en la organización intrapsíquica de la mayoría de los pacientes que han sufrido abuso sexual crónico en la infancia. Por lo anterior, la disociación es uno de los mecanismos que presentan muchas de las víctimas de abuso sexual infantil en su niñez y hasta su adultez, como estrategia para sobrevivir y enfrentarse al entorno, creando, en palabras de estas autoras, algo parecido a un self funcional, adaptado y capaz de relaciones interpersonales, pero que en alguna parte de su psiquismo albergan una víctima sufriente.

En un estudio realizado por el Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales (2004), concluyeron que si bien durante la infancia, mientras ocurre la agresión sexual, puede que no aparezca sintomatología asociada a la victimización padecida, es factible que posteriormente se presenten perturbaciones en el desarrollo de la identidad del niño, mostrando efectos más duraderos. De todas formas, los efectos a largo plazo del abuso sexual son menos evidentes que los efectos iniciales. Según Echeburúa y Del Corral (2006) los efectos a largo plazo pueden afectar, al menos, al 30% de las víctimas, siendo difíciles de estudiar, ya que interactúan distintas variables durante mucho tiempo. Algunas de las patologías que se asocian con haber sufrido una experiencia de agresión sexual son: disfunciones sexuales (inhibición, promiscuidad, depresión, trastorno de estrés post-traumático, intentos de suicidio, sentimientos de estigmatización, aislamiento, autoestima

disminuida, ansiedad, dificultades de tipo relacional (más con el sexo opuesto), consumo problemático alcohol y drogas, trastornos de personalidad y trastornos alimenticios.

## **5.2. Acerca del trauma.**

### 5.2.1. Teoría del Trauma en el Pensamiento Psicoanalítico.

Desde el origen de la teoría psicoanalítica, el **concepto de trauma** y su rol en la etiopatogenia, ha sido un aspecto central y controvertido. Sigmund Freud, en el inicio de su obra, cuando trabajaba con Breuer publica su texto "Estudios sobre la Histeria" en 1895. En dos historiales clínicos, Freud afirma que sus pacientes enfermaron a raíz del abuso sexual sufrido en los primeros años de la pubertad.

Posteriormente, ante la incredulidad y escándalo de la comunidad científica, Freud abandona la teoría de la seducción, lo que trae como consecuencia la teoría del endogenismo pulsional y la introducción del concepto de fantasía, por lo que la ocurrencia o no del suceso traumático en la realidad pasa a un segundo plano.

Dado lo anterior, y de acuerdo a Laplanche y Portalis (1967), Freud aporta al estudio del trauma, conceptualizando y exponiendo su clásica teoría, definiéndole como un acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad de éste de responder adecuadamente, y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica, que en términos económicos sería un aflujo de excitaciones excesivo, más allá de lo tolerable para la persona, en relación a su capacidad de controlar y elaborar psíquicamente dichas excitaciones.

Freud, en el transcurso de su vida, reflexiona y se cuestiona recurrentemente acerca de la relevancia del trauma en la etiología de la neurosis. En su obra se constata su reflexión acerca de si el trauma se asociaba a un origen externo (eventos de la realidad) y/o interno (fantasías). Posteriormente a la Primera Guerra Mundial, este autor le otorga un nuevo sentido a los incidentes traumáticos y a las patologías que les sobrevenían, a través del concepto de neurosis traumáticas y neurosis de guerra.

En la obra freudiana, además, se propone el concepto de **sumación** respecto del trauma psíquico, esto lo explica Castillo (2013) de la siguiente manera: “el trauma psíquico en términos de los efectos suscitados por una serie de hechos sin significado aparente, los cuales por sumación, tienen una eficacia patógena” (p.76). En otras palabras, la idea de sumación se vincula a la concepción económica de trauma, si consideramos que vivencias o hechos por separado no adquieren relevancia significativa, pero agrupados pueden constituir una unidad y transformarse en un trauma.

A diferencia de la teoría freudiana, para Sandor Ferenczi (1932), la escena traumática es real y frecuentemente repetitiva, y produce una brecha psíquica que se traduce en la imposibilidad de pensar, de significar, de contener un afecto desbordante. Para este autor, el trauma tendría dos momentos: el primero lo constituye la vivencia del evento propiamente tal y el segundo es la respuesta del medio familiar y social.

Ferenczi (1932) considera que es la respuesta dentro del campo intersubjetivo la que determina realmente si una conmoción psíquica llega a constituirse en patógena. Los adultos que están irritados y atormentados no comprenden los efectos de la conmoción psíquica del infante y podrían expresarse en “un silencio de muerte”, que induciría a los niños a comportarse de manera confusa, pensando que esta respuesta de los adultos es lo que origina los

mecanismos de disociación, fragmentación y pérdida de identidad y sentimientos de sí mismo.

Posteriormente, Winnicott (1965) definirá trauma como una intrusión ambiental que rompe la continuidad del ser del infante, ante la cual no tiene aún las defensas necesarias para protegerse. Este autor afirma que “el trauma es una falla relativa a la dependencia” (p.178). La conceptualización de Winnicott acerca del trauma están relacionadas con su visión acerca de la “línea de desarrollo” de la dependencia del niño con sus objetos ambientales iniciales. En este sentido, si las fallas ambientales durante el proceso -que parte de la dependencia absoluta del objeto maternante, hacia la relativa independencia- resultan burdas y continuadas, aconteciendo en una interrupción del desarrollo, esto induciría a una ruptura de la continuidad existencial.

Según Gómez (2013), Winnicott formula su idea de trauma tomando en cuenta factores externos y el significado de éste podría cambiar, de acuerdo a la etapa del desarrollo en que se encuentre el niño(a):

“En definitiva, el trauma es la destrucción de la pureza de la experiencia individual a raíz de la intrusión de un hecho real demasiado súbito e impredecible, y del odio que genera en el individuo, odio hacia el objeto bueno, que no se experimenta como odio, sino que en forma delirante, como ser odiado.” (Winnicott, 1965, p.180, en Gómez, 2013)

En otras palabras, para este autor el trauma puede producir un estado confusional al no existir una defensa organizada. Posteriormente se presentaría una reorganización defensiva, pero con presencia de defensas más primitivas que las que se tenían antes de la ocurrencia del trauma.

Por otra parte, para Storolow y Atwood (1992) el trauma se vincula con un proceso relacional en el que ha acontecido una “falla en la sintonía” de parte de los adultos cuidadores con los afectos dolorosos del niño o niña. El efecto

perdurable de los traumas sobre el desarrollo se deriva del establecimiento permanente de principios organizadores inmodificables, que persisten fuera de la influencia de la autoconciencia reflexiva o de las experiencias posteriores.

Continuando con esta aproximación, Storolow, Atwood y Orange (2003) postulan que lo central del trauma es el quiebre total del mundo experiencial de la persona, lo que implica una pérdida en la capacidad de estar y funcionar en el mundo, ya que en vez de sentirlo seguro y predecible, queda expuesto y vulnerable ante un universo incierto. Para estos autores el trauma se origina en el sistema de regulación niño-cuidador y procede de fallas tempranas en la sintonía del cuidador(a). Así, la dinámica psíquica del niño es una respuesta de protección defensiva ante la evocación de estados afectivos no sintonizados tempranamente en el sistema de regulación mutua niño-cuidador. Esto se traduciría en una pérdida de la capacidad para regular los afectos, manifestándose en la aparición de estados de desorganización o desintegración del ser.

#### 5.2.2. Trauma sexual en contexto relacional.

Ferenczi (1933) desarrolla la postura de que el trauma de índole sexual es uno de los factores patógenos a tomar en cuenta, advirtiendo que la idea que tenían algunos teóricos del psicoanálisis clásico de que los traumas sexuales se trataban únicamente de fantasías de los niños, no se sustentaba en la realidad, al conocer la cantidad de pacientes que confesaban en análisis sus propias culpas como agresores de niños.

Coincidiendo con este enfoque, consideramos el traumatismo sexual como uno de los traumas más graves, especialmente cuando se genera al interior de la familia, considerando el efecto nocivo que tiene en el desarrollo del niño(a), así como la ruptura y sufrimiento a nivel familiar. De acuerdo a Emilce

Dio Bleichmar (2013) el trauma sexual perturba todos los vínculos de apego de la víctima con sus principales figuras, las cuales no pudieron garantizar su cuidado y protección. Esta situación es más grave aún, cuando justamente estas figuras de apego son quienes agreden al niño(a).

Las agresiones sexuales a infantes son una problemática que se presentan más frecuentemente al interior de la familia, siendo el o la abusador(a) una persona cercana y conocida con el niño. En este contexto, la agresión sexual se iría estableciendo como un proceso relacional que se desarrolla paulatinamente, con el propósito de que la víctima se someta y guarde silencio. El abusador manipula la vulnerabilidad y el vínculo amoroso, además de trasgredir los límites ejerciendo su poder y vínculo desarrollado. Para lograr que el niño cumpla sus deseos, el abusador tiene distintas estrategias que consisten en: la seducción, el engaño, la coerción, amenazas e intimidación, entre otras.

Desde otro ángulo y tomando las ideas formuladas por Storolow y Atwood (2004), el trauma no se define únicamente por la intensidad de los afectos involucrados -que pueden llegar a ser intolerables-, o con el hecho que los genera, sino que también y fundamentalmente está vinculado con el sistema relacional dentro de los cuales los afectos se constituyen en tales, es decir, el trauma se origina dentro de un contexto intersubjetivo.

Desde el psicoanálisis intersubjetivo, el afecto doloroso se torna traumático en el momento en que no se otorga esa respuesta empática validadora del entorno que el niño necesita para ser capaz de sobrellevar, contener, modular y apaciguar ese impacto. La agresión sexual infantil es una experiencia que genera una alteración, un quiebre, en el proceso de desarrollo del niño/a y también en los procesos de vinculación con los otros significativos, lo que afecta esencialmente la constitución e integración del self del niño(a), que lo convierte en un trauma grave. Asimismo, el abuso sexual obstaculiza,

distorsiona y desorganiza el normal proceso de desarrollo de los niños, niñas y adolescentes afectados, al contactarlos con una sexualidad adulta, inadecuada a su etapa de desarrollo, y el esfuerzo evolutivo se descarría a procesar la experiencia traumática, no logrando resolver las tareas propias de cada etapa del desarrollo esperable (MINSAL; 2011).

Por otra parte, el planteamiento de Khan, además de dar importancia a la temporalidad en la generación del trauma, llama la atención hacia el campo relacional, considerando que enfatiza en la díada materno-filial como escenario interaccional del trauma, situando los orígenes de la experiencia perturbadora en el conflicto con otro. Masud Khan (1963), prosiguiendo con los postulados de Winnicott, propone que una falla en el ambiente no se constituye por sí misma en un trauma, sino que habría que agregar que lo fundamental es la respuesta del otro significativo, que puede originar una nueva experiencia traumática si el cuidador(a) no es capaz de sostener al niño en ese crucial momento. De esta forma, Khan acuña el término de trauma acumulativo, con el propósito de enfatizar en la temporalidad existente en la generación del trauma. En palabras de Carlos Madariaga (2002), el trauma acumulativo trata acerca de la relación de la díada madre e hijo a través de los estadios iniciales del infante, concentrando este vínculo la mayor cantidad de eventos emocionalmente significativos para el niño, algunos de los cuales constituirían experiencias subtraumáticas

Complementando estas ideas, Keilson (1979) establece el concepto de traumatización secuencial, que describe cómo lo social induce a su vez un quiebre psíquico de quien sufre el trauma y cómo esto a su vez promueve y mantiene la disociación. En otras palabras, la traumatización para este autor no acontece sólo en la mente de las personas aisladas, sino también en la interacción entre ellas.

Aunado a lo anterior, en el psicoanálisis relacional frecuentemente al teorizar respecto del trauma, se habla de **trauma relacional**. Según Castillo (2013), Sassenfeld señala que la denominación “relacional” tiene dos connotaciones. La primera se asocia al ámbito más importante de la vivencia traumática que son los vínculos afectivos. La segunda connotación se asocia con el contexto relacional, en el que el sujeto tiene que sobrellevar los efectos de la vivencia traumática sufrida. Esto es central, dado que el contexto relacional puede acoger y contener al sujeto facilitando entonces el proceso de elaboración, sin que aparezcan necesariamente mecanismos defensivos disociativos. Sin embargo, la otra alternativa es que el contexto relacional no reconozca al sujeto en su experiencia, lo que justamente constituye esta experiencia en traumática, apareciendo mecanismos disociativos.

De esta manera, cuando reflexionamos respecto de la agresión sexual, podemos visibilizar el impacto, gravedad y magnitud que puede tener este trauma sexual, tomando en cuenta que es justamente en el contexto relacional más significativo donde del niño debiese configurar sus propios principios organizadores y sus patrones relacionales, el que se encuentra perturbado. Asimismo, la respuesta posterior del entorno y los procesos que el niño(a) vaya a experimentar, van a ir aportando en la configuración de la experiencia como traumática.

A partir de lo descrito anteriormente, se puede afirmar que el trauma psíquico asociado a la agresión sexual infantil presenta dos características centrales (Capella, Escala, Núñez, 2008; Núñez, 2010). Por una parte, es un trauma con características específicas que lo hacen único, dado principalmente a la naturaleza sexual del estresor y las dinámicas abusivas relacionadas. De esta forma, existen ciertos elementos de la vivencia traumática de diferentes víctimas que son recurrentes de este tipo de experiencias. Por otra parte, el trauma es particular de cada persona, puesto que su configuración, expresión,

curso, magnitud, y contenidos son distintos en cada individuo, dependiendo de la vivencia subjetiva y los factores particulares de cada caso.

Es importante destacar que en esta investigación la agresión sexual infantil se considera un trauma de carácter relacional y sexual, dado lo descrito por los autores seleccionados, así como lo conceptualizado desde el psicoanálisis relacional e intersubjetivo.

### **5.3. Psicoterapia Reparatoria en casos de Agresión Sexual Infantil**

En relación a la psicoterapia de reparación en casos de abuso sexual, de acuerdo a UNICEF (2011), existe consenso en que el tratamiento orientado a la prevención terciaria, es decir, evitar consecuencias psicológicas y psiquiátricas provocadas por la situación de abuso en los niños(as), resulta positivo al disminuir los efectos psicológicos del abuso y la sintomatología, mejorando así la adaptación de la víctima y de su familia. La evidencia y la literatura científica sugieren que para este tipo de tratamiento se requiere de profesionales especializados en la materia. Actualmente en Chile existen distintas instituciones que brindan este tipo de intervenciones, aunque su cobertura es escasa aún. Entre las instituciones que realizan este tipo de intervención se encuentran los programas de reparación de maltrato grave y abuso sexual del Servicio Nacional de Menores, que se abocan al tratamiento de estos casos.

En esta investigación no se realizará una descripción teórica respecto del concepto de “reparación”, considerando que esto significaría probablemente otra investigación, pero sí atenderemos a los aspectos generales relacionados con el proceso psicoterapéutico y los contenidos básicos de la intervención que se realiza en casos de abuso sexual infantil. Para esto revisaremos lo establecido en las Bases Técnicas Específicas de los Programas de Protección Especializada Modalidad Maltrato Infantil Grave y Abuso Sexual,

del Servicio Nacional de Menores (SENAME), y particularmente las que se utilizan actualmente en el Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales, considerando que la muestra de este estudio proviene de dicho Centro.

En relación a los lineamientos generales del tratamiento terapéutico con niños y niñas víctimas de agresiones sexuales, la literatura especializada señala que es fundamental que exista un enfoque de intervención integrativo e interdisciplinario (CAVAS, 2011; SENAME, 2012), que incluya como componente central brindar asistencia a las víctimas y a sus familias en distintas áreas como la psicológica, social y legal, dependiendo de sus requerimientos. Asimismo, que considere la participación de diversos actores sociales que apoyen el proceso de reparación del niño (Tornero, 2014). Entonces, se comprende que los tratamientos incluyen diversas acciones y sólo son factibles de llevar a cabo luego de haber ejecutado intervenciones orientadas a la protección de la víctima con el fin de interrumpir la situación abusiva.

En este sentido, SENAME, como la institución que comanda y coordina las intervenciones con menores de edad, formula en sus bases técnicas como objetivo general de los(as) en niños(as) o adolescentes que han sufrido de una agresión sexual o maltrato grave, el contribuir al proceso de reparación, por medio de la interrupción de la situación de maltrato constitutiva de delito, facilitando el proceso de resignificación de la experiencia abusiva y fortaleciendo los recursos familiares y sociales para el bienestar psicosocial del niño (Capella, 2011).

Ahora bien, los lineamientos suelen resultar muy generales para el trabajo con los diversos y complejos casos que existen, lo que se traduce en un esfuerzo de los equipos que intervienen en estas problemáticas por investigar y sistematizar su experiencia, para formular lineamientos más específicos.

De acuerdo a lo planteado por CAVAS (2004), el tratamiento reparatorio de las víctimas de agresiones sexuales, debe tener como propósito la elaboración de la experiencia, es decir, que el niño(a) logre resignificar e integrar la experiencia abusiva en el continuo vital y de esta manera supere las consecuencias de la experiencia abusiva, retomando las tareas del desarrollo para construir una identidad más integrada. Otro de los objetivos terapéuticos relevantes se relaciona con intervenir en la dinámica de la traición que se experimenta en la relación abusiva que establece el agresor con su víctima. Dado lo anterior, se busca en la terapia que la víctima logre reconocer y expresar las emociones vinculadas al agresor y las figuras significativas que no dieron credibilidad o no fueron protectoras. De esta forma, se vuelve primordial el trabajo en relación a la reconstrucción de las relaciones de confianza, en especial con los adultos protectores, con el fin de facilitar el desarrollo de relaciones interpersonales gratificantes (Barudy, 1999; Capella, 2011; CAVAS, 2011).

Por otra parte y de acuerdo a Capella (2011), en este tipo de tratamiento resulta medular el poder evaluar las consecuencias de la experiencia de agresión sexual en el niño, niña o adolescente, así como la significación dada por él o ella a esta experiencia, ya que la intervención se orientará a la superación de las conflictivas asociadas a la agresión sexual, junto con -pero no exclusivamente- la remisión de los síntomas reactivos a la experiencia, que estarán determinados por la significación que dé el sujeto a la experiencia (Capella, Escala, Núñez, 2008). Además, este tipo de proceso necesita que el/la terapeuta sea capaz de reconocer al niño(a) de manera integral, tomando en cuenta sus fortalezas, para que éstas puedan servir de sostén al enfrentar los aspectos más difíciles y que se vieron alterados por la agresión sexual, y así también ayuden a lograr un crecimiento e integración personal más allá de la superación de la agresión sexual (Capella y Miranda, 2003).

En el ámbito asistencial, la labor del CAVAS Metropolitano se define como una intervención especializada de tipo terciaria orientada a proporcionar a la víctima y su grupo familiar atención psicológica, social, psiquiátrica, policial y legal, de manera integral y gratuita, procurando reparar el daño ocasionado por la victimización sexual (CAVAS, 2004). El objetivo principal que se plantea es contribuir al proceso reparatorio de los efectos psicosociales que genera en la víctima la situación de agresión sexual, y el proceso de intervención que se desarrolla se divide en cuatro fases o etapas: una etapa de Calificación, una Diagnóstica, una de Intervención y una última de Egreso y Seguimiento.

#### **5.4. Vínculo terapéutico**

##### **5.4.1. Breve desarrollo teórico del concepto.**

En el apartado anterior se establecieron los conceptos principales respecto del proceso terapéutico en casos de abuso sexual infantil, especificando los que se realizan en el Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales (CAVAS).

Ahora bien, considerando que el objetivo principal de esta investigación se relaciona con el **vínculo terapéutico**, en este capítulo se desarrollará este concepto desde la teoría psicoanalítica y fundamentalmente desde el psicoanálisis relacional e intersubjetivo.

De acuerdo a Gómez (2013) y rescatando los aportes de Moguillansky (1999) se define vínculo de la siguiente manera: “vínculo nombra la relación estable entre dos sujetos y presupone una organización inconsciente constituida por ellos e instituyente de los mismos” (p. 202-203)

Fossa (2012) realiza una revisión acerca del concepto de vínculo terapéutico, utilizando autores como Berenstein (1991) y Sandler (1993) y lo define como:

“un proceso relacional real y permanente, que se expresa como una ligadura emocional estable entre paciente y terapeuta, que se construye y reconstruye constantemente y, a partir del cual depende el éxito del proceso psicoterapéutico” (P. 110).

Según Castillo (2013) “el tratamiento psicoterapéutico consistirá en la creación mutua de un ambiente emocional, un campo intersubjetivo, en el cual se exploren aquellos acontecimientos traumáticos, como aquellas regiones del inconsciente o de los inconscientes” (p.229). En esta afirmación están insertas ideas fundamentales para comprender el concepto de vínculo terapéutico, siendo relevante considerar que el éste se va construyendo, configurando entre el paciente y el terapeuta.

Sassenfeld (2010b) señala que, para hablar del ámbito de la psicoterapia, debemos incluir otros conceptos, como el de **intersubjetividad**. En palabras de este autor y tomando lo formulado por Benjamin, el término de intersubjetividad ha sido incorporado para definir la situación clínica como campo de intersección entre subjetividades en el sentido del interjuego entre diferentes mundos de experiencia. La psicoterapia se definirá esencialmente como una experiencia de intersubjetividad clínica, lo cual se traduce en que dos o más individuos co-crean y co-construyen el vínculo terapéutico. (Natterson y Friedman (1995) en Sassenfeld (2010a)).

Continuando con las formulaciones de Sassenfeld (2010b), este autor señala que en el ámbito del psicoanálisis relacional, los conceptos de “interacción recíproca” e “influencia mutua” están reemplazando paulatinamente en la práctica clínica los conceptos tradicionales de transferencia y contratransferencia, aunque este fenómeno todavía no es reconocido explícitamente.

Por otra parte, el psicoanálisis relacional concibe la experiencia subjetiva y, por ende, la experiencia subjetiva de encontrarse en una relación con otro, como fenómeno esencialmente relacional (Sassenfeld, 2010b), por lo cual, para Benjamin en Castillo (2013), el terapeuta se sitúa como un sujeto que escucha a otro sujeto que habla de su sufrimiento. En este sentido, uno de los conceptos centrales es el de **reconocimiento mutuo** en la relación terapeuta-paciente. En otras palabras, el “reconocimiento mutuo”, se definiría como una relación en la que cada persona experimenta al otro como un sujeto semejante, otra mente que puede ser “co-sentida”, aunque resida en un lugar de sensación y percepción distinto y separado.

Por su parte, para Bromberg (2006) la cualidad de la relación paciente-analista determinará el grado en que el contenido de una interpretación puede ser escuchada cómo tal, y no como un disfraz verbal para aquello que es experimentado como la repetición del analista del abuso o indolencia. Este autor en el desarrollo de su teoría le otorga relevancia al trauma, los mecanismos subyacentes y la psicoterapia con pacientes que presentan traumas.

Particularmente la experiencia traumática a la que se hace referencia en esta investigación, es la agresión sexual infantil, más aún cuando ésta se presenta al interior de la familia (como ocurre la mayoría de las veces), siendo una experiencia traumática de índole relacional además de sexual. Implica un quiebre, un resquebrajamiento que llama al caos del mundo psíquico y vincular de la víctima.

#### 5.4.2. Vínculo terapéutico, trauma y retraumatización.

Previamente a que los autores del psicoanálisis relacional e intersubjetivo estudiaran acerca de la relación terapéutica con pacientes traumatizados, Sandor Ferenczi ya había formulado algunas de las bases teóricas actuales.

Este autor refiere que en su práctica le llamo la atención que las sesiones de análisis solían degenerar en una crisis de angustia histérica, siendo entonces la sesión de análisis una nueva repetición del trauma, no obstante, los pacientes seguían aceptando dócilmente las interpretaciones que se les decían y solo algunos excepcionalmente explotaban de manera colérica contra el analista. Esta observación derivó en que el autor notara que los pacientes percibían las tendencias, el humor, las simpatías y antipatías del analista incluso cuando éste era inconsciente de ellas, observando que los pacientes en vez de objetarle o acusarlo se identificaban con él, en una actitud generalmente sumisa.

Para Ferenczi (1932), la situación analítica puede convertirse en uno de estos contextos que podría retraumatizar a los pacientes, si tomamos en cuenta que una situación analítica, en la cual el analista intenta permanecer neutral y abstinerente de cualquier tipo de involucración emocional, puede no diferir demasiado de situaciones vividas en la infancia de los pacientes. Esta situación podría proporcionar un contexto en el que se reproduciría el trauma, consiguiendo una situación similar e intolerable, parecida al trauma primitivo.

En esta mirada teórica se releva la importancia de que el analista sea analizado y conozca sus rasgos de carácter, para comprender sus resistencias ante el paciente y aceptar lo que las asociaciones de nuestros pacientes pueden contener de odio.

“En la relación entre médico y el enfermo existía falta de sinceridad, algo que no se había dicho y que al explicarlo liberaba la lengua del paciente.” (Ferenczi, 1933, p.143)

De esta manera, los pacientes en una situación analítica fría y en la cual sentían la antipatía del analista y su hipocresía, no diferían demasiado de situaciones vivida en su infancia, por lo que, al instarlos a reproducir el trauma,

su estado se hacía insoportable consiguiendo una situación similar al trauma primitivo. No obstante, según Ferenczi, la capacidad de los analistas de reconocer sus errores, así como de admitir críticas de los pacientes, generan confianza en ellos, estableciendo el contraste entre el presente y un pasado traumático.

Para este autor, en casos de agresiones sexuales infantiles, el cambio significativo que ocurre en el niño(a) es que al identificarse con el agresor introyectó su sentimiento de culpabilidad, convirtiendo sus actos hasta ahora inocentes en merecedores de castigo. Así, si el niño(a) en la fase de ternura se impone más amor o un amor diferente al que desean puede ocasionarle las mismas consecuencias patógenas que la carencia de amor antes aludida. En este sentido, los analistas deberían aprender a reconocer tras el amor de transferencia un deseo nostálgico de liberarse de este amor dominante. Entonces, si se apoya al paciente a dejar esta identificación y a defenderse de esta fuerte transferencia, puede que se haya conseguido elevar la personalidad a un nivel superior.

De acuerdo a Rojas (2000), para Ferenczi la contratransferencia tiene un papel fundamental y su ausencia de respuesta ante el desvalimiento del paciente traumatizado va a tener como efecto la repetición del trauma, la negación, la mentira, en lugar del sentimiento de sí.

En casos de agresiones sexuales a niños(as), Ferenczi (1933) postula que el niño puede intentar protestar, pero a la larga es vencido por la fuerza y la autoridad aplastante del adulto. Además, si tomamos en cuenta, su personalidad débil y que están físicamente indefensos, la autoridad y poder del adulto los deja mudos y paralizados, confundiéndolos enormemente, ya que se siente por un lado inocentes y por otros culpables. Los niños(as), con el objeto de no responder ante la situación traumática, escinden su “yo”, hay una fragmentación del aparato psíquico, de la consciencia, que implica una

regresión al estado de dilución en la fase introyectiva. El estado diferenciado se desarticula, y estamos ante el territorio de la identificación primaria.

Ante este estado de fragmentación y fragilidad del psiquismo del niño(a), el espacio terapéutico puede convertirse fácilmente en una amenaza, por lo que para evitar la retraumatización en este espacio, se debería poder revivir la situación traumática, pero de forma reparadora, con la finalidad de ayudar a la elaboración de dicha vivencia, brindando una respuesta de reconocimiento al sufrimiento experimentado por el paciente.

Para Messler y Gail (1994), si el secreto es el pilar fundamental del abuso sexual infantil, la revelación a un otro que lo valida y lo cree, es el primer paso en un proceso para sanar las devastadoras heridas de la victimización sexual temprana. Por lo tanto, es crucial que las y los terapeutas sepan cómo y cuándo facilitar la develación de manera que puedan transformarse en ese otro que valida y cree, a menudo por primera vez.

Por otra parte, Bromberg (2006) postula que para que la experiencia traumática pueda ser simbolizada cognitivamente, debe ser actuada en una relación que revive el contenido interpersonal sin ciegamente reproducir el resultado original. Por lo tanto, es muy importante que el analista esté sintonizado con los cambios en los estados de conciencia (propios y del paciente), que señala cuando una actuación se está llevando a cabo. De esta forma, para este autor, el analista no debe imponer un significado, sino implicarse activamente con el self y el mundo interno del paciente y reconocer y confirmar el significado que se le ofrece dentro del contexto compartido.

Para Strolow y Atwood (2004) la situación analítica, considerando la alta intensidad emocional que conlleva, puede ser un terreno potencial para retraumatizar al paciente. En este sentido, de parte de los/as psicoanalistas generalmente existe el temor de ser el causante de una posible

retraumatización en el paciente, lo que es una fuente importante de las resistencias. Los autores ponen énfasis en señalar que la resistencia del paciente está siempre suscitada por percepciones de cualidades o actividades del analista que, en sí mismas, conducen al temor por parte del paciente de la posible repetición de un trauma infantil. Resulta esencial, para el análisis de la resistencia, que esto sea reconocido, investigado e interpretado por el analista.

Prosiguiendo con lo formulado por Storolow y Atwood (2004), estos psicoanalistas proponen que las resistencias se movilizan por temor o anticipación de una posible retraumatización. El objetivo de las defensas, en este caso, es reajustar el sistema intersubjetivo, restablecer la seguridad y evitar la experiencia de retraumatización. La retraumatización se entiende como una réplica que confirma los principios organizadores del trauma original, o como una amenaza de pérdida de alguna relación sustituta que ha protegido al paciente de la experiencia traumática.

Aproximarse a la problemática del trauma en la práctica clínica, conlleva ser testigo de una fragilidad y vulnerabilidad que generalmente desea ser olvidada, por lo que traerla al presente implica contactarse con conflictivas dolorosas, ante las cuales el terapeuta debe ser especialmente cuidadoso para no retraumatizar al paciente.

Para Gerson (2007) los pacientes que han vivido traumas severos presentan estados en los que prevalece los vacíos, ausencias, o fantasmas y éstos son vividos como más permanentes y reales que aquellos estados de vitalidad. En esos momentos la necesidad de un otro como testigo para rescatarlo de su dolor es fundamental, pudiendo ser contenidas por una presencia, "una presencia de un otro que permite que lo incomunicable surja y sea sujeto de reflexión y significado en lugar de permanecer embotado por acciones repetitivas o adormecidas en estados de resignación pasiva". (Gerson, 2007,p.13)

Entonces, es fundamental visibilizar lo formulado por Storlow, Atwood y Orange (2003), quienes plantean que lo que se escenifica en el espacio terapéutico no es sólo del paciente, sino que involucra al analista, considerando la influencia mutua que existe en la relación paciente-terapeuta. En estos casos se presenta un gran desafío para el terapeuta, más aún cuando éste ha vivenciado algunas de estas experiencias o cuando en el espacio terapéutico actualiza otras situaciones traumáticas de su propia vida.

Tomando en cuenta lo expuesto, debemos añadir que un espacio que ha sido estudiado ampliamente como posible generador de retraumatización, además de la situación analítica, es la respuesta del medio familiar, social y político. En este sentido, Lira, Becker y Castillo (1989) desarrollan el concepto de **vínculo comprometido** en el trabajo desarrollado a partir de su experiencia de abordaje terapéutico en medio de un contexto de represión política en dictadura. El concepto de "vínculo comprometido" se definiría como: "una actitud éticamente no neutral frente al padecimiento del paciente y supone comprender que el trastorno que éste presenta, es el resultado de una experiencia traumática inflingida deliberadamente, un crimen perpetrado contra las personas por razones políticas." (p.10). Prosiguiendo con estas ideas, Gerson (2007) afirma que para ser testigos activos de la experiencia traumática de los pacientes, se debe incluir también los espacios públicos, "cada vez que individuos o naciones le dan la espalda a la verdades históricas y a sus legados de dolor." (p.14)

Lo relevante de los desarrollos teóricos anteriores, es el énfasis que se le otorga al trabajo terapéutico con pacientes que padecen de traumas extremos y además que están inmersos en una sociedad que no siempre valida su sufrimiento. Esto podría extrapolarse en cierta medida a las víctimas de agresiones sexuales, considerando que se ven expuestas muchas veces a la desmentida y negación familiar, social y de los dispositivos estatales,

especialmente de los operadores del sistema judicial por donde deben transitar estos niños(as) que sufrieron de agresiones sexuales.

De esta forma, se hace indispensable tomar conceptos de la ciencia victimológica, que justamente estudia los procesos de victimización y desvictimización de quienes sufren las consecuencias de la opresión política o social, y de la vulneración de sus derechos humanos (Mendelsohn, 1963). Asimismo, tomar los conocimientos de la victimología penal, cuyo objeto lo constituye el estudio científico de las víctimas del delito, y profundizar en su paso por el sistema judicial, nos puede aportar en la comprensión de la posible influencia de esto en los procesos reparatorios.

#### **5.5. Agresión Sexual Infantil: Una mirada desde la victimología.**

En la parte anterior, se consideró la agresión sexual infantil como un trauma, y se planteó la importancia de la respuesta del entorno, en la constitución y gravedad de esta experiencia traumática. Se analizará ahora el ordenamiento jurídico en nuestro país que determina que el abuso sexual es ante todo un delito y por ende se ingresará en otro tipo de epistemología y terminología; que es la legal. Esto considerando que el propósito de estudio de esta investigación toma como uno de sus objetos de estudio el recorrido que realizan los niños(as) víctimas de agresiones sexuales por el sistema de justicia. Como se mencionó anteriormente, es relevante delimitar que, desde el ámbito legal, al hablar de agresiones sexuales se suele diferenciar los actores en: víctima - quién padece del hecho- y el autor del delito, denominado también agresor u ofensor.

Esta denominación proviene específicamente del área de la victimología, en la cual se conceptualiza a la víctima como la persona que ha sufrido un perjuicio o un daño como consecuencia de acciones delictivas, recibiendo un impacto a partir de un delito (Capella, 2011).

De acuerdo a Urra y Vázquez (1993), es posible diferenciar un concepto amplio de victimología como ciencia, y un concepto más específico o restringido de los términos “victimología” y “victimización”. El concepto amplio la define como una ciencia cuyo objeto de estudio son las víctimas, incluyendo no sólo víctimas del delito, sino que, además, a víctimas de grandes catástrofes naturales o de acontecimientos económicos. El concepto más restringido de la Victimología, como disciplina encargada del estudio de la víctima de delitos, es el más comúnmente utilizado (Miranda, 2012). Desde esta aproximación, la ciencia victimológica es a la que le correspondería el estudio de los procesos de victimización y desvictimización.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el año 1985, en su declaración en referencia a los principios esenciales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder, definió el concepto de víctimas como:

“Las personas que, individual o colectivamente, hayan sufrido daños, inclusive lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal vigente en los Estados Miembros, incluida la que proscribe el abuso de poder” (s/p.)

Posteriormente, se agrega que en el término de víctimas además se incluye “a los familiares o personas a cargo que tengan relación inmediata con la víctima directa y a las personas que hayan sufrido daños al intervenir para asistir a la víctima en peligro o para prevenir la victimización”<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> ONU, Declaración sobre los principios fundamentales de Justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder. Asamblea general, cuadragésimo período de sesiones. 29 de noviembre de 1985.

Por otra parte, la ciencia de la victimología diferencia claramente los conceptos de victimización primaria y secundaria, refiriéndose, en general, a la victimización como el proceso por el que una persona sufre las consecuencias de un hecho traumático (Tamarit, 2006). Este autor define la victimización primaria como “el proceso por el cual una persona sufre, de modo directo o indirecto, daños físicos o psíquicos, derivados de un hecho delictivo o acontecimiento traumático” (p. 32). Por lo tanto, al hablar de victimización primaria, se hace referencia a las principales consecuencias del delito, a la victimización producida por el mismo. Los efectos del delito pueden aparecer inmediatamente luego de ocurrido el hecho o posteriormente. Estas consecuencias pueden ser transitorios en la vida de la persona o permanentes, y puede ser lesiones físicas o subjetivas (Ministerio del Interior y RAV, 2009).

Por otra parte, la victimización secundaria, está constituida por “el conjunto de costos personales que tiene para la víctima de un hecho delictivo su intervención en el proceso penal en el que éste es objeto de enjuiciamiento” (Tamarit, 2006, p.32). La victimización secundaria o doble victimización, se constituye por los efectos traumatizantes a los que se ven expuestas las víctimas, como son los interrogatorios de policías y jueces, la exploración y pericias médico-forenses o los contactos con el victimario en el juicio oral.

Cabe señalar que existen distinciones al conceptualizar la victimización secundaria. Por una parte, la definición de carácter más general, se refiere a la respuesta de las distintas instancias sociales e instituciones que se relacionan con la víctima después de acontecido el delito, incluidos los medios de comunicación y el sistema familiar, pudiendo ocasionar a la víctima un daño adicional. Por otra parte, una definición de carácter más restringido, concerniente a las consecuencias negativas relacionadas con el paso de la víctima por el sistema de justicia penal. Se debe advertir que ambos conceptos no son excluyentes y la definición más general incluye también al sistema de justicia penal (Miranda, 2012; Capella y Miranda, 2003; Tamarit, 2006).

Otra distinción relevante respecto del concepto de victimización secundaria o doble victimización, es el término “revictimización” que se utiliza para referirse a la vivencia reiterada por parte de la víctima de una agresión, es decir, este concepto corresponde a numerosas victimizaciones producidas por el mismo agresor o diferentes agresores en diferentes momentos. Este fenómeno ocurre especialmente en delitos como la agresión sexual perpetrada generalmente por parte del conyugue o pareja, o en casos como el incesto. Dado lo anterior, cabe aclarar que en esta investigación se empleará de manera diferencial el término “victimización secundaria” de revictimización (Gutiérrez, C; Coronel, E., y Andrés, C. 2009).

Se puede considerar que la victimización en términos generales tiene como efecto un cambio importante en la vida de las personas, que puede llegar a implicar un quiebre en la historia personal y/o familiar de las víctimas (Marchiori, 1997, en Miranda, 2012). Ahora bien, la dimensión del daño que produce el delito en una víctima va a depender de diversas variables que se entrelazan, siendo una de estas variables la victimización secundaria (Ministerio del Interior y RAV, 2009).

Otros de los aportes de la victimología como ciencia es el estudio de la denominada “carrera victimal” que se asocia a la experiencia y aprendizaje que obtiene la víctima en su rol de tal, socializándose en ese papel luego de la vulneración sufrida, en el encuentro con la sociedad y principalmente, su paso por el proceso judicial.

Específicamente, en los casos de los delitos sexuales contra niños, niñas y adolescentes, desde que se activa el sistema procesal penal luego de una denuncia, la víctima comienza a interactuar con el sistema jurídico penal durante distintas etapas, y en este contacto es que puede producirse la victimización secundaria.

Algunas de las fuentes de victimización secundaria que se pueden mencionar se asocian a: tiempos prolongados de espera por excesiva burocratización, escasa capacitación de los operadores que atienden a las víctimas, lo que implica en ciertas circunstancias un trato poco delicado o inadecuado, múltiples interrogatorios que pueden generar que la víctima reviva una y otra vez el evento traumático, además de discrepancia entre las expectativas de la víctima y sus familiares, en contraposición con la realidad institucional en la que están (Cereceda, 2003 en Miranda, 2012).

Concretamente en casos de niñas, niños ya adolescentes que han sido agredidos sexualmente, las circunstancias pueden ser más graves aún, tomando en cuenta tanto la lógica adultocéntrica del sistema judicial, como la complejidad inherente de los delitos sexuales, más aún cuando son intrafamiliares (vínculo afectivo con el agresor, quiebre familiar, tiempos prolongados de develación del abuso, entre otros).

Por último, de acuerdo al Informe presentado en abril del 2015 por la Comisión Técnica de Garantías de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes en Procesos Judiciales, del Consejo Nacional de la Infancia, los principales nudos críticos que presenta el paso de los niños(as) y adolescentes por el sistema de justicia y que fueron consensuados por los comisionados son los siguientes:

- a) No existe un sistema integral en relación a los NNA vulnerados en sus derechos, especialmente hacia aquellos que han sido víctimas de delitos sexuales.
- b) Las medidas de protección del sistema judicial no son inmediatas ni integrales.
- c) Existen escasos mecanismos de información y orientación dirigidos a los niños, niñas y adolescentes y a sus familias o adultos responsables.

- d) Ausencia de programas especiales destinados a los distintos operadores del sistema que intervienen con NNA vulnerados en sus derechos, que potencien la especialización, la capacitación permanente y el autocuidado en los equipos.
- e) Falta de sistemas de registro en algunas de las instituciones, y en las que existen, los registros son escasos. A su vez, no existen en Chile estudios y/o informes empíricos de tipo cuantitativo que permitan caracterizar la problemática en cuestión.
- f) Falta de espacios adecuados para atender e intervenir con NNA en función de sus propias características, y que además permitan otorgar privacidad en casos de delitos sexuales.

En definitiva, la victimización secundaria, como se ha descrito, se puede producir en diferentes momentos del proceso penal: durante la etapa de develación y denuncia, la toma de declaración, la atención en salud, el juicio, la sentencia; y en diferentes niveles: judicial, familiar, social y laboral. Cabe aclarar que en esta investigación nos abocaremos al recorrido de las niñas, niños y adolescentes en el proceso judicial penal y de familia, proceso en el cual se ven insertos luego de la denuncia por haber sufrido de abuso sexual.

## **6. MARCO METODOLÓGICO**

### **6.1. Enfoque Metodológico**

La presente investigación, se sitúa en un enfoque cualitativo, el cual consiste en acciones de observación, razonamiento inductivo y de descubrimiento de nuevos conceptos, al interior de una perspectiva holística orientado hacia un propósito determinado (Quintana, 2006). Asimismo, la metodología cualitativa aporta al estudio de fenómenos sociales complejos, junto con la elaboración de hipótesis y/o teorías, especialmente, cuando se desea estudiar contextos, acontecimientos, personas y conductas, integrando las formas de expresión propias de los participantes, sus palabras y experiencias (Pérez Serrano, 2001).

Lo que pretende investigar esta metodología se vincula con fenómenos que se construyen en una relación entre sujetos, que en palabras de Serbia (2007) se puede comprender como: “es un sujeto interpretante de las interpretaciones de otros, que debe tener presente, en la medida de lo posible, las determinaciones de sus propias interpretaciones” (p.127).

En este sentido, la elección de este enfoque metodológico es atinente con el propósito de esta investigación, la cual busca analizar la experiencia de los/las psicoterapeutas en el contexto de la reparación de abuso sexual infantil, con pacientes que se encuentren en un proceso judicial activo. El propósito de esta investigación es, a través de entrevistas semiestructuradas, poder recoger las impresiones y vivencias de estos psicoterapeutas en el transcurso de su desempeño profesional. De modo que se requiere producir conocimiento en contacto directo con los sujetos investigados y en el mismo contexto en los cuales tiene lugar la producción de significados sociales, culturales y personales. Es justamente en estos planos donde se construye lo subjetivo y

lo intersubjetivo, como objetos de conocimiento (Quintana, 2006) para lo cual el enfoque metodológico parece ser el indicado. Tal como señala Serbia (2007) “el diseño cualitativo es abierto, al recorrido incierto que hace la subjetividad cuando tiene que expresarse, y es flexible, a las modificaciones que deben tener estas tácticas y estrategias metodológicas si desean construir climas de desinhibición y de espontaneidad” (p.130).

## **6.2. Diseño y tipo de estudio**

El diseño de la presente investigación es de tipo exploratorio-descriptivo. Respecto al carácter exploratorio, refiere a un acercamiento inicial a la temática del vínculo terapéutico, en un contexto clínico/judicial. Por otra parte, este estudio pretende describir y definir las características de este fenómeno, así como también desea precisar los aspectos relevantes asociados a la temática de estudio, en un grupo de psicoterapeutas.

Para ello se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas a siete profesionales y posteriormente un análisis de sus respuestas, por medio de análisis de contenido.

Esta investigación es transversal, dado que, según la literatura revisada, la recolección de datos se realiza en un tiempo único, en un solo momento y en una muestra no probabilística, ya que el grupo de estudio se seleccionó de forma intencionada.

## **6.3. Participantes**

Los participantes son psicoterapeutas del Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales (CAVAS), que fue creado en 1987 y es dependiente del Instituto de Criminología de la Policía de Investigaciones de Chile (PDI).

Se seleccionó este Centro ya que es un organismo especializado en el fenómeno de la violencia sexual y la terapia reparatoria, que ha contribuido con la producción de conocimiento teórico y aplicado, en torno a esta problemática.

Para fines de esta investigación se intencionó que participaran psicoterapeutas del equipo clínico infantojuvenil, que tuvieran un mínimo de cinco años de permanencia en la institución, independientemente del enfoque teórico con el cual trabajaran. Dado lo anterior, algunos terapeutas señalaron trabajar desde un enfoque teórico sistémico, otros/as desde una mirada psicoanalítica relacional y otros/as desde una perspectiva psicoanalítica lacaniana. Esto último en un principio aparecía como una dificultad, sin embargo, en el análisis que se realizó posteriormente de las entrevistas se logró sortear estas diferencias, ya que más allá de las distintas miradas teóricas, los relatos coincidían generalmente y cuando no, también se registraba esta diferencia.

En resumen, se consignó un número total de siete profesionales psicólogos/as, del equipo clínico infantojuvenil, constituido por seis mujeres y un hombre, lo cual no fue intencionado por mí, sino que por la institución, quien designó de manera aleatoria, cumpliendo los requisitos solicitados, quiénes serían los sujetos de la muestra. Esta distribución poco equilibrada en el género de los/as terapeutas entrevistados implicó reflexionar acerca de la posibilidad de tomar el tema del género de los/as tratantes como un tema a considerar dentro del análisis, sin embargo, pese a ser un tema muy interesante, se alejaba del objetivo central de esta investigación.

Tomando en cuenta la heterogeneidad de la muestra, en cuanto a género y perspectiva teórica, se intentó escuchar los distintos relatos y plasmarlos en la descripción y análisis, buscando que esta diferencia enriqueciera la investigación.

#### **6.4. Técnica de Recolección de Datos e Instrumento.**

Con el propósito de recolectar los datos se utilizaron entrevistas semi-estructuradas con un guión temático dividido en cinco ejes, que consideran preguntas abiertas para cada apartado. Se buscó invitar a los/as colaboradores/as a responder desde su rol de psicoterapeutas, por lo que de forma escrita se les informó a los/las participantes del compromiso de su anonimato, como también se expresó la confidencialidad de la información entregada en relación a los casos clínicos.

La técnica de recolección de datos de entrevista semi-estructurada, de acuerdo a Munarriz, B (s/f), se define como una conversación entre entrevistador y entrevistado, frente a frente, donde la persona que investiga plantea una serie de preguntas. Al mismo tiempo las respuestas dadas por el o la entrevistado/a, pueden incitar nuevas preguntas por parte del investigador para clarificar los temas planteados.

Cabe señalar que las entrevistas se realizaron en base esencialmente de ejes temáticos descritos en el apartado siguiente. Además es importante agregar que surgió una categoría adicional de la voz de los/as terapeutas, la cual no estaba presupuestada, siendo esta la última categoría que aparece en el análisis.

#### **6.5. Ejes de las Entrevistas**

A continuación, se presentarán los ejes temáticos que se abordaron en las entrevistas con los/las psicoterapeutas. Si bien esta guía de preguntas tuvo el propósito de indagar los temas relevantes para esta investigación, no necesariamente se mantuvo el mismo orden en el desarrollo de las entrevistas.

- 1) Características de la psicoterapia en agresión sexual infantil:

¿Inicio de la psicoterapia?, aspectos generalizables de las psicoterapias en esta problemática, ¿existen diferencias con psicoterapias en pacientes con otras problemáticas?

2) El vínculo terapéutico en psicoterapia en casos de pacientes que han padecido de agresiones sexuales infantiles.

¿Cómo se va construyendo el vínculo terapéutico?, ¿existen características específicas del vínculo terapéutico en psicoterapia en casos de victimización sexual, diferentes a las que se establecen en psicoterapia en otros casos?

3) Procesos psicoterapéuticos en pacientes que han sufrido de agresiones sexuales infantiles.

Caracterizar los procesos psicoterapéuticos en agresiones sexuales infantiles: avances y retrocesos y analizar aquellos elementos que podrían favorecer u obstaculizar el proceso de psicoterapia.

4) Proceso de judicialización.

Durante el proceso de judicialización ¿se observa algún cambio en la psicoterapia que incida significativamente en el mismo?, la participación del paciente en el proceso judicial ¿afecta el vínculo de alguna forma?, la participación del terapeuta en el proceso judicial ¿afecta el vínculo de alguna forma?

5) Psicoterapia en Casos de Agresiones Sexuales y Proceso Judicial.

Aspectos del proceso psicoterapéutico que pueden incidir en un beneficio mutuo de ambos procesos.

## 6.6. Procedimiento de Análisis

Las respuestas de las entrevistas fueron analizadas a través de procesos cualitativos descriptivos que permitieron conceptualizar y categorizar diferentes fenómenos. La información obtenida en las siete entrevistas semiestructuradas realizadas, se analizó con la técnica de Análisis de Contenido, el que proporciona un método para llevar a cabo interpretaciones, basándose en “la lectura como instrumento de recogida de información, lectura que debe realizarse de modo científico, es decir, de manera sistemática” (Ruiz, 1999, p. 192).

Este tipo de análisis consta de tres etapas:

- 1) Selección de unidades de registro, desde palabras, temas, párrafos, hasta símbolos semánticos.
- 2) Categorización de las unidades de registro, que corresponde a “simplificar reduciendo el número de unidades de registro a un número menor de clases o categorías” (Ruiz, op. cit., p. 204), esto es, considerando que las unidades de registro tienen algo en común. Es necesario tener en cuenta que las categorías se deben construir de acuerdo con un criterio único, deben ser exhaustivas, excluyentes y significativas.
- 3) Desarrollar las categorías antes planteadas, en un texto, en el cual se describen sus contenidos.

Posteriormente de haber realizado las entrevistas, se realizó su transcripción textual del contenido. El primer procedimiento para llevar a cabo el análisis consistió en la lectura de las transcripciones, para luego organizar la información en categorías, que iba construyendo conforme a los contenidos que aparecían en las entrevistas.

Finalmente, para realizar el análisis se configuraron cinco categorías, las cuales se construyeron en base a la información que más se repetía en las entrevistas y que tuvieran sentido con el marco teórico descrito y escogido por la investigadora.

## 7. DESCRIPCIÓN DE LO ARROJADO EN LAS ENTREVISTAS.

Para dar cuenta de los resultados obtenidos, se presenta a continuación el análisis en cinco categorías que tienen como propósito dar cuenta de las opiniones de los entrevistados/as,

### 7.1. Terapia reparatoria

La primera categoría describe lo opinado por los/las psicoterapeutas respecto de su experiencia en los procesos de terapia que han llevado con niños(as) víctimas de agresiones sexuales, en el transcurso de su trabajo en el CAVAS.

A raíz de lo anterior se encuentran varias características y especificidades de la psicoterapia en casos de agresiones sexuales, lo que permiten en esta categoría generar tres distintas sub- categorías, a saber:

- 1) Características de la terapia en casos de agresiones sexuales,
- 2) diferenciando espacios, y
- 3) oportunidad de pensarse a sí mismo.

A continuación se analizarán dichas sub categorías:

#### 7.1.1 Características de la terapia en casos de ASI: crisis y destrucción del psiquismo.

De acuerdo a los relatos recabados se puede señalar que todos/as coinciden en que la psicoterapia en caso de agresiones sexuales infantiles **tiene ciertas características que la definen** y diferencian de procesos con pacientes que presentan otro tipo de problemáticas. Un tema relevante que aparece es que esta diferencia está marcada no sólo por el tipo de fenómeno, sino que también por el sello institucional del lugar donde trabajan, siendo un organismo público que recibe casos muy complejos.

Así lo expresa una de las entrevistadas cuando dice: *“somos un centro de víctimas de agresiones sexuales, entonces muchas veces las derivaciones son casos bien complejos en los pacientes infantiles, en general son víctimas de agresiones crónicas, intrafamiliares y también de otros traumas...”* (Entrevista N°1)

En este sentido se escucha en las entrevistas que los casos que llegan por agresiones sexuales provienen de un contexto familiar y social que presenta en sí mismo problemáticas además o más allá del motivo de consulta principal.

Un segundo aspecto que enfatizan, es la idea de que **son pacientes y familias que en general llegan en estado de crisis**, por lo que la *“instalación en un espacio propiamente terapéutico va a tomar mucho tiempo”*. En esto último coinciden todos los relatos, en la importancia de **no apresurar el proceso y de ser respetuosos con los tiempos**, estableciendo un encuadre muy claro que facilite la reconstrucción de la confianza, tema de fundamental relevancia en estos casos, considerando que existe una falla en la confianza depositada en los vínculos de las figuras primarias, especialmente en casos de agresiones sexuales en contexto intrafamiliar que, según la estadística nacional, son la mayoría.

Este aspecto lo toma una de las entrevistadas cuando refiere que una de las características del quehacer clínico en pacientes víctimas de agresiones sexuales es su **complejidad especialmente en casos de agresiones intrafamiliares**. La entrevistada dice:

*“yo pienso que sí tiene especificidades, me parece que el abuso sexual, sobre todo aquel de características más incestuosas tiene dinámicas particulares, tiene la característica incestuosa del vínculo, de la cronicidad y por así decirlo, cierto nivel de destrucción del psiquismo.”*

(Entrevista N°6)

De esta manera, se descubre que la complejidad radica en la crisis del paciente, de su entorno familiar, de su historia y contexto, de lo destructivo de la subjetividad de la víctima, que toma de forma masiva distintas áreas de su vida.

Por último, algunos relatos aluden al **proceso judicial como un interviniente ineludible**, como un aspecto característico que podría interferir y que implica la participación de muchas personas e instituciones, lo que no necesariamente sucede en otros casos. En una entrevista se señala que *“el rasgo institucional en la clínica del abuso sexual es la judicialización, o sea en sus variantes digamos, penal y de familia, entonces me parece que ese es un rasgo estructural digamos de la clínica.”* (Entrevista N°7)

#### 7.1.2 Diferenciando espacios.

En esta sub-categoría lo que resalta es la idea de que en las primeras sesiones con los/as pacientes es muy relevante presentarles **el espacio terapéutico con un espacio distinto** a otros en los que hayan participado. Una de las entrevistadas señala: *“uno tiene que darse el tiempo de explicar bien al principio quien es uno a diferencia de otros participantes, por ejemplo a diferencia de espacio destinado a la pericia, destinado a las personas de la OPD.”* (Entrevista N°3)

En esta demarcación aparece como fundamental relevar que el espacio terapéutico es distinto a otras instancias relacionadas con el sistema judicial, siendo un **factor distintivo “el tiempo”**. Lo anterior se ilustra en la siguiente viñeta: *“lo que marca es la diferencia también el proceso reparatorio es que justamente va a haber tiempo, vamos a poder hablar de eso cuando tú quieras, cuando tu sientas que lo necesitas...”* (Entrevista N°2)

Se puede pensar que la necesidad de los/as terapeutas de diferenciar los espacios y lugares de atención tiene que ver con el poder transmitir algunas garantías básicas que tal vez en otras instancias no han estado presentes, como es el respetar los tiempos y ritmos de los procesos individuales en un ambiente contenedor y donde prime la confianza entre terapeuta y paciente.

### 7.1.3 Oportunidad de pensarse a sí mismos.

Una característica de la psicoterapia en casos de agresiones sexuales que surgió en las entrevistas está relacionada con la asistencia obligatoria a terapia por derivación de tribunales. En este sentido la mayoría de los/as pacientes del CAVAS no consultan espontáneamente, lo que implica una serie de factores a analizar en cuanto a la llegada de éstos y el que puedan apropiarse del espacio terapéutico como una instancia provechosa para sí mismos. De esta manera, tanto la adherencia como el pronóstico del paciente muchas veces depende de que se logre **construir durante el proceso terapéutico una demanda propia**, es decir, que más allá del motivo por el cual fue derivado, pueda reconocer una necesidad subjetiva, un problema, y que sea capaz de pedir ayuda.

El siguiente extracto de entrevista de una de las participantes ilustra lo descrito anteriormente: *“Muchas veces no tiene una demanda propia, sino fuera por este tema no estarían consultando. Entonces cuando llegan a la terapia reparatoria es primera vez que tienen la oportunidad de pensarse a sí mismos.”* (Entrevista N°3)

Cabe señalar que el hecho de que los pacientes no consulten espontáneamente, representa un desafío o un obstáculo, por un lado, pero por otro piensan que puede ser una **oportunidad para que personas que nunca habían considerado detenerse a observarse a sí mismas**, lo puedan llevar a cabo.

## 7.2. Vínculo terapéutico.

La segunda categoría se refiere a uno de los ejes centrales de los procesos terapéuticos y de la pregunta de investigación de este estudio, que tiene relación con el vínculo terapéutico. En las entrevistas se aborda las características de este vínculo en procesos de terapia con niños y niñas víctimas de agresiones sexuales.

En virtud de los resultados, se subdivide esta categoría en tres sub categorías:

- 1) Legitimización de los/as terapeutas a los ojos del/a paciente,
- 2) estilos vinculares, y
- 3) desafíos inconscientes en la construcción del vínculo.

A continuación, se describirán y analizarán las subcategorías mencionadas.

### 7.2.1. Legitimización de los/as terapeutas a los ojos del/a paciente:

“Construyendo una relación amorosa en contexto de violencia”.

Los/las psicoterapeutas identifican ciertos aspectos relevantes respecto de las condiciones que posibilitan el vincularse con los niños y niñas que atienden y además reconocen algunas características particulares de estos procesos. Todos/as los/las participantes afirman que el **vínculo terapéutico se va co-construyendo paulatinamente**, no es algo dado tan solo por la presencia del terapeuta y del paciente en un espacio determinado, sino que se va constituyendo en base a ciertos movimientos que realizan ambos.

La especificidad que en general distinguen los terapeutas entrevistados respecto del vínculo que se establece con víctimas de agresiones sexuales, se asocia a la experiencia traumática que vivieron estos niños y niñas, en la cual existió un trauma sexual pero además relacional (especialmente en casos

de agresiones en el ámbito intrafamiliar que, como se ha señalado anteriormente, son la mayoría de los casos).

En este sentido, aparece como un desafío el instaurar un espacio de cuidado y de confianza en pacientes que presentan transgresiones importantes en sus relaciones. Esto se ilustra en parte en los siguientes fragmentos de entrevista: *“el desafío es como poder ir pensando que cómo se puede despertar una relación amorosa en un contexto de violencia y de maltrato”*. (Entrevista N°7)

*“Lo que se afecta es lo relacional también, porque en el fondo hay un agresor, en el caso de las agresiones intrafamiliares, que obviamente va a perjudicar en todo el ámbito más relacional del niño y eso va a implicar que por ejemplo el vincularse con un niño que ha sido traumatizado de manera crónica y, en el fondo en este ámbito más, de su núcleo más significativo, va a ser mucho más complejo.* (Entrevista N°1)

Se puede identificar en los relatos de las entrevistas el hecho de que los pacientes presentan historias traumáticas y vivencias de desprotección y maltrato, quedando en una posición de gran vulnerabilidad, por lo que se revela el temor de los terapeutas de retraumatizar a sus pacientes en las dinámicas vinculares que establecen.

Lo anterior implica que los/as terapeutas sean muy cuidadosos al momento de relacionarse. Cuidadosos de no ser intrusivos, no presionar, no apurar y no transgredir, principalmente cuando estos pacientes y los mismos terapeutas están expuestos a presiones y demandas de respuestas de parte del sistema judicial, de la institución que los acoge (CAVAS) y de las familias. Esto, porque a veces se quiere acelerar el proceso u obtener información que ayude a probar la ocurrencia del delito, siendo esto requerimientos externos y no siempre coincidentes con los intereses del paciente.

Por último, en esta sub categoría surge como relevantes aspectos propios de la persona del terapeuta, siendo uno de éstos es su disponibilidad emocional. Esto se pone de manifiesto en las siguientes viñetas extraídas: *“el terapeuta es como la herramienta en este proceso de reconstrucción relacional de las confianzas, del apoyo, de la contención”*. (Entrevista N°1) Además, *“hay que estar muy dispuesta estar vinculada, a querer a los pacientes, a estar conectadas con ellos y que eso implica ciertos dolores y sufrimientos y preocupaciones adicionales”*<sup>9</sup>. (Entrevista N°5)

### 7.2.2. Estilos vinculares.

En esta sub-categoría, lo que surge del análisis de lo dicho por los/as participantes es que han identificado que en los procesos terapéuticos con estos niños y niñas, el modo de vinculación es particular, en tanto fluctúa entre dos polos: vínculos que se caracterizan por pacientes que se relacionan de forma rápida y simbiótica o pacientes cautelosos y desconfiados.

En los siguientes extractos de viñetas de entrevistas se puede ilustrar el punto anterior:

*“Son niños muy distintos, o también muy desinhibidos, que tienen un contacto muy inmediato y que uno tiene que poner límites súper claros desde el inicio o niños que tienen alteraciones vinculares significativas, entonces no sé si se logra establecer un vínculo profundo con él.”*  
(Entrevista N°1)

*“Hay otros que desconfían tremendamente, yo me he encontrado más en general, con la población que atiendo aquí, que les cuesta confiar, como muy hipervigilante en las sesiones, con mucha necesidad de*

---

<sup>9</sup> El tema de las características propias de la persona del terapeuta no apareció de forma espontánea de parte de los entrevistados/as, más que en dos entrevistas, y tampoco fue expresamente preguntado por la investigadora. Sin embargo, es un tema muy relevante que se incluirá en el capítulo de discusión

*controlar la relación, de mantener cierta distancia, que les toma bastante tiempo poder vincularse.” (Entrevista N°5)*

A partir de estos relatos se desprende que el vincularse con pacientes traumatizados se asocia a convivir con la agresión sufrida por estas víctimas a nivel relacional, así como también con la angustia, temor y desconfianza que les puede generar el establecimiento de vínculos.

Otro tema que surge como relevante en una de las entrevistas es que el terapeuta pueda posicionarse en distintos lugares, transitar por diversas posiciones, dependiendo de las necesidades del paciente.

En este sentido, una viñeta que da cuenta de lo descrito es la siguiente:

*”Los vínculos terapéuticos cambian y la transferencia cambia también, o sea a momentos necesita comportarse de un modo o también el paciente necesita otro tipo de transferencia, más maternal, menos juicios digamos pero también necesita que se digan las cosas como son también. Entonces uno representa muchas veces todos los distintos vínculos, uno es un representante de eso y ene se sentido fluctúa”.*  
(Entrevista N°3)

Por último, emerge en los relatos recabados la noción de que los estilos vinculares de estos niños y niñas están contruidos en referencia a sus experiencias primarias con sus figuras parentales o principales cuidadores/as. Esto puede facilitar u obstruir la vinculación terapéutica, dado que en casos en que existe una familia contenedora y responsiva emocionalmente la relación terapéutica fluiría de mejor forma. Sin embargo, en la mayoría de los pacientes atendidos por los/las participantes observaron lo contrario: que existía muchas carencias afectivas primarias, necesidades emocionales que no fueran

satisfechas, lo que va a determinar ciertas características de la vinculación entre paciente y terapeuta.

### 7.2.3. Desafíos inconscientes en la construcción del vínculo.

En relación a esta última sub categoría, los/las participantes destacaron que existen ciertos obstáculos que pueden dificultar el desarrollo del proceso y de la relación terapéutica. El primero de estos se asocia a ciertas acciones u omisiones de los pacientes y sus familiares en el contexto terapéutico, como puede ser el llegar tarde, olvidar asistir a sesión o mantenerse en silencio durante las sesiones. Estos actos pueden relacionarse al temor de los/las pacientes a que se les pregunte por la agresión sexual sufrida, dado que es el motivo por el cual fueron derivados a psicoterapia, suelen llegar con una actitud de resistencia a exponer este tema. Sin embargo, todos/as los/las terapeutas tienen bastante cuidado en no forzar la aparición de temas para los cuales los/las pacientes no estén preparados. En una de las viñetas se expresa lo anterior de la siguiente forma:

*“Ahí también hay algo que uno tiene que trabajar en primera instancia, derribar esa idea de que se viene a hablar solo de eso, si bien llegaste acá por esto, tú como persona que estas acá, eres mucho más que eso, entonces conozcámonos primero, ya veremos en qué momento se habla de lo otro.” (Entrevista N°2)*

Otro de los desafíos en la construcción del vínculo que identifican los/las terapeutas se refiere a la agresividad que depositan los niños y niñas en la relación terapéutica, a través de contenidos asociados a la violencia, juegos o ataques verbales ante los cuales quedan expuestos los/las terapeutas siendo a veces esto difícil de elaborar a distintos niveles: tanto en sesión, como posteriormente a la sesión para la persona del terapeuta.

Asimismo, ciertas posturas que toma el terapeuta y en la que también lo posicionan pueden de cierta forma debilitar la construcción del vínculo. Una de estas es la posición de autoridad. Esto se puede ilustrar en el siguiente fragmento de entrevista:

*“A veces te posicionan en ese lugar como de autoridad, como que de que tu tomas las decisiones de que no lo vea, o de que no vaya a tal lugar porque ahí va a estar el agresor, entonces a veces la familias te posicionan en ese lugar, “de que la psicóloga me dijo que no te llevara”.*  
(Entrevista N°1)

En estos casos la familia y/o el paciente necesitan que el/las terapeutas ocupen este lugar, pero esto puede ser difícil de sobrellevar, dado que el paciente puede revelarse, atacar o huir cuando el terapeuta introduce límites en la realidad, fuera del espacio terapéutico.

Por otra parte, algunas de las entrevistadas mencionaron que un desafío importante en la emergencia de ansiedades paranoides en los niños y niñas durante la terapia asociado muchas veces a secretos familiares que sienten deben resguardar de terceros y también en relación a sentimientos de lealtad que tienen aún hacia el agresor que los/as movilizan a continuar con la mantención de ciertos secretos para no sentir que están traicionando al agresor.

Por último, un tema que aparece sólo en dos entrevistados/as se relaciona con la presencia de disociación como mecanismo central, lo que dificulta la elaboración de la experiencia traumática en terapia.

### **7.3. Trauma por agresión sexual infantil.**

La tercera categoría se refiere al concepto de trauma, y basándose en el contenido en las entrevistas se puede subdividir esta categoría en:

- 1) Trauma acumulativo, y
- 2) trauma y victimización secundaria

#### 7.3.1. Trauma acumulativo.

En relación a la sub-categoría de trauma acumulativo, los/as psicoterapeutas entrevistados hacen alusión a que la mayoría de los/las víctimas de agresiones sexuales que atienden presentan situaciones previas de maltrato o vulneración que podrían ser conceptualizadas como experiencias traumáticas. En primer lugar, mencionan el abandono materno como una situación repetitiva que aparece en los niños y niñas derivados a atención psicológica. Las siguientes viñetas muestran este fenómeno:

*“Principalmente yo creo que lo que más sufren tiene que ver con el abandono materno, ya que es algo que se repite constantemente.”*  
(Entrevista N°2)

O, desde otra entrevista:

*“Tengo la impresión de que efectivamente el trauma sexual genera una alteración a nivel vincular pero yo creo que muchos pacientes vienen con un problema vincular que es previo, que tiene que ver con la falta de sintonía emocional de sus figuras cuidadoras o de validación o reconocimiento de ciertas vivencias”.* (Entrevista N°4)

En este sentido, se aprecia que en los niños y niñas que consultan existen experiencias traumáticas desde la primera infancia, atravesada por situaciones de negligencia, abandono y maltrato, en las cuales los/as principales cuidadores fallaron en su función protectora. En este contexto, la

agresión sexual sufrida es parte de un continuo de situaciones violentas que han sufrido estos pacientes y ante las cuales en general no han sido lo suficientemente resguardados.

### 7.3.2. Trauma y victimización secundaria.

En esta segunda sub-categoría se alude a una dimensión del trauma diferente, relacionada con el encuentro de las víctimas con el sistema jurídico, luego de que la agresión sexual es denunciada y se da inicio al proceso judicial.

Un tema que indican como relevante es la articulación entre los tiempos de derivación y del proceso terapéutico, con los tiempos del proceso judicial. Esto considerando que cuando la mayoría de los/as entrevistados/as indican que cuando las diligencias del proceso judicial son cercanas a la denuncia y al inicio de la terapia es menos iatrogénico, podría victimizar secundariamente menos que cuando hay un desfase y latencia en los tiempos de las diligencias legales. Una viñeta que ilustra este punto sería:

*“Si son casos que están ingresando recién no es tanto, bueno acá suspendemos y todo, pero si son casos que han pasado 2 años y nuevamente lo llaman al niño y todo, es complejo porque volvemos como a abrir una situación de mucha crisis, entonces para él vuelven los recuerdos, se reactiva toda la sintomatología, la familia en general se desorganiza nuevamente, empiezan a existir los temores” (Entrevista N°1)*

En este mismo punto se puede mencionar que en las entrevistas se alude a que el recorrido de los/la paciente en el sistema judicial suele producir retrocesos en el proceso terapéutico al reeditar la vivencia traumática. Esto se expresa en crisis, conductas regresivas, reaparición de sintomatología como flashback y pesadillas, entre otros.

Prosiguiendo con la idea anterior, un tercer aspecto se relaciona con la pérdida del valor de la palabra de los niños y niñas cuando declaran haber sido agredidos sexualmente, dado que en el sistema judicial se enfatiza el valor de la prueba, de la evaluación física o psicológica y no basta con lo dicho por la víctima. De acuerdo a lo identificado en las entrevistas, los niños y niñas perciben la escasa credibilidad que se le da a la victimización sufrida, lo que se traduce en poco reconocimiento de los organismos intervinientes a su vivencia, agravando la victimización sufrida.

Un cuarto aspecto rescatado en las entrevistas alude al carácter coactivo del sistema de justicia en casos de agresiones sexuales, no tan solo respecto del proceso judicial con el que deben tener contacto las víctimas (como el tener que comparecer personalmente en Tribunales), sino también respecto del proceso terapéutico, reproduciéndose la violencia en distintos niveles. El siguiente extracto de viñeta ilustra este punto:

*“Hay muchos casos en donde las consultas son coactivas sin consentimiento de los sujetos que vienen a consultar ni de la familia, entonces eso genera algunos problemas porque efectivamente también hay un vicio del sistema en que la terapia adquiere un carácter forzoso en un contexto en el que hay algo de forzamiento y de lo coactivo que también opera en la versión sexual, hay algo que de entrada el sistema tiende a reproducir no sólo en el caso de la victimización secundaria que es en el fondo estar relatando un ay otra vez.” (Entrevista N°7)*

#### **7.4. Proceso judicial y terapia**

En esta cuarta categoría se analizan los distintos fenómenos que ocurren en la articulación entre el proceso judicial y el terapéutico en niños y niñas que

han sufrido agresiones sexuales. De los contenidos rescatados en las entrevistas se puede subdividir esta categoría en:

- 1) Interferencias del proceso judicial en el proceso terapéutico de las víctimas,
- y
- 2) cuando declara el terapeuta.

#### 7.4.1. Interferencia del proceso judicial en el proceso terapéutico de las víctimas.

Esta primera sub categoría alude a la incidencia o repercusiones que puede tener en el proceso terapéutico, la participación de los/as pacientes en el proceso judicial, especialmente se analiza lo que acontece en las sesiones, en cuanto al vínculo entre terapeuta y paciente.

El primer aspecto que relevan los/as participantes alude a la interferencia en el vínculo terapéutico cuando el niño o niña se ve enfrentado(a) a algún requerimiento del sistema judicial. En general todos/as los/as participantes mencionaron que existe cierta afectación en el paciente, en su familia, en lo que ocurre en las sesiones, pero no necesariamente se ve amenazado el vínculo en estas circunstancias. Las siguientes viñetas ilustran este aspecto:

*“No sé si el vínculo, no estoy tan segura que... quiero pensar de que el vínculo es algo un poco más permanente que sea un cambio a propósito de cierta contingencia, si es un vínculo, creo que ese se puede sostener a pesar de las frustraciones... en el transcurso de un proceso terapéutico es posible de que sea llamado a ser periciado, eso, claro, uno lo explica y es parte de la realidad, pero eso no interfiere en el vínculo terapéutico, es una interferencia pero como es cualquier realidad digamos.” (Entrevista N°3)*

*“Ese gran tercero que aparece como lo judicial va a tener un impacto yo creo que distinto en este paciente según el proceso terapéutico en el que se encuentre.” (Entrevista N°2)*

*“Cuando ya se genera un vínculo, cuando llega uno puede hacer este encuadre, uno empieza a instalarse como alguien estable, que puede contar, que podemos solucionar otras cosas también, entonces cuando aparece este tercero entremedio del proceso y dice bueno ahora tiene que ir a la pericia o a hora tiene que ir a declarar, es... Ya los pacientes saben que pueden contar con su terapeuta”. (Entrevista N°2)*

Tomando en cuenta lo anterior, se puede deducir que el proceso judicial tiene incidencia en el devenir de la psicoterapia, en el contenido de las sesiones o en las manifestaciones sintomatológicas de los pacientes, sin embargo, esto no afecta en el vínculo terapéutico, especialmente si se ha ido construyendo un vínculo estrecho, cercano y contenedor entre paciente y terapeuta.

Un segundo elemento al que aluden los/as participantes es el hecho de que los niños y niñas al denunciar la agresión sexual sufrida comienzan un recorrido en el sistema judicial que implica muchos intervinientes, es decir, muchas organizaciones y personas que están involucradas en mayor o menor medida en la vida de estos niños y niñas, lo que genera dificultades en la construcción del vínculo terapéutico, así como también en el desarrollo del proceso terapéutico en general. Los siguientes extractos de entrevistas revelan lo descrito anteriormente:

*“Hay muchos más intervinientes, o sea en otras temáticas diferente a esta, yo no estoy tan segura que hay tanta gente involucrada en el proceso sea directa o indirecta, o sea alguien que está afectada por esta situación de la victimización sexual, sabe que va a pasar por fiscalía, ha*

*ido al médico legal o tiene que ir a hacer una pericia y todo esto hace que estén más resistentes cuando llegan a terapia”. (Entrevista N°3)*

*“No sé si solo poner lo judicial, yo creo que son todos los entes que empiezan a aparecer a partir de la denuncia, yo creo que todos esos elementos van teniendo un efecto, una marca, una huella, en como nosotros recibimos a los pacientes, vienen discursos. Son tantos discursos externos que se transforman en discursos internos, y que al final como que dificulta escuchar la propia voz de esos pacientes.” (Entrevista N°2)*

#### 7.4.2. Cuando declara el terapeuta.

Esta segunda sub categoría alude a analizar lo que sucede en los procesos terapéuticos cuando es el o la terapeuta los que son llamados a participar en los procedimientos del sistema de justicia.

Un primer aspecto que se puede reconocer es el del rol que asumen los/as terapeutas de “acompañar” a sus pacientes y familiares, al participar activamente en el encuentro con el sistema judicial. Señalan que es fundamental transmitir al paciente, en la medida de lo posible, los contenidos que se van a informar al Tribunal y trabajarlos en conjunto. Además, en las entrevistas se puede leer que este acompañamiento implica un riesgo, el de ser parte de los resultados del proceso de justicia. Unas viñetas que ilustran este punto:

*“Muchas veces nosotros también hemos participado como más en la medida de acompañante del paciente, mientras se espera que el pueda ir a declarar en el juicio y eso también los niños se lo viven con harto alivio ya, como el sentir que su terapeuta está al lado.” (Entrevista N°4)*

*“Bueno, declarar... muchas veces a nosotros nos llaman, es una especie de acompañamiento y de estar colaborando con el proceso que lleva el paciente, pero si el juicio va mal, muchas veces las personas se les borra el sentido pa que seguir? ¿Y lo primero que se les viene es pa que seguir yendo al CAVAS?” (Entrevista N°3)*

Un segundo aspecto a rescatar es que algunos/as terapeutas sienten que el ser llamados a declarar los “desvía” de su labor clínica, reparatoria, lo cual puede afectar el proceso que se lleva a cabo. El siguiente extracto de entrevista visibiliza esto:

*“Porque igual te desvía un poco de tu labor, porque tu labor es estar centrada en el niño, no en lo judicial que va paralelo, o sea como que igual el ir a declarar requiere preparación, requiere de una serie de elementos que obviamente te desenmarcan un poco de tu labor directa de atención para los niños.” (Entrevista N°1)*

Por último, un tercer aspecto de esta sub categoría se relaciona con el impacto que puede tener en la subjetividad de los /las terapeutas el concurrir a estos procedimientos legales, especialmente impactante parece el choque que puede tener el conocer la realidad, ya no subjetiva, sino que material de algunos aspectos o personas de la vida de los/as pacientes. Esto se puede observar en la siguiente viñeta:

*“Y creo que también a mí lo que me ha pasado es estar ahí en el juicio, más que declarando si no que viendo físicamente al agresor y a la familia, quizás a la familia no es tanto pero mirar al agresor también me genera algo distinto porque además tú tienes una fantasía del agresor a partir de lo que el paciente te transmite y yo creo que es distinto verlo en la realidad, o sea como en la realidad misma, te genera cosas que te puede generar miedo o al revés también, te puede generar rabia o te*

*puedo generar como decir ver que es un sujeto mucho menos amenazante que la fantasía que te transmite el niño.” (Entrevista N°4)*

#### 7.4.3. Relación o beneficio mutuo entre instancias judiciales y terapéuticas

En esta última sub-categoría se analiza la posibilidad de articular ambas disciplinas, ambos discursos, tanto el del derecho como el de la psicología en favor de las víctimas de agresiones sexuales infantiles.

El primer aspecto identificado en las entrevistas se relaciona con la necesidad que consideran los/as terapeutas de consensuar y aunar ciertas conceptualizaciones y discursos que faciliten el trabajo de manera coordinada, porque de lo contrario aparecen zonas de roces o conflictos. Una de éstas parece relacionarse con la noción de “verdad”, siendo la “verdad jurídica” del contexto jurídico distinta a la “verdad subjetiva” con la cual se trabaja en el campo psicológico. Un extracto de entrevista puede ilustrar esto de mejor forma:

*“Creo que como psicóloga también deberíamos saber cómo se maneja la verdad jurídica porque hay mucha frustración cuando te dicen que no se puede comprobar la verdad pero uno te dice pasó, ocurrió, pero como no se puede probar, no es verdad.” (Entrevista N°2)*

Un segundo aspecto que se recata de las entrevistas es la contribución que puede ser el apoyo del terapeuta para el paciente al momento de enfrentar alguna instancia del proceso de justicia. Este apoyo está centrado tanto en la preparación, como el acompañamiento y posterior elaboración de lo vivenciado en momentos judiciales importantes, en los que debe participar el niño o niña agredido, como puede ser el examen físico, pericia o juicio oral. Estos extractos de viñeta aluden a lo anterior:

*“Yo creo que hay intervenciones donde los pacientes se sienten mucho más apoyados cuando uno le pueda explicar y trabajar ciertos temores, por ejemplo, la escena del juicio oral y la trabajo muchas veces, muchas sesiones, hacemos monos de cómo es, de quien está en la sala, de lo que puede suceder...” (Entrevista N°4)*

*“Hay un acompañamiento en la medida que los pacientes lo requieran, y la interferencia que ese tercero, o lo judicial, o todas estas entidades puedan tener en el paciente yo creo que pueden ser como amortiguadas un poco por esta compañía del terapeuta que también uno como conoce el sistema puede ir anticipando, y que no sea algo que lo pille de sorpresa nuevamente.” (Entrevista N°2)*

## **7.5. Madres y padres en el proceso terapéutico y judicial.**

En esta categoría se analiza lo que sucede en el transcurso de la psicoterapia con niños y niñas, entre el/la terapeuta y los padres/madres de sus pacientes. Se considera que son parte importante de la terapia, y aunque distinto, también los/ las terapeutas establecen un vínculo con quienes están a cargo del cuidado de su paciente, el cual puede determinar en gran medida el devenir de la psicoterapia. A partir de este análisis se pueden identificar dos sub categorías:

- 1) Vínculo terapéutico con las madres y padres, y
- 2) madres y padres del paciente y el proceso judicial

### **7.5.1. Vínculo terapéutico con las madres y padres.**

En esta sub-categoría los participantes/as identifican ciertas características del vínculo terapéutico que se establece con las madres y padres de los pacientes que asisten a psicoterapia en casos de agresiones sexuales y de qué forma éste vínculo fortalece o debilita el trabajo con el paciente.

El primer elemento que se rescata en este sentido es la relevancia de la construcción de un vínculo de confianza con los cuidadores/as principales de los pacientes, en favor de una adecuada adherencia y participación en la psicoterapia tanto del niño/niña como de sus padres. Algunas viñetas seleccionadas pueden dar cuenta de esto:

*“Si uno no hace alianza, o no hace transferencia también con los papás, va a ser súper difícil que el adolescente que ya puede decidir por sí mismo, que diga “que lata hoy venir para acá”, pero si el papá no está en transferencia, que no le encuentra el sentido para que su hijo venga, entonces ahí lo perdemos...” (Entrevista N°2)*

*“Hay algunos autores que hablan de la **doble transferencia**, que es la transferencia que uno hace con los pacientes pero también con esta figuras de cuidado que son quienes los traen y que pueden ser los papás o por ejemplo las cuidadoras de trato directo de las residencias, porque son las que más los conocen, las que los acompañan, son las que en el fondo les van a decir “ya po, hoy nos tocan terapia”... Ellas también tienen un lugar en esto” (Entrevista N°6)*

El que las madres y padres se comprometan con el proceso de su hijo/a es fundamental, especialmente en casos en que no han consultado espontáneamente sino que derivados desde el sistema de justicia, como una medida obligatoria. En este escenario, el generar una demanda propia y un vínculo de confianza de la familia del niño/a, es parte relevante en el proceso de construcción del espacio terapéutico.

Por otra parte, un segundo aspecto que se distingue en los relatos de las entrevistas, es el impacto que puede tener en el devenir de la psicoterapia, la vivencia de la familia de la experiencia de agresión sexual del niño(a). En este

sentido, el que la madre y/o padre den credibilidad a la vivencia traumática del niño(a) y que tomen las medidas protectoras necesarias puede facilitar el proceso de terapia. Por otro lado, cuando existe vivencias traumáticas de índole sexual instaladas en la historia de las familias, el proceso terapéutico puede ser más complejo. Un extracto de entrevista alude a lo anteriormente descrito:

*“Los papás yo pienso que depende mucho si la agresión y el trauma son fenómenos que ya se han dado en la familia, es distinta la forma de abordar porque yo creo que la temática está muy adentro de ellos mismos también, entonces no es lo mismo de alguien que la vive más de afuera, que está impactado y que tiene otra reacción entonces de ahí para mí la intervención es distinta, cuando hay más transgeneracionalidad, yo soy mucho más prudente porque la dinámica está mucho más enraizada.” (Entrevista N°4)*

Otro elemento de este segundo aspecto, es el hecho de que la agresión sexual hacia un hijo(a) puede despertar en sus padres, vivencias de mucha angustia y crisis, lo que puede limitar su respuesta en esta situación y en el espacio terapéutico de los niños(as) muchas veces se ayuda a la contención y tramitación de estas vivencias angustiosas. La siguiente viñeta ilustra esto:

*“Los padres que también están angustiados, traumatizados, no tienen palabras para explicarles, entonces me ha pasado reiteradas veces que lleguen con el niño afuera del médico legal pero no le dicen nada y pasan con el niño y para el niño también es una situación necesariamente angustiante, podría haber sido de otra forma pero esos papás también están angustiados, entonces trato que acá sea diferente, que sepan a lo que vienen, de a poco, introduzco la idea del tiempo también.” (Entrevista N°4)*

### 7.5.2. Madres y padres del paciente y el proceso judicial

En esta segunda sub-categoría se analiza la incidencia que tiene la participación tanto de la víctima y su familia en las instancias de justicia como la participación del terapeuta en el devenir de la psicoterapia.

En el primer aspecto de esta sub- categoría, se advierte que particularmente la declaración del terapeuta en procesos de justicia penal o de familia, pueden ser claves en el debilitamiento o fortalecimiento del vínculo y del trabajo terapéutico. Unas viñetas de entrevistas relevan lo anterior:

*“Los papás pueden escuchar la declaración nuestra y en eso les toca escuchar un montón de cosas, relatos más específicos, de impresiones clínicas que son súper duras, porque no son tal como uno las transmite en sesión, que es mucho más comprensivo, más paulatino, que lo vamos trabajando, ahí uno tiene que decir todo y mostrar el daño y mostrar un montón de cosas.” (Entrevista N°5)*

*“Porque a veces los adultos se dan cuenta que los niños nos cuentan a nosotros cosas que ellos no tenían idea, y eso también es bien terrible para ellos, entonces también eso implica abrir nuevas heridas para ellos ya que también significa tener que pasar de nuevo por un proceso donde hay que recoger eso, trabajarlo muchas veces, así como también hay veces en que pasa lo mismo que pasa en tribunal de familia que es en donde uno también da cuenta de las dificultades de los adultos que estaban al cuidado, que favorecieron que este tipo de situaciones se instalara y eso también ellos se lo pueden vivir como una crítica.” (Entrevista N°6)*

De lo anterior se puede desprender que en los procesos judiciales se exponen temáticas que pueden conmocionar a las madres y padres de los niños(as)

víctimas de agresiones sexuales. Estos temas se presentan en un contexto ya no terapéutico, sino judicial, por ende, no es un espacio contenedor y respetuoso de los tiempos y procesos individuales, lo que puede ser experimentado de manera amenazante por la familia de los pacientes, interfiriendo en su tramitación y tal vez en la confianza depositada en el vínculo terapéutico.

Por último, un segundo aspecto tiene relación con el resultado del proceso judicial y su asociación a la psicoterapia. En este sentido en las entrevistas se identifica que la relevancia que la familia le otorgue a la reparación legal puede ser fundamental en el acontecer de la psicoterapia. Una muestra de esto es que si en el proceso penal no se llega a comprobar la ocurrencia del delito y no se castiga al agresor, esto puede influir hasta en que deserten del proceso. Una viñeta puede ilustrar esta idea:

*“Para las familias es un tema muy relevante, experimentan la sanción social. Obviamente en familias que dan credibilidad, en familias que no, en el fondo que no pase nada es como reafirmar “que para qué le vamos a creer a este niño finalmente si no era nada”, como que reafirma la no credibilidad también, si el resultado es negativo, y si es negativo para una familia que da credibilidad también es un como un impacto de que no fueron creídos, no fueron escuchados por el sistema, entonces obviamente vienen sentimientos de rabia y frustración y eso se vuelve en este espacio de terapia.” (Entrevista N°1)*

## 8. CONCLUSIONES

Tomando en consideración el objetivo central de estudio de esta investigación, junto con los resultados anteriormente expuestos, respecto de la descripción e interpretación de lo relatado por de los/as psicoterapeutas a cargo de los procesos de terapia de niños y niñas víctimas de agresiones sexuales, se presentan a continuación las principales conclusiones de la investigación.

En referencia a la **primera categoría** que alude a las especificidades del proceso terapéutico se puede concluir que en casos de agresiones sexuales infantiles existen ciertas particularidades relativas a los siguientes aspectos: contexto institucional, contexto coactivo de la terapia y estado crítico de los pacientes y sus familias. De esta manera sobresalen aspectos como el estado caótico del paciente y su familia que presentan al inicio de las terapias, lo cual se vincula con la victimización sexual sufrida. Además, se debe considerar que al CAVAS como institución derivan casos de alta complejidad, lo que tiene ciertos efectos en los procesos terapéuticos. Una muestra de esto, es el que los/as terapeutas perciban que deben ser especialmente cuidadosos en el respeto de los tiempos y procesos de los pacientes, estableciéndose tiempos prolongados para la construcción conjunta del vínculo terapeuta/paciente.

Junto con lo anterior, se debe añadir el contexto coactivo del espacio terapéutico, siendo esto parte de la especificidad y complejidad de estos procesos, ya que implica la co-construcción del vínculo con el paciente y también de su demanda, considerando que a veces llega sin interés o sin un motivo de consulta propio. Este contexto coactivo puede ser vivido como una preocupación para los terapeutas que intentan evitar la retraumatización de los pacientes y por ende buscan que un espacio de encuentro obligado pueda ser transformado en un encuentro de confianza y transformación mutua. Para

este propósito, una de sus estrategias es el demarcar y diferenciar este espacio de otros a los que asisten los pacientes, como son las pericias psicológicas o declaraciones en juicios.

Principalmente complejos parecen ser los casos de agresiones sexuales intrafamiliares, que son la mayor parte, donde uno de los cuidadores principales, en vez de ejercer la protección que el infante requiere, abusa de su poder transgrediendo los límites y vulnerando la confianza depositada en él o ella, distorsionando la sintonía afectiva entre niño(a) y adulto. Esto conlleva que el infante comience a configurar sus propios principios organizadores y sus patrones relacionales que utilizará con los otros significativos, a partir de este sistema distorsionado. En palabras de Stolow y Atwood (2004) el trauma se vincula con aspectos del sistema relacional entre niño(a) y cuidador y a la falta de sintonía emocional entre ellos, esto tendría un efecto duradero en el tiempo, que deriva en el establecimiento de principios organizadores de la experiencia que son invariantes.

En este escenario la vinculación en el espacio terapéutico aparece como un tema fundamental dado que de acuerdo a Messler, J. y Gail, M. (1994), es crucial que las y los terapeutas sepan cómo y cuándo facilitar la develación de manera que puedan convertirse en ese otro que valida y cree, a menudo por primera vez.

Contactarse como terapeutas a la problemática del trauma en la práctica clínica, comprende ser testigo de una fragilidad y vulnerabilidad que generalmente no se desea mirar, por lo que traerla al presente implica contactarse con conflictivas dolorosas ante las cuales el terapeuta debe ser especialmente cuidadoso para no retraumatizar al paciente.

El temor de no retraumatizar a los pacientes es un tema al que se alude recurrentemente en los relatos de las entrevistas y que aparece con fuerza en

la **segunda categoría** que atañe al vínculo terapéutico. Pareciera que la construcción del vínculo terapéutico transita por muchas circunstancias que lo moldean como son las características de los pacientes, de los/as terapeutas, tiempo transcurrido desde la ocurrencia del hecho traumático y de su develación, y características contextuales de la familia, institución y proceso judicial.

De esta forma, los relatos de los/las terapeutas aluden al desafío que implica la co-construcción de un vínculo de confianza con pacientes que no han podido contar con esto en sus vidas y que más bien presentan una vinculación que puede transitar desde lo simbiótico e indiferenciado a lo evitativo y paranoide, depositando mucha de su agresión y vivencias dolorosas en el espacio terapéutico.

En este sentido, Stolorow, Orange, & Atwood (2001), plantean que lo que se escenifica en el espacio terapéutico no es sólo del paciente, sino que involucra al analista, haciendo énfasis en la influencia mutua y en la relación paciente-terapeuta. Esto implicaría un desafío constante para el terapeuta, especialmente cuando éste comparte algunas de estas experiencias o bien cuando en el proceso terapéutico reedita otras situaciones traumáticas de su propia vida.

Cabe hacer mención que esta investigación no se centra en la contratransferencia de los terapeutas y tampoco se preguntó directamente por esto, sin embargo, se descubrió en el relato de algunas entrevistas la alusión a las propias características del terapeuta y su impacto en el vínculo terapéutico.

Así también, un tema relevante es que ante la fragilidad y daño de estos pacientes algunos(as) terapeutas consideran que la disponibilidad emocional es indispensable, pero difícil de sostener en un contexto traumático, violento y

que no siempre reconoce la vivencia de sufrimiento de estos niños(as). Gerson (2007) hace referencia al concepto de “tercero muerto”, cuando se constituye un mundo en base a la ausencia, no existe contención y no hay una presencia más allá del paciente, que represente la continuidad, por tanto su vivencia no puede ser escuchada, comprendida y elaborada como una verdad socialmente aceptada.

Prosiguiendo con estas ideas, se constata como los contextos institucionales y el sistema de justicia, por medio de sus lógicas de funcionamiento, pueden negar o invisibilizar la experiencia de las víctimas, interfiriendo el proceso reparatorio.

Lo anterior brinda sentido a lo propuesto por Sandor Ferenczi (1932) hace muchos años, cuando afirma que lo patógeno no implica sólo la experiencia traumática, sino que también involucra la resistencia del ambiente, es decir, a las personas que rodean al individuo traumatizado o a la sociedad en su conjunto. Esto aparece más claramente en el análisis de la **tercera categoría**, que alude al trauma acumulativo presente en las víctimas, quienes tienen una historia de traumatización desde su temprana infancia y la agresión sexual aparece en este ya desolador panorama, en que en general existe escasa sintonización de parte de las figuras primarias con el infante o un franco abandono de las figuras significativas.

Para Masud Khan (1963) no sería cada falla aislada del adulto la que tendría un efecto traumático en el niño(a), sino la acumulación de estas fallas a lo largo del desarrollo. En los casos relatados por los/as terapeutas puede ser que presenten antecedentes de traumas tempranos y/o que las agresiones sexuales hayan sido de forma sistemática y crónica, repitiéndose a lo largo de la infancia, sin que exista una respuesta de los cuidadores, configurándose en un trauma acumulativo.

Prosiguiendo con estas ideas, Keilson (1979) plantea el concepto de traumatización secuencial, proponiendo que lo social induce a su vez un quiebre psíquico de quien sufre el trauma y cómo esto a su vez fomenta y mantiene la disociación. Esto se observa nítidamente al hablar de victimización secundaria, si pensamos que las víctimas al encontrarse con el sistema judicial sienten que no es reconocido su testimonio acerca de los hechos, así como tampoco su padecer y vivencia traumática. Lo descrito, puede conllevar retrocesos importantes en el proceso terapéutico, tomando en cuenta que la tramitación del trauma no ocurrirá a nivel individual, si no se produce una elaboración política en la propia sociedad, que facilite restablecer a un nivel concreto y a nivel simbólico la existencia de la realidad pasada, confirmándola como un hecho sucedido efectivamente (Lira, Becker y Castillo, 1989).

Respecto de la **cuarta categoría**, un aspecto llamativo es lo que sucede en los terapeutas cuando son ellos/as los/as llamados/as a participar en el sistema judicial, especialmente cuando deben declarar. Esta labor implica que el terapeuta acompañe al paciente incluso fuera del escenario psicoterapéutico frente al impacto subjetivo que esto puede implicar para ambos. Entonces lo dicho por el paciente en sus sesiones, bajo el resguardo del espacio terapéutico, deja ese contexto de secreto profesional y de privacidad, al ser trasladado a un contexto judicial, convirtiéndose estas vivencias y recuerdos en algo público y social. La palabra y la fantasía tanto de paciente como de terapeuta deben lidiar con la realidad y este choque en algún nivel tendrá sus efectos. Muestra de esto es la manera en que la figura del agresor, traída por el niño a sesión, de repente en tribunales se vuelve real, tiene voz, cuerpo, caras y ojos, que observan y son observados por el terapeuta.

Así también aparece como necesario distinguir y diferenciar la “verdad jurídica” comprobable bajo estándares legales, de la “verdad subjetiva” experimentada por el niño(a) traumatizado, especialmente porque el riesgo que implica la confusión o transposición de estas dos “verdades”, es que el paciente sienta

desmentida su experiencia y su sentir, con los efectos dañinos que esto supone. Por lo anterior es que surge como fundamental la necesidad de que exista un diálogo más fluido entre el derecho y la psicología, para comprender y aunar criterios en favor de la protección de las víctimas.

Por último, la **quinta categoría** se refiere a los cuidadores principales de los pacientes y de qué manera juegan un rol fundamental en todo el proceso de reparación, en muchos sentidos: desde la validación que den a la experiencia traumática del niño(a) hasta el compromiso que muestren con el proceso terapéutico de su hijo(a). A partir de esto es que surge como fundamental la construcción de un vínculo de confianza del terapeuta con los cuidadores/as principales de los pacientes, especialmente si se toma en cuenta que la experiencia traumática origina una desorganización tal, que el daño y las defensas se presentan no sólo en los pacientes sino que también en sus familias, siendo necesario vincularse e intervenir con ellos/as también.

Lo anterior, si se comprende la agresión sexual como un trauma relacional, concibiendo que el ámbito más significativo de la vivencia traumática es el contexto afectivo primario, es en el contexto relacional, en el que la víctima tiene que sobrellevar los efectos de la vivencia traumática sufrida. Cuando se suma a esto que las familias tienen historias transgeneracionales de agresiones sexuales y/o que no reconocen al niño(a) en su experiencia, aparecen mecanismos disociativos y para los/las terapeutas puede ser más complejo, desafiante y a veces frustrante el trabajar terapéuticamente con estas familias. Cabe añadir que en estos casos el terapeuta se ve enfrentado a dos experiencias transferenciales, con su paciente y con los padres de éste/a.

Las madres y padres de las víctimas están presentes tanto en el proceso terapéutico como en el legal y por ende la relevancia que le brinden a la reparación legal, su participación en el proceso judicial y los resultados del

mismo, pueden afectar el devenir de la psicoterapia, siendo claves en el debilitamiento o fortalecimiento del vínculo y del trabajo terapéutico, porque si no se logran diferenciar los procesos psicológicos de los legales, esto puede afectar la continuidad y confianza que posea la familia y el niño(a) respecto del proceso de reparación.

## 9. DISCUSIÓN.

En este trabajo de investigación mi interés principal fue el poder estudiar de qué forma se pueden articular dos discursos, dos disciplinas como es el derecho y la psicología, a través de una pregunta relativa a la incidencia del proceso judicial en el vínculo terapéutico en procesos llevados a cabo con niño(a) víctimas de agresiones sexuales.

Estos dos ejes: lo clínico y lo judicial, son los espacios en los que me suelo mover profesionalmente, pero al intentar integrarlos en ciertas ocasiones me genera dudas e inquietudes. Sin embargo, considero que el psicoanálisis relacional e intersubjetivo, desde sus aportes respecto del estudio del trauma me proporciona un puente entre ambos mundos, puente que intenté construir a través de esta investigación en la que se busca mirar la complementariedad entre lo social y lo psíquico.

En el caso de las agresiones sexuales infantiles, es importante incorporar la dimensión judicial e institucional, siendo un factor clave, con efectos tanto iatrogénicos como positivos. Al iniciar este estudio consideré únicamente el factor negativo, victimizante, sin embargo, en el transcurso de la investigación pude descubrir que el encuentro de las víctimas con el proceso judicial, si ocurre mientras el niño(a) se encuentra acompañado terapéuticamente y los tiempos legales y psicológicos coinciden lo más posible, puede ser una experiencia reparatoria, en la medida en que las víctimas den su testimonio, saquen la voz, ejerciendo su derecho a participar de este proceso, transformando el secreto, en una realidad compartida y reconocida socialmente.

Por supuesto, para que este proceso sea positivo para las víctimas y sus familiares se deben dar ciertas condiciones, siendo una de éstas el dialogo entre el derecho y la psicología para que quienes trabajamos en esta área

podemos comprender y aunar criterios en favor de la protección de las víctimas. En este sentido, uno de los propósitos y relevancias de este estudio es el poder constituir un aporte teórico a ser considerado tanto por el sistema de justicia como por las/as psicólogas que trabajamos con víctimas, al momento de la toma de decisiones, de la intervención psicológica o la asesoría en estos ámbitos. Me refiero a la importancia de contar con contribuciones de investigaciones actuales, para precisar los momentos, contextos y casos propicios para ser derivados a psicoterapia y/o la articulación entre los procesos terapéuticos reparatorios y los procedimientos judiciales.

Cabe señalar, que en esta investigación aparecieron temas en los que no profundicé por apartarse de la línea de estudio, sin embargo, son temas interesantes y que abren puertas para futuras investigaciones. Uno de éstos, se relaciona con el concepto de *trauma*, concepto aún debatible dado que desde distintas perspectivas teóricas se concibe de diferente forma. Para algunos/as de los/as terapeutas entrevistados, una agresión sexual infantil no necesariamente se constituye en un trauma, contrario a lo que se comprende desde el psicoanálisis relacional e intersubjetivo. Por tanto se podría investigar si la definición de qué es un trauma para el terapeuta, puede repercutir en el devenir del proceso terapéutico y en la construcción que terapeuta y paciente hacen acerca de la vivencia de la agresión sexual sufrida y en el reconocimiento de los efectos de la misma.

Por último, otras problemáticas que pueden ser abordadas en futuras investigaciones se relacionan con el género. En este caso, apareció en las entrevistas que el género, tanto del terapeuta como del paciente y la relación entre ambos puede ser un factor relevante de tener en cuenta en el desarrollo de procesos terapéuticos, específicamente en casos de agresiones sexuales infantiles.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abelleira, H. (2009). *El abuso sexual infantil en la familia: catástrofe en los vínculos, complejidades del abordaje interdisciplinario. Cuestiones de infancia*. Editorial Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES), Buenos Aires. Disponible en: <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/808>.
- Barudy, J. (1999). *Maltrato infantil. Ecología social: prevención y reparación*. Chile: Galdoc.
- Benjamin, J. (1995) *Sujetos iguales, objetos de amor*. Buenos Aires. Editorial Paidós
- Bromberg, P. (2006) *Awakening the Dreamer. Clinical Journeys*. New Jersey: Analytic Press.
- Bromberg, P. (2011) *The Shadow of the Tsunami*. New York: Routledge
- Capella, C. (2011) *Hacia narrativas de superación: El desafío para la psicoterapia con adolescentes de integrar la experiencia de agresión sexual a la identidad personal*. (Tesis para optar al grado de doctora en psicología). Universidad de Chile, Santiago, Chile. disponible en <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/112610/cs39ccs992.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Capella, C., Escala, C.L. & Núñez, L. (2008). *Intervención psicoterapéutica con niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales: Profundización en el uso de técnicas*. (Curso de actualización de postítulo). Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile.

Capella, C. & 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. Universidad de Chile. doi:10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL13-ISSUE3-FULLTEXT-348

Castillo, M. (2003) *El (Im)posible Proceso de Duelo*. Ediciones Universidad Alberto Hurtado, Santiago- Chile.

Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales. (2004). *CAVAS Metropolitano: 16 años de experiencia*. Santiago: ISBN. Disponible en :  
[http://www.pdichile.cl/jenafam/sitio\\_jenafam/jenafam/descargas/archivos/cavas/Libro\\_CAVAS.pdf](http://www.pdichile.cl/jenafam/sitio_jenafam/jenafam/descargas/archivos/cavas/Libro_CAVAS.pdf)

Código Penal de la República de Chile (1874). Recuperado de <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1984>

Codosero, A. (2010) La Evolución de la Teoría Traumática en el Pensamiento Psicoanalítico. *Rev de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*, año III, núm. 2 Disponible en [http://www.revistadeapra.org.ar/pdf/Noviembre\\_10/Angeles\\_Codosero.pdf](http://www.revistadeapra.org.ar/pdf/Noviembre_10/Angeles_Codosero.pdf)

Daurella, N. (2012) Trauma y Retraumatización. De Ferenczi a Fonagy, pasando por la Teoría del Apego y la Neurociencia. *Revista de la Sociedad Española de Psicoanálisis*, N° 3, enero 2012. Disponible en: <http://www.temasdepsicoanalisis.org/trauma-y-retraumatizacion-de-ferenczi-a-fonagy-pasando-por-la-teoria-del-apego-y-la-neurociencia-1/>

Dio Bleichmar, E. (2013) *Manual de Psicoterapia de la relación padres e hijos*. Editorial Paidós, Buenos Aires.

Echeburúa, E. y de Corral, P. (2006). *Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia*. Cuadernos de Medicina Forense, 12, 75-82. España

Ferenczi, S.: (1932) *Diario Clínico*. Editorial Conjetural. Buenos Aires 1988.

Ferenczi, S. (1933) *Confusión de lenguas entre los adultos y el niño*. O.C. Vol. IV. Madrid, Espasa-Calpe, 1984.

Ferenczi, S.: (1934) Reflexiones sobre el Traumatismo en Psicoanálisis. En *Obras Completas. Tomo IV* (1970) Ed. Espasa-Calpe, España.1981

Finkelhor, D. (1980) *El Abuso Sexual al Menor*. México D.F.: Editorial Pax Mexico

Freud, S. (1893-95) *Estudios sobre la histeria Vol. II*. Amorrortu Argentina .

Fiscalía Nacional de Chile. Disponible en:  
<http://www.fiscaliadechile.cl/Fiscalia/areas/sexuales.jsp>.

Fossa, P. (2012). Obstáculos del proceso terapéutico: Una revisión del concepto de vínculo y sus alteraciones. *Revista de Psicología GEPU*, 3 (1), 101 - 126.

Freud (1920) "Más allá del principio del placer", en: *Obras completas, vol. 18*, traducción de José Luis Etcheverry, Buenos Aires, Amorrortu, 1976.

Gil, E. (Ed.) (2010). *Working with children to heal interpersonal trauma. The power of play*. New York: The Guilford Press.

- Gómez, E. (2013) *Trauma Relacional Temprano*. Ediciones Universidad Alberto Hurtado, Santiago- Chile.
- Gerson, S. (2007) "Cuando el Tercero está muerto: Memoria, Duelo y ser Testigo en las Posteridades del Holocausto". Disponible en: [http://www.apuruguay.org/sites/default/files/Samuel-Gerson-Cuando-el-tercero-esta-muerto-con-introd\\_0.pdf](http://www.apuruguay.org/sites/default/files/Samuel-Gerson-Cuando-el-tercero-esta-muerto-con-introd_0.pdf)
- Gutierrez de Piñeres, C; Coronel, E. y Andrés, C. (2009) Revisión teórica del concepto de victimización secundaria. *Revista Scielo*, vol. 15, n.1; pp. 49-58 . ISSN 1729-4827. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272009000100006&lng=es&nrm=iso>..](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272009000100006&lng=es&nrm=iso>..)
- Laplanche, J., Pontalis, J. (1967) *Diccionario de Psicoanálisis*. Editorial Paidós, Argentina.
- Lira, E., Becker, D. y Castillo, M. (1989). Psicoterapia de víctimas de la represión política bajo dictadura: un desafío terapéutico, teórico y político. En *"Todo es según el dolor con el que se mire"*, eds. Elizabeth Lira y David Becker. Santiago de Chile: Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos.
- Madariaga C. (2002) *Trauma Psicosocial, Trastorno de Estrés Postraumático y Tortura*. Serie Monográficas CINTRAS, Santiago, Chile. Disponible en: [http://www.contralatortura.org/uploads/293ee7\\_162449.pdf](http://www.contralatortura.org/uploads/293ee7_162449.pdf)
- Maffioletti, F. y Contreras, L. (2013) *Psicología y Justicia*. (Documento elaborado por los autores en el contexto de la cátedra de Psicología y Justicia que imparten en la Facultad de Psicología de la Universidad Diego Portales). Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.

- Maffioletti, F. y Huerta, S. (2011). Aproximación fenomenológica de los delitos sexuales en Chile. La realidad nacional. *Revista Jurídica del Ministerio Público de Chile*, 47, 191-220.
- Maffioletti, F., Rutte, M. (2004) Evaluación pericial psicológica a imputados. Un aporte desde la psicología forense a la Reforma Procesal Penal. En *Cuaderno de Criminología Chile*, N° 14, Noviembre.
- Martínez, J. (2012). Abuso sexual infantil ¿qué se repara en la terapia? En M. C. Aretio, & M. Heresi (Eds.), *Temas de psicología clínica infanto juvenil: Aportes y reflexiones* (pp. 95-111). Santiago de Chile: Universidad Diego Portales.
- Martínez, J. y Sinclair, C. (2006). Culpa o responsabilidad: terapia con madres de niñas y niños que han sufrido abuso sexual. *Psykhé*, 15, (2), 25-3
- Messler, J. y Gail, M. (1994) *Treating The Adult Survivor Of Childhood Sexual Abuse: A Psychoanalytic Perspective*. New Cork: Basic Books: Cap 4 y 5.
- Ministerio de Salud (2011) *Guía Clínica: Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años víctimas de abuso sexual*. Recuperado de [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)
- Ministerio del Interior y Red de Asistencia a Víctimas. (2009). *Manual de capacitación en temas victimológicos para profesionales, técnicos y funcionarios policiales de la red*. Santiago, Chile.
- Ministerio Secretaría General de la Presidencia (2015). *Consejo Nacional de la Infancia. Comisión Técnica de Garantías de Derechos de NNA en Procesos Judiciales*. Disponible en:

file:///C:/Users/pc%201/Documents/Tesis/INFORME\_COMISION\_GAR  
ANTIAS%20ASI.pdf

Miranda, M. (2012) *Victimización secundaria en adolescentes víctimas de delitos sexuales en su paso por el sistema procesal penal en Chile: una aproximación narrativa*. (Tesis para optar al grado de Magister Magíster en Psicología, mención Psicología Clínica Infanto Juvenil). Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Munarriz, B (s/f) *Técnicas y Métodos de Investigación Cualitativa*. Universidad del País Vasco. Disponible en <http://ruc.udc.es/bitstream/2183/8533/1/CC-02art8ocr.pdf>

Orange, D., Atwood, G. E., & Stolorow, R. D. (1997). *Working, Intersubjectively: Contextualism in Psychoanalytic Practice*. Hillsdale, NJ: Analytic Press

Pérez Serrano, G. (2001). *Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes: Métodos*. Madrid: La Muralla.

Quintana, A. y Montgomery, W. (Eds.) (2006). *Psicología: Tópicos de actualidad*. Lima: UNMSM.

Rathsman, K. (2009). *Incesto: Vivir en un cuerpo robado*. Concepción: Ediciones. Universidad San Sebastián.

Rojas R. (2000) Trauma, escisión y adaptación: Ferenczi, antecedentes de Winnicott. Rev. de la sociedad Chilena de Psicología psicoanalítica y psicoanálisis. ICHPA. N° 2. Pág 179 -189

- Ruiz, J. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Editorial Universidad de Deusto. Disponible en: [http://books.google.es/books?id=WdaAt6ogAykC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.es/books?id=WdaAt6ogAykC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
- Sassenfeld, A. (2010a) Consideraciones sobre la intersubjetividad en su contexto filosófico, evolutivo y clínico. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria: Temas y controversias*, 6 (3), 317-327, 2010. Disponible en [http://revistagpu.cl/2010/Septiembre/GPU%202010-3%20\(PDF\)/TEO%20Consideraciones.pdf](http://revistagpu.cl/2010/Septiembre/GPU%202010-3%20(PDF)/TEO%20Consideraciones.pdf)
- Sassenfeld, A. (2010b). Enactments: Una perspectiva relacional sobre vínculo, acción e inconsciente. *Clínica e Investigación Relacional*, 4 (1): 142-181. ISSN 1988-2939. Disponible en: <http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen41Febrero2010/tabid/648/Default.aspx>
- Schneider, H. (1994). Temas principales y deficiencias en el actual pensamiento victimológico. *Cuadernos de Criminología*, nº 4. Instituto de Criminología. PICH. Santiago
- Serbia, J. (2007) Diseño, Muestreo y análisis en la investigación cualitativa. *HOLOGRAMÁTICA – Facultad de Ciencias Sociales – UNLZ - Año IV, Número 7, V3 (2007)*, pp. 123 – 146. Disponible en [www.hologramatica.com.ar](http://www.hologramatica.com.ar) o [www.unlz.edu.ar/sociales/hologramatica](http://www.unlz.edu.ar/sociales/hologramatica) [ISSN 1668-5024](http://www.unlz.edu.ar/sociales/hologramatica).
- Servicio Nacional de Menores [SENAME] (2012). *Bases técnicas específicas: Programa de protección especializado modalidad maltrato infantil grave y abuso sexual*. Disponible en sitio web: [www.sename.cl](http://www.sename.cl)

- Storolow, R y Atwood G.. (1992) *Cotexts of Being: The Intersubjective foundations of psychological life*. Hillsdale, N. J. The Analytic Press.
- Storolow, R. and Atwood, G., (2003) *World of Experience, Interweaving philosophical and clinical dimensions in psychoanalysis*. New York Analytic Press.
- Storolow, R. y Atwood, G. (2009). *Los Contextos del ser*. Barcelona: Herder
- Tamarit, J. (2006). La Victimología: cuestiones conceptuales y metodológicas. En Baca, E; Echeburrúa, E y Tamarit, J. (Coord.). *Manual de Victimología* (17-46). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Tornero, M.A (2014) *El juego (en juego) durante el proceso Terapéutico. La técnica lúdica bandeja de arena en niños víctimas de agresiones sexuales*. (Tesis para optar a Magister de Psicología). Universidad de Chile, Santiago, Chile. Disponible en <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/132971>
- United Nations Children's Fund [UNICEF] (2011) UNICEF: Fondo de las naciones unidas para la infancia (2011): *Guía clínica: atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años víctimas de abuso sexual*. Disponible en [http://www.unicef.cl/web/wp-content/uploads/doc\\_wp/Guia%20Victimas%20de%20Abuso%20Sexual.pdf](http://www.unicef.cl/web/wp-content/uploads/doc_wp/Guia%20Victimas%20de%20Abuso%20Sexual.pdf)
- United Nations Children's Fund [UNICEF] (2012). *Cuarto estudio de maltrato infantil*. Santiago de Chile: UNICEF. Disponible en [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=4891743&pid=S0718-6924201400030000900047&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=4891743&pid=S0718-6924201400030000900047&lng=es).

Winnicott, D. (2004) *Exploraciones Psicoanalíticas I*. Editorial Paidós, Buenos Aires.

## ANEXOS

### Categorías de Análisis

#### 1) Terapia Reparatoria

- 1.1) Características de la terapia en casos de agresiones sexuales
- 1.2) Diferenciando espacios: “hay una dimensión de la reparación que es psicológica, distinta de la legal”
- 1.3) Oportunidad de pensarse a sí mismos/as

#### 2) Vinculo Terapéutico

- 2.1) Legitimización de los/as terapeutas a los ojos del/a paciente: “Construyendo una relación amorosa en contexto de violencia”
- 2.2) Estilos vinculares: de la simbiosis al temor.
- 2.3) Desafíos inconscientes en la construcción del vínculo.

#### 3) Trauma por agresión sexual

- 3.1) Trauma acumulativo
- 3.2) Victimización secundaria

#### 4) Terapia y Proceso Judicial: Entre el discurso judicial y el discurso de la subjetividad

- 4.1) Interferencias del proceso judicial en la terapia de las víctimas.
- 4.2) Cuando declara el terapeuta.
- 4.3) Relación o beneficio mutuo entre instancias judiciales y terapéuticas

#### 5) Madre y padres en el proceso terapéutico y judicial.

- 5.1) Vinculo terapéutico con las madres y padres.
- 5.2) Madres y padres del paciente y el proceso judicial.