

UNIVERSIDAD DE CHILE
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología

**DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN PILOTO
DE UNA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA GRUPAL
PARA NIÑAS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL**

Memoria para optar al título de Psicólogo

Autoras:
Claudia Capella S.
Jenniffer Miranda M.

Profesora Patrocinante:
Ps. Myriam George L.

Asesora Metodológica:
Ps. Iris Gallardo R.

2003

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todos aquellos que estuvieron cerca nuestro y que de alguna manera contribuyeron a que pudiéramos finalizar satisfactoriamente este proyecto, alentándonos a continuar y a superar las dificultades que se nos fueron presentando.

Quisieramos agradecer en primer lugar a nuestras familias, amigos y compañero, quienes nos apoyaron y acompañaron con su cariño en todo el largo y, a veces, difícil proceso de realización de este importante trabajo.

Agradecemos también a nuestra profesora patrocinante, Myriam George, por su compromiso y confianza en nosotras, permitiéndonos desarrollar la autonomía necesaria para realizar nuestra tesis, al apoyarnos y guiarnos durante todo el proceso de investigación.

A la profesora Iris Gallardo, nuestra asesora metodológica, por su compromiso, orientación y dedicación en la revisión crítica de este trabajo.

Agradecemos a nuestros compañeros del C.A.V.A.S., quienes en todo momento se hicieron presentes en este trabajo, a través de su apoyo e interés, compartiendo generosamente su experiencia y conocimientos, los que enriquecieron nuestra mirada. A Luisa Guzmán, Isabel Luna, Antonieta Prado y Paula Vergara, por su disposición y dedicación, depositando su confianza en nosotras al derivarnos sus pacientes. A Sofía Huerta y Carolina Navarro, por plantearnos el desafío de una pregunta y aportarnos desde su experticia al análisis comprensivo de los casos.

Así también, a la institución que facilitó la infraestructura y condiciones necesarias para llevar a cabo este proyecto.

A los docentes de la Universidad de Chile que aportaron a la producción de nuevos conocimientos, especialmente a la profesora Carmen Gloria Micheli.

Finalmente, quisieramos agradecer profundamente a las niñas que fueron parte de la terapia grupal, quienes se comprometieron intensamente en el doloroso proceso de reparación que intentamos plasmar en estas páginas, constituyéndose en el sentido e inspiración de esta investigación.

Claudia y Jenniffer

"Para los niños abusados, el mero hecho de participar en un grupo de pares, sumado al contacto corporal positivo, resulta ser como un bálsamo que les brinda el destino. Sentir que no están solos en su desgracia y que hay otros que también sufrieron el mismo destino, los libera del yugo del secreto a la incomprensión. El trabajo en grupo los empodera para salir de su aislamiento y dolor."

(C. Fietz, 2002)

INDICE

	Página
I- <u>Introducción</u>	1
1. Problema de Investigación	1
2. Objetivos del estudio	3
2.1- Objetivo General	3
2.2- Objetivos Específicos	3
II- <u>Antecedentes Generales</u>	4
1. Antecedentes históricos acerca del abuso sexual	4
2. Marco Jurídico Legal	5
2.1- Definición y tipificación de los delitos sexuales	5
2.2- Principales innovaciones penales	7
3. El problema de la cifra negra	8
4. Magnitud del problema	9
III- <u>Marco teórico</u>	13
1. Abuso sexual infantil	13
1.1- Definición de abuso sexual infantil	13
1.2- Tipos de abuso sexual	16
1.2.1- Según las actividades sexuales implicadas	16
1.2.2- Según la relación entre la víctima y el agresor	16
1.3- El proceso del abuso sexual infantil	18
1.4- Factores de riesgo y factores protectores del abuso sexual infantil	19
1.5- Modelo explicativo de las cuatro precondiciones de D. Finkelhor	21
1.6- Efectos de los abusos sexuales en los niños	24
1.7- Factores que influyen en los efectos del abuso sexual infantil	26
1.8- Modelo comprensivo-explicativo de los efectos del abuso sexual infantil	27
1.9- Evaluación de los efectos del abuso sexual infantil	30
2. Enfoque victimológico	31
2.1- Victimología	31
2.2- El modelo de la carrera victimal	33
2.3- La transformación de víctimas en victimarios	34

3. Desarrollo Psicológico Infantil	35
3.1- Definición de Identidad	36
3.2- Definición de Autoconcepto	37
3.2.1- Autoconcepto corporal	38
3.2.2- Autoconcepto social	39
3.2.3- Autoconcepto positivo	39
3.2.4- Autoconcepto negativo	40
3.2.5- Evaluación del autoconcepto	40
3.3- Sentimiento del propio poder	41
3.4- Desarrollo psicológico entre los 8 y 10 años	41
3.4.1- Desarrollo cognitivo	41
3.4.2- Desarrollo afectivo	42
3.4.3- Desarrollo social	42
3.4.4- Desarrollo moral	42
3.4.5- Desarrollo psicosexual	43
3.5- Cuadro resumen: Desarrollo psicológico entre los 8 y 10 años	44
4. Tratamiento psicológico del abuso sexual infantil	45
4.1- Consideraciones generales acerca del tratamiento del abuso sexual infantil	45
4.2- Objetivos del tratamiento psicológico del abuso sexual	47
4.3- Formatos de la terapia del abuso sexual	50
5. Psicoterapia de grupo	52
5.1- Definición de grupo	52
5.2- Definición de psicoterapia de grupo en niños	52
5.3- Factores terapéuticos en el trabajo grupal	53
5.4- Consideraciones pre-tratamiento	56
5.5- Aspectos técnicos	59
5.5.1- Estructura de las sesiones	59
5.5.2- El modelo de co-terapeutas	60
5.5.3- Actitud del terapeuta	60
5.5.4- Intervenciones	61
5.6- Proceso psicoterapéutico	63
5.6.1- Etapas de vida de un grupo	63
6. Psicoterapia grupal con víctimas de abuso sexual	65
6.1- Beneficios de la terapia grupal en la reparación del abuso sexual	65
6.2- Problemas de la terapia grupal en la reparación del abuso sexual	67
6.3- Aspectos técnicos	68
6.4- Experiencias en psicoterapia grupal en víctimas de abuso sexual	69
6.4.1- A nivel internacional	69
6.4.2- A nivel nacional	70
6.5- Evaluación de la eficacia del tratamiento	71
6.6- Complementariedad de la terapia individual y grupal en la reparación del abuso sexual infantil	72

IV- Metodología	74
1. Tipo y características del estudio	74
2. Hipótesis	75
3. Definición de variables	75
4. Instrumentos	79
4.1- Prueba proyectiva verbal	79
4.2- Pruebas proyectivas gráficas	80
4.2.1- Dibujo de sí misma	80
4.2.2- Dibujo de la familia	83
4.3- Pauta de evaluación clínica de las terapeutas individuales	84
5. Definiciones y características del Universo y de la muestra	84
5.1- Universo	84
5.2- Muestra	85
6. Procedimientos	88
7. Técnicas de análisis de datos	89
8. Criterios de confiabilidad y validez	90
V- Elaboración de la intervención grupal	92
1. Justificación teórica y consideraciones generales de la intervención	92
2. Diseño de la intervención grupal	104
VI- Análisis de Resultados	127
1. Comprobación de Hipótesis	127
2. Evaluación del proceso de implementación	136
3. Modificaciones realizadas al diseño original a partir de la evaluación de la intervención	166
4. Evaluación cualitativa de cambios inmediatos observados en las participantes a través del proceso terapéutico grupal	175
5. Análisis cualitativo del Test de Margarita	198
6. Resumen de resultados	222
VII- Conclusiones	227
VIII- Bibliografía	237

IX- Anexos	246
1. Anexo nº1: Test de Margarita	246
2. Anexo nº2: Indicadores gráficos	247
3. Anexo nº3: Pauta de corrección de indicadores gráficos	252
4. Anexo nº4: Pauta de evaluación clínica	259
5. Anexo nº5: Contexto de la intervención: CAVAS	261
6. Anexo nº6: Instrumentos de registro del proceso de implementación	262
7. Anexo nº7: Dibujos de las niñas	266
8. Anexo nº8: Indicadores gráficos en los dibujos	278
9. Anexo nº9: Contrato de responsabilidad y compromiso	279
10. Anexo nº10: Diseño final de la intervención	280
X- RESUMEN	304

I- INTRODUCCIÓN

1. Problema de investigación:

El fenómeno del abuso sexual infantil que aborda la presente investigación constituye una compleja problemática que involucra los ámbitos individual, familiar y social, impactando especialmente a aquellos niños/as que han sido víctimas de esta experiencia.

En nuestra realidad nacional, durante mucho tiempo este fue un problema oculto que se enmarcaba dentro de los límites de la intimidad familiar. En la última década, el maltrato infantil y, en particular el abuso sexual, se han constituido en problemas de salud pública de gran magnitud y relevancia, siendo el cuidado del bienestar de los niños asumido como una responsabilidad fundamental de la sociedad, el estado y el gobierno. Así, ha existido un creciente reconocimiento de éste fenómeno y sus consecuencias, constatándose el aumento significativo de las cifras relacionadas con la denuncia y la búsqueda de asistencia, tanto psicológica como social y legal.

En este contexto, surge la necesidad de desarrollar investigaciones para lograr una mayor comprensión de las múltiples variables implicadas en esta problemática, siendo fundamental la construcción de herramientas teóricas y prácticas que nos permitan intervenir en ésta.

En el ámbito de la psicología, progresivamente este tema ha adquirido gran relevancia teórico-práctica, especialmente en las áreas de la psicología jurídica - específicamente desde un enfoque victimológico - y la psicología clínica, en donde existe una importante preocupación y desarrollo de conocimientos en relación a la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento psicológico de esta problemática.

La experiencia de abuso sexual, vivenciada durante la infancia, provoca significativas secuelas en el funcionamiento psicológico del niño/a, dañando la visión que éste tiene de sí mismo, de los otros y del mundo, involucrando diversas experiencias traumáticas, por lo cual es esencial el tratamiento psicológico orientado a procesar, elaborar e integrar estas experiencias, buscando su reparación.

La reparación del abuso sexual infantil es un proceso complejo, que requiere diversos niveles de intervención psicológica. Existe una reducida cantidad de obras en la literatura que sistematicen este tipo de tratamiento, planteándose como desafío el desarrollo de investigaciones teóricas y aplicadas en esta área.

En Chile, el tratamiento a estas víctimas se circunscribe de manera predominante a la psicoterapia individual. A partir de la experiencia de trabajo terapéutico directo con las víctimas, es posible apreciar que la terapia individual en muchos casos resulta insuficiente para el proceso de reparación, no siendo capaz de responder a las necesidades que surgen en los niños de sentir que no son los únicos en esta vivencia, de compartir con pares la vivencia traumática común, de ser escuchados y validados en su experiencia por otros niños/as. Esto resulta de especial relevancia, ya que el reconocimiento de los pares cobra una importancia fundamental en el proceso de construcción de la identidad personal.

Además, el actual incremento de la demanda de atención y la escasez de recursos con que trabajan los centros de asistencia pública especializados en esta temática, hacen en muchas ocasiones imposible responder de manera eficiente a las demandas de atención de los consultantes, a través de la utilización exclusiva de la psicoterapia individual.

En este escenario, resulta necesario el planteamiento y sistematización de nuevos abordajes en la terapia del abuso sexual, proponiendo modelos de intervención que amplíen el formato de la terapia individual.

En el ámbito internacional, la terapia grupal ha sido ampliamente utilizada como estrategia de intervención psicológica con este tipo de pacientes, resultando ser una herramienta terapéutica útil y efectiva para la reparación de la experiencia abusiva (Cantón Duarte y Cortés, 1999; Stevenson, 1999, Trowell, 1998, en Varela, 2000).

Las investigaciones al respecto han mostrado que la terapia grupal constituye un espacio de escucha, apoyo e intercambio recíproco en el contexto natural de relación entre pares, en donde comparten una vivencia común. Este elemento específico de este tipo de intervención, potencia el proceso de reparación, al reconstruir grupalmente y atribuirle un nuevo significado a la experiencia de abuso sexual desde la vivencia del mundo infantil (Zárate, 1993; Varela, 2000; Rojas Breedy, 2002; Malacrea, 2000; Doyle, 1990; Fietz, 2002; Soto, 2002).

Considerando el aporte que realiza la terapia grupal a la reparación de la experiencia abusiva, y las escasas experiencias de este tipo en nuestro país, resulta de suma importancia el desarrollo de estrategias terapéuticas de intervención de este tipo, lo cual constituye el problema de investigación del presente estudio.

Desde este marco, la aproximación escogida para abordar este problema se relaciona con la construcción de un modelo de intervención terapéutica grupal en víctimas de abuso sexual infantil, que permita la reparación de la experiencia abusiva y la superación de los efectos psicológicos causados por ésta.

Este estudio constituye una investigación de tipo piloto, que involucra en un primer momento el diseño de una intervención psicoterapéutica grupal, destinada a niñas entre 8 y 10 años víctimas de abuso sexual por parte de un adulto conocido, - entendiéndose por tal, aquel que mantenga una relación de cercanía social y/o familiar con el niño/a y/o su familia-, y en un segundo momento la implementación de este diseño en un centro público de atención a víctimas de abuso sexual, realizando posteriormente una evaluación piloto de dicha implementación.

Este estudio pretende ser un aporte al proponer una integración de conocimientos teóricos específicos que permitan desarrollar un marco teórico desde el cual fundamentar la práctica clínica en el ámbito del abuso sexual infantil, creando una nueva forma de abordaje en el tratamiento psicológico de éstas víctimas, un modelo de intervención grupal.

La construcción de este modelo, posee un valor clínico, en tanto aporta estrategias de intervención útiles y complementarias para el quehacer psicoterapéutico, orientadas a reparar y favorecer la superación de la experiencia abusiva.

Esta investigación no sólo resulta relevante desde un marco teórico y clínico, sino que además posee un valor práctico, constituyendo la terapia grupal diseñada e implementada una herramienta fundamental que permite la optimización de los recursos institucionales de los centros de asistencia a éstas víctimas, con un mejor manejo y aprovechamiento más eficiente de los mismos.

En este sentido, el diseño, implementación y evaluación piloto de una intervención psicoterapéutica grupal en niñas víctimas de abuso sexual se nos presenta como un estudio valioso que intenta aportar conocimientos útiles para afrontar de manera coordinada e integral el complejo fenómeno del abuso sexual infantil.

2. Objetivos del estudio

2.1- Objetivo General

Generar una intervención grupal de carácter psicoterapéutico para niñas víctimas de abuso sexual, orientada hacia la reparación de la experiencia abusiva y la superación de los efectos psicológicos ocasionados por ésta.

2.2- Objetivos específicos

- I. Diseñar un modelo de terapia grupal para niñas víctimas de abuso sexual, basado en un marco teórico clínico y victimológico, destinada a la reparación y superación de los efectos psicológicos de la experiencia abusiva.
- II. Implementar de manera piloto el modelo de terapia grupal diseñado, en un centro de atención a víctimas de abuso sexual.
- III. Evaluar preeliminarmente los resultados obtenidos de la aplicación piloto del diseño construido.
- IV. Proponer modificaciones al diseño construido originalmente a partir de la implementación del diseño de terapia grupal y la evaluación de los resultados obtenidos en ésta.

II- ANTECEDENTES GENERALES

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS ACERCA DEL ABUSO SEXUAL

Si bien el abuso sexual infantil ha existido durante siglos, sólo recientemente ha sido considerado como un problema de bienestar o salud del niño/a (Smith y Bentovim, 1994). Esto puede relacionarse, con el tardío reconocimiento de la sexualidad infantil en nuestra sociedad. La opinión común era que los niños/as eran asexuados, y fue sólo en 1905 con una publicación de Freud acerca del desarrollo humano, en donde proponía que el desarrollo de la sexualidad era parte del desarrollo normal, que se reconoció la existencia de sexualidad en los niños/as.

Hasta época reciente, las acusaciones de abuso sexual realizadas por niños/as se interpretaban como maliciosas, o más comúnmente, como el producto de la vida de fantasía del niño/a. (Glaser y Frosh, 1997). El primero en reconocer que los abusos sexuales eran frecuentes fue Freud, pero tal vez por la presión social que sufrió al poner de manifiesto esta problemática, terminó defendiendo que en la mayor parte de los casos éstos no eran reales, sino fantaseados por los propios niños/as (López, 1993).

Dentro de este contexto, la aceptación de la existencia de niños/as maltratados y abusados por los adultos, según Barudy (1998), ha sido el resultado de un largo proceso de cuestionamientos de las representaciones que impedían la emergencia de este fenómeno a la conciencia social. Se deben considerar los factores sociales, culturales, religiosos y políticos, entre otros, que han obstaculizado históricamente no sólo el reconocimiento del abuso sexual infantil como fenómeno, sino incluso la sexualidad misma de los niños/as.

A partir del reconocimiento social del abuso sexual infantil como fenómeno existente, comienzan a desarrollarse diversas acciones tendientes a dar una respuesta a esta problemática desde los ámbitos sociales, políticos, legales, comunitarios y profesionales. Cabe señalar que en la temática del abuso sexual infantil ha existido un desarrollo creciente, tanto en la construcción de modelos teóricos como en la implementación de intervenciones y acciones destinadas a su abordaje. Sin embargo, el abordaje integral de esta problemática todavía se encuentra en un estado incipiente de construcción y reconstrucción, constituyéndose esto en una tarea pendiente, principalmente para los profesionales que trabajan con niños/as.

En la actualidad, la extensa cobertura en los medios de prensa, radio y televisión sobre el fenómeno del abuso sexual infantil, ha incrementado la conciencia general acerca de este tema y, a su vez, ha estimulado a las víctimas de abuso para que puedan ser reconocidas (Glaser y Frosh, 1997).

Por estos motivos, el actual aumento en las tasas de abuso sexual infantil, se puede relacionar con una mayor facilidad de difusión y con una mayor sensibilidad, por parte de los profesionales, a la posibilidad de abuso, en lugar de representar un cambio real en la prevalencia de éste (Smith y Bentovim, 1994). Así, se puede apreciar un aumento significativo en relación a la detección e intervención de los casos de abuso sexual infantil, sin embargo aún existen una gran cantidad de casos que no son conocidos por las autoridades u organismos interventores, constituyendo la llamada “cifra negra”.

Esta realidad también está presente en nuestro país, siendo también las problemáticas del abuso sexual y el maltrato infantil reconocidas tardíamente. Sin embargo, existe en la actualidad una conciencia general mayor acerca de este tema, aumentando progresivamente la detección e intervención en esta problemática, aunque aún sigue siendo insuficiente.

En nuestro país, a partir del año 1990 en que Chile ratifica la Convención Internacional de los Derechos del Niño, se establece un nuevo marco desde el cual abordar el problema del maltrato infantil y el abuso sexual y dice relación con la protección integral de los derechos del niño/a (Minsal, 1998a; SENAME, 1999).

De esta forma el Ministerio de Salud, prioriza el tema del maltrato infantil, el cual incluye el abuso sexual, destinando más recursos humanos y financieros en esta área (Minsal, 1998a, 1998b, 1999). En esta misma línea, el Servicio Nacional de Menores (SENAME) viene desarrollando un esfuerzo sistemático por contar con respuestas específicas a la demanda de atención en maltrato infantil. Es así que se ha definido un marco teórico, se han recopilado antecedentes sobre la magnitud del fenómeno, se han elaborado y perfeccionado sistemas de registro y se ha buscado disponer de respuestas de atención, implementándose desde 1997 proyectos especializados en la reparación del maltrato infantil grave (SENAME, 1999).

En una revisión realizada por el Ministerio de Salud acerca de los establecimientos que abordan esta temática en nuestro país, se concluye que las normativas y categorizaciones diagnósticas de las distintas instituciones son diferentes, a veces contradictorias y por ende no comparables, habiendo un cruce de procedimientos que dificulta la coordinación y complementariedad de la acción en el abordaje del abuso sexual infantil. Esto da cuenta de la necesidad de revisar la efectividad de la respuesta ante el abuso sexual y la necesidad de plantear acciones concretas para mejorar la calidad de la atención (Minsal, 1999).

2. MARCO JURÍDICO LEGAL

Otro aspecto relevante que también se relaciona con la mayor respuesta a esta problemática proviene desde el ámbito legal, y se refiere al surgimiento y modificación en las últimas décadas de las leyes de Violencia Intrafamiliar y Maltrato Infantil, siendo principalmente relevante la modificación en el año 1999 a la ley de delitos sexuales, la cual entrega el contexto jurídico actual en que se insertan las intervenciones en abuso sexual (Tobar, 1999; Cavas, 2000c, 2002a).

2.1- Definición y tipificación de los delitos sexuales

Toda definición tiene un objetivo particular, siendo el de las definiciones legales, descritas en el código penal, sancionar al agresor. Para esto, se diferencian figuras legales y sanciones (penas que van desde 61 días a 20 años) según las edades de las víctimas y los diferentes tipos de delitos.

La ley de delitos sexuales vigente actualmente es la Ley 19.617, del año 1999, que hizo reformas a la ley anterior (de 1891). Esta ley está inserta dentro del código penal, en el apartado de crímenes y simples delitos contra el orden de las familias y contra la moralidad pública.

Los Principales tipos penales sancionados son los siguientes:

- 1- Violación (artículo 361): acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal a cualquier persona cuando: a) se usa fuerza o intimidación, b) cuando la víctima se halla privada de sentido o cuando se aprovecha de su incapacidad para oponer resistencia, c) cuando se abusa de la enajenación o trastorno mental de la víctima. d) cuando la persona es menor de 12 años, aunque no concurra ninguna de las circunstancias antes descritas.
- 2- Estupro (artículo 363): acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal a una persona menor de edad, pero mayor de 12 años, concurriendo alguna de las siguientes circunstancias: a) se abusa de la anomalía o perturbación mental, aún transitoria, que por su menor entidad no sea enajenación o trastorno, b) abuso de la relación de dependencia de la víctima, en que el agresor está encargado de la custodia, educación o cuidado, o tiene una relación laboral, c) abuso del grave desamparo de la víctima, d) engaño a la víctima, abusando de su inexperiencia o ignorancia sexual.
- 3- Incesto (artículo 375): relación sexual consentida, en que se conoce el vínculo de parentesco existente, existiendo una co-participación necesaria.
- 4- Sodomía (artículo 365): acceso carnal a un menor de 18 años de su mismo sexo, sin que medien las circunstancias de violación o estupro.
- 5- Abuso sexual (artículo 366 y siguientes): cualquier acto de significación sexual y de relevancia realizado mediante contacto corporal, o que haya afectado los genitales, el ano o la boca de la víctima, aun cuando no hubiere contacto corporal con ella. Se distinguen como tipos de abuso sexual: a) acción sexual con circunstancias de violación o estupro a mayores de 12 años, b) acción sexual con circunstancias de violación o estupro, e inclusive sin éstas a menores de 12 años, c) acción sexual que realizara una persona para procurar su excitación sexual o la excitación sexual de otro, ante un menor de 12 años, sin contacto corporal y sin instrumento, pero con significación sexual (le hiciere ver o escuchar material pornográfico o la determinare a realizar acciones de significación sexual delante suyo o de otro, empleare a un menor de edad en la producción de material pornográfico).

En los delitos de violación, estupro y abuso sexual el bien jurídico protegido es la voluntad o consentimiento en la actividad sexual (libertad sexual), en los delitos de pornografía, sodomía, prostitución y otros el bien jurídico protegido es de orden social, el pudor social; y en el delito de incesto lo que se protege es el orden de las familias (Becar e Ibaceta, 2000; Navarro, 1998).

Es relevante notar que muchas veces se observan ciertas confusiones o falta de paralelismo entre la terminología legal y la psicosocial. Así por ejemplo, existen en la literatura psicosocial diferentes definiciones de abuso sexual, las cuales utilizan el término abuso sexual para identificar cualquier actividad de índole sexual que involucre a un niño/a. Sin embargo, legalmente estas actividades son tipificadas con figuras legales distintas del abuso sexual. Así, legalmente se consideran como delitos sexuales el abuso sexual, la violación y el estupro, y

dentro de la terminología psicosocial, generalmente todos estos delitos son considerados dentro del término abuso sexual.

2.2- Principales innovaciones penales

También es relevante considerar las diferencias entre la antigua ley, y la nueva ley de delitos sexuales (de 1999), en tanto éstas implican diferentes formas de tipificar los delitos, diferentes delitos sancionados y diferentes maneras de proceder ante ellos. Así, se describen a continuación las principales reformas introducidas por la nueva ley.

En cuanto a la tipificación de los delitos, anteriormente se denominaba abusos deshonestos a los abusos sexuales, siendo la penetración anal o bucal castigada como abusos deshonestos, sin embargo éstos actos actualmente se sancionan como violación, aumentándose las penas a este delito, y se castiga como violación, tanto si la víctima fuera hombre o mujer. Además antes no se castigaba el acceso carnal a un menor de edad producida por el abuso a una situación de confianza o autoridad, lo cual ahora se sanciona como una forma de estupro. Anteriormente los actos de significación sexual distintos del acceso carnal y que no implican contacto corporal, la utilización de un menor de edad en producción de material pornográfico, y la distribución de material pornográfico cuando se ha utilizado un menor en la producción, no eran constitutivos de delito, creándose en la nueva ley un tipo penal especial para sancionar dichas conductas. También se permite expresamente la penalización de la violación entre cónyuges, lo cual anteriormente no constituía un delito, y se deroga el delito de raptó.

Otro aspecto relevante es que se aumentaron las penas, especialmente en casos de menores de 12 años, del acceso carnal por vía anal u oral, el abuso de la inexperiencia sexual de la víctima, o de relaciones de confianza o autoridad con un menor de edad. Cualquier atentado sexual con un menor de edad ejecutado por una persona que lo tiene a su cuidado de hecho, constituye actualmente un agravante, lo cual antes no era considerado. Este agravante es de especial importancia si tomamos en cuenta que en la mayoría de los casos los delitos sexuales son cometidos por personas familiares o conocidos que cuidan del niño/a, y el grave efecto de estas circunstancias en éste.

Respecto al procedimiento penal, el juez ya no debe cumplir con los requisitos que señala la ley para valorar las pruebas para la acreditación del delito sexual, sino que le permite valorar las pruebas según su sana crítica. En cuanto a las pericias, ahora se faculta a todos los hospitales para realizar los trámites para acreditar parcialmente la ocurrencia de una violación, con igual valor de prueba para el juez, lo cual anteriormente sólo podía realizar el Servicio Médico Legal. En cuanto a los testigos, se faculta a todos los parientes cercanos para declarar válidamente, siendo que antes no se tomaban en cuenta sus declaraciones en el juicio. Además se permite al juez exigir requisitos adicionales a los condenados para concederles beneficios, entre los cuales destaca la prohibición de acercarse a la víctima. Antes la denuncia sólo podían realizarla las víctimas, sus padres, abuelos o guardadores y actualmente también puede ser realizada por educadores, médicos o cualquier persona que tome conocimiento del hecho en razón de su actividad.

También se incorpora en la nueva ley que la identidad de la víctima se mantendrá en estricta reserva respecto a terceros ajenos al proceso, a menos que ella consienta expresamente

en su divulgación, adoptando el tribunal las medidas necesarias para garantizar la reserva y que todas las actuaciones de la víctima en el proceso se lleven a cabo privadamente. Además no procederá el careo entre el inculpado y la víctima (confrontar a los discordantes a fin de que expliquen la contradicción o se pongan de acuerdo sobre la verdad de lo sucedido), a no ser que la víctima o el adulto responsable lo consienta expresamente. El juez podrá en cualquier momento disponer las medidas de protección a la víctima o su familia que estime convenientes, tales como la vigilancia del inculpado, la prohibición de visitar el domicilio, lugar de trabajo o establecimiento educacional de la víctima, prohibición de aproximarse al ofendido o su familia y, la obligación de abandonar el hogar, en caso de compartirlo.

Todas estas modificaciones al código penal y al código de procedimiento penal son un gran aporte, en tanto dan cuenta de una mayor gama de conductas a ser sancionadas, la posibilidad de sancionar el delito con menos requerimientos de proceso, y principalmente evitan o por lo menos intentan minimizar la victimización secundaria¹ que provoca en la víctima su paso por el sistema judicial. Junto con esto, se facilita el proceso de reparación y elaboración de la experiencia abusiva en las víctimas.

3. EL PROBLEMA DE LA CIFRA NEGRA

El concepto de cifra negra se refiere a los casos de delitos no denunciados, es decir la criminalidad oculta. (Escaff, 2001; Sangrador, 1986). Las tasas de delitos no denunciados son muy altas, superando en algunos casos las denuncias. En general, sólo un tercio de los delitos son conocidos por el sistema jurídico penal. Sin embargo, esta tasa es diferencial dependiendo del tipo de delito (Sangrador, 1986).

El delito sexual tiene la mayor cifra negra, se conoce sólo entre el 15% y el 20% de estos delitos. La denuncia en estos casos, depende de la relación entre víctima y victimario. La proporción es de un delito denunciado por cada tres no denunciados, cuando la agresión sexual es por parte de un desconocido, de uno cada siete cuando el agresor es un conocido y de uno cada doce cuando el agresor es un miembro de la familia de la víctima (Escaff, 2001; CAVAS, s/f).

Es importante señalar, que la no denuncia trae consigo efectos negativos para el sistema, debido a que no permite dimensionar las características reales de los delitos (frecuencia, gravedad, características de las víctimas, etc.). Como consecuencia de esto, se dificultan las posibilidades de acción de los organismos públicos y privados, en las áreas de prevención del delito, intervención, tratamiento y rehabilitación a las víctimas, políticas frente a la criminalidad general, intervención frente a la no denuncia y políticas de protección a la ciudadanía (Escaff, 2001). Además, otro efecto de la cifra negra es que se falsean los datos oficiales y no permiten determinar si una variación en éstos, se debe a variaciones en las tasas de denuncias o variaciones en la criminalidad real.

Las causas de la existencia de una cifra negra, asociadas a la reticencia de las víctimas a denunciar el delito, se refieren principalmente a la percepción de ineficiencia del sistema

¹ La victimización secundaria se refiere a los sufrimientos que experimenta la víctima producto de un proceso de reacción inadecuado frente a la victimización primaria, por parte de las instancia de control social (carabineros, policías, sistema judicial-penal) y de la interacción con su entorno social (comunidad, vecinos, escuela, etc).

judicial, el temor a represalia por parte del autor del delito, el temor a la estigmatización de la víctima, el temor a la victimización secundaria, el desconocimiento de que un acto determinado es un delito y desconocimiento del proceso de denuncia, la relación personal directa entre víctima y agresor, y la reacción psicológica de la víctima tras la agresión, como puede ser miedo, ansiedad, culpabilización, etc., lo cual paraliza a la víctima en sus posibilidades de acción (Sangrador, 1986; Escaff, 2001).

Por el contrario, los factores que pueden favorecer la denuncia se refieren a la posibilidad de beneficiarse de algún programa de compensación de víctimas (que muchas veces exigen la denuncia), evitar una futura victimización por la misma o por otra persona, dirigida hacia sí mismo u otros, el deseo de venganza contra el causante del sufrimiento, la posibilidad de recuperar lo perdido o ser indemnizado, la creencia moral de que todo ciudadano debe cooperar con la policía, y la participación y/o influencia de otras personas sobre la decisión de denunciar (Sangrador, 1986).

4. MAGNITUD DEL PROBLEMA

Los datos existentes respecto a la magnitud del problema del abuso sexual, son muy variados, considerando los estudios estadísticos de prevalencia realizados a nivel nacional e internacional. A esto contribuyen tanto aspectos metodológicos de los estudios como diferencias en las definiciones de abuso sexual (más o menos estrictas en cuanto a qué conductas son consideradas abuso). Los estudios se diferencian principalmente en cuanto a su metodología en las muestras utilizadas (personas consultantes, personas que denuncian, estudios comunitarios, estudios retrospectivos, etc.) y en la forma de recabar los datos (cuestionarios, entrevistas, etc.) (Smith y Bentovim, 1994).

En los estudios de prevalencia también influye la enorme cifra negra que existe en abuso sexual. Se estima que alrededor de 75-80% de los casos no son denunciados, lo cual aumentaría a un 90% en los casos en que las víctimas son menores de edad. (MINSAL, 1998b; Fernández, 1997; Romo y Rivera, 2001; Larraín, Vega y Delgado, 1997). La mayoría de los estudios, debido a aspectos prácticos, sólo se realizan respecto a los casos conocidos, que denuncian (población denunciante) o consultan a centros de atención (población consultante).

Otro aspecto importante es que no existen estudios unificados, centralizados, a nivel nacional respecto a esta problemática. Es así que sólo tenemos datos parciales de diferentes instituciones que trabajan en el tema o diferentes estudios aislados, y cada uno registra datos diferentes, lo cual no permite un análisis estadístico más exhaustivo y global de la ocurrencia de abuso sexual. (SENAME, 2001; Larraín, Vega y Delgado, 1997)

A nivel internacional, al entregar datos de prevalencia los estudios plantean diferentes cifras (Glaser, 1997; Smith y Bentovim, 1994; Finkelhor, 1984; López, 1993). A partir de la revisión de diferentes investigaciones, Smith y Bentovim (1994) estiman que entre 15 y 30% de las mujeres habrían sufrido alguna experiencia sexual con contacto no deseada en la infancia, y probablemente el doble de mujeres una experiencia sexual no deseada sin contacto. Por su parte, Finkelhor (1984), estima en base a diferentes estudios, que al menos 10% de las niñas y 2% de los niños serían abusados en su infancia, pero la mayoría no sería reportado.

A nivel nacional, hay datos bastante disímiles, dependiendo de la fuente de la que provengan.

En un estudio realizado por Florenzano y cols. (en Larraín, Vega y Delgado, 1997) en una muestra de población general, de 2.058 jóvenes entre 10 y 19 años, el 9.3% habría sido víctima de abuso sexual (con una frecuencia de 2.1% para los niños y 14.4% para las niñas).

En cuanto a los datos de población denunciante, el Servicio Médico legal de Santiago, institución en la cual se procesan alrededor del 50% de las denuncias ocurridas en el país, recibió durante el año 2001, 2.217 denuncias de agresiones sexuales (Nahuelpán, 2002).

Respecto a la población consultante, en el Centro de atención a víctimas de atentados sexuales (CAVAS), organismo dependiente de la Policía de investigaciones especializado en el abordaje de casos de abuso sexual, entre los años 1998 y 2000, habrían ingresado al centro 2721 nuevas víctimas (Cavas, 2000d).

Se estima que se producirían alrededor de 20.000 casos de abuso sexual infantil al año en Chile, no teniendo seguridad del verdadero valor de la cifra negra. (Gray, Valenzuela, Preminger, Matamala y Maynou, 1995, en Fernández, 1997). Por su parte, Larraín (1993, en Fernández, 1997), basada en sus estudios en población general, estima que el 10% de los niños chilenos sufre abuso sexual, porcentaje que no es menor si consideramos los efectos que esto trae en su desarrollo y la escasa cantidad de casos que son reportados a la justicia o que consultan por atención profesional.

En cuanto al sexo de la víctima todos los estudios, tanto internacionales como nacionales plantean que las mujeres y niñas serían más abusadas que los hombres y niños (Glaser y Frosh, 1997; Smith y Bentovim, 1994; Larraín, Vega y Delgado, 1997; MINSAL, 1998b; Del Campo, 1998), aunque difieren en las proporciones de esta diferencia.

Respecto a población denunciante, las víctimas atendidas en el Servicio médico legal, entre los años 1991 y 2001, corresponden en un 80,7% a mujeres y 19,3% a hombres (Nahuelpán, 2002). En la población consultante en CAVAS (2000d), el 78% de las víctimas nuevas ingresadas entre los años 1998 y 2000 son de sexo femenino y el 22% de sexo masculino.

En general, hay consenso respecto a que las víctimas de la mayoría de los abusos sexuales son menores de edad (Larraín, Vega y Delgado, 1997; MINSAL, 1998b). Así los registros del Servicio médico legal (Nahuelpán, 2002), revelan que alrededor del 78% de los casos de agresiones sexuales atendidos entre los años 1991 y 2001 son cometidos a menores de edad, siendo el 52,2% cometidos a menores de entre 5 y 14 años. Por su parte, el 88% de las víctimas ingresadas a CAVAS entre 1998 y 2000 eran menores de 17 años (Cavas, 2000d).

Sin embargo, no existe consenso en cuáles serían las edades con mayor frecuencia de abuso. Así, en estudios en población general, Larraín, Vega y Delgado (1997), MINSAL (1998b), plantean que la gran mayoría de los niños/as abusados se encontrarían en el rango etario entre los 7 y 12 años, a pesar de ser bastante numerosos también los abusos a menores de 7 años. Otros (Del Campo, 1998; MINSAL, 1998a), plantean que el rango etario más frecuente se encontraría entre los 10 y 14 años. En datos de población consultante de CAVAS,

se puede observar que el 34% de las víctimas ingresadas entre los años 1998 y 2000, se encuentra entre los 7 y 11 años de edad.

En cuanto al sexo del abusador autores extranjeros (Finkelhor, 1984; Smith y Bentovim, 1994) plantean que principalmente serían hombres. Concordante con esto, en el ámbito nacional, Larraín, Vega y Delgado (1997) encontraron en su estudio que el 100% de los agresores sexuales pertenecían al sexo masculino. En relación a la edad, encontraron que el 16,1% de los abusadores serían menores de 18 años, el 20,7% tendrían entre 19 y 25 años, el 31,3% entre 26 y 40 años, y 32,1% entre 41 y 66 años.

Otro aspecto relevante en cuanto a cifras es la relación existente entre víctima y agresor. A pesar de diferir los estudios y reportes en las cantidades exactas, tanto los estudios nacionales como internacionales proponen que la violencia sexual ocurriría mayoritariamente entre personas conocidas (MINSAL, 1998b; Smith y Bentovim, 1994, Finkelhor, 1984).

Un estudio en población consultante en Irlanda del Norte (Reserch team, 1990, en Smith y Bentovim, 1994) constató que el 85% de los niños/as conoce a su abusador; 31% es abusado por su cuidador, 54% por un conocido que no vive en la casa, y sólo 5% por extraños.

A nivel nacional, el MINSAL (1998b) propone que 70% de los abusos serían cometidos por familiares y conocidos del niño/a. En cuanto a los datos del Servicio Médico legal, el 80,47% de las víctimas atendidas durante el año 2001 fue agredida por un familiar o conocido y sólo un 19,53% por un desconocido (Nahuelpán, 2002).

Respecto a población consultante, de las víctimas ingresadas al CAVAS, entre 1998-2000, la vinculación con el agresor era en un 50% conocido, 37% familiar y 13% desconocido. Las agresiones sexuales en el ámbito familiar afecta mayormente a niñas menores de edad, en cambio la violencia sexual por extraños afecta principalmente a mujeres adultas (CAVAS, 2000d).

Dentro de los conocidos y familiares, generalmente se plantea que el padre biológico es el mayor responsable de los abusos sexuales, seguido por el padrastro o conviviente de la madre. Fernández (1993, en Larraín, Vega y Delgado, 1997) realiza un análisis de los casos atendidos durante 1993 por un plan piloto de Sename, encontrando que una frecuencia de 36,6% de los abusos es cometido por el padre y 13,3% por el conviviente de la madre. A nivel internacional, Bentovim (1987, en Smith y Bentovim, 1994), por su parte, reconoce en un estudio con casos clínicos, que un 75% de los niños/as es abusado por su cuidador, siendo en el 46% de los casos el padre y en 27% el padrastro.

En cuanto al tipo de delito, las agresiones sexuales más frecuentes son los abusos sexuales y las violaciones. Nahuelpán (2002) observa respecto a los datos del Servicio médico legal que el 37,8% de las agresiones sexuales denunciadas en ese instituto en el período 1991-2001 corresponden al delito de violación y el 61% al delito de abuso sexual. En cuanto a la población consultante de CAVAS, 61% de las agresiones cometidas a víctimas ingresadas al centro entre los años 1998 y 2000 corresponden al delito de abuso sexual y el 26% al delito de violación, el restante 13% se distribuye entre los otros delitos sexuales.

Respecto al nivel socioeconómico Smith y Bentovim (1994) plantean que el abuso sexual ocurriría de manera más o menos similar en todas las clases sociales, pero la clase social baja consultaría más. A pesar de ser un dato proveniente de otro contexto, lo planteado por estos autores sería concordante con los datos respecto a las víctimas ingresadas a CAVAS (entre 1998-2000), de las cuales 64% tiene un nivel socioeconómico bajo, 35% medio y 1% alto.

III- MARCO TEÓRICO

1. ABUSO SEXUAL INFANTIL

1.1- Definición de abuso sexual infantil

El abuso sexual de los niños/as se considera como una de las formas de maltrato infantil, en tanto éste es conceptualizado como el uso de la violencia física, psicológica, negligencia o abuso sexual por parte de un adulto hacia un niño/a (Minsal, 1998a). Muchas veces estas diferentes formas de maltrato infantil se acompañan, siendo un niño/a víctima de distintos tipos de violencia - física, psicológica, sexual - (Malacrea, 2000; Kernberg, 2003).

No existe una única definición de abuso sexual infantil. Se han planteado múltiples conceptualizaciones tanto en el ámbito legal, médico, social, psicológico, etc., que si bien tienen aspectos comunes, difieren en su énfasis.

Como se expuso anteriormente, la ley de delitos sexuales en nuestro país tipifica diferentes figuras legales (violación, estupro, abuso sexual, etc.). Sin embargo, en el marco psicosocial se engloban todas estas figuras dentro del concepto de abuso sexual. Al estar la psicología inmersa dentro de este marco psicosocial, se presenta como necesario conceptualizar todas las conductas sexuales dirigidas hacia los niños/as como abuso sexual². Esto, debido a que todas estas conductas, si bien poseen características específicas, presentan elementos comunes que permiten conceptualizarlas dentro de un mismo fenómeno.

Así, el concepto de abuso sexual incorpora la noción de una acción sexual transgresora e impuesta por un otro, es decir una acción *abusiva* por parte de un agresor hacia una víctima, poniendo el énfasis en el *carácter relacional* de este fenómeno. Es importante señalar, que diversos autores (Barudy, 1998, 2000; Glaser y Frosh, 1997; Smith y Bentovim, 1994; Cantón Duarte y Cortés, 1999) plantean una clasificación del abuso sexual considerando este aspecto relacional, diferenciando según el vínculo previo que existe entre la víctima y el agresor distintos tipos de abuso sexual como son: intrafamiliar, por conocidos extrafamiliares y por desconocidos, los cuales se analizan posteriormente.

Las **diversas definiciones psicológicas** de abuso sexual infantil, presentan elementos o núcleos temáticos en común, todos los cuales son esenciales al definir este fenómeno. A continuación, se abordan estos aspectos presentando primero una definición del abuso sexual, a partir de la cual se analizan cada uno de los elementos que la componen, incorporando distintas perspectivas teóricas acerca del tema. Finalmente, se integran todos estos aspectos en otra de las definiciones existentes, con el fin de lograr una comprensión global del concepto.

² En el presente estudio, se considera toda actividad de índole sexual que involucre a un niño/a como abuso sexual, incluyendo así los diferentes tipos legales existentes, como son: violación, estupro y abuso sexual.

La definición planteada por Finkelhor y Korbin (1988, en Smith y Bentovim, 1994) se constituye en una conceptualización comprensiva e integradora del abuso sexual infantil:

“Abuso sexual ha sido definido como cualquier contacto sexual entre un adulto y un niño sexualmente inmaduro (madurez sexual es definida tanto social como fisiológicamente) con el propósito de la gratificación sexual del adulto; o cualquier contacto sexual hacia un niño realizado mediante el uso de la fuerza, amenazas o engaño, para asegurar la participación del niño; o contacto sexual al cual un niño es incapaz de consentir en virtud de su edad o poder diferencial y la naturaleza de la relación con el adulto” (pág. 231)

Uno de los aspectos que se considera en las definiciones de abuso sexual, es que existe **un acto sexualmente abusivo**, los cuales se refieren a aquellas conductas que incluyan coito, sexo anal u oral, penetración digital o de objetos, acariciamiento de pechos o genitales, masturbación, exhibicionismo, exposición a pornografía e incitaciones a participar en actividades sexuales (Smith y Bentovim, 1994).

Estas actividades sexuales son **inapropiadas para la edad y desarrollo psicosexual** del niño/a o adolescente, siendo el niño/a sexualmente inmaduro, no pudiendo éste comprender el sentido de tales actividades, por una falta de conocimiento del significado social y de los efectos psicológicos de los encuentros sexuales (MINSAL, 1998b; Finkelhor en Smith y Bentovim, 1994; Kempe en Barudy, 1998; Glaser y Frosh, 1997). En este sentido, Barudy (1998) plantea que *“no existe una relación apropiada entre un niño y un adulto, atribuyendo la responsabilidad de éste tipo de acto exclusivamente al adulto”*(pág. 161)

En las diversas definiciones que existen de abuso sexual infantil, comúnmente se especifica la **edad y el nivel de desarrollo del niño/a y del abusador**. Generalmente, las definiciones seleccionan una edad cronológica para definir los límites del abuso, considerando principalmente dos variables. Por una parte, se define la "edad de consentimiento", que se ha establecido entre los dieciséis y dieciocho años, previo a lo cual el niño/a no tendría el conocimiento para consentir o no una relación sexual. Por otro lado, se postula una diferencia de edades entre la víctima y el agresor de alrededor de cinco años o más para que un contacto sexual sea considerado abusivo, debido a que la asimetría de edad impediría la verdadera libertad de decisión y la actividad sexual común, ya que los participantes tienen experiencias, grado de madurez y expectativas diferentes (Finkelhor en Glaser y Frosh, 1997; Cantón Duarte y Cortés, 1999)

Así, se establece como característica esencial del abuso sexual de los niños/as, la existencia de una **relación asimétrica**, debido a la edad de los niños/as, su vulnerabilidad y a que éstos estructuralmente dependen del adulto (Barudy, 1998). Es decir, la dependencia es uno de los factores que los definen como niños/as, existiendo en la relación entre éstos y los adultos una estructura de poder - dependencia, en donde la confianza se constituye como parte integral de la dependencia. De este modo, la actividad sexual entre un niño/a y un adulto siempre implica una explotación de poder, por lo que nunca puede ser otra cosa que abuso (Glaser y Frosh, 1997).

También se considera que el acto abusivo es realizado sólo con el fin de la **gratificación o satisfacción sexual del adulto**, tomando al niño/a como objeto, cosificándolo (Barudy, 1998; Finkelhor, 1984). *“Cuando un adulto abusa sexualmente de un niño, considera*

que puede utilizar el cuerpo de éste a su antojo. (...) En el encuentro sexual entre un adulto y un niño, éste es despojado del beneficio de la experiencia. Puesto que el adulto es el único beneficiario, se trata de una relación abusiva” (Perrone y Nannini, 1998, pág. 106-107).

El **contacto sexual no deseado** es otro elemento incluido en las definiciones. Los diversos autores denominan que la participación del niño/a en este contacto no deseado se realiza a través del uso de la coacción (Glaser y Frosh, 1997), coerción y asimetría de poder (Barudy, 1998), imposición bajo presión (Kempe 1978, en Barudy, 1998), participación forzada (Minsal, 1998b), coerción mediante fuerza física, presión o engaño (López, Hernández y Carpintero, 1995, en Cantón Duarte y Cortés, 1999), entre otras. Una visión integradora de estos métodos coercitivos es la de Glaser y Frosh (1997), que plantean que el abuso sexual infantil en todos los casos incluye el uso de coacción, la cual puede ser explícita o implícita. La coacción explícita es cuando se usa directamente la fuerza física, la violencia, el uso de armas, etc. En cambio la coacción implícita, que es la más frecuente en niños/as, se refiere a la utilización de la relación de dependencia de la víctima, a través de la seducción, engaño y amenazas.

Finalmente, otro aspecto central en las definiciones de abuso sexual infantil, y que se relaciona con los elementos tratados anteriormente, es la incapacidad del niño/a de entregar un **consentimiento informado o válido**.

En la experiencia de abuso sexual infantil, el niño/a generalmente participa en una relación con el agresor (conocido o desconocido), es decir puede existir una relación previa (abuso intrafamiliar y por conocidos), o bien puede generarse una interacción breve inmediatamente anterior al abuso (abuso por desconocidos). A partir de estas interacciones previas, el agresor utiliza diferentes medios (seducción, juegos, amenazas, etc.) con el objeto de imponer una actividad sexual al niño/a. Éste puede no resistirse a esta actividad sexual, comprendiéndolo, desde el pensamiento infantil, como una participación consentida.

Desde esta perspectiva, **se puede plantear que en el abuso sexual es posible el consentimiento del niño/a, pero éste no puede ser considerado válido o informado, ya que el niño/a no está en condiciones de comprender o dimensionar los alcances de las prácticas sexuales, debido a su edad, su relación de dependencia con el adulto, la falta de conocimiento, su inmadurez psicosexual, la relación de confianza, los medios de seducción o amenaza utilizados** (Glaser en Miotto, 2001; Minsal, 1998b).

Evolutivamente, es posible señalar que los niños/as debido a las características de su desarrollo psicosexual, se encuentran en una etapa de descubrimiento autoerótico y con pares de su propio cuerpo, teniendo una comprensión de la sexualidad diferente a la del adulto. En este sentido, en el abuso sexual infantil, aún cuando el niño/a no es capaz de dimensionar los alcances de las prácticas sexuales - por lo antes señalado -, la experiencia de abuso puede ser comprendida por éste, pero de una forma que difiere de la comprensión del adulto y, a su vez, de la comprensión de la sexualidad esperada para su etapa evolutiva.

Estos aspectos analizados entregan un marco para la comprensión del abuso sexual infantil, siendo considerados cabalmente en la siguiente definición:

El abuso sexual infantil es: “*La implicación de un niño o un adolescente menor en actividades sexuales ejercidas por los adultos y que buscan principalmente la satisfacción de éstos, siendo los menores de edad inmaduros y dependientes y por tanto incapaces de comprender el sentido radical de estas actividades ni por tanto de dar su consentimiento real. Estas actividades son inapropiadas a su edad y a su nivel de desarrollo psicosexual y son impuestas bajo presión –por la violencia o la seducción- y transgreden tabúes sociales en lo que concierne a los roles familiares*” (Kempe 1978, en Barudy, 1998 pag 161).

1.2- Tipos de abuso sexual

Resulta necesario señalar que dentro del abuso sexual se diferencian dos criterios de clasificación principales, considerados por los autores (Barudy, 1998; Smith y Bentovim, 1994; Glaser y Frosh, 1997). El primero, se refiere a los tipos de actividades sexuales implicadas y, el segundo a la relación entre la víctima y el agresor.

1.2.1- Según las actividades sexuales implicadas

En cuanto a las actividades sexuales implicadas, en la literatura psicológica existente sobre el abuso sexual infantil y en la definición legal de los delitos sexuales, se plantean distintas clasificaciones de éstas. Considerando los aspectos anteriormente analizados, se propone diferenciar los actos sexualmente abusivos en dos grandes categorías (Smith y Bentovim, 1994):

- 1) Actos que implican contacto corporal:
 - a) Penetrativos: penetración anal, oral o vaginal, y penetración digital o de objetos.
 - b) No penetrativos: masturbación, acariciamiento y tocamientos de pechos o genitales.
- 2) Actos sin contacto corporal: exhibicionismo, exposición a pornografía, incitar a participar en actividades sexuales.

1.2.2- Según la relación entre la víctima y el agresor

Con respecto al segundo criterio, teniendo en cuenta que el abuso sexual es un fenómeno relacional, se considera como elemento central al definir los tipos de abusos sexuales, el vínculo previo que la víctima tiene con el agresor, ya que los efectos que cada uno de los tipos de agresión tienen tanto en la víctima como en su entorno, están esencialmente mediados por esta variable (CAVAS, 2000b; Correa y Riffo, 1995).

En el caso del abuso sexual infantil, resulta imprescindible considerar el tipo de vínculo que el niño/a tiene con el agresor, debido a que fundamentalmente en las etapas más tempranas el ser humano conoce y enfrenta la realidad desde la experiencia inmediata que se genera a partir de la emoción, la percepción, la sensorialidad y la afectividad, las que emergen en el desarrollo de vínculos y relaciones interpersonales (Guidano, 1994). Así, las características de los vínculos y las diferentes relaciones interpersonales que el niño/a experimenta, representan para éste una forma de *estar en el mundo*, que va configurando y estructurando la organización de su sí mismo, y, de esta forma, la particular manera de enfrentarse y posicionarse frente a los otros y al medio externo.

Desde esta perspectiva, se genera la necesidad de realizar las distinciones del abuso sexual infantil, basándose esencialmente en este factor relacional e interpersonal. Barudy (1998, 2000) plantea dos categorías específicas de abuso sexual en los niños/as, según la relación entre el abusador y la víctima: intrafamiliar y extrafamiliar - por desconocidos y por conocidos -, cada una de las cuales determinan una dinámica abusiva particular.

En el *abuso sexual intrafamiliar*, el abuso es cometido por un miembro de la familia, ya sea el padre, la madre, el padrastro, el tío, el abuelo, el hermano, etc. En este caso, el abusador manipula el vínculo familiar a través de la utilización del poder que le da su rol. Generalmente hay un traspaso sucesivo de límites, siendo la agresión reiterada en el tiempo. Se impone la dinámica del secreto, siendo tardía su revelación. Suele darse en familias con organizaciones disfuncionales y son el resultado de múltiples factores que bloquean o perturban los mecanismos naturales que regulan la sexualidad al interior de una familia (Barudy, 1998, 2000; Escaff, 2001; CAVAS, 2000b) .

El *abuso sexual extrafamiliar*, se define porque el agresor no pertenece al medio familiar del niño/a, pudiendo ser un sujeto totalmente desconocido para éste y los demás miembros de su familia, o algún conocido que pertenece a su entorno.

En al *abuso sexual extrafamiliar por desconocidos*, la víctima no tiene un vínculo de conocimiento o cercanía previo con el abusador, el cual generalmente goza sometiendo a su víctima por la fuerza y el terror, haciéndole sufrir. Comúnmente es una experiencia única, muy violenta, que mayormente afecta a adolescentes o adultos (Barudy, 1998, 2000; Escaff, 2001).

En cambio, en el *abuso sexual extrafamiliar por un conocido*, el niño/a es agredido sexualmente por un adulto que pertenece a su círculo social, y que por lo tanto es conocido de la familia. La relación se da por cercanía física, social o por ejercicio del rol de poder que posee el agresor (profesores, sacerdotes, monitores comunitarios, etc). El abusador manipula la confianza que el niño/a y su familia le tienen, transgrediendo los límites de confianza. Los agresores –los cuales Barudy (1998) plantea que serían pedófilos- para seducir al niño/a generalmente utilizan métodos coercitivos como el cariño, la persuasión, la mentira, o la presión psicológica y amenazas, lo que también mantiene una dinámica del secreto. El agresor, va envolviendo a la víctima en una relación que es presentada como afectiva, protectora y gratificante, lo cual es generalmente vivido por el niño/a como confusión respecto a la relación, ya que se entremezclan la vivencia de sentirse amado, con la experiencia de abuso sexual, dificultándose su vivencia como víctima, surgiendo sentimientos de vergüenza y culpabilidad. Así, los niños/as presentan dificultad para detectar precozmente el peligro en el que se encuentran debido al carácter confuso y manipulador de la relación ofrecida por el abusador. El hecho de que el abusador presente los comportamientos como naturales de una relación niño/a - adulto y además sea una persona cercana a la familia, aumenta la confusión en el niño/a y le impide divulgar lo que ocurre. Muchas veces la relación de cercanía, provoca en los padres una reacción poco adecuada cuando sus hijos/as revelan el abuso (Barudy, 1998, 2000).

Correa y Riffo (1995) plantean que conocer la trama en que el abuso sexual se desenvuelve cuando hay una relación previa entre autor y víctima, es esencial para comprender el fenómeno. Incluyen entre las agresiones por conocidos a todas aquellas

personas en quienes la víctima confía, tanto familiares (padres, convivientes de la madre, abuelos, otros familiares) como personas que han tenido con ella algún tipo de contacto previo (amigos, vecinos, profesores, etc.). Plantean que a pesar de que el abuso sexual intrafamiliar y extrafamiliar por conocidos presentan diferencias, existen aspectos similares en su dinámica, especialmente cuando los abusos dentro de la familia no son cometidos por parte de la figura paterna (abusos incestuosos).

Así, señalan que se caracterizan porque una figura de autoridad o que ocupa una posición de poder (por su rol, edad u otro motivo) presiona a la víctima a realizar actividades sexuales. En la mayoría de los casos no involucra uso de fuerza sino persuasión, a través de la autoridad y poder que representa el ofensor, creación de un vínculo de confianza o mediante el engaño. Afecta generalmente a menores, a menudo se produce reiteradamente y durante períodos prolongados, con una frecuencia variable. Habitualmente, tiene lugar en la casa de la víctima y/o agresor, puede o no implicar penetración, y cuando lo hace, puede ser la etapa final de aproximaciones sucesivas. Por lo general no son denunciados, sino que suelen ser mantenidos en secreto, al que el agresor obliga a la víctima mediante violencia, sobornos o amenazas de serias consecuencias, tales como incredulidad, pérdida de afecto, desmembramiento de la familia, etc.

1.3- El proceso del abuso sexual infantil

El abuso sexual, es un fenómeno complejo, que en el abuso sexual intrafamiliar o extrafamiliar por conocidos, raramente se produce de manera única, como un hecho aislado o accidental, sino que son cometidos en el marco de un proceso relacional, el cual se desarrolla en el tiempo. De esta forma resulta necesario comprender la dinámica de este proceso para poder entender la vivencia de los niños/as víctima.

Así, Barudy (1998, 2000) plantea que en estos casos, el abuso sexual surge como un proceso con dos grandes momentos. En una primera etapa, el abuso se desarrolla al interior de la intimidad familiar protegido por el secreto y la ley del silencio, como una forma de mantener la cohesión y pertenencia, existiendo un equilibrio al interior de la familia. En una segunda etapa, el abuso aparece a la luz pública a través de la divulgación de la experiencia abusiva, lo cual implica una desestabilización y crisis del sistema familiar, así como también del sistema social que le rodea.

Dentro del primer período, Barudy (1998, 2000) distingue tres fases:

- 1.1. La fase de seducción: el abusador manipula la dependencia y la confianza de su víctima, incitándola a participar de actos abusivos, los cuales presenta como juego o como comportamientos normales y sanos entre adultos y niños/as.
- 1.2. La fase de interacción sexual abusiva: el adulto comienza a interactuar abusivamente con su víctima de manera gradual y progresiva, presentando primero gestos sin contacto (exhibicionismo, voyeurismo, etc.) hasta llegar de manera gradual a gestos con contacto (caricias con intenciones eróticas, masturbación, penetración digital, penetración seca, coito).

- 1.3. La fase del secreto: este momento comienza casi conjuntamente con el anterior. El abusador impone la ley del silencio a la víctima para no ser descubierto, lo que hará a través de amenazas, mentiras, culpabilización, chantaje y manipulación psicológica. El niño/a termina por aceptar esta situación, no pudiendo relatar y denunciar el abuso sexual, de manera que genera respuestas adaptativas para sobrevivir, tales como sentimientos de culpabilidad y vergüenza.

En el segundo período, que comienza con la divulgación de la situación abusiva, se distinguirían dos fases:

- 2.1. La fase de la divulgación: a pesar de los esfuerzos del abusador por mantener la situación en secreto, el abuso es develado, ya sea de manera accidental o premeditada. Cuando existe una develación accidental, es un tercero quien descubre el abuso (sorprende al adulto abusando del niño/a, se presenta una enfermedad de transmisión sexual o embarazo de la víctima). En cambio, cuando se produce una develación premeditada es la víctima quien voluntariamente comunica su condición rompiendo el secreto, impulsado por solucionar una situación que se le hace insoportable.
- 2.2. La fase represiva: se desencadena tanto en los miembros de la familia como en los miembros del entorno, un conjunto de comportamientos y discursos tendientes a neutralizar los efectos de la divulgación, buscando reprimir el discurso de la víctima para recuperar el equilibrio familiar. Así, la familia utiliza diferentes medios, tales como descalificar el discurso de la víctima, culpabilizarla, negar o minimizar el acto abusivo. Muchas veces estas presiones tienen como consecuencia que las víctimas de abuso sexual se retracten posteriormente de los hechos develados.

1.4- Factores de riesgo y factores protectores del abuso sexual infantil

Se han descrito en el problema del abuso sexual infantil factores de riesgo y factores protectores para su ocurrencia, en búsqueda de acercamientos que permitan comprender esta problemática.

Los **factores de riesgo** han sido definidos como factores que pueden actuar como condicionantes o desencadenantes de la ocurrencia de algún problema, en este caso del abuso sexual. Son variables que aumentan la probabilidad de que éste se presente. Están asociadas a la vulnerabilidad, considerando tanto los factores personales (predisponentes) como contextuales, definiéndose éstos últimos como las situaciones precipitantes de la ocurrencia de abuso sexual (situaciones de riesgo).

El **concepto de vulnerabilidad**, da cuenta de una intensificación de la reacción frente a estímulos que en circunstancias normales conducen a una desadaptación, opera indirectamente y tiene efectos sólo en virtud de su interacción con la variable de riesgo (Kotliarenco et al, 1997).

Los **factores protectores** son influencias que modifican o disminuyen el impacto de las variables de riesgo, cualquiera sea su naturaleza, pueden reducir la probabilidad de ocurrencia de un problema. Constituyen fortalezas psicosociales de individuos y grupos para el logro de adecuados niveles de bienestar y convivencia, así como para constituir redes de apoyo social

eficientes. No generan necesariamente efectos directos, sino que influyen en la respuesta de las personas y los sistemas frente a situaciones de riesgo, son cualidades (edad, género, etc.), conocimientos, actitudes y capacidades, tanto como experiencias personales, familiares y sociales positivas (Minsal, 1998a).

Rutter (1990, en Kotliarenco et al, 1997) considera que los conceptos de vulnerabilidad y protección no son atributos permanentes, sino procesos que se relacionan con momentos claves en la vida de una persona, desarrollándose de una manera particular, según la forma en que interaccionan los distintos factores personales y contextuales involucrados en cada momento.

De este modo, dos personas ante una misma situación de riesgo pueden reaccionar de manera adaptativa o desadaptativa, dependiendo de la interacción entre los factores de riesgo y los factores protectores. Debido a lo anterior, es posible comprender que los factores protectores pueden compensar a los factores de riesgo en ciertas situaciones, disminuyendo la probabilidad de una reacción desadaptativa ante ellos.

Debido a esto, Rutter (1990, en Kotliarenco et al, 1997) utiliza el concepto de **mecanismo protector**, refiriéndose a una **trayectoria** que previamente era de riesgo y gira en dirección positiva con una mayor probabilidad de resultado adaptativo. Así también, señala que un proceso será considerado de vulnerabilidad cuando una trayectoria previamente adaptativa, se transforma en negativa.

De lo anterior, se puede desprender que los **conceptos de vulnerabilidad y mecanismo protector constituyen el polo negativo y positivo de un mismo concepto**, operando indirectamente y siendo evidentes sólo en virtud de su interacción con la variable de riesgo.

Desde una perspectiva ecológica, se distinguen diferentes niveles tanto en los factores protectores como de riesgo, considerando el ámbito individual, familiar y socio-cultural.

Es difícil hablar claramente de grupos de riesgo para el abuso sexual, sólo es posible señalar algunas circunstancias que favorecen la ocurrencia de éste, existiendo factores de riesgo tanto a nivel del niño como de la familia y escasez de interacciones protectoras que puedan compensar estos factores.

En cuanto a los **niños/as**, en general no se describen muchas características que permitan predecir la mayor probabilidad de ocurrencia del abuso. Sin embargo, según los estudios de prevalencia se han descrito dos **características de riesgo asociados al abuso**, que son el **género y la edad**, presentando las mujeres y menores de edad mayor riesgo de ser abusados sexualmente (Finkelhor, 1984, 1993a; López, 1993).

Finkelhor (1984) y López (1993) también describen como un factor de riesgo la **condición de aislamiento social** en que se encuentra el niño/a. Son más vulnerables al abuso sexual niños/as que viven en una **zona rural** o con **escaso número de amigos y compañeros** de la misma edad. Finkelhor (1984) plantea que es posible que la presencia de amigos/as actúe como un impedimento para potenciales abusadores, y que niños/as solitarios pueden ser más susceptibles a ofrecimientos de atención y afecto a cambio de actividades sexuales. En relación a esto también son más vulnerables a las manipulaciones del agresor niños/as que

aparecen como más pasivos, con poca confianza en sí mismo y escasas habilidades interpersonales, y niños/as pequeños de quienes será más fácil lograr que mantengan en secreto la situación abusiva. (Romo y Rivera, 2001; Correa y Riffo, 1995).

En cuanto a **factores familiares**, son éstos los más claramente asociados a riesgo para la ocurrencia del abuso. Dentro de estos factores hay algunos relacionados con la estructura familiar, la dinámica familiar y con los miembros de ésta, específicamente con la madre.

En cuanto a la **estructura familiar**, es una condición de riesgo la ausencia de los padres biológicos, y la presencia de un padrastro. Finkelhor (1984) plantea que tener un padrastro es un factor de riesgo muy importante, aumentando al doble la vulnerabilidad de las niñas. El hecho de tener padrastro no sólo aumenta el riesgo de ser victimizado por éste, sino que también trae otros riesgos asociados, siendo las niñas más susceptibles de ser abusadas por otros hombres. Específicamente, se ha encontrado que las niñas con padrastro son cinco veces más susceptibles de ser abusadas por amigos de uno u otro progenitor.

En relación a la **dinámica familiar** se han descrito como factores de riesgo los **conflictos entre los padres, las relaciones pobres entre los padres y sus hijos/as, que el niño/a esté sometido a una disciplina fuertemente punitiva o maltrato, cuando los padres tienen valores familiares especialmente conservadores** (creencias en la obediencia de los niños/as y la subordinación de la mujer) y la **escasez de afecto físico** (López, 1993, Finkelhor, 1984, 1993a).

En cuanto a la **madre**, se describen ciertos atributos de éstas que aumentarían el riesgo de abuso de sus hijas/os. Estos son la presencia de incapacidad o enfermedad en la madre, que ésta mantenga una relación emocionalmente distante, poco afectuosa y responsiva con su hija/o, existiendo una escasa comunicación y una inadecuada supervisión de ésta (Finkelhor, 1984, Romo y Rivera, 2001).

Todas estas situaciones hacen a los niños/as más vulnerables, aumentando el riesgo de sufrir abusos sexuales, planteándose como explicación que **todos estos elementos interactúan** de tal manera que generan dinámicas que se caracterizan por la escasa supervisión del niño/a, la presencia de desordenes emocionales, abandono y rechazo al interior de la familia, provocándose importantes carencias emocionales en los niños/as, las cuales los hacen más vulnerables a la victimización (Finkelhor, 1984; López, 1993).

El conocimiento de estos factores de riesgo, permiten identificar situaciones que hacen más probable la ocurrencia de abuso sexual, lo cual posibilita guiar intervenciones orientadas hacia el desarrollo de mecanismos protectores que disminuyan el impacto de los factores de riesgo, sin embargo, no permiten comprender cabalmente el fenómeno del abuso sexual y las causas de su ocurrencia, siendo necesario recurrir a un modelo explicativo.

1.5- Modelo explicativo de las cuatro precondiciones de D. Finkelhor

La problemática del abuso sexual infantil, es un fenómeno altamente complejo, al cual diversos autores han intentado dar una explicación (Barudy, 1998, 2000; Perrone y Nannini, 1998; Finkelhor, 1984; entre otros).

Finkelhor (1984) plantea que comúnmente existen dos tipos de teorías acerca del abuso sexual, aquellas que se centran en explicar la conducta del agresor, que se han preocupado principalmente de los agresores desconocidos que abusan de múltiples niños/as fuera de su núcleo familiar, y teorías basadas en el modelo sistémico-familiar, que han desarrollado teorías casi exclusivamente para explicar el abuso incestuoso entre padre e hija (entre ellas las teorías de Barudy, 1998; Perrone y Nannini, 1997). Sin embargo, bajo estas teorías muchos abusos sexuales, por ejemplo, los cometidos por conocidos o familiares (diferentes al padre), como tíos, hermanos, vecinos, etc. quedan sin explicaciones. Subsannando esta carencia, este autor propone un modelo que permite integrar los conocimientos relativos al agresor, las víctimas y sus familias, teniendo un nivel de generalidad que permite explicar diferentes tipos de abuso sexual.

Debido a que la muestra del presente estudio incluye a niñas víctimas de abuso sexual cuyos agresores son conocidos o familiares (diferentes al padre), se presenta este modelo explicativo, ampliamente reconocido (Cantón Duarte y Cortés, 1999; Glaser y Frosh, 1997, López, 1993), que permite comprender las causas de este tipo de abuso sexual.

De acuerdo con el modelo teórico del abuso sexual de cuatro precondiciones de D. Finkelhor (1984) -Four-preconditions model of sexual abuse-, para que se produzca el abuso sexual es necesario que se presenten cuatro precondiciones: motivación, superación de inhibiciones internas, superación de inhibiciones externas y superación de la resistencia del niño/a. Los dos primeras precondiciones se refieren a factores internos del agresor, en cambio, la superación de las inhibiciones externas y la resistencia del niño/a son factores fuera del control del agresor, que se refieren principalmente a aspectos del niño/a y su familia que condicionan la posibilidad de que el abuso sexual ocurra. Cada uno de estos factores se pueden explicar tanto en un nivel psicológico-individual, como en un nivel sociocultural.

1- Motivación: la primera precondición dice relación con que el potencial agresor debe tener cierta motivación para abusar sexualmente a un niño/a. La motivación se puede presentar a través de alguno de sus tres componentes esenciales, que son la congruencia emocional (el abuso sexual al niño/a satisface importantes necesidades emocionales del agresor), la excitación sexual (el niño/a se convierte en un elemento potencial de gratificación sexual), y el bloqueo (no hay disponibles otras fuentes alternativas de gratificación sexual o son menos satisfactorias).

Posibles razones psicológicas de la motivación del agresor se refieren a la existencia de un desarrollo emocional deficiente, la reactivación de un trauma sexual infantil, una identificación narcisista con un yo infantil, la necesidad de poder y control, el modelado de otra persona con interés sexual por los niños, inadecuadas habilidades sociales, miedo a las relaciones con otros adultos y mujeres, o una anomalía biológica. Explicaciones socioculturales de la motivación son la exigencia de que los hombres sean dominantes y fuertes en sus relaciones sexuales, la utilización de imágenes eróticas de los niños/as en la publicidad, la pornografía infantil, la represión social de la masturbación y las relaciones extramatrimoniales, y la tendencia de los hombres a sexualizar las necesidades emocionales.

2- Superación de inhibiciones internas: no es suficiente que el potencial agresor se sienta motivado para que el abuso ocurra, también es necesario que supere sus inhibiciones

internas (por ejemplo, tabúes sociales o valores morales), para actuar según su deseo de relacionarse sexualmente con un niño/a.

Posibles factores individuales que favorecen la desinhibición son el uso de alcohol, la psicosis, la senilidad, la impulsividad o el fracaso de la represión del incesto en la dinámica familiar (cuando el abuso es intrafamiliar). Entre posibles razones socioculturales para la desinhibición se encuentran la tolerancia social y la debilidad de las sanciones por el abuso sexual infantil, una ideología defensora de las prerrogativas patriarcales sobre los hijos/as, la pornografía infantil y la incapacidad de los adultos de identificarse con las necesidades de los niños/as.

3- Superación de inhibiciones externas: el potencial agresor debe también superar posibles impedimentos externos para cometer el abuso sexual. Las barreras externas individuales más importantes se relacionan con la supervisión que el niño/a recibe de otras personas, sean estos miembros de la familia, vecinos, e incluso pares. Sin embargo, surge como crucial la protección de las madres a sus hijos/as, la cual no implica simplemente estar presente físicamente, sino que también incluye el *saber del niño/a*, percibir cuando está en problemas, y ser una figura a la cual el niño/a puede recurrir en búsqueda de ayuda, pudiendo el agresor inhibirse de abusar a un niño/a si se da cuenta que la madre rápidamente sospecharía o sabría que está pasando.

De esta forma los factores individuales más importantes que permiten al agresor superar las barreras externas, siendo los niños/as más vulnerables ante un abuso sexual, son la falta de vigilancia de éstos, la incapacidad de las madres (debido a divorcio, ausencia, enfermedad, muerte, perturbación emocional, o que las mismas madres sean abusadas o agredidas por el agresor) y que la madre no sea cercana o protectora del niño/a. Otros factores individuales dicen relación con el aislamiento social de la familia, la existencia de oportunidades del abusador de estar a solas con el niño/a, y condiciones de alojamiento o dormitorios inusuales. Las explicaciones socioculturales hacen referencia a las barreras contra la igualdad de la mujer y a la falta de apoyo social a la madre.

4- Superación de la resistencia del niño/a: la última precondition se refiere a que el potencial agresor debe superar la posible resistencia del niño/a al abuso sexual. Los niños/as pueden evitar el abuso sexual de manera manifiesta escapando o rechazando al adulto (diciendo que no), o puede resistirse sin tener conocimiento de esto, en tanto existen aspectos relacionados con la conducta y personalidad del niño/a, que los abusadores pueden percibir, dándose cuenta que algunos niños/as son menos vulnerables que otros.

De esta forma, factores individuales que aumentan la probabilidad de que se produzcan los abusos, haciendo al niño/a más vulnerable, son la necesidad de afecto y atención, la inseguridad emocional, la falta de soporte y apoyo (debido a lo cual le será más difícil develar el abuso), pobres relaciones con los padres, falta de información acerca de los abusos sexuales, y relación de excesiva cercanía con el abusador. Sin embargo, en algunas ocasiones el grado de vulnerabilidad del niño/a no es relevante, como cuando el agresor hace uso de la fuerza y coerción, ya que el niño/a no puede hacer nada para impedirlo. Factores socioculturales son por ejemplo, la escasa educación sexual de los niños/a y su falta de eficacia social.

Este modelo, nos permite comprender desde diferentes factores, individuales y sociales, referidos tanto al agresor como al niño/a y su familia, un tema complejo como el abuso sexual, que no puede ser entendido desde una monocausalidad. Resulta interesante que este modelo localiza como causas iniciales del abuso sexual factores del agresor, no dejando de lado factores que pueden hacer más vulnerables a un niño/a. Sin embargo, plantea la influencia de estos factores en diferentes medidas, siendo el abusador el responsable del abuso sexual, a pesar de que existen factores del niño/a y su familia que pueden favorecer que el abuso ocurra (Glaser y Frosh, 1997).

De esta forma, este modelo nos permite guiar intervenciones, abriendo posibilidades en el trabajo tanto con población general como con víctimas de abuso sexual, principalmente en lo referido a evitar la ocurrencia de nuevas situaciones abusivas. En este sentido, posibilita intervenir favoreciendo los factores externos del medio familiar y social que permitan evitar un posible nuevo abuso. Así también, permite guiar tratamientos en que se incluya el entrenamiento en habilidades de prevención en los niños/as víctimas y el fortalecimiento de la relación madre-hijo/a.

1.6- Efectos de los abusos sexuales en los niños/as

El abuso sexual infantil es una experiencia que produce diversas consecuencias en las víctimas, describiéndose en la literatura varios efectos negativos causados por esta experiencia en los niños/as (López, 1993; Finkelhor, 1984, 1993a; Cantón Duarte y Cortés, 1999; Smith y Bentovim, 1994; Zárate, 1993; entre otros).

Es necesario, pero a la vez difícil, al evaluar los efectos del abuso sexual infantil, distinguir cuáles efectos son consecuencia del abuso sexual y cuáles corresponden a problemáticas preexistentes. Así, por ejemplo, el abuso sexual puede gatillar aspectos patológicos previos o generar desajustes en una personalidad que ya era vulnerable o reforzar aspectos negativos del funcionamiento psicológico previo (tales como baja autoestima). De esta forma, al evaluar estos efectos se deben considerar principalmente las características propias del niño/a y de su familia (Correa y Riffo, 1995)

Al observar los efectos del abuso sexual también se debe considerar que éstos efectos pueden ser consecuencia del abuso mismo, pero también pueden estar relacionados con situaciones asociadas al abuso, como son la develación de la situación abusiva, la reacción familiar o contextual ante el evento, o la victimización secundaria por parte de las instancias de control social. Además, es importante tomar en cuenta que si bien se describen efectos del abuso sexual en los niños/as, también es necesario considerar que el abuso sexual del niño/a, a su vez, trae consecuencias en los miembros de la familia, en la dinámica familiar, en el contexto, entre otros.

Pese a esto, a través de los estudios en el tema se han podido señalar ciertos efectos que han sido descritos en una amplia cantidad de las víctimas y que se relacionan específicamente con el abuso sexual. De esta manera, diferentes autores (López, 1993; Finkelhor, 1984, 1993a; Cantón Duarte y Cortés, 1999; Zárate, 1993; Rojas Breedy, 2002; entre otros) coinciden en describir los efectos iniciales específicos del abuso sexual infantil, los cuales Smith y Bentovim (1994) agrupan según las diferentes áreas del desarrollo en que se ven afectados los

niños/as producto de la situación abusiva. Así los ordenan en efectos sexualizadores, emocionales, depresivos, ansiosos y conductuales.

Los efectos sexualizadores se refieren a una perturbación en el desarrollo psicosexual del niño/a, siendo la respuesta más específica ante el abuso sexual. La sexualidad del niño/a puede quedar traumatizada o gravemente afectada de numerosas formas, como consecuencia de haber sido erotizado por el abuso. Así, puede aumentarse la curiosidad de los niños/as ante la sexualidad, desarrollarse conductas hipersexualizadas, conductas provocativas sexualmente, involucrarse en juegos sexualizados con otros niños/as, comportarse de manera seductora, y presentar masturbación compulsiva. En niños varones que han sido abusados sexualmente por hombres puede generarse confusión y ansiedad frente a su identidad sexual.

Como secuelas de la experiencia de victimización pueden generarse en los niños/as efectos emocionales, tales como sentimientos de estigmatización, pérdida y aislamiento, sentimientos de culpa y responsabilidad por el abuso, conducta regresiva (enuresis, encopresis, entre otros), sentimientos de impotencia o falta de poder y, dificultad para confiar en otros cercanos. Debido a que el abuso infantil se produce precisamente en períodos críticos de formación de la personalidad, incluyendo la forma en que la persona se ve a sí misma, se relaciona con el mundo y con las otras personas, es frecuente también encontrar efectos negativos en la autoimagen.

También es común como consecuencia del abuso sexual que los niños/as presenten ánimo depresivo, generalmente asociado con ira, desesperanza, síntomas somáticos (problemas de sueño y apetito) y baja autoestima.

En cuanto a los efectos ansiosos, se han descrito comúnmente un aumento de miedos, angustia, quejas somáticas, y pesadillas, asociados a efectos postraumáticos (reexperimentación, evitación, hipervigilancia) del abuso sexual, siendo el trastorno por estrés postraumático y trastornos adaptativos los diagnósticos más frecuentes en niños víctimas de abuso sexual (Cavas, 2000b; Malacrea, 2000)

Como efectos conductuales de la experiencia de abuso sexual, es común en los niños/as presentar como síntomas conducta agresiva, hostilidad, desobediencia, ideas y actos suicidas, automutilación, inquietud e hiperactividad, problemas de aprendizaje y dificultades escolares.

Los diferentes autores (López, 1993; Cantón Duarte y Cortés, 1999; Glaser y Frosh, 1997; Finkelhor, 1993a) plantean que también existirían efectos a largo plazo del abuso sexual, los cuales son menos claros que los efectos iniciales, siendo difíciles de analizar, ya que interactúan con otros factores durante mucho tiempo. Sin embargo, se reconoce en la literatura suficientes estudios que permiten establecer relaciones entre el abuso sexual infantil y posteriores dificultades (en adolescencia o adultez). Así, se observa una asociación entre haber sufrido una experiencia de abuso sexual y una mayor probabilidad de presentar problemas psicológicos posteriores, como depresión, intentos de suicidio, sentimientos de estigmatización, aislamiento, baja autoestima, ansiedad, tensión, dificultades de tipo relacional (especialmente con personas del sexo opuesto), dificultades con la sexualidad (inhibición, conductas abusivas hacia otros, promiscuidad, prostitución), abuso de alcohol y drogas, trastornos de personalidad y anorexia. Así también se presenta un mayor riesgo de volver a

ser víctimas de nuevos abusos sexuales, por su pareja u otros (lo que ha sido llamado revictimización).

1.7- Factores que influyen los efectos del abuso sexual infantil

Estos efectos descritos son generales, sin embargo, no son uniformes en todos los niños, ya que cada niño reacciona de manera diferente a la experiencia de abuso sexual. En diversos estudios se han intentado determinar factores que se asocian a efectos diferenciales en los niños/as víctimas. Así, los autores (Smith y Bentovim, 1994; Glaser y Frosh, 1997; Cantón Duarte y Cortés, 1999; López, 1993; Finkelhor, 1993a; Huerta, Maric y Navarro, 2000) describen factores de la situación abusiva, del agresor, de la familia, de la reacción ante la revelación del abuso y características evolutivas del niño, como elementos que influyen un mejor o peor ajuste como consecuencia del abuso sexual infantil.

De esta forma, señalan como factores que parecen agravar los efectos de los abusos sexuales, presentando los niños/as mayores síntomas y consecuencias más graves, características de la experiencia de abuso sexual misma, como una experiencia de abuso sexual repetitiva y crónica, la presencia de contacto genital y penetración sexual, y el uso de la violencia o coerción para cometer la agresión.

En cuanto a factores relativos al agresor, los niños/as presentan efectos más graves cuando el agresor es un adulto, en comparación a cuando el agresor es un adolescente, lo cual estaría dado por la diferencia de autoridad. La existencia de un vínculo previo entre el agresor y la víctima también se relacionaría con mayores efectos, lo cual puede ser atribuido a la relación de confianza preexistente, pero también a que las agresiones por conocidos se caracterizan por ser más serias (generalmente son crónicas, incluyen penetración, etc). Dentro de esto, cuando el agresor es el padre o padrastro del niño/a el abuso traería mayores consecuencias, sin embargo, no hay concordancia respecto a cual de estas dos figuras implica efectos más graves en los niños/as. Así, Gomes-Schwartz et al. (1990, en Smith y Bentovim, 1994) plantean que aquellos niños/as abusados por sus padres biológicos, habrían sido afectados menos seriamente que aquellos abusados por sus padrastros. Sin embargo, Huerta, Maric y Navarro (2000), en un estudio nacional con población consultante, observaron que la existencia o no de un lazo de consanguinidad con la figura parental no es un elemento que permita predecir el daño que dicha experiencia tendrá en el niño/a.

Aspectos familiares, tales como la existencia de experiencias estresantes y dificultades en las relaciones familiares previas al abuso, influyen, generando el abuso sexual mayores efectos en los niños/as.

La reacción ante la revelación de la experiencia abusiva es un factor relevante, debido a que cuando existe incredulidad del abuso por parte de la familia o el entorno del niño/a, una actitud hostil de la madre hacia el hijo/a tras la manifestación del abuso, el niño/a no recibe apoyo de su familia, o es alejado de su hogar tras el abuso, se generan efectos de mayor gravedad.

Respecto a la asociación entre la edad del niño/a cuando se inicia el abuso sexual y la gravedad de las consecuencias de éste, los estudios no han permitido llegar a una conclusión definitiva, ya que algunas investigaciones plantean que niños/as menores se verían más

afectados que niños/as mayores, y otras muestran que la edad no influye en los efectos (Smith y Bentovim, 1994; Cantón Duarte y Cortés, 1999).

Sin embargo, pareciera ser que más que una mayor o menor gravedad de los efectos, las distintas etapas etarias tendrían efectos diferenciales. En este sentido, Cantón Duarte y Cortés (1999), plantean que habría algunos efectos del abuso sexual que pueden darse en cualquier etapa del período infantil, mientras otros son más específicos de determinada etapa. Así, los síntomas más característicos de los niños/as preescolares son la expresión de algún tipo de conducta sexual anormal, además de la presencia de ansiedad, pesadillas, desorden por estrés postraumático y problemas de conducta. Los niños/as en edad escolar (6-11 años) presentan más problemas internos (especialmente depresión) y más problemas externos de conducta (especialmente agresión y desórdenes conductuales), también conducta sexualizada, miedos, pesadillas, baja autoestima, hiperactividad, efectos en el funcionamiento cognitivo y problemas escolares. En los adolescentes son frecuentes la depresión, retraimiento social, baja autoestima, ideas y conductas suicidas o autolesivas, los trastornos somáticos, conductas antisociales (fuga del hogar, vagancia, consumo de alcohol y drogas), posibilidad de sufrir nuevos abusos sexuales, comportamiento sexual precoz, embarazo y problemas de identidad sexual.

1.8- Modelo comprensivo-explicativo de los efectos del abuso sexual infantil

Al revisar los diferentes efectos del abuso sexual infantil, resulta necesario poder tener una comprensión integradora de sus causas. En este sentido, un modelo ampliamente aceptado (López, 1993; Cantón Duarte y Cortés, 1999; Malacrea, 2000; Zárate, 1993), es el propuesto por Finkelhor y Browne (1985), quienes plantean un modelo comprensivo y dinámico que da sentido explicativo a un conjunto de síntomas en relación al abuso sexual.

Este modelo propone que la experiencia de abuso sexual infantil puede ser analizada en base a cuatro factores, denominados dinámicas traumatizantes o traumatogénicas (*traumagenic dynamics*) las cuales son: sexualización traumática, traición, pérdida o falta de poder y estigmatización. La conjunción de estas cuatro dinámicas, es lo que hace al trauma del abuso sexual único, diferente de otros traumas. Estas dinámicas alteran la orientación cognitiva y emocional del niño/a al mundo, distorsionando su autoconcepto, su visión del mundo y sus capacidades afectivas. La relación del niño/a con el mundo, desde estas distorsiones, puede manifestarse en los síntomas antes descritos como efectos de la experiencia abusiva.

De esta forma, este modelo permite explicar la asociación entre la experiencia de abuso sexual con los efectos comúnmente descritos de esta experiencia, a través de cuatro dinámicas traumatizantes. Algunas dinámicas están más asociadas con ciertos efectos, a pesar de que no hay una correspondencia uno a uno, ya que hay efectos asociados a diferentes dinámicas.

La sexualización traumática se refiere al proceso por el cual el abuso sexual configura la sexualidad del niño/a (incluyendo los sentimientos y actitudes sexuales) de una forma evolutivamente inapropiada y disfuncional. Esta dinámica ocurre de diferentes maneras, como cuando se le pide repetidamente a un niño que realice conductas sexuales inapropiadas para su nivel de desarrollo; cuando existe intercambio de afecto, atención, privilegios y regalos por conductas sexuales, aprendiendo el niño/a a usar la conducta sexual como una estrategia para

manipular a otros para satisfacer sus necesidades; cuando a ciertas partes del cuerpo del niño/a se les da una importancia y significados distorsionados; cuando el agresor trasmite al niño/a confusiones e ideas erróneas acerca de la sexualidad; y cuando el niño/a tiene asociadas memorias y eventos atemorizantes con la sexualidad.

Esta dinámica sexualmente traumática produce como efecto psicológico un aumento de la preocupación por temas sexuales no esperados a la etapa del desarrollo del niño/a, preocupación asociada a aspectos como la estimulación sexual, y la identidad sexual. También genera en el niño/a confusión acerca de las normas y estándares sexuales, y confusión acerca del rol del sexo en las relaciones afectivas. Otro impacto psicológico de esta dinámica tiene relación con las connotaciones negativas que son asociadas a la sexualidad.

Debido a estos efectos psicológicos, emergen en los niños/as diferentes síntomas asociados a esta dinámica, como son la emergencia de confusiones e ideas erróneas respecto al autoconcepto sexual y corporal, preocupaciones sexuales, conductas sexualizadas inapropiadas y repetitivas como masturbación o juego sexual compulsivo, y conocimientos e intereses sexuales inapropiados a la edad. También esta dinámica puede asociarse con efectos a largo plazo del abuso sexual como son la presencia de conducta sexual compulsiva, promiscuidad, prostitución, o problemas sexuales (aversión al sexo, flashbacks de la experiencia de abuso, dificultades con el deseo o orgasmo, vaginismo, actitudes negativas hacia la sexualidad y hacia el propio cuerpo) en víctimas cuando son adolescentes o adultos, así como a un mayor riesgo de ser abusadas sexualmente nuevamente.

La traición se refiere a la dinámica en que los niños/as descubren que el agresor, alguien de quien dependían y en quien confiaban les ha causado daño, manipulándolo con mentiras o engaños. Los niños/as pueden vivenciar estos sentimientos de traición respecto a los agresores, pero también respecto a miembros de la familia no abusadores, cuando se dan cuenta que un miembro de la familia en quien ellos confiaban fue incapaz de protegerlos o creerles. El grado de sentimientos de traición experimentados puede variar dependiendo de la confianza previa entre el niño/a y el agresor, la respuesta familiar ante la develación, etc.

Los efectos psicológicos ante esta dinámica pueden presentarse de dos maneras. Por un lado, los efectos relacionados con la traición están asociados con reacciones depresivas frente a la pérdida de una figura de confianza, y con el surgimiento de una necesidad intensa de confianza y seguridad, lo cual es manifestado en los niños/as a través de una dependencia extrema. Esto también puede presentarse en adultos, teniendo algunas víctimas una necesidad desesperada de estar con otro, pudiendo presentar dificultades para realizar juicios adecuados acerca de la confiabilidad de las otras personas. En este sentido, se ha planteado que muchas víctimas de abuso tienden a relacionarse con hombres sexualmente explotadores, siendo vulnerables a ser abusadas nuevamente (por su pareja u otros), y fallando en reconocer cuando sus hijos/as están siendo abusados, lo cual puede relacionarse con la necesidad de dependencia y la realización de juicios inadecuados de otros.

Por otro lado, una reacción contraria a la traición, está caracterizada por la hostilidad, agresividad y desconfianza, manifestadas en aislamiento y aversión a las relaciones íntimas. A veces esta desconfianza está relacionada directamente con los hombres, siendo una barrera para lograr relaciones heterosexuales o matrimonios satisfactorios. Otras veces, está más

presente la agresividad, la cual puede manifestarse en conductas antisociales o delincuencia, siendo una manera primitiva de tratar de proteger al sí mismo de futuras traiciones.

La pérdida de poder, también llamada indefensión, se refiere al proceso en que la voluntad del niño/a, sus deseos y sentido de eficacia son consistentemente contravenidos. Esto ocurre cuando el territorio y espacio corporal del niño/a es repetidamente invadido, lo cual es exacerbado cuando existe coerción, manipulación, fuerza y amenazas, siendo fuertemente reforzados cuando el niño/a ve que sus intentos de impedir el abuso se ven frustrados. Este sentimiento de indefensión también aumenta cuando el niño/a devela el abuso y esto no es creíble para su familia.

Se relacionan con esta dinámica tres tipos de efectos. En primer lugar, una reacción a la pérdida de poder es el miedo y ansiedad, que refleja la incapacidad percibida por el sujeto de controlar eventos externos nocivos, lo cual se manifiesta en síntomas tales como pesadillas, fobias, hipervigilancia, entre otros.

Un segundo efecto a la pérdida de poder es la disminución del sentimiento de eficacia y habilidades. En este sentido, el ser víctima de abuso sexual en diferentes ocasiones (abuso repetitivo y crónico) puede hacer difícil no tener la expectativa de ser revictimizada. Este sentimiento de impotencia, puede estar asociado a síntomas tales como depresión, desesperanza e incluso conductas suicidas (en adolescentes y adultos). También se puede reflejar en problemas de aprendizaje, dificultades de trabajo, entre otros, como reflejo del sentimiento de la víctima de sentirse incapaz de enfrentar el ambiente. De este modo, también se relaciona con un alto riesgo de ser nuevamente victimizado.

En último lugar, el tercer tipo de efectos generados por la indefensión son los intentos de compensar la experiencia de no sentirse poderosos, teniendo necesidades de control y dominación inusuales y disfuncionales. Esto puede ser el caso particular de víctimas varones, debido a que los sentimientos de control y poder son parte de la socialización masculina, presentando conductas agresivas o delictuales, pudiendo incluso a largo plazo, convertirse en agresores sexuales.

La estigmatización se refiere a las connotaciones negativas –maldad, vergüenza y culpa- que son comunicadas al niño/a alrededor de la experiencia de abuso y que luego son incorporadas a su autoimagen. Estas connotaciones negativas pueden ser comunicadas al niño/a de diferentes formas. Pueden provenir directamente del agresor, como también por mensajes indirectos (por ejemplo, la presión por mantener el secreto puede ser un poderoso mensaje de culpa y vergüenza). Esto puede ser reforzado por actitudes negativas de otras personas de la familia o comunidad ante el conocimiento del hecho abusivo.

El impacto psicológico de la estigmatización se asocia a los sentimientos de culpa y vergüenza que presentan las víctimas, así como a la baja autoestima, siendo éstos una respuesta a ser culpados por el agresor y a encontrar una respuesta negativa de otros ante el abuso. La estigmatización también genera un sentimiento de ser diferente a los otros, basado en la creencia incorrecta de que nadie más ha tenido una experiencia como la propia y de que otros lo rechazarán por haber vivenciado una experiencia abusiva sexual. En este sentido, mantener el secreto de haber sido una víctima de abuso sexual puede incrementar el sentimiento de estigma al reforzar el sentimiento de ser diferente, en cambio, los niños/as que

descubren que estas experiencias les han ocurrido a muchos otros niños/as pueden disminuir el sentimiento de estigma.

Son asociados a la dinámica de estigmatización síntomas como los sentimientos de aislamiento, que pueden manifestarse en diferentes niveles, siendo uno de los niveles más graves el que víctimas de abuso sexual en su adolescencia o adultez se unan a grupos estigmatizados de la sociedad, al abusar de alcohol y drogas, cometer actos criminales o prostitución; o presentar conductas autodestructivas extremas, como intentos de suicidio.

Este modelo conceptual resulta útil para evaluar clínicamente los efectos del abuso sexual, la cual debe tomar en cuenta aspectos previos (personalidad del niño/a y características de su familia) y posteriores (la reacción familiar a la revelación y la respuesta social e institucional ante ésta), debido a que a pesar de que la experiencia de abuso es el principal agente traumático en las víctimas, las dinámicas traumatizantes no son aplicables solamente a la experiencia abusiva, ya que es un proceso que tiene una historia previa y un futuro posterior al abuso sexual.

A la vez, este modelo comprensivo nos permite formular estrategias de intervención, que tengan como objetivo la superación de los efectos del abuso sexual, planteando intervenciones acordes a estas dinámicas.

1.9- Evaluación de los efectos del abuso sexual infantil

Es importante señalar, que hasta ahora no existen instrumentos rigurosos metodológicamente que evalúen específicamente el impacto del abuso sexual infantil, sin embargo, se han utilizado diferentes pruebas proyectivas con este objetivo.

En este sentido, Miotto (2001) plantea como necesaria la producción psicodiagnóstica en los casos de abuso sexual, entendiéndose este proceso como la implementación de técnicas psicodiagnósticas idóneas para evaluar el daño causado por la experiencia abusiva, dentro de las cuales destaca la utilización de técnicas proyectivas.

Dentro de estas técnicas, se han utilizado principalmente para estas evaluaciones las pruebas gráficas, considerando la importancia de los dibujos como expresión del mundo psicológico de los niños/as. El valor diagnóstico de estas pruebas, está referido a que éstas se constituyen en formas de expresión menos controladas del mundo interno, lo que permite una aproximación significativa a contenidos profundos e inconscientes del individuo.

Diversos autores (Wenk y Rait, McFadden, 1989, Rosenfeld y Wasserman, 1990, Wissow, 1989, Hibbard y Hartman, 1990, Hibbard, Roghmann y Hockelman, 1987, Yates, Beutler y Crago, 1985, en Buck, 2001; Soto, 2002) han definido indicadores emocionales específicos que pueden aparecer en los dibujos de niños abusados sexualmente, considerando las secuelas importantes que aparecen consistentemente en la literatura sobre los efectos psicológicos del abuso sexual en los niños (Buck, 2001).

Al respecto, Finkelhor y Browne (1985) plantean que se requiere la construcción de instrumentos específicos para evaluar los efectos del abuso sexual directamente en los niños/as, y además instrumentos para ser completados por padres o profesionales,

proponiendo la utilización de su marco conceptual como una base para el desarrollo de este tipo de instrumentos.

2. ENFOQUE VICTIMOLÓGICO

2.1- Victimología

La criminología como ciencia interdisciplinaria, tiene como objetivo explicar la existencia de los delitos, aportando un núcleo de conocimientos verificados empíricamente sobre el delito, el delincuente, el control social y el comportamiento desviado (Escaff, 2001). Tradicionalmente, la criminología se ha centrado en estudiar la figura del criminal, y ha tendido a explicar el delito en base a las características del criminal (biológicas, sociales, psicológicas, etc.), dejando relegada a la víctima a un segundo plano.

En las últimas décadas, la focalización en la figura del criminal se ha ido trasladando a la situación delictiva en sí misma y a los actores que participan en ella, que son fundamentalmente, el delincuente y su víctima. De esta forma, se ha comenzado a considerar a la víctima, ya no como un sujeto pasivo, sino modelando activamente el delito, pudiendo en algunas ocasiones contribuir a su propia victimización (Sangrador, 1986). Esto, no implica culpabilizar a la víctima, sino darle un papel participante en la génesis del delito, en tanto con su conducta contribuye a la acción delictiva (Fattah, 1997b). También, se han comenzado a estudiar los efectos negativos del delito en las emociones y experiencias de la víctima, y las experiencias de éstas en su paso por el sistema judicial.

Según Fattah (1997b), el estudio de la víctima, sus características, actitudes y conducta, su relación e interacción con el delincuente conducen a un acercamiento situacional y dinámico de la conducta criminal, ya que ésta no es vista como una acción unilateral sino como resultado de procesos dinámicos de interacción. Según este planteamiento, es relevante destacar la importancia que tiene la participación de la víctima en su propia victimización (Schneider, 1994; Fattah, 1997a), en tanto ciertos individuos o grupos corren más alto riesgo de victimización debido a factores de vulnerabilidad personales - estilo de vida -, variables ambientales - por ejemplo, lugar de residencia -, entre otras (Fattah, 1997b).

Con este redescubrimiento de la víctima, ha surgido la disciplina de la victimología como un subcampo de la criminología.

La Victimología es definida como la ciencia de las víctimas y la victimidad, entendida ésta última como los factores que provocan la existencia de víctimas. Es un conocimiento interdisciplinario, en tanto incorpora aportes de diferentes disciplinas (tales como la biología, psicología, psiquiatría, antropología, sociología). Los principales objetivos de la Victimología son prevenir hechos que causen victimización, disminuir la gravedad de las consecuencias del delito en las víctimas y disminuir los factores que provocan la existencia de víctimas (Escaff, 2001).

La victimización puede ser entendida como la experiencia de haber sufrido un delito. Dentro de la victimología, se entiende como victimización primaria los sufrimientos que experimenta la víctima como consecuencia del acto delictivo mismo, y victimización

secundaria, como los sufrimientos que experimenta la víctima en su paso por el sistema judicial o derivados de la interacción con su entorno. Así también, se distinguen víctimas directas del delito y víctimas indirectas, estas últimas son personas que también pueden verse afectadas por el delito, como por ejemplo los familiares de la víctima directa de un delito (Escaff, 2001).

En cuanto a los orígenes de la victimología, el primer autor en acuñar el término fue Mendelsohn en 1947, quien planteó que en el delito se dan factores relativos al criminal y a la víctima, configurando dos vías paralelas que deben separarse (Escaff, 2001; Sangrador, 1986). Este autor, define víctima como *“personalidad del individuo o colectivo de personas en tanto que es afectada por las consecuencias sociales de su sufrimiento determinado por diversos factores (físicos, psíquicos, sociales, políticos), así como por medios ambientales o técnicos”*. (Mendelsohn, 1976, en Sangrador, 1986, pág. 65). Este y otros autores, no restringen el concepto de víctima a víctimas de delito, incluyendo también las víctimas de terremotos, colectivos marginados, presos políticos, etc. Sin embargo, la literatura criminológica en general, así como el presente estudio, se refiere a un concepto más restringido de víctima, considerando a las personas que se ven afectadas por delitos tradicionales, como son asesinato, asalto, violación, robo, etc. (Sangrador, 1986).

Otro pionero es Von Hentig, quien en el primer tratado sistemático del tema, en su texto *“El criminal y su víctima”* (1948) plantea una interacción entre víctima y delincuente, siendo las víctimas uno de los elementos causales del delito, en tanto muchas víctimas contribuyen a su propia victimización incitando, cooperando, consintiendo o provocando (Fattah, 1997b; Sangrador, 1986).

Desde entonces, ha habido un progresivo desarrollo de la victimología, lo que se relaciona con la construcción de teorías y con la realización de los estudios de victimización, los cuales comienzan en el año 1965. Otro aspecto importante dentro de este desarrollo, es la realización periódica de simposios internacionales, llevándose a cabo en 1973 el primer simposio mundial de victimología (Escaff, 2001).

En cuanto a los temas de preocupación actual de la victimología (Escaff, 2001; Sangrador, 1986; Fattah, 1997b; Schneider, 1994), se incluyen los desarrollos conceptuales, que tienen como fin crear teorías respecto al rol que cumple la víctima en el delito, la relación entre víctima y victimario, los roles intercambiables de víctima y victimario, la carrera victimal, etc. También se han desarrollado estudios de victimización en que se encuesta a víctimas y a potenciales víctimas, pretendiendo dar cuenta del alcance real de la victimización y las características de las víctimas, así como estudios acerca de las cifras de los delitos no denunciados, sus causas, y posibilidad de disminución. Otra preocupación de la victimología es la relación de la víctima con el sistema judicial, su asistencia y tratamiento, creándose programas de ayuda y compensación a la víctima. Dentro de esto, destaca la preocupación por la victimización de mujeres, principalmente debido a delitos sexuales, y la creación de políticas generales de prevención dirigida a la víctima.

Dentro de los temas de la victimología, son de especial interés para el presente estudio las teorías sobre la carrera victimal y los roles intercambiables entre víctima y victimario, lo cuales se abordan a continuación.

2.2- El modelo de la carrera victimal

Las teorías victimológicas plantean diversas perspectivas acerca del concepto de víctima. El modelo dinámico de la victimidad, planteado por Hans von Heting (1948, en Scheneider, 1994), es una de las teorías que mejor explica la definición de víctima, debido a que considera los procesos interaccionales entre la víctima y el autor del delito. Es decir, incorpora los aspectos relacionados con ambos actores de la situación delictiva, comprendiendo de manera dinámica el fenómeno de la victimización, así como también la interacción de los elementos causales del delito.

Incorporando los planteamientos de este autor y considerando las consecuencias de mediano y largo plazo más importantes de las experiencias de victimización, el actual pensamiento victimológico propone el concepto de carrera victimal (Schneider, 1994).

Desde esta perspectiva, se postula que *"en el proceso de victimización la víctima aprende por medio de la interacción con el victimario o con personas de su inmediato entorno social su rol de víctima"* (Schneider, 1994, pág. 45). Existiría una socialización de la víctima hacia su rol, aprendiendo ésta a definirse a sí misma como víctima y, como consecuencia de esto, se acostumbraría a la victimización.

Es importante notar que en el proceso de la carrera victimal interactúan tanto factores personales de la víctima, como factores contextuales. Entre los factores personales es posible que la reacción de la propia víctima a la victimización primaria, contribuya a que ésta construya su identidad en torno a su victimización, haciéndose dependiente de ella.

De este modo, la definición de "víctima" que surge a partir de una primera experiencia de victimización, generaría cierta vulnerabilidad en ésta para definirse en los procesos interaccionales desde este rol, aumentando el riesgo de una segunda victimización, y en esta segunda el riesgo de una tercera y así sucesivamente.

Una de las explicaciones que se dan para esta definición de "víctima" es la teoría del desamparo aprendido, según la cual, los individuos aprenden a través de sus experiencias que su comportamiento tiene consecuencias negativas, sin que ellos puedan influir en estas consecuencias, desarrollando un comportamiento pasivo, lo cual le impide actuar de forma preventiva para evitar la ocurrencia de una nueva victimización.

Según el victimólogo E. Fattah (1997a) la victimización constituye una experiencia social significativa, que ejerce un impacto perdurable en la vida de las personas. Athens (1989, en Fattah, 1997a) hace una distinción entre experiencias sociales triviales, que ejercen poco impacto en la vida de las personas y son olvidadas tan pronto como se viven, y experiencias sociales significativas, que son importantes e inolvidables, dejan una marca permanente en las personas, pese a sus deseos, y son recordadas incluso meses y años después que la experiencia fue sufrida.

Para esta autora, *"las personas son lo que son como un resultado de las experiencias que han sufrido en sus vidas"* (Athens, 1989, en Fattah, 1997a, pág. 34), y si se considera que

la victimización es una experiencia social significativa, es posible comprender que ésta deje una marca, incluso en la visión de sí misma de la persona, definiéndose como “víctima”.

Para el presente estudio es importante considerar que dentro de los procesos de victimización, *“el traumatismo psíquico de la víctima causado por delitos sexuales y violentos tiene otro valor psíquico que el miedo abstracto o el miedo concreto afectivo-emocional al crimen de personas que no han sufrido ninguna victimización”* (Schneider, 1994, pág. 54). Así podemos entender que las víctimas de abuso sexual han vivido experiencias significativas que repercuten en diferentes áreas de su vida, desde el miedo a una nueva victimización, la creencia en la imposibilidad de control, hasta en el proceso de construcción de identidad.

Si bien, en el concepto de carrera victimal se reconocen factores individuales de la víctima para autodefinirse como tal, como consecuencia de su experiencia de victimización, también considera la interacción de ésta con su entorno social.

El proceso de reacción inadecuado frente a la victimización primaria por parte de las instancias de control social (carabineros, policía, sistema judicial-penal) y de los actores de su entorno social, lo que se denomina victimización secundaria, tiene como consecuencia que la víctima interiorice su rol de víctima, *“al final de este proceso de degradación y estigmatización, la víctima adopta una visión de sí misma de víctima”* (Schneider, 1994, pág. 45).

Considerando la complejidad de la victimización primaria y sus consecuencias en la víctima, la ocurrencia de una victimización secundaria puede consolidar el proceso de la carrera victimal, en tanto la interacción de la víctima con otros, puede hacer a la víctima nuevamente objeto, llegando incluso a la despersonalización, socializando a la víctima hacia su rol, reafirmando en ésta la definición como víctima.

Tomando en cuenta los efectos negativos que puede ocasionar la interacción de la víctima con las instancias de control social, específicamente con el sistema judicial-penal, son un aporte los cambios de la nueva ley de delitos sexuales, como por ejemplo, la eliminación de la obligatoriedad del careo, el resguardo de la identidad de la víctima, etc., ya que en la práctica permiten disminuir la victimización secundaria y dar un reconocimiento a la víctima en los procedimientos penales. En este sentido, desde la victimología, Schneider (1994) plantea la importancia de que en el proceso penal se respete el derecho de la víctima a ser escuchada, considerando sus opiniones, preocupaciones y reflexiones.

Desde el marco anteriormente planteado, los victimólogos enfatizan la importancia de que las víctimas reciban el tratamiento necesario para que puedan superar el trauma psíquico que implica la experiencia de la victimización (Schneider, 1994), intentando además prevenir el riesgo de una nueva victimización.

2.3- La transformación de víctimas en victimarios

Desde sus inicios, los estudios acerca de las causas del crimen operaron bajo la premisa de que los criminales eran básicamente diferentes de los no criminales y completamente distintos a sus víctimas. Muchos criminólogos mantuvieron la creencia de que

los delincuentes constituyen una especie diferente, un grupo distinto constituido por enfermos locos o malos (Fattah, 1997a).

El campo de la victimología, sin duda, amplió estas conceptualizaciones de la criminología al abordar el crimen desde la perspectiva de la victimización. Al conocer la historia previa de victimización de los delincuentes, se desmitifica la dicotomía entre los delincuentes y las víctimas.

Desde este marco, las poblaciones de víctimas y delincuentes no son dos poblaciones distintas y mutuamente excluyentes. Por el contrario, como plantea Anttila (1974, en Fattah, 1997a) ambas poblaciones son homogéneas y en gran medida se superponen, *"las víctimas de ayer son a menudo los criminales de hoy y los criminales de hoy serán frecuentemente las víctimas de mañana"* (Fattah, 1997a, pág 26). Así, se postula que existe una estrecha relación entre la victimización y la conducta criminal, siendo la victimización un aporte directo a la agresión, el *sine qua non* para ella. (Fattah, 1997a).

La importancia de la victimización como un factor causal en la criminalidad violenta es prácticamente evidente si se considera el hecho de que la venganza es un componente esencial en la violencia. Conceptos como el "ciclo de la violencia" o el "abuso intergeneracional", se refieren a *"esta curiosa tendencia de los seres humanos a someter a otros a los mismos dolores y angustias que personalmente debieron sufrir o a infligir a otros la misma victimización que experimentaron"* (Fattah, 1997a, pág 25).

Considerando lo anterior, es posible comprender que los roles de víctima y victimizador no son estáticos, sino que son dinámicos, mutables e intercambiables. Un sujeto puede moverse sucesivamente o incluso simultáneamente desde un rol a otro, pasando desde el estado de víctima hasta el estado de criminal y viceversa.

El fenómeno de transformación de víctimas en victimarios ha existido desde hace mucho tiempo, sin embargo sólo recientemente ha sido objeto de mayor investigación y análisis, debido a que se han encontrado significativas evidencias de que, por ejemplo, violadores y otros delincuentes sexuales, fueron objeto de vejaciones sexuales, violentas o no, durante su infancia. (Fattah, 1997a)

Diversos procesos como la brutalización, desensibilización, venganza, aprendizaje, imitación, identificación con el agresor, entre otros, son mecanismos útiles para explicar cómo la víctima se transforma en agresor.

De esta forma, el tratamiento a las víctimas, en este caso de abuso sexual, no sólo debiera atender a que éstas superen su trauma psíquico, sino que al mismo tiempo también debiera apuntar a prevenir la transformación de víctimas en victimarios.

3. DESARROLLO PSICOLÓGICO INFANTIL

Debido a que el presente estudio aborda el tratamiento psicológico con niños/as, resulta esencial incorporar una perspectiva evolutiva que incluya los distintos procesos psicológicos comprendidos dentro del curso del desarrollo psíquico.

Durante el proceso de desarrollo el niño/a construye un sentido de sí mismo a partir de su interacción con el medio, en tanto existen diferentes componentes de la identidad - que se describirán a continuación - los cuales se encuentran influenciados por sus experiencias. A su vez, estos componentes en sí mismos influyen en la forma en que el niño/a se relaciona con el mundo y afectan la manera en que éste interpreta y construye sus experiencias. (Kernberg y cols, 2002).

De esta manera es fundamental analizar estos componentes, para comprender la relación dialéctica que existe entre la construcción de la identidad del niño/a y la interacción de éste con el mundo, lo cual resulta esencial al momento de intervenir terapéuticamente, ya que las nuevas experiencias que vivencia el niño/a pueden posibilitar un cambio en la forma en que se percibe a sí mismo.

3.1- Definición de Identidad

Una de las principales metas del desarrollo psicológico es la conformación de una identidad personal, la cual comprende la integración de las representaciones internas del sí mismo y de los otros. En el proceso de formación de una identidad personal, el individuo internamente va construyendo un sentido de unidad e individualidad a través de la toma de conciencia de las propias características personales, reconociendo la constancia de sí mismo y su continuidad en el tiempo. Esto, permite que el individuo experimente un sentido de sí mismo, reconociendo no sólo la identidad de su sí mismo, sino también la identidad del sí mismo y la continuidad individual de los otros, logrando así la individuación y diferenciación con estos (Kernberg y cols., 2002; Kernberg, 2003; Larraín y Sepúlveda, 1997).

En general, se considera la conformación de la identidad como una tarea del desarrollo adolescente, sin embargo, las representaciones internas altamente complejas del sí mismo y de los otros existentes en los niños/as, que constituyen un sentido de sí mismo y la conciencia de una diferenciación con los otros, pueden ser consideradas una manera en que se manifiesta la identidad en las etapas del desarrollo previas a la adolescencia (Kernberg y cols., 2002).

De esta manera, Kernberg y cols. (2002) plantean que una identidad integrada en los niños/as conlleva un sentido de sí mismo cohesivo en sus aspectos positivos y negativos, de límites y autonomía, de continuidad personal a través del tiempo y de diversas situaciones.

Es necesario para la conformación de una identidad positiva e integrada, que el niño/a en la interacción con otros, tenga la capacidad de comprender el propio estado interno y el de los otros, basado en relaciones con otros significativos, en donde predomine la confianza, estabilidad y predictibilidad de los comportamientos, debido a que esto posibilita que el niño/a pueda pensar claramente acerca de sí mismo y los otros.

En los niños/as traumatizados es menos probable que puedan desarrollar un estilo que les permita pensar claramente acerca de su estado mental, en especial durante interacciones estresantes con sus figuras significativas, en las cuales prima la inestabilidad e impredecibilidad, predominando un estado de alerta y desconfianza frente éstos. Debido a esto, se ven afectadas la complejidad y organización del sí mismo, ya que constantemente los

niños/as traumatizados realizan esfuerzos por comprender a sus figuras significativas, no pudiendo reflejar libremente los estados de su sí mismo (Kernberg y cols., 2002).

En este sentido, se puede observar que la confianza en los otros significativos se constituye en un factor que incide en la conformación de la identidad, debido a lo cual será un aspecto central a analizar en las niñas víctima de abuso sexual que participen en la psicoterapia grupal del presente estudio.

Considerando que la identidad es un concepto complejo, que incluye diversos componentes que han sido definidos de múltiples maneras por los diferentes autores (Lersch, 1971; Akhtar y Samuel, 1996 en Kernberg y cols, 2002; Erikson, 1950 en Papalia y Wendkos, 1997), se han escogido para el análisis del presente estudio tres componentes de la identidad: el autoconcepto corporal, autoconcepto social y el sentimiento del propio poder, debido a que son elementos centrales, que se encuentran especialmente relacionados con los efectos descritos en niños víctimas de abuso sexual. De este modo, se deben revisar estos conceptos con el objetivo de orientar la intervención, promoviendo la construcción de una identidad positiva e integrada.

3.2- Definición de Autoconcepto

El término definido como autoconcepto se refiere a la percepción que tiene el sujeto sobre sí mismo (Arias, 2002). Piers y Harris (1984, citados en Herrera, 1996, pag.78) definen el autoconcepto como *“la configuración organizada de percepciones de sí mismo que pueden ser concienciadas”*. Esta percepción influye en todos los aspectos de la vida de una persona, ya que su actuar ante cada situación concreta dependerá de su autoconcepto (Quiroga y Rossel, 1997). Este constructo psicológico ha recibido distintas denominaciones, de acuerdo a la postura teórica de cada autor, siendo los más mencionados en la literatura self, noción de yo, concepto de sí mismo, autoconcepto, imagen personal y autoestima (Herrera, 1996).

Algunos autores (Kretch, Crutchfield y Ballachey, 1962, en Arias, 2002; Rosenberg, 1973 en Herrera, 1996) definen al autoconcepto como una organización de actitudes hacia uno mismo, teniendo la actitud un componente cognitivo (representaciones mentales), uno afectivo (valoraciones) y uno conductual (disposición a actuar), incluyendo dentro del autoconcepto la autoestima.

Otros autores, en cambio, diferencian conceptualmente los términos autoconcepto y autoestima, aún cuando reconocen una interrelación entre ellos. Desde esta perspectiva, el autoconcepto es entendido como el aspecto cognoscitivo de la percepción que el sujeto tiene de sí, es decir, las características que el sujeto asocia a sí mismo, y el aspecto emocional de esta percepción correspondería a la autoestima, es decir, el valor que el sujeto otorga a las percepciones que tiene de sí. La autoimagen englobaría a los términos autoconcepto y autoestima, al incluir tanto los aspectos cognitivos como afectivos del yo (Hamachek, 1978, López y Schnitzler, 1983, en Quiroga y Rossel, 1997).

Para el presente estudio se utiliza la perspectiva que considera de manera diferenciada el autoconcepto y la autoestima, por lo cual el análisis se focaliza específicamente en lo que se refiere al autoconcepto, definido anteriormente.

Desde este marco, el sujeto va construyendo una percepción de sí mismo al ir integrando diferentes representaciones internas de manera dinámica, a través de diversas experiencias relevantes en su interacción con el mundo. De esta manera, el autoconcepto se desarrolla desde la primera infancia, siendo determinado por el tipo de relaciones que el sujeto establezca durante su vida. En este sentido, el autoconcepto se va construyendo progresivamente desde la infancia, a través de la emergencia de procesos como la autoconciencia, el autorreconocimiento y la autodefinición cada vez más compleja, surgiendo descripciones del sí mismo a partir de atributos externos o acciones, y luego a partir de características psicológicas cada vez más integradas, incluyendo las creencias, afectos, memorias y procesos de pensamiento sobre el sí mismo (Papalia y Wendkos, 1997; Larraín y Sepúlveda, 1997; Kenberg, 2003).

De esta forma, el autoconcepto varía y evoluciona a través de las distintas etapas del desarrollo humano, siendo más estable y menos cambiante durante la adultez. Durante las primeras etapas evolutivas el niño/a carece de una escala de comparación para valorarse a sí mismo y de la capacidad cognitiva para evaluarse y percibirse objetivamente, dependiendo de las experiencias con las personas que lo rodean y de los mensajes que éstos comunican respecto a la valoración como persona para formar su imagen personal. En la segunda infancia (6 a 12 años), -etapa en que se encuentran las participantes de la intervención diseñada- los niños/as ya comienzan a definirse a sí mismos en términos psicológicos, si bien en la etapa anterior han logrado autoconciencia, autorreconocimiento y autodefinición. En este período el niño/a puede mirarse a sí mismo, pero sin asumir una actitud crítica frente a sí, que sea independiente de los demás. El concepto que posee de sí es el concepto que piensa que otros tienen de él, viéndose a través de otros significativos (familia, compañeros, profesores, etc). De esta forma, depende de las experiencias con quienes le rodean para formar su imagen personal, el niño/a interpreta lo que hace en base a lo que piensan de él, interpretación que puede ser positiva o negativa. Si considera que las personas importantes para su vida tienen pensamientos favorables de él, lo hará también él mismo. En caso contrario desarrollará un concepto de sí desfavorable. (Hurlock, 1982, Águila y cols, 1985 en Quiroga y Rossel, 1997)

El autoconcepto es multifacético y multidimensional, al estar conformado por distintas áreas que se organizan jerárquicamente. Cada una de estas áreas de la experiencia determina la formación de autoconceptos específicos, los cuales son distintos entre sí y a su vez, diferentes del autoconcepto general. Así, el autoconcepto puede ser definido de manera específica o de forma más global, ya que pueden valorarse sus distintos componentes de forma independiente o realizarse una unión de los mismos con el fin de obtener una valoración más general. Así dentro del autoconcepto total estarían incluidos aspectos tales como el autoconcepto académico, social, emocional, físico o corporal. (Machargo, 1991 en Muñoz y Rivas, 2002; Quiroga y Rossel, 1997)

3.2.1- Autoconcepto Corporal

El autoconcepto corporal, es el reflejo de la percepción que las personas tienen de sí mismas en relación a su cuerpo. Se refiere a la representación que el sujeto tiene de su propio cuerpo, siendo una experiencia subjetiva personal de la percepción y los sentimientos vinculados a éste. Incluye percepciones, intenciones, impulsos, sensaciones, recuerdos, pensamientos y acciones respecto al cuerpo, tales como las sensaciones propioceptivas e interoceptivas, y la impresión que la persona tiene acerca de sí misma en relación a las

características o atributos vinculados con las aptitudes físicas y la apariencia física general (Haussler y Milicic, 1995; Herrera, 1996; Quiroga y Rossel, 1997). En su configuración se encuentran involucrados rasgos de personalidad y el sentimiento de sí mismo, siendo producto de un proceso evolutivo, el cual depende de relaciones interpersonales y culturales. De acuerdo a la experiencia que el sujeto tiene en la relación con su propio cuerpo se van integrando a la imagen del sí mismo representaciones y sentimientos relacionados con la percepción que el propio sujeto tiene de su cuerpo, principalmente en las dimensiones de reconocimiento y contacto corporal, valoración y género.

3.2.2- Autoconcepto Social

El autoconcepto social se refiere a la dimensión social de la percepción del sí mismo, y se refiere a los sentimientos de pertenencia e inclusión en el grupo de pares, además de percepciones vinculadas a los sentimientos de competencia social, iniciativa, solidaridad, aceptación por otros, capacidad para establecer relaciones interpersonales con pares, etc. (Arias, 2002; Quiroga y Rossel, 1997; Herrera, 1996; Haussler y Milicic, 1995). Así, de acuerdo a la experiencia que el sujeto tiene en la relación con otros se van integrando a la imagen del sí mismo representaciones y sentimientos relacionados con la percepción que el propio sujeto tiene de su interacción con otros, principalmente en las dimensiones de satisfacción personal, seguridad, confianza y pertenencia.

3.2.3- Autoconcepto Positivo

Espina y Luza (1995) realizan una descripción de las conductas asociadas a un buen autoconcepto y a un mal autoconcepto, lo que posibilita una concreción de éste.

Así describen que la persona que posee un autoconcepto positivo generalmente se valora, respeta y acepta a sí misma, mostrando una mayor autoconfianza, presentando una tendencia hacia una visión positiva de las personas y el mundo en general, sintiéndose contento y comportándose de manera amable. Así también, logra reconocer sus capacidades y limitaciones, esperando mejorar, sintiéndose altamente motivado por el aprendizaje, asumiendo las tareas con expectativas de éxito y mostrando mayor creatividad, atribuyendo sus éxitos a sus capacidades y/o esfuerzo y sus fracasos a poco esfuerzo o a errores en la estrategia utilizada, debido a esto cuando se equivoca es capaz de reconocerlo y corregirlo, pudiendo, además, aceptar las críticas sin sentirse abrumado.

En las relaciones interpersonales, una persona con autoconcepto positivo presenta un comportamiento social caracterizado por la capacidad de establecer contactos con otros, presentando la expectativa de que será bien recibido, lo que lo lleva a establecer amistades fácilmente y obtener gratificación en sus relaciones con otros, mostrando conductas asertivas y seguras. En grupo, muestra habilidad para expresar sus opiniones abiertamente, aún cuando éstas puedan no ser bien recibidas, presentando la capacidad para reconocer y aceptar en sí mismo y en los demás la posibilidad de tener una variedad de sentimientos, impulsos y deseos tales como rabia, tristeza, rechazo, entre otros, mostrando mayor independencia y autonomía frente a los demás, siendo más comunicativo, responsable y curioso (Espina y Luza, 1995).

3.2.4- Autoconcepto Negativo

Por otro lado, la persona que posee un autoconcepto negativo, frecuentemente se siente insatisfecho y descontento consigo mismo, tendiendo a menospreciar sus propias potencialidades y realizaciones, atribuyendo sus logros a la suerte y sus fracasos a incapacidad personal. Además, presenta un bajo nivel de expectativas respecto a sí mismo y convencido de que no puede tener éxito, no se esfuerza demasiado en lograrlo, siendo su falta de esfuerzo casi una garantía continua de fracaso que resulta en un espiral descendente de falta de confianza y falta de éxito.

En cuanto a las relaciones interpersonales, en una persona con un autoconcepto negativo las habilidades sociales están disminuidas, por lo general tienden a evitar el contacto con otros, y sus interacciones sociales son limitadas, focalizándose excesivamente en la opinión que otros tienen de él, intentando con frecuencia complacer a los demás. Además, posee una notable conciencia de sí mismo y una exacerbada preocupación por sus propios problemas, tendiendo a centrarse en sí mismo, lo que le dificulta considerar cuestiones externas a él. En grupo, tiende a comportarse de manera pasiva, en las discusiones suele oír más que participar, prefiriendo ser dirigido en lugar de ocupar una posición de líder, mostrando más desconfianza y ansiedad, presentando una tendencia a sentirse avergonzado, enojado, culpable y/o triste, mostrándose muy vulnerable a la crítica y al rechazo de los demás (Espina y Luza, 1995).

3.2.5- Evaluación del autoconcepto

El autoconcepto no es observable directamente, por lo cual para evaluarlo es necesario inferirlo a través de conductas o del reporte verbal del sujeto. Es así, que para explorar el autoconcepto de una persona se utilizan principalmente técnicas de autodescripción y técnicas de inferencia. Las autodescripciones pueden ser libres o estructuradas previamente (cuestionarios), y se analizan generalmente, realizando distinciones entre las mediciones del concepto global y mediciones de las dimensiones del autoconcepto.

Entre las técnicas de inferencia, se distinguen los tests proyectivos y el sí mismo inferido. En cuanto a los tests proyectivos, permiten obtener las percepciones inconscientes que el sujeto tiene de sí mismo. Destaca el test del dibujo de la persona, que se vincula fuertemente a la percepción de la propia imagen o imagen corporal, utilizándose con frecuencia en la medición del autoconcepto. En cuanto al sí mismo inferido, se realiza a través de la observación de la conducta o análisis de entrevistas, técnicas que permiten explorar la manera en la cual el sujeto aparece ante el prójimo, en tanto se realiza en base a las percepciones que el examinador tiene del sujeto y que supone que el sujeto tiene de sí mismo. La observación y análisis de la conducta, parten del supuesto de que las conductas del sujeto son función de sus percepciones, por lo tanto observando su conducta es posible inferir las características de las percepciones que la provocan. Respecto a la entrevista, es también otro externo quien describe el autoconcepto a través de las inferencias realizadas a partir de conversaciones (Arias, 2002).

3.3- Sentimiento del propio poder

El sentimiento del propio poder se refiere a la percepción de la capacidad para ejercer acciones en el medio externo, en tanto el sujeto experimenta su mismidad individual en su interacción con el mundo de sus semejantes y en su oposición con ellos. De acuerdo a la experiencia que el sujeto tiene en la relación con el mundo externo se van integrando a la imagen del sí mismo representaciones y sentimientos relacionados con la percepción que el propio sujeto tiene de su poder, en las dimensiones de satisfacción, confianza, eficacia personal y expansividad.

Según Lersch (1971), se puede distinguir un sentimiento vigoroso o fuerte (esténico) y un sentimiento débil (asténico) del propio poder. El poseer un sentimiento fuerte o débil del propio poder, implica *"una cierta constelación de rasgos peculiares que condicionan un determinado contorno caracteriológico"* (pág, 286). De esta forma, el autor describe que el sujeto que posee un sentimiento débil del propio poder presenta una tendencia hacia el polo de la insatisfacción, se caracteriza por falta de confianza en sí mismo, timidez, inseguridad e inhibición, poca capacidad para oponer resistencia y una percepción amenazadora del mundo y el destino. En su comportamiento en el medio social manifiesta medrosidad y timidez, *"aunque a veces trate de ocultar la debilidad de su sentimiento del propio poder tras una compensadora fachada de suficiencia y de aires imponentes"* (Lersch, 1971, pag 286-287). Por el contrario, el sujeto que presenta un sentimiento fuerte del propio poder, se caracteriza por confianza en sí mismo, seguridad, decisión, expansividad y optimismo.

Si bien, no se ha definido claramente en qué específicamente se fundamenta el sentimiento del propio poder, se plantean que ciertas experiencias vitales, principalmente vividas durante la primera infancia, pueden influir positiva o negativamente en el sentimiento del propio poder que posee un individuo.

3.4- Desarrollo psicológico entre los 8 y 10 años

Considerando que en cada fase del proceso de desarrollo psicológico se va conformando una identidad y personalidad apropiada para la edad (Kernberg, 2002), resulta necesario conocer las características evolutivas del grupo etario con el cual se interviene de manera psicoterapéutica, buscando comprender el funcionamiento psicológico integral de dichos niños/as, con el fin de orientar los objetivos terapéuticos incorporando las variables psicológicas cuyo desarrollo necesita ser estimulado.

En el presente estudio se trabaja con niñas que se encuentran en el rango de edad comprendido entre los 8 y 10 años, por lo cual se describen los aspectos del desarrollo cognitivo, afectivo, social, moral y psicosexual característicos de la etapa evolutiva correspondiente.

3.4.1- Desarrollo cognitivo

En relación al desarrollo cognitivo, Piaget plantea que los niños/as entre los seis y doce años de edad se encuentran en la etapa de las operaciones concretas, rango etario dentro del cual se encuentra incluido el grupo en estudio. Durante esta etapa, se desarrollan *"todas las posibilidades de la operatividad concreta por aplicación de la estructura de agrupamiento"*

(Paín, 1971; pág. 49), pudiendo el niño/a utilizar el símbolo para llevar a cabo operaciones lógicas, centradas en aspectos concretos de la realidad. Existen acciones interiorizadas coordinadas, de tal modo que el niño/a organiza la realidad y las acciones por medio del pensamiento y la razón lógica. El pensamiento es un proceso más dinámico, se perciben las transformaciones revirtiendo mentalmente. Aparece el descentramiento, por lo que el niño/a puede considerar más de un aspecto relevante de la realidad. (Piaget, 1967)

3.4.2- Desarrollo afectivo

Con respecto al desarrollo afectivo, en esta etapa tienen lugar profundas transformaciones psicológicas, apareciendo nuevos sentimientos y, a su vez, nuevas formas de organización y regulación de éstos, cuya forma final de equilibrio es la voluntad. El concepto de voluntad, según Piaget (1967), se refiere a una función de regulación reversible de la energía, apareciendo cuando existen conflictos de tendencias o intenciones, asociados principalmente al funcionamiento de los sentimientos morales autónomos. En esta etapa, se logra una mayor regulación del conjunto de vivencias que emergen en el individuo como consecuencia de su interacción con el mundo, lo cual se relaciona con dos procesos psicológicos fundamentales: 1) la identificación, diferenciación y expresión de emociones y sentimientos 2) capacidad de controlar los propios impulsos. (Piaget, 1967; Lersch, 1971; Larraín y Sepúlveda, 1997).

3.4.3- Desarrollo social

En cuanto al desarrollo social, en esta etapa evolutiva el individuo presenta un progreso en las relaciones interindividuales, la que se relaciona con la consideración del punto de vista del otro, comprendiendo que otros pueden tener pensamientos diferentes adquiriendo una capacidad de cooperación, proceso que es posible debido al descentramiento logrado en esta etapa. (Piaget, 1967). Según Selman (en Kohlberg, 1992), los niños/as entre 8 y 10 años poseen una toma de perspectiva autorreflexiva, planteando que éstos comprenden sus propios pensamientos y los de los otros, pero no logran coordinarlos, existiendo dos perspectivas no sucesivas.

En este sentido, el lenguaje egocéntrico desaparece y se produce un cambio en las actitudes sociales, el cual se manifiesta, por ejemplo, en la aparición de los juegos con reglamentos. La interacción con el grupo de pares en esta etapa resulta fundamental, cumpliendo un rol preponderante en el desarrollo de habilidades para la sociabilidad y la intimidad, posibilitando mejorar las relaciones interindividuales y adquirir un sentido de pertenencia, lo cual favorece la autonomía y confianza personal. Así, la interacción positiva con pares fortalece la construcción de una identidad integrada en el niño, *yo mismo*, en tanto le permite conocer sus propias habilidades, capacidades y limitaciones, favoreciendo el desarrollo de un sentido de sí mismo cohesivo en sus aspectos positivos y negativos. (Piaget, 1967; Papalia y Wendkos, 1997; Kernberg, 2003).

3.4.4- Desarrollo moral

Con respecto al desarrollo moral, en esta etapa se construye un nuevo sistema de valores, el cual se encuentra ligado a la organización de la vida afectivo-social antes mencionada, es decir las coordinaciones sociales e individuales van desarrollando en el sujeto una moral de cooperación y autonomía personal, en donde interviene un nuevo sentimiento, el respeto

mutuo. (Piaget, 1967). Entre los 8 y 10 años, el individuo funciona en sus relaciones con los otros y consigo mismo bajo una moral denominada por Kohlberg (1992) preconvencional heteronoma instrumental, que se caracteriza por la dependencia del valor moral a lo externo, siendo la acción motivada por el deseo del premio, comprendiéndose el bien como obediencia a las reglas externas. Sin embargo, la regla es respetada ya no en tanto que es un producto exterior, sino en tanto el propio individuo consiente, de manera autónoma, en aceptar el acuerdo que le compromete con otros. Esto, debido a que prima una perspectiva social subjetiva, en donde el individuo actúa para satisfacer sus necesidades, existiendo intercambio de favores y acuerdos con otros.

Estos nuevos elementos, posibilitan una mayor colaboración interpersonal, favoreciendo la construcción de vínculos de amistad afectivamente más cercanos, conformándose reglas al interior de los grupos de pares que manifiestan una voluntad de común acuerdo, explícito o tácito. A esta edad, aparecen sentimientos morales como la honradez, la cual implica no violar los acuerdos entre individuos que se estiman, comprendiéndose la mentira y el engaño entre amigos/as como un acto más grave que la mentira a los mayores, lo cual promueve y potencia la cohesión en el grupo de pares. Un elemento destacable del respeto mutuo es el sentimiento de justicia, el cual es muy fuerte entre pares, marcando diferencias entre las relaciones entre niños/as y adultos (Piaget, 1967; Papalia y Wendkos, 1997).

3.4.5- Desarrollo psicosexual

Considerando que un elemento significativo dentro del curso del desarrollo general del niño/a se relaciona con la esfera de la sexualidad, resulta necesario comprender las diferentes etapas que recorren los niños/as, según su estadio evolutivo, dentro del proceso de desarrollo psicosexual normal, para poder definir entonces las conductas adecuadas o inadecuadas a este desarrollo. Esta comprensión, es fundamental cuando se realizan intervenciones psicoterapéuticas con niños/as que han sido víctimas de abuso sexual, debido a que frecuentemente existen alteraciones en el curso normal de este desarrollo. Por estos motivos, a continuación se describen todas las etapas del desarrollo psicosexual infantil.

La conducta sexual en los niños/as está fundamentalmente orientada hacia el descubrimiento del cuerpo como fuente de autogratificación y de información acerca de sí mismo. Por esto, alrededor de los dos o tres años de edad el infante es capaz de mentalizarse como niña o niño, reconociéndose como diferente al del otro género. El proceso que conlleva la conciencia de sí mismo y la identificación con aquellos del propio género es gradual, abarca los primeros años de la infancia, siendo paralelo a los procesos cognitivos, emocionales y sociales que se describieron anteriormente (Kernberg, 2003; Papalia y Wendkos, 1997; Espinoza, 2002).

Es frecuente que el niño o niña preescolar celebre el descubrimiento de su cuerpo a esta edad con conductas exhibicionistas. En este período, también es frecuente que el niño/a muestre especial interés por cercanía del progenitor o figura parental del género opuesto, lo que se manifiesta como competencia con el padre del propio género.

Entre los tres y seis años aproximadamente, un niño/a sano puede o no tener conductas de autoestimulación genital. De este modo, el niño/a disfruta también de tocar a sus figuras de apego cercanas. Los juegos sexuales entre pares (de similar edad), son considerados como una

posibilidad dentro del desarrollo infantil. Generalmente, estos juegos son motivados por la curiosidad de conocer a otro del género opuesto y, a su vez, por una necesidad de autoafirmación, siendo experimentados por los infantes de manera gratificante (cuando hay aceptación de las dos partes), excepto cuando los adultos le otorgan una connotación negativa, movilizándolo en estos casos sentimientos de culpa en los niños/as.

Entre los seis y los diez años, etapa denominada de latencia, el interés por el sexo opuesto disminuye, desarrollando los infantes habilidades y juegos centrados en grupos de su propio género. En este período, la autoestimulación genital se realiza en un ámbito privado, existiendo una alternancia entre la inhibición y desinhibición sexual (Papalia y Wendkos, 1997; Soto, 2002; Espinoza, 2002).

3.5- Cuadro Resumen: Desarrollo psicológico entre los 8 y 10 años

A continuación, se expone un cuadro resumen, basado en el esquema de funciones psicológicas desarrollado por Sepúlveda (1991, en Larraín y Sepúlveda, 1997), que destaca las variables psicológicas antes señaladas, que se consideran en la elaboración del diseño de intervención terapéutica grupal.

ASPECTOS COGNITIVOS	ASPECTOS AFECTIVOS	ASPECTOS SOCIALES	ASPECTOS MORALES	ASPECTOS PSICO-SEXUALES
<p>Operaciones Concretas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acciones interiorizadas coordinadas (organización de la realidad y las acciones por medio del pensamiento y la razón lógica) - Reversibles (perciben transformaciones revirtiendo mentalmente) -Descentramiento (considera más de un aspecto relevante de la realidad) - Conservación 	<p>Emociones Diferenciación y expresión de estados emocionales</p> <p>Intereses - Intereses centrados en la actividad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preocupación por el rendimiento y los conocimientos escolares - Interés por el contacto interpersonal. <p>Control de impulsos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacidad de autocontrol - Disminución de la impulsividad 	<p>Toma perspectiva Autorreflexiva</p> <ul style="list-style-type: none"> - Considera la perspectiva propia y la del otro, pero no lo coordina. <p>Relaciones interpersonales</p> <ul style="list-style-type: none"> - cooperación en la interacción con pares - juego con reglas 	<p>Preconvencional heterónimo instrumental.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se actúa para satisfacer las propias necesidades - Hay intercambio de favores, acuerdos - Acción motivada por el deseo del premio - Perspectiva social: subjetiva - Bien: obediencia literal a reglas 	<p>Latencia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disminuye interés por sexo opuesto - Habilidades y juegos centrados en grupos del mismo género - Auto-estimulación genital en privado - Inhibición y desinhibición alternada

4. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

4.1- Consideraciones generales acerca del tratamiento del abuso sexual infantil

Diversos autores (Rojas Breedy, 2002; Malacrea, 2000; Barudy, 1998, 2000; Perrone y Nannini, 1998; Durrant y Kowalski, 1993; Sename, 1999; Álvarez, 2002, 2003; Soto, 2002; Cantón Duarte y Cortés, 1999; Kernberg, 2003) han planteado aspectos relevantes a considerar en el tratamiento para las víctimas de abuso sexual, desde diferentes perspectivas teóricas. Sin embargo, aunque presentan elementos disímiles, es posible observar ciertos planteamientos comunes a los diferentes autores.

En este sentido, como plantean Rojas Breedy (2002) y Cantón Duarte y Cortés (1999) el tratamiento del abuso sexual infantil requiere un enfoque integrador, que reúna postulados de diferentes escuelas teóricas, e incluya el uso de diferentes técnicas (psicoanalíticas, gestálticas, conductuales, interpersonales, farmacológicas, entre otras).

Siguiendo este planteamiento, en este apartado se presentan los aspectos más relevantes del tratamiento del abuso sexual infantil, desde una perspectiva que busca ser integradora, considerando los aspectos comunes entre los diferentes autores.

Un aspecto relevante en el tratamiento del abuso sexual infantil, es la utilización de un modelo interdisciplinario de intervención, que incluya la participación de psicólogos, psiquiatras, profesores, policías, abogados, asistentes sociales, entre otros. Se requiere que los diferentes profesionales puedan trabajar en equipo, teniendo la capacidad de tomar decisiones técnicas en conjunto, incorporando diferentes percepciones frente a un mismo problema. En este sentido, también es importante considerar que al constituir el abuso sexual un delito, es necesario en todo momento tener en cuenta en la intervención los aspectos legales involucrados (Álvarez, 2002; Malacrea, 2000; Perrone y Nannini, 1998; Sename, 1999).

Se distinguen, en general, dos etapas principales dentro del tratamiento del abuso sexual infantil. La primera etapa, se refiere a la intervención en crisis y la protección a la víctima, la cual es llevada a cabo por un equipo psicosocial, y la segunda etapa consiste en la elaboración o psicoterapia propiamente tal, donde el rol fundamental lo cumple un equipo terapéutico específicamente preparado para ello, generalmente compuesto por uno o más psicólogos (Rojas Breedy, 2002; Malacrea, 2000; Sename, 1999; Álvarez, 2002; Kernberg, 2003; Soto, 2002; Barudy, 1998).

En cuanto a la *etapa de intervención en crisis*, ésta consiste en apoyo psicológico entregado a la víctima y su familia, posterior a la revelación de la experiencia abusiva, teniendo como prioridad máxima la seguridad y protección física y emocional del niño/a. De este modo incluye un trabajo en red, en el cual se activan las medidas necesarias de control social y de protección al niño/a, con el fin de evitar la ocurrencia de nuevas situaciones abusivas. También, resulta necesario un trabajo de contención emocional al niño/a víctima, y apoyo y orientación a los padres (Rojas Breedy, 2002; Malacrea, 2000; Sename, 1999; Álvarez, 2002; Kernberg, 2003; Soto, 2002; Perrone y Nannini, 1998).

En cuanto a la *psicoterapia* propiamente tal, ésta es definida como un método científicamente fundamentado de tratamiento de pacientes, que utiliza medios psicológicos y, es un proceso orientado al cambio, que ocurre dentro del contexto de una relación profesional (Feixas y Miró, 1993). En cuanto a la psicoterapia de víctimas de abuso sexual, los diferentes autores proponen que el tratamiento debe estar centrado en superar los efectos del abuso sexual. De este modo, resultan más relevantes las reacciones y los efectos que la situación de abuso sexual originan en el niño/a, así como la significación dada por él a esta experiencia, que las características del abuso sexual en sí (Rojas Breedy, 2002; Durrant y Kowalski, 1993; Kernberg, 2003, Correa y Riffo, 1995).

La psicoterapia tendría como objetivo central la reparación de la experiencia abusiva, que se refiere a que la víctima pueda integrar la experiencia de abuso sexual a su historia vital resignificándola de una manera adaptativa. Es decir, la terapia se orienta a que la experiencia abusiva no impida que la víctima pueda continuar con el logro de las tareas evolutivas del desarrollo normal para su edad, considerando que este desarrollo generalmente se ve afectado por dicha experiencia (Soto, 2002; Rojas Breedy, 2002, Kernberg, 2003; Durrant y Kowalski, 1993).

Un aspecto relevante dentro de la terapia del abuso sexual, es que si bien debe estar centrada en las consecuencias de la experiencia de abuso, requiere además que el terapeuta sea capaz de reconocer al niño/a de manera integral, considerando y fortaleciendo sus potencialidades, para que éstas sirvan de apoyo al enfrentar los aspectos más difíciles y dañados por el abuso y, a su vez, permitan un crecimiento e integración personal más allá de la superación del abuso sexual (Cantón Duarte y Cortés, 1999; Rojas Breedy, 2002; Alvarez, 2002; Durrant y Kowalski, 1993, Kernberg, 2003).

Debido a las características particulares de cada caso, es imposible plantearse un “programa” de terapia en la que todos los elementos se encuentren preestablecidos y que sea aplicable a todos los casos. Sin embargo, considerando que los pacientes víctimas de abuso sexual comparten algunas experiencias y efectos comunes –señalados anteriormente–, los autores plantean que a través de la práctica clínica se han observado ciertas pautas y sugerencias que pueden emplearse en un tratamiento específicamente centrado en el abuso y sus consecuencias, las cuales son aplicables en la mayoría de los casos. No obstante, es necesaria la flexibilidad de los terapeutas, en tanto hay que adecuar los procedimientos, objetivos y técnicas a la naturaleza del problema y a las características de cada persona (Rojas Breedy, 2002; Malacrea, 2000; Cantón Duarte y Cortés, 1999).

Es importante considerar, que si bien la psicoterapia permite una superación de los efectos del abuso sexual en un momento específico de la vida, ésta no logra inmunizar contra las secuelas del abuso en etapas posteriores. Esto, debido a que la integración de la experiencia abusiva al continuo vital es un proceso que continuará desarrollándose durante toda la vida, por lo que las tareas psicológicas y sociales a enfrentar en cada una de las etapas posteriores del desarrollo, así como los acontecimientos vitales, pueden demandar la presencia de distintos recursos y mecanismos de enfrentamiento, pudiéndose reestimar diferentes núcleos traumáticos o expresar otras secuelas del abuso sexual. Debido a esto, puede requerirse de psicoterapia para ayudar a superar los aspectos críticos evidenciados en etapas de la vida posteriores (Rojas Breedy, 2002; Malacrea, 2000).

4.2- Objetivos del tratamiento psicológico del abuso sexual

Como se planteó anteriormente, la psicoterapia tendría como objetivo central la reparación de la experiencia abusiva. Para alcanzar este objetivo general, los distintos autores plantean comúnmente diferentes objetivos específicos a abordar en la psicoterapia con víctimas de abuso sexual, los cuales se describen a continuación.

Un objetivo inicial de la psicoterapia se refiere a la creación de una alianza terapéutica con el niño/a. Esto cobra relevancia si consideramos que uno de los efectos del abuso sexual es la pérdida de confianza en los contactos interpersonales. De esta forma, resulta necesario que el terapeuta sea acogedor, cálido y empático, aceptando de manera incondicional al paciente, validándolo con sus temores y preocupaciones, así como respetando su propio ritmo en la relación terapéutica (Rojas Breedy, 2002; Correa y Riffo, 1995; Álvarez, 2003).

Aún cuando lo más relevante en la psicoterapia no son las características de la experiencia abusiva en sí misma, es importante que la persona pueda aceptar la situación de abuso sexual vivida, reconociendo su ocurrencia y que realmente fue una experiencia de abuso (no de reciprocidad), como un paso necesario para la integración de esta vivencia. En este sentido, varios autores proponen la importancia de que el niño/a pueda externalizar la experiencia de abuso, revelando los detalles del suceso mediante la expresión verbal o la terapia de juego. Esto, permitiría ampliar el campo de comprensión del niño/a, alejándolo de las lecturas restrictivas que mantiene la versión impuesta por el agresor, ya que la revelación y exposición de las estrategias que el abusador ha utilizado para dominarlo, son un paso que permite a la persona librarse del secreto que la tenía atada, secreto que impide verse y comunicarse a sí mismo, a la vez que implica un vaciamiento de las relaciones con los adultos protectores y un reforzamiento de la relación con el agresor. Además, permite describir el problema como un aspecto externo a sí mismo, se lo puede considerar como algo distinto que de algún modo afectó y dominó a la persona, reconociendo la propia condición de víctima (Durrant y Kowalsky, 1993; Cantón Duarte y Cortés, 1999; Álvarez, 2003; Barudy, 2000; Malacrea, 2000; Perrone y Nannini, 1998; Rojas Breedy, 2002).

Este es un objetivo relevante a trabajar, más aún si se considera que muchos pacientes presentan negación de la experiencia abusiva. Esta negación puede ocurrir de diferentes maneras, en tanto la persona puede no reconocer la ocurrencia de la experiencia de abuso, minimizar la agresión o encontrar justificaciones o excusas al comportamiento del agresor y de las figuras que no pudieron protegerla. Este mecanismo de defensa, puede ser dañino para el bienestar del paciente y entorpecer la terapia, y se desarrolla debido a que probablemente contactarse con la experiencia de abuso sexual resulte muy doloroso y contraste con la imagen que se tiene de sí mismo (Rojas Breedy, 2002; Malacrea, 2000).

Otro objetivo que se plantea en la terapia del abuso sexual es la identificación, diferenciación y expresión de emociones. Esto, debido a que es común en estos pacientes la separación de la conciencia de sentimientos ligados al abuso, así como la disminución de la capacidad para sentir intensamente, como mecanismo adaptativo para sobrellevar los fuertes sentimientos asociados al abuso sexual vivido. En este sentido, surge como necesario en el tratamiento, ayudar al paciente a reconocer las emociones y sentimientos asociados a la experiencia abusiva, lo cual permite que la persona pueda comprender sus reacciones

emocionales. Luego de esto, es necesario favorecer la expresión de estas emociones y sentimientos, evitando su negación o disociación (Rojas Breedy, 2002; Soto, 2002; Kernberg 2003).

La mayoría de los autores (Soto, 2002; Álvarez, 2002, 2003; Kernberg, 2003; Barudy, 2000; Rojas Breedy, 2002) señala como un objetivo de importancia, la elaboración del sentimiento de culpa por la situación abusiva, su revelación o consecuencias, sentimiento común en muchas víctimas. Resulta necesario intentar atenuar este sentimiento, mediante una reestructuración cognitiva que permita la redefinición de creencias falsas. En este sentido, se busca responsabilizar al agresor y desculpabilizar a la víctima. Sin embargo, también se plantea la necesidad de considerar los errores de la propia víctima y la figura protectora ante la situación de abuso sexual, de manera de no caer nuevamente en ellos, previniendo una revictimización.

Este sentimiento de culpa, en muchas víctimas va acompañado al sentimiento de vergüenza, el cual también es expresión de una distorsión cognitiva desadaptativa que es necesario reestructurar, debido a que es un sistema de creencias ineficaz y destructivo para el niño/a (Kernberg, 2003; Álvarez, 2003, Barudy, 2000; Rojas Breedy, 2002).

La superación o "rompimiento" de los sentimientos de aislamiento, surge como otro objetivo de la terapia del abuso sexual, debido a que son comunes en las víctimas de abuso los sentimientos de soledad y aislamiento del grupo de pares. Para el logro de este objetivo los autores plantean diversas intervenciones, como por ejemplo, entregar información acerca de la existencia de otras víctimas, con experiencias y reacciones similares. Sin embargo, un recurso fundamental para el cumplimiento de este objetivo es la terapia grupal, en tanto el contacto con otros niños/as víctimas permite el logro de un sentimiento de pertenencia e integración grupal (Barudy, 2000; Rojas Breedy, 2002; Soto, 2002).

Debido a la traumatización en el área sexual que sufren estos niños/as, resulta como un objetivo fundamental dentro de la psicoterapia, proveer educación e información sexual. De este modo, es necesario que el terapeuta oriente al niño/a para que pueda reconocer la conducta sexual apropiada a las diferentes edades, demuestre una conducta sexual apropiada a su edad, y presente una normalización en la esfera sexual. (Cantón Duarte y Cortés, 1999; Kernberg, 2003; Soto, 2002; Rojas Breedy, 2002.)

Muchos niños/as víctimas de abuso sexual, debido a la interiorización del rol de víctima, presentan sentimientos de impotencia, pasividad e indefensión, lo cual aumenta el riesgo de ser victimizados nuevamente, por lo cual un objetivo de la terapia es evitarlo al máximo. En este sentido, con el objetivo de prevenir la revictimización, se trabaja el tema del autocuidado con el niño/a, de manera que pueda aprender a identificar situaciones de riesgo de abuso sexual y saber como evitarlas. Hay que ser cuidadosos al trabajar esta temática, no culpabilizando al niño/a de la ocurrencia del abuso, pero si entregándole herramientas para que sienta que en el futuro puede tener más control de las situaciones (Rojas Breedy, 2002; Kernberg 2003; Álvarez, 2003).

Dentro del tema del autocuidado, se trabajan con los niños/as de manera psicoeducativa principalmente contenidos referidos a reconocer el cuerpo como propiedad privada, reconocer sus límites corporales, escuchar mensajes del propio cuerpo, el derecho de

decir no si alguien los trata de tocar o les pide hacer algo que no quieren, conocer los trucos y manipulaciones que algunos adultos usan para tocarlos, discriminar entre tocamientos adecuados e inadecuados, identificar situaciones peligrosas asociadas al abuso, límites de la confianza, acciones para autoprotegerse y la búsqueda de figuras de protección ante situaciones de riesgo (Álvarez, 2003; Cantón Duarte y Cortés, 1999; Barudy, 2000).

Debido a que el abuso sexual infantil se produce en períodos críticos de formación de la personalidad, incluyendo la forma en que la persona se ve a sí misma, se relaciona con el mundo y con las otras personas, es frecuente encontrar efectos negativos en la autoimagen y una autoevaluación negativa, caracterizada por la autodesvalorización, percepción de impotencia y desconfianza básica. De este modo, uno de los objetivos de la terapia del abuso sexual, se relaciona con la integración personal en cuanto a aptitudes y metas en una identidad positiva, una imagen positiva del cuerpo y un sentido de poder apropiado a la edad. Así, resulta esencial resaltar los aspectos positivos del sí mismo y buscar un empoderamiento personal (Soto, 2002; Malacrea, 2000; Rojas Breedy, 2002). En este sentido, Durrant y Kowalski (1993) plantean que una terapia centrada en superar los efectos del abuso sexual, debe procurar desarrollar la percepción de la propia capacidad.

Una intervención esencial, está centrada en el pensamiento respecto a las relaciones significativas, teniendo como objetivo volver a tejer vínculos de confianza, en especial con el adulto potencialmente protector. Esto, ya que los niños/as, producto del abuso sexual, generalmente experimentan una pérdida de confianza en otros, planteándose como necesario que el niño/a pueda recuperarla, y mejore sus habilidades para mantener relaciones interpersonales, de manera que pueda construir un autoconcepto positivo de sí mismo (Rojas Breedy, 2002; Malacrea, 2000).

Dentro de las vivencias emocionales hacia otros significativos, se señala como un aspecto específico a tratar en víctimas de abuso sexual, los posibles sentimientos de ambivalencia. Estos, pueden estar dirigidos hacia el agresor, lo cual es común en personas que previo a la experiencia abusiva tenían un vínculo de cercanía con éste, pero también, pueden estar dirigidos hacia las figuras significativas que no pudieron protegerlo ante una experiencia de abuso, o ante figuras cercanas que reaccionaron de manera inadecuada ante la revelación. En este sentido, se favorece la identificación de estos sentimientos, promoviéndose la expresión e integración adecuada de emociones positivas y negativas hacia el agresor o hacia la figura que no cumplió su rol protector (Cantón duarte, 1999; Álvarez, 2003; Barudy, 2000).

Malacrea (2000) plantea que resultan esenciales las intervenciones centradas en la relación con las figuras significativas, principalmente la madre, la cual no fue protectora ante la situación abusiva, ya que *“el problema de la relación con el agresor directo se vuelve secundario en comparación con esta más grave amenaza a las relaciones fundamentales, que es vivida como una traición más dramática que la primera”* (pag. 50).

Considerando esto, se trabaja con el niño/a la identificación de relaciones cercanas, restableciendo relaciones de confianza, siendo un objetivo esencial de la terapia del abuso sexual el duelo y la reconstrucción de relaciones significativas, como por ejemplo, con figuras paternas o maternas. En este mismo sentido, se requiere acompañar al paciente en el proceso de reconstrucción de su propia vida, ayudándolo a reconocer aspectos vitales dolorosos, que dejan marcas que no se olvidan, pero que son situaciones que pueden superarse. En esta línea,

es esencial destacar y reforzar en el paciente las cualidades positivas y recursos de afrontamiento, tanto de sí mismo como del mundo externo y sus figuras significativas (Malacrea, 2000; Rojas Breedy, 2002)

En este sentido, la relación madre-hijo/a es un aspecto esencial a trabajar con el niño/a, pero también con la madre. De esta forma, la mayoría de los autores plantean que el apoyo de los padres en el tratamiento resulta ser un elemento esencial (Sename, 1999; Barudy, 2000; Cantón Duarte y Cortés, 1999; Álvarez, 2003; Malacrea, 2000; Rojas Breedy, 2002). La intervención terapéutica con la figura protectora del niño/a deberá dar apoyo y contención al adulto respecto a los cambios experimentados en su propio mundo debido al abuso sexual de su hijo/a (ambivalencia de creer a su hijo/a, ansiedades y temores respecto al futuro del niño/a, culpa debido a no haber protegido al hijo/a del abuso, etc.), y por otro lado, acompañarlo para hacer frente a las responsabilidades paternas, tanto en el momento de la crisis de revelación como sucesivamente en las tareas de reparación de la experiencia abusiva de su hijo/a.

Es esencial diseñar intervenciones específicas orientadas a ayudar a la familia a brindar la mejor contención y apoyo posibles, logrando un mayor entendimiento del abuso y sus consecuencias, pudiendo responder mejor a las necesidades de los niños/as víctimas, convirtiéndose en figuras protectoras que brinden la función de cuidado, restituyendo así su rol parental (Sename, 1999; Barudy, 2000; Cantón Duarte y Cortés, 1999; Álvarez, 2003; Kernberg 2003).

De este modo, se presenta como un objetivo central el fortalecimiento de vínculos protectores para el niño/a, con el fin de favorecer el bienestar psicosocial de éste en el contexto familiar y el entorno social en que se desenvuelve. La búsqueda del óptimo apoyo familiar, es crucial para la recuperación de niños/as y adolescentes, por lo que la evaluación de los recursos, debilidades y dinámica familiar es indispensable. En muchas ocasiones la madre no es una figura accesible, por lo cual es necesario el trabajo con personas de la familia o de la comunidad que puedan transformarse en agentes protectores. Muchas veces, estos objetivos son trabajados en terapia familiar o en sesiones terapéuticas madre-hija/o, con el fin de mejorar ésta relación (Sename, 1999; Cantón Duarte y Cortés; Álvarez, 2003).

4.3- Formatos de la terapia del abuso sexual

Anteriormente, describimos las características centrales de la psicoterapia del abuso sexual, postulando como objetivo principal de ésta la reelaboración de la experiencia abusiva sexual. Sin embargo, este objetivo puede alcanzarse de diferentes maneras. En este sentido, se han propuesto diversos formatos de la terapia del abuso sexual, principalmente la terapia individual, familiar y grupal, que si bien se orientan al mismo objetivo, varían en cuanto a las condiciones en que se alcanzará el logro de éste, cumpliendo diferentes funciones dentro del proceso global de la psicoterapia.

Resulta necesaria la flexibilidad en la elección de los formatos de intervención, considerando las características particulares de cada caso, pudiendo utilizarse los abordajes individual, familiar y grupal, de manera complementaria, simultánea o consecutiva. Sin embargo, se considera positiva la utilización de diversos tipos de terapia, ya que cada uno contribuye a diferentes aspectos de los objetivos generales de la intervención (Rojas Breedy, 2002; Malacrea, 2000; Cantón Duarte y Cortés, 1999).

La terapia individual con la víctima, es el formato más comúnmente utilizado en nuestro país, se centra en las necesidades de la víctima y cumple la función de desarrollar en el niño/a un sentido de individualidad y autonomía que le permitan elaborar aspectos de su vivencia personal y fomentar la construcción de una autoimagen positiva (Cantón Duarte y Cortés, 1999; Malacrea, 2000; Álvarez, 2003).

En la terapia individual de la víctima, especialmente cuando éste es un niño/a, se considera como un elemento clave para el tratamiento de los problemas de éste, las intervenciones terapéuticas con la madre o el adulto protector, lo cual permite generar un ambiente adecuado que permita la reparación del niño/a y a su vez facilite la generalización de los efectos del tratamiento a la vida diaria (Álvarez, 2003; Cantón Duarte y Cortés, 1999).

Respecto a la terapia familiar, ésta se orienta a la búsqueda de interrelaciones más apropiadas dentro del sistema familiar, resolviendo los problemas, conflictos y errores que han acompañado el surgimiento y la prolongación en el tiempo de la situación abusiva (Cantón Duarte y Cortés, 1999).

Según Barudy (1998, 2000), este tipo de tratamiento resulta efectivo dado que el surgimiento de una situación abusiva de carácter sexual es una expresión de un síntoma de disfunción familiar, tanto en casos de abuso sexual intrafamiliar, como extrafamiliar. Sin embargo, este tipo de terapia resulta fundamentalmente necesario en casos de abuso sexual intrafamiliar, especialmente en casos de incesto (abuso del padre hacia la hija), en donde el objetivo es que la familia formule nuevas definiciones de su situación y pueda cambiar la dinámica que permitió el surgimiento y mantenimiento de la situación abusiva. Cuando el abuso sexual es extrafamiliar, la función de la terapia familiar es reorganizar a la familia posterior a la situación abusiva, ya que toda la familia fue agredida y desestabilizada por esta situación.

En muchos casos, la terapia familiar adopta el formato del trabajo madre-hija, debido a que cuando el agresor es el padre, éste comúnmente niega su responsabilidad y, a su vez no presenta motivación para participar en la terapia. Este formato de terapia madre-hija, cumple con la función de fortalecer esta relación, manteniendo a la madre lo menos alejada posible del proceso de elaboración psicológica del niño/a. Se pretende involucrar a la madre en un recorrido paralelo, para que ambos se comprendan y así multiplicar las repercusiones positivas del tratamiento sobre su relación.

Respecto a la terapia de grupo en abuso sexual, nos referiremos a ella en un capítulo aparte, sin embargo, en términos generales cumple la función de apoyo entre pares que han vivido experiencias similares, siendo especialmente útil en el rompimiento de sentimientos de aislamiento y vergüenza. Se utiliza este formato grupal en el tratamiento de las víctimas, sin embargo, también se propone la realización de terapias grupales que cumplan la función de apoyo entre padres de víctimas (Cantón Duarte y Cortés, 1999; Rojas Breedy, 2002; Barudy, 2000).

5. PSICOTERAPIA DE GRUPO

5.1- Definición de grupo

Existen múltiples definiciones de grupo, dependiendo de la perspectiva desde la cual se construye la definición. Desde una perspectiva psicosociológica, los grupos son comprendidos como complejos sistemas sociales, en los que múltiples variables cambian simultáneamente. Desde esta visión, el grupo, básicamente, es definido como la reunión de individuos que interactúan en determinadas condiciones, existiendo un sentimiento y/o propósito común y una conciencia de pertenencia, lo cual se experimenta en el surgimiento del sentimiento del "nosotros". (Speier, 1984; Hansen y cols, 1981).

La formación de grupos y el funcionamiento del individuo en ellos, tienen importancia fundamental en el desarrollo del sí mismo, debido a que al participar el individuo en grupos se desarrolla un proceso psicológico fundamental, el proceso de socialización. En este proceso, el individuo desarrolla la capacidad para funcionar en grupos, a través de la adquisición de normas, roles y pautas generales, que permiten la adaptación social. De esta forma, en la interrelación social, el ser humano logra desarrollarse como individuo, a través del contacto con el otro, pero no por el otro, es decir, en la relación con otros puede reconocer sus propias características personales, posibilitando así la individuación y la diferenciación con otros (Speier, 1984; Glasserman y Sirlin, 1984; Hansen y cols. 1981).

En este sentido, el contacto con otros y el sentimiento de pertenencia surgen como necesidades esenciales para el individuo. Esta naturaleza social del hombre fundamenta y posibilita la formación de grupos. (Speier, 1984).

5.2- Definición de psicoterapia de grupo en niños

La psicoterapia grupal se define como un método científicamente fundamentado de tratamiento de pacientes en grupo, es un proceso orientado al cambio, que utiliza medios psicológicos dentro del contexto de una relación profesional. Implica un conjunto de procedimientos ideados para solucionar en grupo los problemas emocionales de sus integrantes, mediante la incorporación de recursos psicoterapéuticos (Feixas y Miró, 1993; Speier, 1984; Glasserman y Sirlin, 1984; Corey y Corey, 1982).

En general, las psicoterapias de grupo tienen como objetivo la modificación de la personalidad, buscando la identificación y solución de los conflictos individuales más profundos, utilizando para esto, la influencia de la experiencia grupal sobre el proceso de psicoterapia. En el caso de la psicoterapia de grupo infantil, ésta tiene la finalidad de la maduración y equilibrio del individuo en la interrelación grupal, centrándose principalmente en el proceso natural de interacción con pares (Glasserman y Sirlin, 1984; Speier, 1984).

De esta forma, el proceso psicoterapéutico en el grupo no se produce de igual manera que en la psicoterapia individual. Si bien, ocurren procesos propios de la psicoterapia en general, tales como la disminución de la ansiedad, la catarsis de sentimientos conflictivos, el enriquecimiento emocional y el desarrollo del sí mismo, éstos se desarrollan en el grupo y a través del grupo. Existe entonces en la psicoterapia de grupo una interacción recíproca, de modo que los factores de la interrelación grupal están modificados por el proceso terapéutico y

vice-versa, de tal forma que el proceso nunca es el mismo que en la psicoterapia individual (Glasserman y Sirlin, 1984; Speier, 1984).

En este sentido, en la psicoterapia grupal en niños/as la interrelación con pares cumple un rol fundamental en el desarrollo de los procesos psicológicos propios de la etapa evolutiva, favoreciendo el proceso de socialización y el desarrollo del sí mismo. En el contexto grupal, las conductas y valores sociales de los pares, presentan una relevancia fundamental para el niño/a, produciéndose un intercambio que posibilita la percepción de los problemas y actitudes desde distintos puntos de vistas. De esta forma, se produce un cambio interno en el niño/a, siendo el juicio y la conducta individual modificados por la conducta o juicio de otros, lo que favorece la elaboración de soluciones positivas y maduras a los problemas y un cambio de las actitudes inadecuadas (Glasserman y Sirlin, 1984; Speier, 1984, Papalia y Wendkos, 1997).

Además de esto, en la psicoterapia de grupo el proceso de individuación y diferenciación también se ven favorecidos, en tanto en la interrelación dinámica con otros, el individuo logra percibirse a sí mismo más claramente, lo cual a su vez posibilita el desarrollo de la capacidad de convivencia con otros en un mismo plano de igualdad. De esta forma, la interrelación entre los miembros del grupo favorece el proceso psicoterapéutico, en tanto facilita que los integrantes puedan conocerse mejor, favoreciendo el desarrollo del sí mismo y la construcción de una identidad integrada (Glasserman y Sirlin, 1984; Speier, 1984)

Un proceso fundamental, propio de la psicoterapia grupal, que no se da en la psicoterapia individual, debido a que surge de y en la interrelación grupal, es la experiencia de compartir con otros vivencias comunes. Este aspecto, tiene particular importancia en la psicoterapia de grupo, porque ofrece la posibilidad de la vivencia de la *generalidad o universalidad*, permitiendo que, por ejemplo, ansiedades ligadas a sentimientos de culpa, inferioridad, etc., que no han sido reconocidas o han sido mantenidas en secreto, se alivien rápidamente al ser vivenciadas como comunes y compartidas por otros. En este sentimiento de vivencia común se origina la cohesión grupal. *“No es por identificación con el otro, sino que, por descubrir a sí mismo en el otro, por encontrar en él los mismos sentimientos, los mismos problemas, es posible el sentimiento de unión en el grupo”* (Speier, 1984, pág 53).

5.3- Factores terapéuticos en el trabajo grupal

En general, los desarrollos teóricos sobre la psicoterapia grupal (Corey y Corey, 1982; Spier, 1984; Glasserman y Sirlin, 1984; Hansen y cols., 1981; Yalom, 1986; Dies, 1995) han conceptualizado diversos factores que operan dentro del proceso de psicoterapia de grupo, los cuales influyen en los cambios terapéuticos de sus integrantes.

Los diversos autores, coinciden en la constatación de que no existen mecanismos universales para el cambio, sino más bien una serie de dimensiones clave que operan a través de los ambientes clínicos, las composiciones diagnósticas y las formas de terapia de grupo (Dies, 1995).

Dentro de los factores terapéuticos que operan en los grupos, podemos distinguir factores individuales y relacionales, éstos últimos se refieren tanto a factores de la relación del terapeuta con los integrantes del grupo como a factores de la relación entre los propios

miembros. Estos factores, intervienen de manera interrelacionada en el proceso grupal, incidiendo en la posibilidad de generar cambios terapéuticos.

En cuanto a los factores individuales, tanto Corey y Corey (1982) como Glasserman y Sirlin (1984) plantean que ciertas características personales y la disposición del individuo hacia el proceso psicoterapéutico intervienen en los cambios. Dentro de las características personales, en el contexto de grupo, resultan relevantes las habilidades interpersonales y la capacidad de intercambio con pares que presentan los individuos, en tanto posibilitan el establecimiento de vínculos afectivos y de pertenencia dentro del grupo. Así también, el sentimiento del propio poder y la confianza en los propios recursos personales para producir cambios en la propia vida, influyen en la manera o disposición con que el individuo enfrenta un proceso psicoterapéutico, posibilitando que el individuo pueda experimentar nuevas conductas en el grupo.

También, en la disposición del individuo hacia la terapia, influyen la motivación al cambio que posea el sujeto y su disposición a expresar aspectos personales en el grupo, lo que influye en el cambio terapéutico, en tanto posibilita que el individuo comparta su experiencia con otros, permitiendo el abordaje y tratamiento de sus conflictos. En este sentido, se ha encontrado que los pacientes dispuestos a revelarse a sí mismos son los que están en mayor probabilidad de beneficiarse del tratamiento de grupo (Morran, 1982 en Dies, 1995)

Con respecto a los factores relacionales, la relación con el terapeuta favorece el cambio terapéutico, debido a que posibilita que el niño/a pueda vivir una experiencia de relación interpersonal con un adulto permisivo y aceptador, lo cual se constituye en un modelo de relación más sana. Esta relación, es en sí misma una experiencia emocional enriquecedora, que favorece el reestablecimiento del equilibrio afectivo y el proceso de desarrollo del sí mismo (Speier, 1984; Glasserman y Sirlin, 1984).

Si bien, la calidad de la relación es crucial, la terapia necesita algo más que una relación afectuosa y sincera con el paciente, siendo lo fundamental de la relación el establecer condiciones favorables para que se inicien otros procesos (Yalom, 1986).

En este sentido, las investigaciones sobre psicoterapia de grupo (Dies, 1995; Yalom, 1986), han encontrado que dentro de los factores terapéuticos más importantes destacan los procesos interpersonales únicos para la terapia de grupo, que no necesariamente incluyen interacciones directas entre paciente y terapeuta. Aunque ciertamente, los terapeutas son instrumentales para facilitar el desarrollo de una atmósfera abierta y de apoyo dentro del grupo, es la interacción entre los propios miembros lo que constituye el mecanismo más directo de cambio en el proceso terapéutico.

Con respecto a los factores terapéuticos de la relación entre los niños/as, es la calidad de las relaciones y ciertas interacciones críticas miembro a miembro lo que se considera como más útil dentro del proceso grupal (Dies, 1988 en Dies, 1995). En este sentido, es de vital importancia para el cambio terapéutico la confrontación y la retroalimentación entregada por los compañeros/as, siendo esenciales la aceptación y empatía que exista entre los integrantes del grupo, así como los sentimientos de cooperación y protección que se desarrollan al interior de éste (Speier, 1984; Glasserman y Sirlin, 1984; Corey y Corey 1982).

Es relevante señalar, que la retroalimentación es considerada como la dimensión más importante del trabajo interpersonal dentro de la psicoterapia de grupo (Yalom, 1986), siendo descrita por Rothke (1989) como un proceso central de comunicación, en el que los pacientes comparten sus sentimientos y percepciones acerca de la conducta del otro. Este autor, plantea que *"la importancia de la retroalimentación interpersonal se basa en su utilidad para etiquetar y reducir las conductas disfuncionales, y en su facilitación del insight acerca de la manera en que la propia conducta afecta a los otros, de la voluntad para asumir mayor responsabilidad acerca de las propias acciones y de la mayor comodidad para tomar riesgos interpersonales"* (Rothke, 1989 en Dies, 1995 pág 495). Estos elementos, permiten el cambio terapéutico al fortalecer la diferenciación progresiva de los sujetos, favoreciendo el proceso de individuación y la aceptación, tanto de sí mismo como de los otros.

En este sentido, otro factor terapéutico relevante en el grupo es el intercambio entre individuos pasivos y activos, ya que se observa por un lado la moderación de los individuos con rasgos excesivamente dominantes y, por otro, la capacidad de autoafirmación y desarrollo de seguridad interior de los más débiles, produciéndose una modificación de las personalidades a través del contacto alternante con otras de rasgos opuestos (Speier, 1984; Glasserman y Sirlin, 1984).

Finalmente, respecto a la relación entre los niños/as, es fundamental tanto para el proceso como para el resultado de la terapia grupal, una propiedad básica de los grupos: la cohesión que exista entre sus integrantes (Yalom, 1986).

Según Yalom (1986), por lo general se está de acuerdo en que los grupos difieren unos de otros en el grado en que muestran una actitud de agrupamiento. Así, los grupos que tienen un gran sentido de solidaridad o que afirman "nosotros" somos el grupo, valoran más al mismo y lo defienden de las amenazas internas y externas, de tal modo que la cohesión se manifiesta inicialmente a través del apoyo, la aceptación y el aliento a la asistencia de parte del grupo. Desde este marco, Yalom define la cohesión ampliamente como *"el resultado de todas las fuerzas que actúan en todos los miembros para permanecer en el grupo"*, en otros términos señala *"es la atracción que ejerce el grupo sobre sus miembros"* (1986, página 63).

Desde una perspectiva clínica, no existe duda de que la evidencia empírica favorece en gran medida los esfuerzos por establecer lazos positivos entre los miembros del grupo para mejorar tanto el proceso como el resultado de la terapia grupal. Esto, debido a que se considera que la cohesión grupal produce un compromiso más constructivo con el trabajo terapéutico, siendo incluso una precondition para otros factores terapéuticos (Yalom, 1986), encontrándose relacionada con resultados más significativos del tratamiento (Dies, 1995).

De esta manera, se considera un imperativo que los profesionales se concentren en aumentar al máximo los niveles de cohesión grupal (Dies, 1995), ya que un grupo con alta cohesión provee un clima en el cual los participantes se sienten libres para compartir sus problemas, practicar nuevas conductas, y revelar aspectos de sí mismos, conduciendo de esta forma al cambio terapéutico (Corey y Corey, 1982; Glasserman y Sirlin, 1984; Speier, 1984).

5.4- Consideraciones pre-tratamiento

La tarea del terapeuta grupal comienza mucho antes de la primera reunión del grupo, previamente se deben tomar decisiones importantes acerca de la selección y la composición del grupo; se deben definir aspectos como el tamaño del grupo, su duración y la formulación del contrato pregrupo. Estas tareas son fundamentales, ya que el resultado positivo del grupo depende en gran parte del desempeño eficaz del terapeuta para definir estos aspectos, posibilitando la anticipación de las dificultades posteriores (Yalom, 1986).

En cuanto a la selección, este proceso se orienta predominantemente hacia aspectos individuales, atendiendo a factores como la motivación del paciente, las metas del tratamiento, las expectativas acerca del resultado y las capacidades personales para participar en un proceso grupal (Dies, 1995; Yalom, 1986). En este sentido, en el proceso de selección se debe evaluar cuidadosamente la preparación del individuo para el tratamiento, considerando que los grupos mejor seleccionados presentan un funcionamiento más armónico y mayores posibilidades de éxito terapéutico (Speier, 1984; Hansen y cols, 1981; Foulkes y cols. 1969).

De este modo, el aspecto central de la selección se refiere a si un grupo particular de tratamiento es adecuado o no para un paciente determinado. Sin embargo, en general, los terapeutas no seleccionan en realidad a los pacientes para psicoterapia de grupo, sino que dejan de seleccionar, es decir, definen criterios de selección enfatizando la exclusión de los pacientes no apropiados para la terapia de grupo (Dies, 1995; Yalom, 1986).

Así, se plantea que en la selección se debe prestar atención a los diagnósticos de los individuos, ya que se presentan como contraindicaciones la existencia de trastornos psicopatológicos que dificulten la interacción grupal. En el caso de los niños/as, se han definido criterios clínicos de exclusión, tales como la presencia de organicidad, rasgos histéricos, excesivo egocentrismo, conducta agresiva, trastornos de personalidad graves y psicosis. Sin embargo, estos criterios son flexibles, en tanto la conducta grupal de un miembro varía de acuerdo a sus necesidades internas y de acuerdo a las diferentes características del ambiente social, incluyendo la composición del grupo (Speier, 1984; Sepúlveda, 2001). Lo que es claro, es que los pacientes que no poseen los recursos emocionales, conductuales e interpersonales requeridos para participar de manera efectiva en el tratamiento grupal se encuentran en un alto riesgo de abandonar el tratamiento (Woods y Melnick, 1979 en Dies, 1995).

A pesar del énfasis en la exclusión de pacientes, dentro del proceso de selección se han definido algunos criterios generales de inclusión. El criterio más importante para la inclusión es el más básico: la motivación, "*el paciente debe estar altamente motivado para la terapia en general y para la terapia de grupo en particular*" (Yalom, 1986, pág. 250). Además, se ha definido la relevancia de la capacidad del individuo para realizar la tarea de grupo, el compromiso para asistir a las sesiones de grupo de manera regular y la congruencia de los problemas del paciente con las metas del grupo (Vinogradov y Yalom, 1990 en Dies, 1995).

Con respecto a este último punto, se ha observado que la selección de sujetos con similitud de **problemáticas** tiene gran importancia, en tanto los miembros tienen una sensación de pertenencia al descubrir otros miembros con problemas similares (a pesar de

reconocer las diferencias de cada caso). Esto permite mayor cohesión grupal, y mayor motivación e interés en ayudarse mutuamente (Hansen y cols, 1981; Sepúlveda, 2001). De este modo, los pacientes que entran a terapia con el inquietante pensamiento de que *son los únicos en su desgracia*, después de escuchar a otros miembros revelar problemáticas y preocupaciones similares, tienen la oportunidad de validar consensualmente su experiencia en el grupo, lo que posibilita la disminución de los sentimientos de aislamiento social y favorece, a su vez, que se sientan más en contacto con los otros (Yalom, 1986).

En cuanto a la **composición** del grupo, este proceso se encuentra orientado hacia la interacción, enfatizando los factores interpersonales concernientes al grupo particular de tratamiento, tales como las variables demográficas (por ejemplo: sexo, edad, etc.), la armonía interpersonal potencial y la relativa homogeneidad o heterogeneidad en cuanto a dimensiones diagnósticas o de relación (Dies, 1995). De este modo, lo fundamental de la composición es la compatibilidad del paciente con otros participantes dentro de un sistema único de grupo, es decir, se debe componer el grupo de tal manera que los miembros interactúen de cierta forma que permita el logro de los objetivos planteados. En este sentido, resulta evidente que *"la composición inicial de un grupo tiene una poderosa influencia en el resultado final de todo el grupo"* (Yalom, 1986, pág. 234).

Al definir la composición, surge la problemática respecto a si el grupo debe ser homogéneo o heterogéneo. En este sentido, los grupos homogéneos permiten una mayor cohesión y apoyo grupal, necesarios para un adecuado funcionamiento y manejos del grupo, sin embargo, dificultan el cambio terapéutico, lo cual se ve facilitado en los grupos heterogéneos. Este problema, sin embargo, se resuelve en tanto hay características importantes de homogeneizar en un grupo y otras en que es más beneficiosa la heterogeneidad. Desde este punto, es necesario que el grupo no sea demasiado dispar en cuanto a edad, nivel intelectual, sexo y similitud de problemas, pero que sea heterogéneo respecto a características de personalidad (Speier, 1984; Hansen y cols, 1981; Sepúlveda, 2001). Al respecto, Melnick y Woods (1976, en Dies, 1995) sugirieron que la composición del grupo se debe guiar hacia la obtención de un equilibrio óptimo entre las condiciones que aumentan al máximo el aprendizaje interpersonal (heterogeneidad) y las consideraciones que aseguran el mantenimiento del grupo (homogeneidad), proponiendo un modelo de "apoyo más confrontación".

La inclusión de miembros con características de **personalidad** diversas se considera efectiva, en tanto permite una mayor interacción entre los miembros y, que éstos aprendan a relacionarse con diferentes tipos de personas, a través de la confrontación (Hansen y cols, 1981; Speier, 1984). Esta interacción con personalidades diferentes facilita el cambio de comportamientos, sin embargo se debe considerar que *"cuanto mayor sea el campo entre los tipos polares, mayor será el potencial terapéutico, si el grupo puede soportar esto"* (Foulkes y Anthony, en Yalom 1986). En este sentido, como un elemento fundamental a considerar para el resultado positivo del grupo, es el apoyo que exista entre sus miembros, lo que permite el equilibrio y mantenimiento del grupo.

Por otro lado, en la composición del grupo es importante definir si éste será de carácter **abierto o cerrado**. Los grupos cerrados no admiten nuevos miembros una vez empezado y en general tienen un término planificado, por el contrario, en los grupos abiertos los miembros van cambiando, de manera que el grupo continúa funcionando sin un término previamente

definido. Los grupos abiertos permiten que el grupo continúe funcionando cuando algunos pacientes desertan del tratamiento, y posibilitan que los miembros del grupo interactúen con nuevos participantes, pero presentan la dificultad de que los participantes tienen diferentes niveles de compromiso con el proceso grupal y están en diferentes etapas de la terapia, lo cual puede conducir a un trabajo menos efectivo. Los grupos cerrados, por su parte, proporcionan un ambiente más estable y seguro, el cual posibilita el surgimiento de la reciprocidad, lealtad y confianza entre sus miembros, existiendo una mayor cohesión grupal, que permite mayor expresión de los miembros y un trabajo más profundo de las problemáticas (Hansen y cols, 1981; Speier, 1984; Sepúlveda, 2001).

En referencia a la **edad**, específicamente en la terapia de grupo infantil en etapa escolar, es necesario que el margen de diferencia de edad entre los miembros no sobrepase los dos años. Sin embargo, más que considerar la edad cronológica es importante tomar en cuenta las características evolutivas, en tanto es ventajoso para el logro de los objetivos trabajar con niños/as con similar grado de madurez. Surge como relevante, en este sentido, considerar que por sus características evolutivas, el trabajo grupal con preescolares se ve dificultado, ya que el grupo funciona más bien como terapias individuales en ambiente colectivo (predominando el juego individual), no pudiendo tener más logros que la socialización normal que se da en los grupos recreativos (Hansen y cols, 1981; Speier, 1984; Sepúlveda, 2001; Foulkes y cols. 1969)

También es necesario que exista un **nivel intelectual** homogéneo (Hansen y cols, 1981; Speier, 1984; Sepúlveda, 2001; Foulkes y cols. 1969), ya que las actividades de las sesiones deben adecuarse a las posibilidades de los miembros del grupo. Por tanto, una disparidad en el nivel de inteligencia podría ocasionar que algunos miembros tengan mayor participación que otros, surjan conflictos o las actividades resulten inefectivas para algunos pacientes.

En cuanto al **sexo** de los participantes generalmente se plantea como recomendación, que en la edad escolar los grupos sean mixtos, ya que es una situación más normativa (Speier, 1984; Sepúlveda, 2001; Hansen y cols, 1981). Sin embargo, Speier (1984) plantea que el tema de sexualidad, a cualquier edad, es preferible trabajarlo por separado hombres y mujeres, ya que la conversación de estos temas en presencia del sexo opuesto no es común en nuestra cultura y crea dificultades, ansiedades y choques con el medio externo. En este sentido, en su experiencia, pudo observar que en los grupos mixtos de escolares se generaba mayor ansiedad frente al tema y evasión, manifestada en conductas burlonas o evitativas, lo cual no se observó en los grupos de un sólo sexo.

En cuanto al **tamaño** del grupo, la literatura propone como un número adecuado, la participación de 6 a 8 niños, estableciéndose como límites extremos 5 y 12 miembros. Estos límites están dados debido a que un número menor de 5 niños, no permite la ocurrencia de una dinámica grupal adecuada, dejando de operar como grupo, y un grupo muy grande no permite tener el tiempo necesario para la expresión en profundidad de las problemáticas de los diferentes miembros, y tiende a traer consigo la formación de subgrupos, reduciéndose las interacciones entre los miembros (Speier, 1984; Yalom, 1986; Hansen y cols, 1981). De esta forma un tamaño de 6 a 8 niños permite trabajar con una dinámica grupal que posibilita la participación de todos los miembros. Es posible que durante las etapas iniciales del tratamiento, deserten uno o dos miembros, aconsejándose que el grupo comience a funcionar

con un número de participantes mayor a lo deseado (Hansen y cols. 1981; Foulkes. y cols, 1969; Sepúlveda, 2001; Speier, 1984; Yalom, 1986)

Finalmente, se debe realizar **previo al inicio** de las sesiones grupales, una sesión individual, en donde el terapeuta se reúne con los miembros del grupo y sus padres para informarlos acerca de los objetivos, el lugar, la duración, el número de sesiones y el tipo de técnicas a utilizar en el grupo. Este procedimiento, denominado de contrato pregrupo, ayuda al alivio de la ansiedad que generalmente presentan los sujetos previo a su participación en un grupo, enfatizando la naturaleza segura y de apoyo de la experiencia grupal. Por otro lado, un contacto inicial del terapeuta con los padres, permite un mejor manejo parental. Un aspecto importante también a observar en esta sesión, es el interés y la motivación de los miembros de participar de una experiencia de terapia grupal, en tanto esto es relevante para el logro de éxitos terapéuticos (Speier, 1984, Hansen y cols. 1981; Yalom, 1986).

5.5- Aspectos técnicos

5.5.1- Estructura de las sesiones

Un aspecto importante de las intervenciones, planteado por Corey y Corey (1982), dice relación con cómo empezar y terminar las sesiones. Fietz (2002) y Soto (2002) proponen para el inicio de las sesiones, comenzar a trabajar en torno a un acto simbólico como puede ser una ceremonia inicial o ritual, con el objetivo de dar un sentido completamente distinto al inicio de una actividad diferente a la que los participantes están acostumbrados. Esta ceremonia, debería iniciar cada sesión grupal, convirtiéndose en una forma eficaz para los niños/as de aceptar las reglas del trabajo en grupo. Esto, en tanto es necesario un comienzo de la sesión que permita introducir a los miembros del grupo en un trabajo productivo y efectivo durante la sesión.

Por otro lado, Corey y Corey (1982) proponen iniciar las sesiones preguntando a los participantes qué han hecho en la semana, qué quieren trabajar esta sesión, revisando tareas y, preguntando por la sesión anterior, trabajando sentimientos no resueltos en ésta y relacionándolos con la sesión actual. Glasserman y Sirlin (1984), coinciden en la importancia de comenzar abordando los aspectos que constituyen parte de la vida cotidiana de los niños (colegio, casa, programas de t.v., intereses, etc.), debido a que *"permite al niño sentirse comprendido, hablando en su lenguaje y de las cosas que le interesan"* (en pág., 59).

En cuanto a los cierres Corey y Corey (1982) plantean que es necesario un resumen o integración por parte del terapeuta de los contenidos trabajados en la sesión y un aliento a los miembros para practicar algunas habilidades aprendidas en sesión en la vida diaria. También al cerrar la sesión, es importante ofrecer a los participantes un tiempo para que reflexionen acerca de que les gustó y no les gustó de la sesión, que esperan hacer durante esta semana, cómo se sienten acerca de lo que hicieron o no hicieron en la sesión, y algunos temas pendientes para la próxima sesión.

Respecto a la frecuencia y **duración** de las sesiones, es adecuada la realización de sesiones semanales de 1,5 a 2 horas de duración. En este sentido, este período de 1,5 a 2 horas es suficiente para permitir cierto trabajo intenso en que los miembros se involucren personal y productivamente, pero no es tan extenso como para producir fatiga en los participantes y

disminución del interés y la productividad (Hansen y cols., 1981). Una frecuencia de una sesión semanal, permite la existencia de un intervalo de tiempo que posibilita la reflexión, la elaboración y el crecimiento entre sesiones.

La extensión de los grupos es variable, sin embargo, es recomendable definir cuáles serán sus plazos, ya que éstos impulsan al grupo a lograr las metas en el tiempo determinado, los cuales en general son de 12 a 15 sesiones (Corey y Corey, 1982, Sepúlveda, 2001). Así, la ventaja de trabajar con un número específico de sesiones es que proporciona un límite de tiempo para la vida del grupo, por lo cual los miembros se ven impulsados a funcionar durante ese tiempo (Hansen y cols., 1981).

5.5.2- El modelo de co-terapeutas

En general, en el trabajo psicoterapéutico con grupos se recomienda la participación de dos terapeutas para guiar la dinámica grupal. Corey y Corey (1982) plantean un modelo de co-terapeutas, el cual presenta ventajas tanto para los miembros del grupo, como para los dos terapeutas que trabajan en conjunto.

En este sentido, el trabajo en conjunto permite la retroalimentación e intercambio de percepciones entre los terapeutas acerca del manejo grupal, lo cual puede ser constructivo para cada uno de los terapeutas en lo que se refiere al reconocimiento de habilidades y estilos personales para el trabajo terapéutico, así como también permite aumentar las capacidades para funcionar efectivamente como co-terapeutas de un grupo, al incorporar como elemento fundamental el trabajo cooperativo y no competitivo.

En cuanto al manejo de la dinámica en el grupo, el desgaste o burn-out del terapeuta puede ser reducido al trabajar con un co-terapeuta, especialmente cuando se trabaja con grupos difíciles, de tal forma que uno de los terapeutas puede atender a ciertos miembros problemáticos mientras el otro continúa el trabajo en el resto del grupo. Así, cuando uno o más miembros del grupo expresan intensas emociones, un terapeuta puede prestar atención a esos individuos, mientras el otro terapeuta puede estar atento a las reacciones de los otros miembros del grupo, buscando promover la integración de todos los participantes en el trabajo, al facilitar la interacción entre ellos, por ejemplo, invitándolos a compartir sus sentimientos.

Por otro lado, a un nivel más personal, si uno de los terapeutas ha sido fuertemente impactado por la sesión o afectado contratransferencialmente por alguno de los participantes del grupo, puede explorar sentimientos de rabia, depresión, etc., con el co-terapeuta después de la sesión, pudiendo sentirse acogido y apoyado.

Considerando lo anterior, resulta necesario para un efectivo trabajo en conjunto, que los co-terapeutas se reúnan antes y después de cada sesión para evaluar su liderazgo y el proceso grupal, así como para hacer planes para sesiones futuras.

5.5.3- Actitud del terapeuta

En el trabajo psicoterapéutico con niños/as, el terapeuta debe evitar asumir una actitud controlada y poco espontánea, debido a que el rol de un terapeuta distante resulta conflictivo

para los niños/as, se constituye en un factor que constantemente perturba la relación, pudiendo incluso despertar agresión en los pacientes (Glasserman y Sirlin, 1984).

El terapeuta debe tener una actitud receptiva y una participación activa dentro del grupo de niños/as, permitiéndose una plasticidad interna de transportarse a un rol que aparentemente no tiene *nada en común con el común del terapeuta*. Se debe buscar que los niños/as sientan al terapeuta entre ellos, con las diferencias necesarias para tener seguridad en cuanto a la fijación de límites, debido a que posibilita un encuadre donde el niño/a encuentra un contexto más seguro, pero con una participación activa dentro del grupo, lo que lleva implícito el interés del terapeuta por la vida cotidiana del niño/a, lo que le permite a éste sentirse comprendido.

Es decir, en primer lugar, el terapeuta debe acercarse a los niños/as en sus propios temas, para facilitar que luego los niños/as se acerquen a él y puedan expresar aspectos significativos de su mundo interno. Para lograr esto lo principal es la autenticidad del terapeuta. En este sentido, se debe construir una relación que permita la expresión del niño/a, siendo el terapeuta flexible, empático y respetuoso con respecto a como el niño/a *quiere y puede ser* con el terapeuta y sus compañeros/as, estando atento a las necesidades del grupo y buscando el momento adecuado para realizar las intervenciones.

5.5.4- Intervenciones:

Dies (1983; en Dies, 1995) plantea que el tipo de actividad del terapeuta que aparece más benéfica en el ambiente grupal es aquella que añade significado y significancia a la tarea terapéutica. Es decir, los terapeutas que proporcionan conceptos que ayudan a los pacientes a comprender la conducta y las experiencias grupales (atribución de significado), conducen en gran medida a la mejoría del paciente.

Por otro lado, se ha encontrado evidencia empírica (Dies, 1995) que demuestra la superioridad de los tratamientos más directivos, en tanto las intervenciones más estructuradas presentan mayor probabilidad de generar procesos grupales constructivos y fomentar resultados terapéuticos más favorables. La evidencia sugiere que los tratamientos directivos que se diseñan para estilos individuales (por ejemplo, fóbicos, depresivos, etc.) o estados psicológicos particulares (por ejemplo, estrés post-traumático, depresión, etc.), pueden producir ganancias mayores y más duraderas.

Sin embargo, esto cobra mayor importancia en las etapas tempranas del grupo, en donde la intervención directiva del terapeuta ayuda a los pacientes a reducir el sentimiento de responsabilidad, disminuyendo la ansiedad ante la situación nueva que representa el grupo, potenciando así la toma de riesgos y la cohesión entre los miembros (Bernard y cols., 1974, en Dies, 1995). Inicialmente, las intervenciones del terapeuta se deben centrar predominantemente en el grupo, focalizándose en la formación de una cultura grupal, en el establecimiento de normas claras y en la creación del potencial terapéutico del grupo (Yalom, 1986).

La investigación en psicoterapia de grupo, muestra que los pacientes de la terapia grupal prefieren y, aparentemente se benefician más, de un estilo de intervención activamente

afirmativo. Cabe señalar, que el impacto del terapeuta de grupo se media tanto a través del modelamiento como del reforzamiento (Dies, 1995).

En general, los terapeutas que están dispuestos a ser abiertos con los miembros de su grupo, especialmente en términos de los sentimientos en el *aquí y ahora*, así como acerca de las razones fundamentales de sus intervenciones terapéuticas, poseen una mayor probabilidad de facilitar el desarrollo de relaciones mutuamente confirmadoras al interior de su grupo. Así, mediante el modelamiento, los terapeutas descritos pueden promover la apertura entre los participantes del grupo. Por otro lado, mediante el reforzamiento, los terapeutas pueden reforzar las expresiones íntimas entre los miembros del grupo, estableciendo a algunos participantes como modelos de rol para la apertura interpersonal. En este sentido, *"el terapeuta astuto es aquel que sabe cuáles miembros grupales servirán como los recursos más productivos en los momentos críticos en el desarrollo del grupo"* (Dies, 1995; pág. 490).

Si bien, es indiscutible la relevancia del terapeuta dentro del proceso grupal, es importante considerar que los terapeutas deben reducir de manera gradual su nivel de actividad y el foco de su estructuración a medida que los miembros del grupo mejoran en su comprensión de la tarea terapéutica y de su rol de ayudarse entre sí a lograr las metas individuales (Dies, 1983, en Dies, 1995).

Según Speier (1984), las intervenciones del terapeuta grupal en su mayor parte no se diferencian de las intervenciones realizadas en la terapia individual, centrándose en resolver en profundidad los conflictos, interviniendo a través de estimular la expresión de los conflictos, esclarecer situaciones o sentimientos, establecer juicio de realidad, intervenir psicoeducativamente, interpretar de manera comprensiva, justificadora y aclaradora, estimular el desarrollo de sentimientos positivos, introducir temas conflictivos, entre otras, todas intervenciones que estimulan la maduración y desarrollo de la personalidad.

Sin embargo, esta autora plantea que en el grupo las intervenciones del terapeuta se diferencian principalmente por la utilización de factores terapéuticos en el grupo y el aprovechamiento de los factores grupales, lo cual es coincidente con los postulados de la mayoría de los autores dedicados a la psicoterapia grupal (Yalom, 1986; Foulkes y cols, 1969; Dies, 1995). Respecto a los factores terapéuticos en el grupo, se utilizan como intervenciones principalmente la elaboración grupal, la participación grupal y la generalización.

El terapeuta interviene favoreciendo la elaboración espontánea del grupo, estimulando a los niños/as a elaborar entre sí las dudas y preocupaciones, y luego completa con las aclaraciones que cree convenientes. Ante situaciones conflictivas, el terapeuta en vez de interpretar, debe trasladar la solución al grupo, invitándolo a opinar, dejando que los niños/as encuentren un equilibrio entre sí en la acción grupal, permitiendo una autoconstrucción de soluciones en los niños/as. De este modo, Foulkes (en Yalom, 1986; pág. 166) plantea: *"hay veces en que el terapeuta debe reprimir su sabiduría, tolerar el conocimiento imperfecto y esperar a que el grupo encuentre soluciones"*. Esta elaboración espontánea de los niños/as moviliza el proceso interno de crecimiento, promoviendo la clarificación y una nueva percepción del sí mismo (Speier, 1984).

En cuanto a la participación grupal, el terapeuta debe favorecerla activamente con sus intervenciones, estimulando la participación de todos los niños/as en la expresión de

sentimientos y fantasías. Sin embargo, el terapeuta debe asegurar a los miembros que el grado en que participen es una decisión personal, ellos pueden mantener silencio si quieren y tienen el poder de elegir qué temáticas personales van a discutir y qué áreas van a mantener en privado. Con respecto a esto, es importante señalar que las exploraciones prematuras del terapeuta en aspectos íntimos de los participantes, así como los intercambios confrontativos, previo a la generación de un clima de confianza, pueden resultar factores que influyan negativamente, tanto en los pacientes individuales como en el sistema grupal (Speier, 1984; Corey y Corey, 1982; Dies, 1995).

En este sentido, se ha observado que la primera tarea de cualquier grupo terapéutico es la aceptación o participación de sus miembros, de modo que la estructura inicial del grupo ayude a los miembros a compartir las experiencias y reacciones comunes, posibilitando desarrollar un sentido de *universalidad*, es decir, una apreciación de que tienen experiencias comparables y que, por tanto, se pueden comprender unos a otros (Speier, 1984; Yalom, 1986; Mackenzie, 1987, en Dies, 1995).

Desde esta perspectiva, la *generalización* es la principal intervención realizada por el terapeuta en la psicoterapia grupal, ya que permite conjugar la acción grupal con la comprensión individual y favorece la participación grupal. El terapeuta en el grupo siempre debe utilizar la generalización de los problemas y sentimientos, expresado por uno o algunos miembros, de tal forma que conductas significativas o fantasías son interpretadas vinculándolas a los motivos más profundos del niño/a, es decir, basadas en el conocimiento y significado particular del sujeto, y generalizando su significado para el grupo.

La generalización trae consigo la inmediata conciencia de problemas comunes a otros y de esta forma una sensación de alivio. También permite que una interpretación u observación del terapeuta tenga repercusiones en forma grupal, beneficiándose todos los miembros del grupo por participación pasiva. La generalización o universalidad, junto con el estímulo a la expresión grupal son los recursos más importantes del terapeuta para lograr la participación y la cohesión en el grupo (Speier, 1984; Yalom, 1986).

En cuanto al aprovechamiento de los factores grupales, el terapeuta debe intervenir en la convivencia grupal, favoreciendo la cooperación y el intercambio recíproco, y estimulando el proceso de socialización, a través de la vivencia en la interrelación grupal (Speier, 1984). En este sentido, en términos generales, la estructura grupal que construye normas de apoyo y destaca las interacciones positivas entre los miembros es la que se ha mostrado más efectiva (Dies, 1995).

5.6 Proceso psicoterapéutico

5.6.1- Etapas de vida de un grupo

En la literatura (Speier, 1984; Yalom, 1986; Hansen y cols, 1981) se han descrito diversas etapas de vida en los grupos, las cuales se han conceptualizado como fases y ciclos de desarrollo que varían de acuerdo al tipo de grupo en estudio. Aún cuando los modelos teóricos difieren en los conceptos específicos que utilizan y en el número real de etapas que estructuran, existe un consenso en lo que se refiere al progreso de los grupos a través de una serie de obstáculos que se le presentan durante su desarrollo (Dies, 1995). Si bien, no se han

definido patrones del desarrollo del grupo, es importante considerar el planteamiento de Cissna (1984, pág. 25) "*cada grupo es como **todos** los grupos en algunos aspectos, como **algunos** - o quizás como la **mayoría** - de los grupos en algunos aspectos y como **ningún** grupo en otros aspectos*" (en Dies, 1995; pág. 487).

En este sentido, resulta necesario comprender cómo se desarrollan los grupos y cómo evolucionan a través de un proceso sistemático, ya que el comprender las etapas en la vida de los grupos puede ayudar a los terapeutas a colocar un sólo hecho bajo perspectiva y a llevar cierto orden para que los miembros no se confundan. Considerando lo anterior, se analizan a continuación tres etapas o fases del desarrollo de un grupo, siguiendo el esquema planteado por Glasserman y Sirlin (1984): etapa introductoria, etapa intermedia y etapa integradora.

La etapa introductoria, comprende un período corto de tiempo, en donde aparecen las ansiedades de los participantes frente a la situación nueva, el terapeuta, los otros niños/as y la situación grupal. Cuando un grupo comienza, parece razonable que muestre aprensión e inseguridad sobre el comportamiento y estructura del grupo, mostrándose dependiente de la dirección de los terapeutas. En esta etapa, el individuo comienza a involucrarse con el proceso terapéutico, aceptando la influencia de los demás con el fin de obtener una reacción favorable. Así, en un primer momento, las ansiedades de los participantes se dirigen a través de una actitud socializada que les permite adaptarse al esquema grupal.

El niño/a se encuentra ante un ambiente y una permisibilidad distinta a los habituales, con un adulto que cumple funciones diferentes de las conocidas. Desde entonces, establece una nueva relación, la grupal, de donde surgirán posteriormente las normas del grupo. Gradualmente, se establecen vínculos afectivos y de pertenencia entre los participantes, se advierten preferencias y rechazos entre los niños/as, comenzado a establecer una identidad y cohesión grupal.

La segunda etapa, intermedia, se caracteriza por un aumento significativo de los vínculos afectivos al interior del grupo (Glasserman y Sirlin, 1984), sin embargo implica generalmente un período de conflicto (Dies, 1995). La respuesta emocional negativa de los miembros a la situación general y a cada uno de los otros miembros puede presentar una amenaza a su desarrollo posterior. Si este sentimiento de tensión es superado, los miembros desarrollarán sensibilización de unos para otros y espíritu de trabajo colectivo.

Un elemento importante, es que a medida que se desarrollan las relaciones grupales, aumenta la capacidad de intercambio personal, centrando los niños/as su intercambio principalmente a través del lenguaje, dejando de lado el juego (Glasserman y Sirlin, 1984). En este sentido, el grupo favorece la socialización al constituir una experiencia de aprendizaje interpersonal democrático, al tomar resoluciones de común acuerdo y por el estímulo al desarrollo de sentimientos positivos a través del apoyo a soluciones justas.

La etapa integradora, se caracteriza por una mayor madurez emocional, se observa la preocupación por las metas terapéuticas, los intentos reparatorios y un cambio en la forma de enfrentar los propios conflictos, orientándose menos hacia fines patológicos y más hacia lo evolutivo (Glasserman y Sirlin, 1984). En esta etapa, aumenta la reflexión y disminuyen las actuaciones, manifestando los niños/as preocupación ante sus dificultades y respeto por la de los otros. Esto, conduce a la capacidad de participar y ayudar a los demás en sus problemas, un

paso que resulta difícil, pero que produce gratificación en las partes. En este sentido, un aspecto fundamental es la desaparición de los roles estereotipados al interior del grupo, no existiendo en esta etapa la necesidad de ubicar a un integrante en un determinado papel, desarrollándose por el contrario vínculos más flexibles entre los miembros, aumentando la tolerancia hacia la frustración y, su vez la capacidad creativa.

En esta etapa se logra una cohesividad y productividad al interior del grupo, llegando al proceso de terminación, en donde *"cada miembro logra asegurar su propia identidad, lo que redundará en el sentir grupal, (...) diluyéndose la función de liderazgo atribuida al terapeuta"* (Glasserman y Sirlin, 1984; pág. 75)

6. PSICOTERAPIA GRUPAL CON VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL

6.1- Beneficios de la terapia grupal en la reparación del abuso sexual infantil

Tomando en cuenta los objetivos y niveles de intervención en el tratamiento del abuso sexual infantil y el daño de la experiencia abusiva en los niños/as, diversos autores (Zárte, 1993; Sename, 1999; P. Álvarez, 2000, en Varela, 2000) plantean que la psicoterapia grupal resulta útil y necesaria, describiéndose múltiples beneficios y ventajas respecto al impacto de este tipo de intervención en la reparación del abuso sexual infantil.

Una de las principales ventajas en las cuales coinciden la mayoría de los autores es la disminución de los sentimientos de aislamiento y estigmatización que presentan los niños/as víctimas de abuso sexual (Cantón Duarte y Cortés, 1999; Malacrea, 2000; Varela, 2000; Doyle, 1990; Barudy, 2000; Correa y Riffo, 1995), los cuales se relacionan con una de las dinámicas traumatizantes en los niños abusados sexualmente propuestas por Finkelhor y Browne (1985), la estigmatización –descrita anteriormente-. El grupo se presenta como un recurso fundamental para la superación de ésta dinámica, en tanto es un aspecto que difícilmente puede ser transmitido por el terapeuta durante el proceso terapéutico individual, y que fácilmente el niño/a puede observar al interactuar con sus pares (P. Álvarez, 2000; en Varela, 2000; Doyle, 1990).

Así, el grupo permite la disminución de los sentimientos de aislamiento y estigmatización, y el restablecimiento de un sentido real de pertenencia e integración a un grupo, al posibilitar que los niños/as vuelvan a interactuar con sus iguales, descubriendo que a otros niños/as les ha pasado lo mismo que a ellos, que no son la única víctima de abuso sexual sino que también hay otras víctimas de la misma edad que han experimentado vivencias similares y que tampoco pudieron defenderse y delatar al abusador, lo cual trae consigo una notoria sensación de alivio, al tener la vivencia de la generalidad o universalidad –descrita anteriormente- (Cantón Duarte y Cortés, 1999; Malacrea, 2000; Varela, 2000; Barudy, 2000; Rojas Breedy, 2002; Soto, 2002). También observan que comparten con sus pares sentimientos como la rabia, culpa, ambivalencia hacia el agresor o desesperanza, lo cual posibilita una disminución de estos sentimientos, principalmente de la culpa asociada a la experiencia de abuso sexual (Doyle, 1990; M.I De la Huerta, 2000, en Varela, 2000).

Asimismo, el rompimiento de los sentimientos de culpa y estigmatización permiten al niño/a sentirse reconocido en su experiencia, posibilitando que el niño/a redefina su

autoconcepto (Canton Duarte y Cortés, 1999; J. Martínez, 2000, en Varela, 2000). De este modo, el niño/a ya no se definirá en función de una experiencia que todo el grupo ha sufrido y comenzará a descubrir características positivas en otros, pudiendo comprender que la experiencia de abuso sexual no es un aspecto definitorio del otro, comenzando de esta forma a reconocer aspectos positivos de sí mismo y a integrar su propia experiencia (Doyle, 1990; Canton Duarte y Cortés, 1999; Correa y Riffo, 1995).

Un beneficio adicional de la terapia grupal, es que los niños/as no se van a sentir tan amenazados por la posición de autoridad de un adulto, sintiéndose en un ambiente más seguro y natural, que en terapia individual, en donde se encuentran solos con un adulto, proporcionando modelos alternativos de relación con los terapeutas (Cantón Duarte y Cortés, 1999, Rojas Breedy, 2002; Doyle, 1990). Así, resulta ser que la terapia grupal ofrece al niño/a un contexto seguro, estable y protegido, de total acogida, apoyo interpersonal y aceptación por su grupo de pares y el terapeuta, mostrando la existencia de personas en las cuales se puede confiar, aspecto especialmente importante en casos que ha habido reacciones negativas del entorno o crisis familiares posterior a la develación de la situación abusiva sexual (Cantón Duarte y Cortés, 1999; Doyle, 1990; Correa y Riffo, 1995).

El contexto grupal provee la oportunidad a los niños/as de obtener apoyo, pero a la vez de confortar y apoyar a otros niños/as, tratando de aliviar su sufrimiento, lo cual es también reparatorio para ellos mismos, al empatizar y ayudar a otros niños/as (P. Álvarez, 2000, en Varela, 2000; Rojas Breedy, 2002). En este sentido, un aspecto esencial dentro de las relaciones entre pares, es la posibilidad que entrega la terapia grupal a los niños/as de aprender a relacionarse y comunicarse de maneras normales y sanas, o mejor dicho, de forma no abusiva (V. Pinto, 1998, en Varela, 2000; Rojas Breedy, 2002).

Así, la terapia grupal facilita que las víctimas puedan identificar, vivenciar y expresar el hecho traumático en un ambiente protegido, entregando la oportunidad para que los niños/as víctimas puedan equiparar relatos y, de alguna manera, puedan sentirse confiados de abrir lo que les pasó, ya que al compartir experiencias dolorosas en un contexto de grupo y al escuchar las vivencias de otros compañeros/as se le ofrece a la persona un camino para discutir sus propios sentimientos sobre el abuso, pudiendo presentar menos dificultades y resistencias para revelar sus secretos y emociones. (Rojas Breedy, 2002; Moya, 2000, en Varela, 2000).

Así en el grupo se produce un modelaje entre los niños/as, lo cual permite que éstos puedan ir potenciándose entre ellos su proceso de reelaboración del abuso sexual, en el sentido de que el grupo sirve como reflejo para observar el abuso de otra manera, al compartir diversas experiencias en un contexto de intimidad grupal, pudiendo aprender el niño/a de las respuestas al abuso de otras personas, conocer nuevos mecanismos de enfrentamiento de los problemas y diferentes habilidades de autocuidado. Este aspecto resulta especialmente beneficioso para aquellos niños/as que se encuentran más silenciados e inhibidos en su trabajo de reparación y en la terapia de grupo, ya que al existir miembros con grados de reelaboración mayores, pueden aprender de ellos y sentirse esperanzados de mayores posibilidades de integración, así como niños/as que tienden a utilizar mecanismos de negación o minimización de los hechos y sentimientos con fines defensivos, pueden sentir caer sus propias resistencias si son puestas en contacto con los sufrimientos y desventuras de otros, encontrando el impulso para reconocerse a sí mismo al reflejarse en ellos (Varela, 2000; Rojas Breedy, 2002; Malacrea, 2000).

En este sentido, el grupo tiene también como efecto positivo, que personas que han desarrollado excesiva dependencia del terapeuta o que tienden a la pasividad, encuentran en el grupo estímulo para tomar más iniciativa, al observar a compañeros/as más independientes y activos (Malacrea, 2000).

En relación a esto, Barudy (1998, 2000) plantea que la ley del silencio es una dinámica del abuso sexual, que no permite al niño/a relatar y denunciar el abuso sexual, lo cual puede incrementar el sentimiento de estigma. En este sentido, el grupo puede actuar como una fuente potente al contribuir a que los niños/as víctimas de abuso sexual puedan romper la ley del silencio y denunciar públicamente la situación abusiva experimentada. El grupo puede ser el principal testigo de la denuncia del abuso y reconocer al niño/a como víctima y al adulto como el abusador y el único responsable y culpable del abuso sexual. De esta manera, si el niño/a rompe el silencio dentro del grupo, puede aliviarse y comenzar su trabajo de reparación propiamente tal, a la vez que disminuir el sentimiento de estigma al compartir con otros sus experiencias (Varela, 2000).

Finalmente, cabe señalar que otra de las principales ventajas de la terapia grupal, se refiere a que ésta permite optimizar los recursos económicos y humanos en el proceso de reparación del abuso sexual, siendo una respuesta práctica en el contexto de alta demanda de atención actual en nuestro país, brindando posibilidades para atender a un mayor número de niños/as con un menor coste de recursos. A su vez, los terapeutas que trabajan en el tema del abuso sexual se pueden desgastar y agotar con la alta demanda de casos, no pudiendo asegurar una óptima reparación, pudiendo en cierta medida la terapia grupal contrarrestar el desgaste profesional causado por el trabajo con estos casos (Cantón Duarte y Cortés, 1999; J. Martínez, en Varela, 2000).

6.2- Problemas de la terapia grupal en la reparación del abuso sexual infantil

Si bien se han descrito múltiples beneficios en el tratamiento grupal de víctimas de abuso sexual, ésta también puede presentar ciertos problemas.

Un obstaculizador del trabajo grupal es que los niños/as no se encuentren preparados para ingresar a un grupo, y, en vez, de favorecer la reparación, la participación en un grupo los atemorice y eviten contactarse con sus experiencias de abuso sexual. Así, es fundamental que previo al ingreso a un grupo de terapia, los niños/as tengan un espacio individual para iniciar un trabajo de resignificación de la experiencia abusiva y se genere un vínculo significativo con los terapeutas (M.I De la Huerta, 2000; en Varela, 2000). Así también, hay problemas que no es recomendable tratar en grupo, porque podría ser más perjudicial (por ejemplo, desórdenes alimentarios), lo cual es necesario detectar previo al inicio de la terapia grupal (Doyle, 1990).

Debido a que el trabajo grupal con víctimas de abuso sexual infantil requiere de terapeutas capacitados en trabajo con niños/as, trabajo grupal y en abuso sexual, puede presentarse como un obstaculizador la alta necesidad de preparación que requieren los terapeutas (Doyle, 1990). En este sentido, se requiere un terapeuta que esté atento al proceso grupal, para no realizar un trabajo superficial y contribuir al proceso terapéutico de cada uno de los niños (J. Martínez, 2000, en Varela, 2000).

Un riesgo de la terapia, que debe ser evitado, es la posibilidad que un tratamiento prolongado en un grupo de “víctimas” perpetúe la identificación de los niños/as con este rol (Cantón Duarte y Cortés, 1999).

Dentro de los problemas de la terapia grupal, se encuentra la posibilidad de que los participantes desarrollen sentimientos y síntomas que no habían experimentado anteriormente (Cantón Duarte y Cortés, 1999). El terapeuta debe estar atento a esto, al igual que debe evitar la aparición de fenómenos demasiado acentuados de identificación colectiva, con la consiguiente aparición de vivencias falsas. Este riesgo, sin embargo, aparece bastante remoto en las situaciones en que los aspectos del trauma real han sido emocionalmente significativos (Malacrea, 2000).

No obstante, los posibles problemas de la terapia grupal en víctimas de abuso sexual, descritos anteriormente, los beneficios son de mayor alcance que las posibles dificultades, siendo deber del terapeuta evitar los problemas y resguardar la potenciación de los beneficios (Malacrea, 2000).

6.3- Aspectos técnicos

En la psicoterapia grupal de víctimas de abuso sexual, se deben considerar los mismos aspectos que en general se plantean para la psicoterapia de grupo, sin embargo también existen aspectos específicos para esta población que es necesario señalar.

Para asegurar la reparación de la experiencia de abuso sexual, es importante considerar variables del grupo como la edad, sexo, características de la experiencia traumática, tipos de grupo, experiencia y formación del terapeuta (Varela, 2000). Desde esta perspectiva, la composición del grupo debería ser homogénea en términos de grupos etarios y sexos. La mayoría de los grupos se han desarrollado con niñas, debido a que los procesos de los grupos terapéuticos de niñas-víctimas y niños-víctimas son muy diferentes entre sí (Cantón Duarte y Cortés, 1999; Doyle, 1990).

También, se recomienda que los participantes presenten experiencias similares de abuso sexual. En este aspecto, existen algunas experiencias de psicoterapia grupal en víctimas de abuso, en que se delimitan aún más las características de los miembros, por ejemplo a síntomas o cuadros específicos (Rojas Breedy, 2002).

Con respecto a la delimitación del tiempo de la terapia, se plantean distintas modalidades de trabajo. Los grupos de tiempo limitado, generalmente oscilan entre 4 y 20 sesiones, presentan la ventaja de ser económicos en términos de tiempo y dinero, poseen una clara orientación a lograr metas definidas y tienen un foco dirigido específicamente a asuntos relacionados con el abuso sexual. Por otro lado, los grupos de tiempo ilimitado generalmente oscilan entre los 6 meses a varios años, permitiendo el trabajo de otros aspectos más profundos dañados por el abuso sexual. Así también, en cuanto al carácter abierto o cerrado de los grupos, se plantean ambas alternativas como posibilidades de trabajo terapéutico. Existen además, modalidades de grupos programados - plan temático predeterminado, incluyendo metas, materiales y ejercicios-; semi programado - existe un listado mínimo de temas a tratar, pero es flexible al incluir contenidos que surjan de los participantes - o no programados -

temas determinados por los participantes, focalizando el trabajo en abuso sexual- (Rojas Breedy, 2002).

Si bien, se plantean las modalidades anteriores en cuanto a la programación de los grupos, se enfatiza como un aspecto fundamental de la terapia grupal en víctimas de abuso sexual que la estructura de las sesiones otorgue a los participantes un sentido de predictibilidad, pudiendo recobrar la confianza perdida a causa de la experiencia de abuso sexual. Esto, generalmente se lleva a cabo definiendo tanto un inicio como un cierre similar en todas las sesiones. Del mismo modo, se destaca la importancia de establecer desde la primera sesión las reglas grupales que definen el funcionamiento del grupo, las cuales deben referirse principalmente a la asistencia, el respeto por los otros, la escucha grupal y la confidencialidad. (Rojas Breedy, 2002; Doyle, 1990).

Desde esta perspectiva, resulta necesario establecer un encuadre de trabajo claro desde la primera reunión del grupo. En este sentido, debe definirse previamente el tiempo de las reuniones, su frecuencia y el lugar donde se realizarán. Por lo general, se realiza una sesión semanal, con una duración que oscila entre una hora y media y dos horas (Rojas Breedy, 2002).

Cuando se realiza una psicoterapia grupal, la primera meta que se debe lograr es el establecimiento de vínculos de confianza entre los miembros del grupo, debido a que este es un factor fundamental que permite avanzar lentamente hacia el trabajo referido a aspectos más dolorosos, como son la experiencia de abuso sexual y los sentimientos asociados a dicha experiencia. En este sentido, la estabilidad, confiabilidad y asistencia consistente de los miembros, cumple un rol esencial para la conformación y funcionamiento positivo del grupo, siendo importante que el terapeuta potencie y promueva estos aspectos (Rojas Breedy, 2002).

El terapeuta debe facilitar el “empoderamiento” de los diferentes individuos que participan, así como el del grupo en general, mediante la promoción del apoyo mutuo y la exploración de las resistencias de las víctimas para asumir un papel activo en los acontecimientos de su vida.

6.4- Experiencias en psicoterapia grupal con víctimas de abuso sexual

Debido a que el presente estudio tiene como uno de sus objetivos el diseño de una intervención psicoterapéutica grupal con niñas víctimas de abuso sexual, se revisaron otras experiencias de este tipo realizadas tanto en el extranjero, como en nuestro contexto nacional, exponiéndose a continuación algunas de ellas (Soto, 2002; Zárate, 1993; De Luca et al. 1992, en Cantón Duarte y Cortés, 1999; Wayne, 1992, en Cantón Duarte y Cortés, 1999; Varela, 2000; Fietz, 2002; Narr, 2003; Montero y Navarro, 1999; J. Martínez, 2000 en Varela, 2000).

6.4.1- A nivel internacional

International Child Resource Institute

El International Child Resource Institute, es un centro especializado de atención a víctimas de abuso sexual en Berkeley, Estados Unidos, que implementa la terapia grupal como fase final del tratamiento a los niños/as víctimas de abuso sexual, posterior a la terapia

individual. Esto, con el objetivo de enfatizar la normalización del niño y su reinserción social. Las metas esenciales de la psicoterapia grupal son el desarrollo de seguridad, unión y empatía en el grupo; el desarrollo y mantención de límites; la corrección de modelos de relación y la interrupción de la dinámica víctima-agresor.

La terapia grupal se organiza en cinco fases. La primera fase se focaliza en crear seguridad al interior del grupo, la segunda fase es de creación de expresión y control, trabajándose la dinámica del abuso y la expresión de emociones. En la tercera fase se busca crear apoyo entre los miembros al compartir la experiencia de abuso sexual. La cuarta fase, entrega educación preventiva (social, sexual, manejo de la agresión, etc) y alternativas para resolver problemas, estableciendo una nueva red de apoyo. La última fase se orienta a la creación de una visión positiva del futuro, para lo cual se elabora la historia personal y del grupo (Soto, 2002).

Fundación ser y crecer

La fundación Ser y Crecer, es el primer centro especializado en Costa Rica para la atención integral de las víctimas de incesto, abuso sexual y violación. Ruby Zárata (1993), sistematiza su experiencia concreta de intervención terapéutica grupal para niñas y niños víctimas de abuso sexual e incesto.

El tratamiento se guía por los cuatro factores que constituyen las "dinámicas traumatizantes" propuestas por Finkelhor y Browne (1985), como son: estigmatización, impotencia, traición y sexualización traumática. La terapia se organiza en cuatro etapas: 1) compartir experiencias; 2) sentirse poderoso; 3) respetar su cuerpo y 4) desarrollo adecuado de la confianza. Cada etapa es desarrollada en 3 sesiones cada una, aproximadamente. La meta del tratamiento grupal es contrarrestar o romper las dinámicas causantes del trauma.

6.4.2- A nivel nacional

Varela (2000), hace una revisión de las terapias grupales con víctimas de abuso sexual realizadas en nuestro país. En su revisión señala, que de los trece proyectos que financia el Servicio Nacional de Menores (Sename) en maltrato infantil grave, sólo tres utilizan la modalidad de trabajo grupal, estos son: Proyecto Maihue, Proyecto ProNiño, Proyecto Niño y Futuro. No obstante, dos de ellos tienen la modalidad de taller grupal (Proyecto Maihue, Proyecto Niño y Futuro), entregando información y herramientas para comprender y manejar mejor la situación abusiva, pero no constituyen una base adecuada para profundizar en la reparación del abuso sexual.

Proyecto ProNiño

El Centro ProNiño - Centro de Tratamiento y Prevención Infanto-Juvenil, Conchalí - es un centro que proporciona tratamiento individual, social, legal y psicológico a niñas/os que sufren de alguna forma de maltrato infantil. Desde el año 1997, Christa Fietz (alemana), ha desarrollado y adecuado a las condiciones locales, metodologías innovadoras de tratamiento grupal en el marco del tratamiento a niños/as sexualmente agredidos, introduciendo el trabajo grupal con orientación terapéutica corporal, el cual ha obtenido resultados exitosos (Fietz, 2002).

El objetivo de la terapia corporal grupal, realizada por esta autora, es capacitar al niño, niña y/o adolescente a superar el problema básico que lo afecta, teniendo como principio básico adecuarse a su forma infantil de interrelación. A través del trabajo corporal, se posibilita la elaboración física, emocional y cognitiva de la experiencia negativa, de modo que sean menos necesarios los mecanismos de protección y defensa que normalmente son creados por las víctimas para poder sobrevivir de alguna manera a la experiencia amenazante que impide un desarrollo sano y positivo de la personalidad del niño/a y adolescente.

Esta modalidad de intervención grupal, consta de tres fases de desarrollo del trabajo psicoterapéutico, como son la fase inicial, fase avanzada y fase de estabilización. Cada una de estas fases posee objetivos relacionados con el trabajo corporal y con el trabajo grupal. La Fase inicial busca la canalización de la energía física, la estabilización emocional, la aceptación y apoyo entre pares y la integración e identificación con el grupo. En la fase avanzada, se realiza un proceso de confrontación de cada menor, teniendo como objetivos la autopercepción positiva del cuerpo, la disminución del grado de impotencia, el aumento de la autoestima y la superación del aislamiento social, la vergüenza y la culpa. Finalmente, la fase de estabilización tiene como objetivos la recuperación de confianza en sí mismo y de la confianza natural, el *volver a ser niño*, el refortalecimiento del desarrollo positivo de la identidad y la superación de la sintomatología.

Centro Psicológico de la Pontificia Universidad Católica

El Centro psicológico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, entre los años 1993 y 1995 desarrolló un programa de intervención grupal con niñas víctimas de abuso sexual infantil, teniendo como objetivos terapéuticos generales promover la elaboración e integración de la experiencia de abuso sexual, facilitar la continuación del curso del desarrollo interrumpido por la experiencia abusiva, y prevenir la internalización de pautas de relación que perpetúen el ciclo de la violencia.

Durante el curso de la terapia grupal se abordaron, mediante técnicas expresivas (como el juego, dibujo, plástica, role playing, imaginación guiada, trabajo corporal, y narraciones), temas relacionados con la experiencia de abuso sexual, como la responsabilidad y la culpa, la vergüenza, la baja autoestima, la imagen corporal, los sentimientos de rabia y ambivalencia, los temores de separación o abandono, la confianza, las imágenes parentales, conductas de autoprotección y los límites. (J. Martínez, 2000, en Varela, 2000).

6.5- Evaluación de la eficacia del tratamiento

A nivel internacional, los estudios sobre programas de tratamiento de grupo del abuso sexual infantil se han centrado en la descripción de los programas abordados y de los procedimientos seguidos para conseguir sus objetivos, siendo aún pocas las investigaciones que han evaluado la eficacia del tratamiento, especialmente las que utilizan un diseño pre - post tratamiento y un grupo control.

Lo anterior, posiblemente se debe a que los esfuerzos para evaluar los programas de tratamiento se enfrentan con problemas prácticos, éticos y clínicos. Dentro de esto, está la alta probabilidad de abandonos durante el tratamiento y más aún en las evaluaciones post-

tratamiento o de seguimiento. También puede haber problemas con la interpretación de resultados, debido a los posibles sesgos asociados a los informes de los padres y los niños/as, por lo que convendría que en los estudios futuros se utilizaran otras medidas adicionales, como por ejemplo, la observación directa de la conducta. Asimismo, hay que tener en cuenta que aunque conviene utilizar el mayor número de medidas posibles, tener que contestar cuestionarios es algo poco motivante para los niños/as y sus padres (Cantón Duarte y Cortés, 1999).

Trowell (1998, en Varela, 2000) realizó un estudio en Londres el cual revela que el 80% de los participantes en la terapia grupal mejoran sintomáticamente en depresión, ansiedad, fobia social y trastorno por estrés post traumático. Un hallazgo relevante de esta investigación, es que entre un 5 y un 12% de los niños/as no presentaban síntomas al iniciarse el tratamiento, pero sí luego de 2 años, lo cual hace pensar que este grupo de niños/as recurrió a la disociación y negación para afrontar los efectos del abuso. Así, se puede postular que posiblemente el tratamiento grupal fue un estímulo para afrontar la experiencia de abuso sexual negada anteriormente.

Cantón Duarte y Cortés, (1999) a partir de la revisión de diferentes investigaciones internacionales, concluyen que los resultados de los estudios realizados sugieren que la terapia grupal puede ser un procedimiento eficaz para reducir depresión, ansiedad y problemas de conducta que presentan las víctimas de abuso sexual, así como para aumentar su nivel de autoestima y mejorar el autoconcepto. Además tanto los niños/as como sus padres, evaluaban el tratamiento de grupo como una experiencia positiva que realmente les había servido de ayuda.

Un aspecto relevante respecto a la eficacia de la terapia grupal, es que cuando los padres se comprometen con el proceso de reparación de sus hijos/as, los niños/as se benefician más del tratamiento. (Varela, 2000)

En Chile, aún no existe un sistema de evaluación sistematizado que permita distinguir los efectos que tiene esta técnica grupal en la reparación del abuso sexual infantil (Sename, 1999). Así, debido a la inexistencia en nuestro país de estudios o procesos sistematizados de la eficacia de los tratamientos, tanto individual como grupal, en la reparación del abuso sexual infantil, los datos existentes se limitan a las experiencias y percepciones personales de los profesionales que han trabajado en el tema, según los cuales la terapia grupal sería efectiva en el tratamiento del abuso sexual infantil (Varela, 2000).

6.6- Complementariedad de la terapia individual y grupal en la reparación del abuso sexual infantil

Se ha observado en estudios de efectividad que la terapia grupal es una herramienta útil para apoyar el proceso de reparación de la experiencia de abuso sexual, y tiene un mayor impacto cuando se utiliza como complemento de la terapia individual, en vez de utilizarla por sí sola. Asimismo, se encontró que la terapia individual es más efectiva en la reparación cuando se utiliza y apoya con un trabajo paralelo familiar y grupal (Varela, 2000).

De esta forma, la terapia grupal, potencia el trabajo individual, acelerando y optimizando los resultados del proceso terapéutico individual, al tener los niños/as la

posibilidad de compartir con otros las experiencias traumáticas del abuso sexual y al ofrecer la posibilidad de adecuarse al modo natural de relacionarse de los niños/as (Varela, 2000; Fietz, 2000, en Varela, 2000).

Los diversos autores plantean, en concordancia con lo anterior, que la psicoterapia de grupo resulta útil como complemento de la terapia individual. En algunos casos, la terapia grupal se realiza de manera previa o posterior a la terapia individual, en cambio, en otros casos resulta necesaria la terapia individual paralela, dependiendo de las reacciones de cada participante (Rojas Breedy, 2002; Malacrea, 2000; Doyle, 1990).

Así, cuando la terapia grupal es posterior o paralela a la terapia individual, se pueden programar intervenciones grupales de duración limitada para afrontar una temática específica, en las que según sea oportuno participen pacientes que ya realizan un programa terapéutico que comprende otros formatos de terapia. Asimismo, si en una determinada fase del tratamiento las temáticas emergentes de un cierto número de pacientes tratados individual o familiarmente son similares o convergentes, se puede recurrir temporalmente a sesiones de grupo, con la expectativa de que poner en común vivencias y experiencias pueda acelerar o reforzar los efectos de la intervención terapéutica (Malacrea, 2000).

Doyle (1990) plantea que cuando los niños/as ya han recibido terapia individual, comúnmente, necesitan en algún momento de su proceso terapéutico saber con certeza que otros niños/as han sido abusados y que no están solos respecto al abuso, necesitan compartir sus experiencias, y practicar estrategias para evitar el rol de víctima, sintiéndose seguros, con capacidad de protegerse y ser cuidados, por lo cual es preciso la incorporación de estos niños/as a psicoterapia de grupo.

Cuando la terapia grupal se realiza de manera previa o paralela a la terapia individual es posible trabajar en ésta, los temas abordados en la terapia grupal, retomando los pensamientos, sentimientos y experiencias surgidos, siendo algunas veces fundamental la comparación y semejanzas que surgen entre los niños/as del grupo (Malacrea, 2000).

Un aspecto relevante para que la terapia grupal potencie los efectos de la terapia del abuso sexual, sea esta paralela, previa o posterior a la terapia individual o familiar, es que los contenidos emergentes en la terapia de grupo estén en continua coordinación con el trabajo realizado en otros formatos (Malacrea, 2000).

IV- METODOLOGÍA

1. TIPO Y CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO

El presente estudio, consiste en el diseño y evaluación de una intervención terapéutica grupal para el tratamiento del abuso sexual infantil. Para ello, se diseñó un modelo de terapia grupal destinada al trabajo con niñas víctimas de abuso sexual que consultaron a un centro de atención (CAVAS) debido a esta problemática, y se implementó en un contexto clínico.

Este estudio constituye una investigación de tipo piloto, ya que se implementó el programa de intervención diseñado con el fin de reconocer cuáles aspectos del diseño construido resultaban efectivos para el tratamiento grupal del abuso sexual infantil, así como permitió poner a prueba los sistemas de evaluación de las variables que se intentaban modificar a través de la intervención.

El diseño de investigación utilizado es pre-experimental de preprueba- postprueba con un solo grupo, en tanto se realizó una evaluación previa al tratamiento experimental (terapia grupal), luego se administró el tratamiento al grupo de niñas víctimas de abuso sexual y finalmente se realizó una evaluación posterior al tratamiento.

Resulta importante señalar, que la elección de este tipo de diseño (pre-experimental con un solo grupo) se fundamenta en consideraciones clínicas, en cuanto la utilización de un grupo control implicaría que pacientes consultantes permanezcan en lista de espera para efectos de este estudio, sin recibir el tratamiento que requieren.

Así también, la elección de este diseño obedece a que la presente investigación se considera como un acercamiento inicial a esta temática, buscando implementar de manera piloto un diseño de terapia grupal en víctimas de abuso sexual infantil, con el objetivo de conocer su aplicabilidad y generar mejoras a este diseño, no pretendiendo establecer relaciones concluyentes entre el tratamiento y los posibles cambios entre la preprueba y la postprueba. (Hernandez et al., 1991).

Este estudio está orientado a la elaboración de un modelo de intervención, basado en los fundamentos teóricos y en una implementación piloto. De esta forma, utiliza la retroalimentación y la prealimentación del diseño teórico a través de la evaluación del proceso de aplicación y del análisis de los resultados inmediatos (efectos) de la intervención puesta en práctica.

Esta metodología, permite que el diseño teórico de la terapia grupal sea corregido y adaptado al contexto en el cual está siendo aplicado, pretendiendo maximizar su aplicabilidad en el momento de ser nuevamente ejecutada.

2. HIPÓTESIS

La presente investigación se plantea las siguientes hipótesis:

a) Hipótesis General

- La psicoterapia grupal en niñas víctimas de abuso sexual permite la reparación de la experiencia abusiva y la superación de los efectos psicológicos ocasionados por ésta.

b) Hipótesis Específicas

- Las niñas que participen en la psicoterapia grupal presentarán un cambio positivo en el autoconcepto social, encontrándose diferencias entre la evaluación previa al tratamiento y la evaluación posterior a éste.
- Las niñas que participen en la terapia grupal presentarán un cambio positivo en el autoconcepto corporal, encontrándose diferencias entre la evaluación previa al tratamiento y la evaluación posterior a éste.
- Las niñas que participen en la terapia grupal presentarán un aumento en el sentimiento del propio poder, encontrándose diferencias entre la evaluación previa al tratamiento y la evaluación posterior a éste.
- Las niñas que participen en la terapia grupal presentarán un aumento en el sentimiento de confianza relacional, encontrándose diferencias entre la evaluación previa al tratamiento y la evaluación posterior a éste.

3. DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable Independiente: Psicoterapia Grupal para niñas víctimas de abuso sexual

Definición conceptual: La psicoterapia de grupo para niñas víctimas de abuso sexual, es un procedimiento ideado para solucionar en grupo los problemas emocionales ocasionados por la experiencia de abuso sexual, mediante recursos psicoterapéuticos. (Speier, 1984). La psicoterapia grupal es un método científicamente fundamentado de tratamiento de pacientes en grupo, que utiliza medios psicológicos y, es un proceso orientado al cambio, que ocurre dentro del contexto de una relación profesional.(Feixas y Miró, 1993).

Definición operacional: Programa de doce sesiones terapéuticas de 90 minutos de duración cada una, aplicado en el contexto de un centro de atención a víctimas de atentados sexuales, C.A.V.A.S., por dos terapeutas capacitadas en el tratamiento de víctimas de abuso sexual infantil, dirigido a niñas entre 8 y 10 años de edad, que reciben psicoterapia individual en dicho centro. La elaboración de este programa se presenta en el capítulo siguiente (pág. 92).

Variable dependiente: Estado psicológico, comprendido como la condición cognitivo-afectivo-social en que se encuentran los sujetos, representada y evaluada por cuatro sub-variables:

1. Autoconcepto social

Definición conceptual:

Se refiere a la percepción que tiene el sujeto de sí mismo en las relaciones interpersonales con pares, la cual puede tener una cualidad positiva o negativa. La positiva se refiere a la presencia de sentimientos de satisfacción personal, seguridad, confianza, pertenencia, competencia social, iniciativa, solidaridad, aceptación por otros, capacidad para establecer relaciones interpersonales con pares. La negativa se refiere a la presencia de sentimientos de insatisfacción, inseguridad, falta de confianza e iniciativa personal, falta de pertenencia y competencia social, sentimientos de falta de aceptación por otros y dificultades para establecer relaciones interpersonales con pares, sentimientos de aislamiento, vergüenza y culpa en la interacción con otros (Arias, 2002; Quiroga y Rossel, 1997; Herrera, 1996; Haussler y Milicic, 1995).

Definición operacional:

Sentimientos positivos y negativos hacia sí misma en la interacción con otros, expresada en las respuestas entregadas por las niñas al test de Margarita, los indicadores gráficos en el dibujo de sí misma y las respuestas entregadas por las terapeutas individuales a la pauta de evaluación clínica en el eje aislamiento.

En el caso de las pruebas gráficas se considerará la presencia de una autopercepción social:

- Positiva: Si predominan indicadores de sentimientos positivos hacia sí misma en la interacción con otros (ver página 82).
- Predominio positivo: cuando hay un leve predominio de indicadores de sentimientos positivos hacia sí misma en la interacción con otros.
- Predominio negativo: cuando hay un leve predominio de indicadores de sentimientos negativos hacia sí misma en la interacción con otros.
- Negativa: si predominan indicadores de sentimientos negativos hacia sí misma en la interacción con otros.

Con respecto al test de Margarita se realizará un análisis cualitativo de las respuestas entregadas por las niñas en relación a la autopercepción social.

En cuanto a la pauta de evaluación clínica, se considerarán las respuestas entregadas por las terapeutas individuales de las participantes, en el eje aislamiento, respecto a la condición en que se presentan las niñas en la subvariable autoconcepto social.

2. Autoconcepto corporal:

Definición conceptual:

Se refiere a la percepción que el sujeto tiene de su propio cuerpo, siendo una experiencia subjetiva personal, referida a la representación y los sentimientos vinculados al cuerpo. Puede tener una cualidad positiva o negativa. La positiva se refiere a la presencia de atributos positivos en relación al propio cuerpo, características positivas vinculados con las aptitudes físicas y la apariencia física general, contacto corporal adecuado, identificación con el propio género y reconocimiento de las sensaciones y límites corporales. La negativa se refiere a la presencia de atributos negativos en relación al propio cuerpo, características negativas vinculadas con las aptitudes físicas y la apariencia física general, contacto corporal

inadecuado, falta de identificación con el propio género y dificultad en el reconocimiento de las sensaciones y límites corporales (Herrera, 1996; Haussler y Milicic, 1995; Quiroga y Rossel, 1997).

Definición operacional:

Atributos positivos y negativos en relación al propio cuerpo, expresada en las respuestas entregadas por las niñas al test de Margarita, los indicadores gráficos en el dibujo de sí misma y las respuestas entregadas por las terapeutas individuales a la pauta de evaluación clínica en el eje sexualización traumática.

En el caso de las pruebas gráficas se considerará la presencia de una autopercepción corporal:

- Positiva: cuando predominan indicadores de atributos positivos en relación al propio cuerpo. (ver página 82).
- Predominio positivo: cuando hay un leve predominio de atributos positivos en relación al propio cuerpo.
- Predominio negativo: cuando hay un leve predominio de atributos negativos en relación al propio cuerpo.
- Negativa: cuando predominen indicadores de atributos negativos en relación al propio cuerpo.

Con respecto al test de Margarita se realizará un análisis cualitativo de las respuestas entregadas por las niñas en relación a la autopercepción corporal.

En cuanto a la pauta de evaluación clínica, se considerarán las respuestas entregadas por las terapeutas individuales de las participantes, en el eje sexualización traumática, respecto a la condición en que se presentan las niñas en la subvariable autoconcepto corporal.

3. Sentimiento del propio poder:

Definición conceptual:

Se refiere a la percepción de capacidad para ejercer acciones en el medio externo, en tanto el sujeto experimenta su mismidad individual en su interacción con el mundo de sus semejantes y en su oposición con ellos. Puede tener una cualidad fuerte o débil. La fuerte se refiere a la presencia de sentimientos de satisfacción, confianza y eficacia personal, seguridad, decisión, expansividad y optimismo en la interacción con el medio. La débil se refiere a la presencia de sentimientos de insatisfacción, falta de confianza y eficacia personal, impotencia, timidez, inseguridad e inhibición en la interacción con el medio, poca capacidad para oponer resistencia y una percepción amenazadora del mundo y el destino (Lersch, 1971).

Definición operacional:

Atributos fuertes y débiles en la interacción con el medio, expresada en las respuestas entregadas por las niñas al test de Margarita, los indicadores gráficos en el dibujo de sí misma y las respuestas entregadas por las terapeutas individuales a la pauta de evaluación clínica en el eje empoderamiento.

En el caso de las pruebas gráficas se considerará la presencia de un sentimiento del propio poder:

- Fuerte: cuando predominen indicadores de atributos fuertes en la relación con el medio. (ver página 82).
- Predominio Fuerte: cuando hay un leve predominio de atributos fuertes en la relación con el medio.
- Predominio Débil: cuando hay un leve predominio de atributos débiles en la relación con el medio.
- Débil: cuando predominen indicadores de atributos débiles en la relación con el medio.

Con respecto al test de Margarita se realizará un análisis cualitativo de las respuestas entregadas por las niñas en relación al sentimiento del propio poder.

En cuanto a la pauta de evaluación clínica, se considerarán las respuestas entregadas por las terapeutas individuales de las participantes, en el eje empoderamiento, respecto a la condición en que se presentan las niñas en la subvariable sentimientos del propio poder.

4. Sentimiento de confianza relacional:

Definición conceptual:

Se refiere a la presencia de sentimientos de cercanía afectiva hacia las figuras significativas, teniendo el sujeto la capacidad de comprender en la interacción con otros, el propio estado interno y el de los otros, presentando la percepción de capacidad para acudir a otros significativos. Se puede presentar una relación con otros confiada o desconfiada. Confiada se refiere a la presencia de sentimientos de cercanía, confianza, estabilidad y predictibilidad en la relación con otros significativos, facilitando el acudir a éstos en situaciones conflictivas. Desconfiada se refiere a la presencia de sentimientos de distancia, desconfianza, inestabilidad, e impredecibilidad en la relación con otros significativos, dificultando el acudir a éstos en situaciones conflictivas.

Definición operacional:

Atributos de confianza o desconfianza en la relación con los otros significativos, expresada en expresada en las respuestas entregadas por las niñas al test de Margarita, los indicadores gráficos en el dibujo de la familia y las respuestas entregadas por las terapeutas individuales a la pauta de evaluación clínica en el eje confianza relacional.

En el caso de las pruebas gráficas se considerará la presencia de una relación con otros otros:

- Confiada: cuando predominen indicadores de confianza hacia otros significativos (ver página 84).
- Predominio confiado: cuando hay un leve predominio de indicadores de confianza hacia otros significativos.
- Predominio desconfiado: cuando hay un leve predominio de indicadores de falta de confianza hacia otros significativos.
- Desconfiada: cuando predominen indicadores de falta de confianza hacia otros significativos.

Con respecto al test de Margarita se realizará un análisis cualitativo de las respuestas entregadas por las niñas en relación al sentimiento de confianza relacional.

En cuanto a la pauta de evaluación clínica, se considerarán las respuestas entregadas por las terapeutas individuales de las participantes, en el eje confianza, respecto a la condición en que se presentan las niñas en la subvariable confianza relacional.

4. INSTRUMENTOS

En la presente investigación se utilizan tres tipos de instrumentos para evaluar el comportamiento de las subvariables definidas anteriormente en la evaluación pre y post intervención.

4.1- Prueba proyectiva verbal

Debido a la ausencia en nuestro medio nacional de instrumentos de evaluación de los efectos psicológicos del abuso sexual infantil, se consideró necesario adaptar una técnica proyectiva para evaluar cambios en relación a dichos efectos. De esta forma, las investigadoras crearon un test verbal oral de aplicación individual, que consta de 18 preguntas abiertas, denominado "test de Margarita", basándose en el formato de la prueba de Roberto y María.

El test de Roberto y María es una prueba proyectiva de desarrollo verbal, y consiste en presentar a los examinados una serie de situaciones ambiguas que se entrelazan en torno a la vivencia de un tercero imaginario, figura en la que el individuo proyecta su vivencia interna. Constituye un instrumento que generalmente se utiliza de manera complementaria a otras formas de evaluación clínica, aportando mayores elementos acerca del individuo examinado, permitiendo así tener una comprensión más acabada de éste (Morales, 2001).

Principalmente se destaca la utilidad de esta prueba para la evaluación de niños/as pequeños, debido a que otorga la posibilidad de que éstos puedan asociar libremente las afirmaciones planteadas con situaciones significativas de sus vidas. Los niños/as suelen proyectar sus propios impulsos, necesidades y temores cuando la situación es referida a un tercero, como es el caso de los personajes de Roberto y/o María (Morales, 2001).

El test de Margarita, mantiene estas características generales, sin embargo, busca explorar la experiencia subjetiva del niño/a en relación a la situación de abuso sexual evaluando los efectos psicológicos causados por ésta. Por estos motivos, el test se construyó en base al modelo teórico de Finkelhor y Browne (1985) en relación a los efectos psicológicos del abuso sexual infantil -aislamiento, sexualización traumática, empoderamiento, confianza relacional-. Así, las preguntas del test plantean una serie de situaciones relacionadas con estos efectos, que el niño/a debe explicar o interpretar.

De esta forma, las temáticas que se abordan en esta prueba exploran diversos aspectos de las cuatro dinámicas traumatizantes planteadas por los autores, organizándose así en base a cuatro dimensiones:

- 1) Aislamiento: en esta dimensión se explora la integración del niño/a en el grupo de pares, focalizándose en los sentimientos de aislamiento, vergüenza y culpa, a través de 7 items.

- 2) Sexualización traumática: en esta dimensión se indaga, a través de 4 ítems, acerca de la percepción que tiene el niño/a de su propio cuerpo, centrándose principalmente en las sensaciones corporales, los sentimientos frente al contacto con otro y la dificultad de establecer límites corporales.
- 3) Empoderamiento: en esta dimensión se explora acerca del sentimiento del propio poder del niño/a, principalmente respecto a la capacidad de iniciativa, la identificación de situaciones de riesgo y métodos coercitivos, a través de 5 ítems del test de Margarita.
- 4) Confianza relacional: en esta dimensión se indagan, a través de 4 ítems, aspectos referidos a la confianza con otros, tales como la capacidad del niño/a para confiar en figuras significativas y acudir a ellas en situaciones conflictivas.

La construcción de este test tiene como objetivo evaluar los efectos del abuso sexual infantil de manera exploratoria y, los posibles cambios en las participantes después de la terapia grupal, orientándose a la mejora del diseño de intervención implementado, y no buscando entregar datos concluyentes acerca de la efectividad de la intervención.

Debido a lo anterior, no se realizó una evaluación exhaustiva de la validez y confiabilidad de este instrumento. Sin embargo, este instrumento fue aplicado de manera piloto a una muestra con características similares a la muestra. Así se aplicó el test a 4 niñas de 8 a 10 años de edad, pacientes del CAVAS, víctimas de abuso sexual por parte de conocidos. Esta aplicación piloto mostró que el formato del test era adecuado para la comprensión del grupo etario participante en la investigación, y permitía la proyección de contenidos. Además, los resultados obtenidos a través del test proyectivo fueron sometidos al criterio de jueces expertos en abuso sexual infantil, con el objetivo de entregar validez a la utilización de éste y sus resultados.

La composición final del "test de Margarita" se presenta en el anexo nº1.

Para el análisis de los datos del test proyectivo verbal, se construyó una pauta de categorización de respuestas. Estos datos, fueron sometidos al criterio de jueces expertos en el tema del abuso sexual infantil, los cuales evaluaron la adecuación de la pauta elaborada para categorizar las respuestas.

Se categorizaron las respuestas de acuerdo a la pauta de análisis, y se realizó un análisis cualitativo del contenido de las respuestas entregadas por cada niña.

4.2- Pruebas proyectivas gráficas

4.2.1- Dibujo de sí misma

Esta prueba consiste en pedir al sujeto que realice un dibujo de sí mismo y que luego describa su producción, constituyéndose el dibujo en un vehículo de transmisión y expresión del autoconcepto, el cual se encuentra empapado de las experiencias emocionales ligadas al desarrollo del individuo.

En relación al dibujo de sí misma, considerando los efectos que la experiencia de abuso produce en el funcionamiento psicológico infantil, se evaluó a través de este instrumento la percepción que las participantes de la terapia grupal tienen de sí mismas, especialmente en lo

que se refiere al autoconcepto corporal, así como los aspectos relacionados con el autoconcepto social y el sentimiento del propio poder. (Esquivel y cols., 1994).

Esta prueba se fundamenta en el marco teórico desarrollado acerca del dibujo de la figura humana (Goodenough, 1951; Koppitz, 1984; Hammer, 1992), sin embargo modifica la consigna general "dibuja una persona", solicitando a los examinados/as que orienten su producción gráfica hacia un concepto particular, pero que al mismo tiempo es poco específico "el sí mismo", lo cual permite que los sujetos puedan proyectar o, por lo menos, seleccionar desde su mundo interno, la persona que refleja las necesidades y rasgos de su personalidad. Además, para enriquecer la interpretación del dibujo se utilizó la asociación (autodescripción) como medio de entrevista indirecta, la cual permite obtener información de enorme valor clínico para la comprensión de significados individuales y problemas específicos en el dibujo (Machover en Portuondo, 1992).

Para la interpretación clínica de los dibujos, se utilizaron criterios e indicadores referidos a aspectos emocionales y rasgos de personalidad de los individuos que se relacionan con el autoconcepto corporal, el autoconcepto social y el sentimiento del propio poder, según han sido descrito por los principales autores que han desarrollado los fundamentos teóricos y prácticos del dibujo de la figura humana como método de evaluación psicológica (Koppitz, 1984; Hammer, 1992; Machover en Portuondo, 1992).

En cuanto al autoconcepto corporal, se seleccionaron indicadores relacionados principalmente con la integración de la imagen corporal, el reconocimiento de límites corporales, la identificación de género, la capacidad de contactarse con el medio externo, la confianza y la seguridad personal.

En referencia al autoconcepto social se seleccionaron indicadores principalmente relacionados con sentimientos de satisfacción personal, seguridad, confianza, pertenencia, competencia social, iniciativa, capacidad para establecer relaciones interpersonales.

Con respecto al sentimiento del propio poder y el autoconcepto social, se seleccionaron indicadores referidos principalmente a la capacidad para enfrentarse y actuar en el medio externo, la capacidad para comunicarse y expresarse, la confianza y seguridad personal.

Se construyó una pauta para analizar los datos obtenidos a través de las pruebas gráficas, con la asesoría de un juez experto, y fundamentada en los planteamientos existentes al respecto (ver anexo n°2). La pauta elaborada (ver anexo n°3) consiste en 22 indicadores, utilizando estos 22 indicadores para la evaluación del autoconcepto corporal, y seleccionándose 14 de éstos para evaluar la sub variable autoconcepto social y otros 14 para evaluar la sub variable sentimientos del propio poder.

Finalmente, cabe señalar que en la aplicación de cualquier prueba gráfica no es posible realizar una traducción directa y unívoca de los signos o indicadores que aparecen en los dibujos, los cuales deben siempre considerarse en relación a la etapa del desarrollo en que se encuentran los sujetos evaluados, siendo necesaria la configuración de los indicadores en su conjunto y no sólo la interpretación de cualquier signo particular. (Machover en Portuondo, 1992). Por estos motivos, en la presente investigación se selecciona una serie determinada de indicadores.

Los dibujos fueron evaluados según la pauta diseñada, puntuándose la presencia de los indicadores seleccionados. Esta prueba entrega dos tipos de información. Por un lado, la cantidad de indicadores negativos presentados en los dibujos y por otro lado, estimaciones para los datos correspondientes a éstos. De acuerdo a las características de cada subvariable y los indicadores seleccionados para la evaluación de éstas, se realizó una ponderación de la cantidad de indicadores negativos considerados para cada estimación, los cuales se presentan a continuación.

SubVariable: Autoconcepto Social

Se realizará una estimación de	Cuando se presenten
1- autoconcepto social negativo	7 o más indicadores negativos
2- autoconcepto social de predominio negativo	entre 5 y 6 indicadores negativos
3- autoconcepto social de predominio positivo	entre 3 y 4 indicadores negativos
4- autoconcepto social positivo	2 o menos indicadores negativos

SubVariable: Autoconcepto Corporal

Se realizará una estimación de	Cuando se presenten
1- autoconcepto corporal negativo	11 o más indicadores negativos
2- autoconcepto corporal de predominio negativo	entre 8 y 10 indicadores negativos
3- autoconcepto corporal de predominio positivo	entre 4 y 7 indicadores negativos
4- autoconcepto corporal negativo	3 o menos indicadores negativos

SubVariable: Sentimiento del propio poder

Se realizará una estimación de	Cuando se presenten
1- sentimiento del propio poder débil	7 o más indicadores negativos
2- sentimiento del propio poder de predominio débil	Entre 5 y 6 indicadores negativos
3- sentimiento del propio poder de predominio fuerte	Entre 3 y 4 indicadores negativos
4- sentimiento del propio poder fuerte	2 o menos indicadores negativos

De esta forma, esta prueba entrega información en cada una de las subvariables acerca de la cantidad de indicadores negativos en cada dibujo, y la categoría o estimación correspondiente a éstos.

4.2.2- Dibujo de la familia

Esta prueba consiste en pedir al niño/a que dibuje una familia y que luego responda las siguientes preguntas: nómbrame a todas las personas, empezando por la primera que dibujaste (sexo, edad y lugar en la familia); ¿Cuál es el más bueno de todos? ¿por qué?; ¿Cuál es el menos bueno de todos? ¿por qué?; ¿Cuál es el más feliz? ¿por qué?; ¿Cuál es el menos feliz? ¿por qué?; Y tú, ¿en la familia a quién prefieres? ¿por qué?; una de las personas de la familia se portó mal, ¿cuál es? ¿qué castigo tendrá?. (Corman, 1967).

En cuanto al dibujo de la familia, la utilización de esta prueba para la presente investigación se relaciona con la necesidad de evaluar los sentimientos y la forma en que las niñas participantes de la terapia grupal vivencian las relaciones intrafamiliares, antes y después del tratamiento. Considerando la relevancia del núcleo familiar y, especialmente de las figuras parentales en la superación de los efectos psicológicos de la experiencia de abuso sexual infantil, se exploran los conflictos que las niñas perciben dentro de su grupo familiar, enfatizando en el grado de cercanía afectiva que expresan hacia cada una de las figuras dibujadas (Zenequelli, 1982).

El dibujo de la familia, es una técnica proyectiva gráfica no estructurada, que permite movilizar los sentimientos de los examinados en relación a quienes considera los seres más importantes en su vida. La riqueza de la proyección de sentimientos más profundos, se asocia a los momentos evolutivos en que la familia tiene mayor influencia en el individuo, hasta los 10 años (Zenequelli, 1982), etapa en la que se encuentran las niñas participantes de la terapia grupal.

Para la interpretación de los dibujos, se han integrado los aspectos más significativos que aparecen en la literatura respecto a los elementos clínicos que se pueden observar en esta prueba. (Zenequelli, 1982; Corman, 1967; Koppitz, 1984). A partir de esto, se ha construido una lista de indicadores referidos a los aspectos emocionales que se relacionan con el sentimiento de confianza relacional, principalmente los sentimientos de cercanía hacia las figuras significativas, la percepción de seguridad y estabilidad en la familia, y, la identificación con la figura materna.

Se construyó una pauta para analizar los datos obtenidos a través de las pruebas gráficas, con la asesoría de un juez experto, y fundamentada en los planteamientos existentes al respecto (ver anexo n°2). Para el análisis del dibujo de la familia se elaboró una pauta de 15 indicadores que permiten evaluar la subvariable confianza relacional (ver anexo n°3).

Los dibujos fueron evaluados según la pauta diseñada, puntuándose la presencia de los indicadores seleccionados. Esta prueba entrega dos tipos de información. Por un lado, la cantidad de indicadores negativos presentados en los dibujos y por otro lado, estimaciones para los datos correspondientes a éstos. De acuerdo a las características de los indicadores

seleccionados para la evaluación de esta subvariable, se realizó una ponderación de la cantidad de indicadores negativos considerados para cada estimación, los cuales se presentan a continuación.

SubVariable: Confianza relacional

Se realizará una estimación de	Cuando se presenten
1- relación con otros desconfiada	8 o más indicadores negativos
2- relación con otros de predominio desconfiado	entre 5 y 7 indicadores negativos
3- relación con otros de predominio confiado	entre 3 y 4 indicadores negativos
4- relación con otros confiada	2 o menos indicadores negativos

De esta forma, esta prueba entrega información en la subvariable confianza relacional acerca de la cantidad de indicadores negativos en cada dibujo, y la categoría o estimación correspondiente a éstos.

4.3- Pauta de evaluación clínica de las terapeutas individuales:

Se construyó una pauta dirigida a las psicólogas clínicas que atienden de manera individual a cada una de las niñas participantes de la terapia grupal, con el objetivo de que éstas pudieran realizar una evaluación de aspectos clínicos.

Esta pauta evalúa las cuatro subvariables del presente estudio y su construcción se basó en el modelo teórico de Finkelhor y Browne (1985), en relación a los efectos del abuso sexual infantil (ver anexo nº4).

De esta forma, las temáticas que se abordan en esta pauta exploran la condición en que se presentan las niñas, observado por las terapeutas en cada una de las cuatro dinámicas traumatizantes planteadas por los autores. Así, esta pauta consta de 21 ítems, organizados en base a cuatro dimensiones. En el eje aislamiento se presentan 4 ítems, en el eje sexualización traumática 5 ítems, en el eje empoderamiento 9 ítems, y en el eje confianza relacional 3 ítems.

Las respuestas entregadas por las terapeutas individuales a la pauta se puntuaron, obteniendo un porcentaje de logro observado por las terapeutas en las niñas en cada una de las cuatro subvariables del presente estudio.

5. DEFINICIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL UNIVERSO Y DE LA MUESTRA

5.1- Universo

El universo de la intervención está constituido por los niños/as víctimas de abuso sexual infantil, que asisten a instituciones en donde pueden recibir atención psicológica.

5.2- Muestra

Se utilizó una muestra intencionada, con el fin de que los sujetos elegidos cumplieran con los requisitos de nuestro diseño. La muestra fue extraída del centro de atención a víctimas de atentados sexuales, C.A.V.A.S, de la región metropolitana (ver anexo nº 5).

Los requisitos planteados fueron los siguientes:

- Edad: entre los 8 y 10 años, con las características de la etapa evolutiva correspondiente. (ver marco teórico de desarrollo psicológico)
- Sexo: femenino
- Haber sido víctima de agresión sexual, por parte de un adulto conocido, entendiéndose por tal, aquel que mantenga una relación de cercanía social y/o familiar con el niño/a y/o su familia, descartándose el abuso incestuoso (padre biológico, legal, adoptivo, padrastro o conviviente de la madre).
- Participar en un proceso de terapia individual en C.A.V.A.S, habiendo logrado al menos:
 - capacidad de reconocer y aceptar la ocurrencia del abuso
 - verbalización de las experiencias asociadas al abuso
 - remisión de la sintomatología reactiva al abuso
 - inexistencia de conductas abusivas hacia otros niños
- Inexistencia de trastornos psicopatológicos que dificulten la interacción grupal. Contraindicaciones: niños/as que presenten organicidad, conducta agresiva, trastornos de personalidad y psicosis.
- Detección clínica de variables de riesgo personal en el niño/a (ejemplo: que actual abuso sea una segunda experiencia de abuso sexual, débil vínculo con la figura de apego, vulnerabilidad personal, etc).

Así, se seleccionaron 8 niñas para participar en la terapia grupal, de las cuales 6 tuvieron una asistencia estable durante toda la terapia, de modo que estas 6 niñas fueron consideradas como parte de la muestra. Cabe señalar que considerando que la intervención a realizar posee un carácter clínico, resulta necesario un número reducido de casos para el adecuado desarrollo del proceso psicoterapéutico.

Las niñas que componen la muestra de la presente investigación, se caracterizan por corresponder a casos de abuso sexual que fueron develados en un ámbito público, recurriendo las figuras parentales de las niñas a un centro asistencial, con el fin de recibir apoyo. Además, estas niñas han participado continuamente de un proceso terapéutico individual previo, en el centro antes señalado.

A continuación se describen otras características de la muestra:

Características de las niñas

Variable	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6
Edad	9 años	10 años	9 años	8 años	10 años	9 años
Características del desarrollo	Desarrollo psicológico normal a la edad. Problemas de salud, presentando insensibilidad bajo la cintura, uso de férulas y sondas.	Desarrollo normal	Desarrollo normal.	Desarrollo cognitivo normal. Relación simbiótica con la madre, desarrollo dependiente, infantil y complaciente. Desarrollo limítrofe de personalidad.	Desarrollo general normal, aunque niña se percibe más adulta de lo que corresponde a su etapa de desarrollo. Alteraciones en el área socioafectiva, dificultad en el establecimiento de vínculos.	Desarrollo normal
Nivel socioeconómico	medio	medio	Bajo	bajo	Medio	medio

Características de la agresión sexual

Variable	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6
Relación con el agresor	Tío (pareja tía materna)	Tío (hermano de madre)	Tío (amigo de la familia)	Vecino (pareja vecina que la cuidaba)	Vecino (amigo de la familia)	Tío (pareja de abuela materna)
Edad aproximada del agresor	58 años	37 años	44 años	40 años	43 años	70 años
Duración del abuso	Repetidas agresiones	Repetidas agresiones	Episodio único	Repetidas agresiones	Repetidas agresiones	Repetidas agresiones
Tipo de delito	Abuso sexual (penetración digital)	Abuso sexual (penetración oral)	Abuso sexual (tocaciones)	Abuso sexual (tocaciones)	Abuso sexual (tocaciones)	Abuso sexual (tocaciones y masturbación)
Estrategias de victimización	Supremacía del adulto	Supremacía del adulto (durante el sueño)	Supremacía del adulto, (utilización de fuerza)	Supremacía del adulto (utilización de pacto secreto y amenazas)	Supremacía del adulto (utilización de amenazas)	Supremacía del adulto (utilización de amenazas y golpes)

Características de la develación

Variable	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6
Características de la develación	Develó una prima que también había sido víctima	Realizó una historia en el colegio llamada “la violación”	Niña se escapa y devela inmediatamente a una tía	Niña contó a su profesora	Niña escribió lo que estaba pasando en una agenda y el padre la encontró	Niña le cuenta a su madre 5 meses después que abuso ocurrió, debido a preguntas de la madre
Reacción ante la develación	Familia minimiza daño, “es insensible bajo la cintura”	En un principio secreto, se le prohibió a la niña hablar del tema. Abuela protege al agresor.	Adecuado apoyo familiar	Familia reacciona de manera inadecuada, madre desbordada por el abuso, deterioro figura autoridad del padre, dificultad de contener a la niña.	Alto grado de victimización secundaria por parte de vecinos, que culpabilizan por abuso. no cuenta con apoyo familiar y contención ante esto.	Adecuada reacción de la madre. Abuela (figura significativa para la niña) no le cree y apoya agresor

Nivel de daño psicológico y tratamiento

Variable	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6
Sintomatología presentada ante la experiencia abusiva	Ansiedad, evitación y minimización del abuso sexual	Miedos a la figura del agresor, sentimientos de vulnerabilidad y percepción del mundo amenazante	Autoimagen devaluada, percepción de vulnerabilidad. Trastorno adaptativo con elementos ansiosos y depresivos	Trastorno adaptativo con elementos depresivos y ansiosos. Excesiva culpa por consecuencias del abuso en su familia	Trastorno adaptativo con elementos ansiosos. Evitación y sobreadaptación respecto a la temática abusiva.	Aislamiento social, agresividad con pares, baja del rendimiento escolar. Trastorno de ansiedad generalizada.
Tiempo aproximado en terapia	7 meses	1 año, 6 meses	5 meses	1 año, 2 meses	11 meses	8 meses
Número de sesiones terapéuticas individuales	10	25	8	25	21	12

6. PROCEDIMIENTOS

Los procedimientos a través de los cuales se llegó a obtener los datos son:

1) Justificación teórica y construcción del diseño de intervención.

A partir del marco teórico del estudio, se realizó una integración de los conceptos de abuso sexual infantil, victimología, psicología del desarrollo, tratamiento del abuso sexual y de terapia grupal, con el fin de construir un marco desde el cual fundamentar el diseño de intervención. Luego, se construyó el diseño de intervención, basándose en el marco antes señalado.

2) Implementación de la terapia grupal:

- a) Convocatoria: En un primer momento se presentó a las psicólogas infantiles del C.A.V.A.S las características y objetivos de la intervención grupal, especificando los criterios de inclusión y el proceso de derivación de los pacientes al grupo. Dichas psicólogas, luego de seleccionar a las participantes del grupo, plantearon tanto a los padres como a las niñas la posibilidad de asistir a un proceso psicoterapéutico grupal.
- b) Implementación de la terapia grupal: De acuerdo a la respuesta de la convocatoria, se implementó la terapia grupal diseñada.

3) Evaluación de la terapia grupal:

a) Evaluación pre intervención:

Previo al inicio de la terapia, las terapeutas grupales realizaron una entrevista individual con cada niña y su madre, aplicando los instrumentos de evaluación seleccionados para la presente investigación.

b) Evaluación del proceso de implementación de la terapia grupal:

Durante la implementación de la terapia grupal se realizó una evaluación del proceso, con el objetivo de mejorar el diseño inicial, en base a los resultados observados durante su aplicación. Esta forma de evaluación, implicó realizar las operaciones de retroalimentar y prealimentar el diseño original de la intervención, con el fin de lograr el cumplimiento de los objetivos de ésta.

La retroalimentación consistió en evaluar los efectos que las actividades iban presentando sobre los participantes, comparándolos con los objetivos planteados para éstas. Este procedimiento, permitió proponer correcciones al diseño después que las actividades fueron ejecutadas. Por otro lado, la prealimentación consistió en anticipar el efecto que las actividades aún no ejecutadas tendrían sobre los participantes, considerando los efectos observados en las actividades previamente implementadas. Este procedimiento, permitió proponer modificaciones al diseño original antes de que las actividades fueran implementadas (Fernández y Stingo, 1997).

Para realizar esta evaluación del proceso de implementación, se utilizaron instrumentos de registro que permitían analizar los resultados fuera de sesión (ver anexo nº 6).

- c) Evaluación exploratoria de cambios inmediatos en los participantes
Se realizó de manera exploratoria una evaluación acerca de los efectos que las actividades implementadas durante la terapia grupal tenían en sus participantes, con el objetivo de definir si dichas actividades conducían a los efectos esperados para éstas, analizando así el cumplimiento de los objetivos planteados.
Para lograr esto se realizaron registros sesión a sesión tanto del proceso grupal como individual de las niñas, por parte de las terapeutas grupales (ver anexo nº6). Además, se solicitó a las participantes de la terapia grupal realizar de manera individual y grupal, una evaluación escrita de cada sesión.
- d) Evaluación post-intervención:
Al finalizar la terapia grupal, se realizó una evaluación post-intervención con cada niña y su madre, con el objeto de evaluar los cambios en las participantes de la intervención. Para esta evaluación, se aplicaron los instrumentos de evaluación seleccionados para la presente investigación.
- 4) Análisis de resultados y aportes a la construcción de un diseño final de terapia grupal
Como última etapa de la investigación, se realizó un análisis de los resultados obtenidos en: 1) la evaluación de la implementación de la intervención, 2) la evaluación exploratoria de cambios inmediatos en las participantes y, 3) la comparación de los resultados obtenidos en las evaluaciones pre y post intervención. Luego, a partir de este análisis, se propusieron modificaciones para construir un diseño final de la terapia grupal.

7. TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó el análisis de los datos obtenidos a través de tres evaluaciones, de la siguiente manera:

- a) Evaluación del proceso de implementación (retroalimentación y prealimentación):

El análisis de los datos obtenidos en esta evaluación, a través de los instrumentos de registro, se realizó en base a la información obtenida durante el transcurso de las sesiones, observando los aspectos más relevantes de éstas y de la realización de las actividades.

- b) Evaluación exploratoria de cambios inmediatos en los participantes:

Los datos obtenidos a través de los registros realizados sesión a sesión por parte de las terapeutas y de las participantes, serán analizados en base a la categorización de los contenidos registrados de acuerdo a las sub-variables que interesa evaluar en el presente estudio, como son: autoconcepto social, autoconcepto corporal, sentimiento del propio poder, confianza relacional.

- c) Comparación de la evaluación pre y post intervención:

Los datos obtenidos a través de las pruebas gráficas, el test proyectivo verbal y la evaluación clínica de las psicólogas individuales, serán analizados en base a la categorización de los contenidos y elementos observados según las sub-variables definidas anteriormente.

Los resultados obtenidos en la evaluación pre y post intervención en las pruebas proyectivas gráficas, serán comparados en base a una prueba estadística, la prueba de los signos.

Esta prueba utiliza los signos más y menos en la medición en lugar de cantidades, es útil cuando la medición cuantitativa es imposible o no es práctica y se aplica al caso de dos muestras relacionadas cuando el investigador desea establecer que ambas condiciones son diferentes (Siegel, 1970).

Se compararan los resultados obtenidos en la evaluación previa y la posterior al tratamiento para cada sujeto en cada una de las subvariables, observando la diferencia entre los resultados de ambas evaluaciones. Así en las pruebas gráficas se asignará un signo más si la comparación entre ambas evaluaciones implica un número menor de indicadores gráficos negativos en la evaluación post-tratamiento, un 0 si no hay diferencia entre ambas evaluaciones y un signo menos si la comparación implica un número menor de indicadores negativos en la evaluación pre-tratamiento.

8. CRITERIOS DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

La presente investigación al constituir una investigación de tipo exploratoria-piloto tiene como objetivo obtener información relevante acerca del fenómeno estudiado en un contexto específico, no pretendiendo generar datos concluyentes y exhaustivos, ni tampoco generalizar los resultados obtenidos. Sin embargo, considera algunos criterios para dar validez y confiabilidad a la investigación.

En cuanto a la variable independiente –psicoterapia grupal-, la investigación cuenta con la validez teórica de la intervención diseñada, en tanto su construcción se realiza en base a la revisión exhaustiva del fenómeno investigado, siendo fundamentada desde un marco teórico. Además, los resultados de la investigación se orientarán a entregar mayor validez a la intervención, en tanto permiten mejorar el diseño original, posibilitando que la intervención diseñada teóricamente cumpla con los objetivos planteados al ser aplicada.

En cuanto la medición de los resultados obtenidos de la implementación de la intervención (efecto de la variable independiente sobre la variable dependiente –estado psicológico-), se consideró la validez y confiabilidad de los instrumentos utilizados. En este sentido, la pauta de análisis de las pruebas gráficas fue construida en base a la revisión de la literatura en cuanto a los items posibles para medir las subvariables, pauta que luego fue sometida al criterio de un juez experto en pruebas proyectivas, entregando validez de contenido a esta pauta.

Respecto al test verbal diseñado - test de Margarita-, este instrumento fue aplicado de manera piloto a una muestra con características similares a la muestra final de la presente investigación, la cual mostró que el formato del test era adecuado para la comprensión del grupo etario participante en la investigación, y permitía la proyección de contenidos. Además, se construyó una pauta para realizar un análisis cualitativo de los contenidos entregados por las niñas al test de Margarita. Dos jueces expertos en abuso sexual infantil se pronunciaron respecto a la pauta, lo cual entrega validez a la utilización de este instrumento. Las investigadoras y los dos jueces expertos en abuso sexual infantil codificaron las respuestas con

esta pauta obteniéndose una confiabilidad total intercodificadores de 0, 90, lo cual entrega confiabilidad a estos resultados.

Sumado a esto, la evaluación clínica de las terapeutas individuales, constituirá una mirada profesional y externa de los cambios en las participantes de la terapia grupal, permitiendo triangular los distintos datos obtenidos, y de esta forma, aportará a la validez de la presente investigación.

Así, este estudio incorporará como un criterio de validez de sus resultados el método de triangulación, el cual se realizará tanto en relación a la presencia de distintos observadores como a la utilización de diferentes técnicas.

No obstante, este estudio posee un diseño pre-experimental, el cual por definición presenta ciertas falencias como la incapacidad para controlar las fuentes de invalidación interna (variables extrañas), debido a la existencia de un solo grupo, por lo cual no se puede establecer con seguridad la causalidad entre la variable independiente y dependiente (Hernandez et al., 1991).

V- ELABORACIÓN DE LA INTERVENCIÓN GRUPAL

1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA Y CONSIDERACIONES GENERALES DE LA INTERVENCIÓN

En este apartado se presenta una integración de los antecedentes teóricos revisados, orientada al desarrollo de un marco desde el cual fundamentar la práctica clínica, que permita comprender de manera global los distintos procesos psicológicos que se presentan en las/os niñas/os víctimas de abuso sexual, y la manera de abordarlo terapéuticamente en un contexto grupal, con el objetivo de establecer los lineamientos teóricos y prácticos que constituyen la intervención realizada.

Víctimas de abuso sexual infantil: impacto en el desarrollo psicológico y necesidad de intervención terapéutica

En la revisión teórica respecto al fenómeno de abuso sexual infantil, los conceptos analizados resultan fundamentales para tener una mirada global y comprensiva acerca de la problemática en estudio.

En este sentido, un elemento central para esta investigación corresponde a los planteamientos acerca de los efectos psicológicos del abuso sexual infantil y los factores que influyen en éstos, en tanto este estudio consiste en el diseño de una intervención terapéutica grupal que permita la superación de dichos efectos.

Desde esta perspectiva, el modelo planteado por Finkelhor y Browne (1985) resulta útil para orientar las intervenciones terapéuticas, debido a que proporciona una visión comprensiva y explicativa, en donde se integran de manera dinámica los distintos efectos psicológicos de la experiencia de abuso sexual, posibilitando que el terapeuta pueda tener un conocimiento más profundo de los pacientes, tanto acerca de su estado psicológico general, como acerca de la relación particular que existe entre éste y la experiencia abusiva.

Al analizar las cuatro dinámicas traumatizantes que proponen estos autores - sexualización traumática, traición, pérdida de poder, estigmatización -, se observa que existe una relación significativa entre el impacto psicológico que ocasiona el abuso sexual en los niños/as y el proceso de conformación de la identidad que se está desarrollando en éstos, según la etapa evolutiva en que se encuentran. Se aprecia que cada una de estas dinámicas compromete tanto componentes básicos de la identidad como condiciones necesarias para la construcción de una identidad positiva e integrada - autoconcepto corporal, confianza relacional, sentimiento del propio poder, autoconcepto social-, constituyendo así las secuelas del abuso sexual factores que influyen de manera iatrogénica en el estado y funcionamiento psicológico general de los niños/as víctimas.

Así, la primera dinámica que corresponde a la sexualización traumática, implica una alteración en la esfera de la sexualidad, lo cual se relaciona directamente con la vivencia que las víctimas de abuso sexual tienen de su propio cuerpo, debido a que éstas han experimentado una severa transgresión de sus límites corporales. De este modo, se configura la sexualidad de una forma evolutivamente inapropiada y disfuncional, lo cual influye en el autoconcepto corporal, distorsionando la experiencia subjetiva que las víctimas de abuso sexual tienen de su

cuerpo, alterándose negativamente las representaciones y percepciones que éstas tienen de su corporalidad, principalmente en lo que se refiere a la apariencia física (características y atributos), la identificación de género y el reconocimiento del propio cuerpo.

En cuanto a la dinámica de la traición, los niños/as víctimas de abuso sexual experimentan sentimientos de traición al darse cuenta que figuras en quienes confiaban les han causado daño o no han sido capaces de protegerlos, generando conductas de confianza o desconfianza excesiva hacia los otros. Así, se observa que esta dinámica produce alteraciones en la visión general que el niño/a tiene de los otros y del mundo, afectando principalmente la esfera de la confianza relacional, lo cual se manifiesta en dificultades en el ámbito de las interacciones interpersonales. Esto, influye negativamente en el desarrollo global del individuo, configurando un contexto adverso - principalmente impredecible e inestable - para la construcción de la identidad personal.

La dinámica referida a la pérdida de poder, también llamada indefensión, se relaciona directamente con el sentimiento del propio poder, descrito por Lersch (1971), que se refiere a la percepción de la capacidad del sujeto para ejercer acciones en el medio externo, en tanto experimenta su mismidad individual en su interacción con el mundo, de acuerdo a las experiencias que ha tenido en éste. De este modo, en el caso de los niños/as que han sido abusados sexualmente, la voluntad del niño/a, sus deseos y su sentido de eficacia son consistentemente contravenidos durante la experiencia abusiva, provocando una percepción de incapacidad para controlar eventos externos nocivos, disminuyendo el sentimiento de eficacia y su capacidad para enfrentarse adecuadamente al ambiente. Así, como consecuencia de la experiencia abusiva, también se ve interferido este componente de la identidad, ya que el niño/a desarrolla un sentimiento débil del propio poder, manifestando en su comportamiento social una tendencia hacia el polo de la insatisfacción, que se caracteriza por falta de confianza en sí mismo, timidez, inseguridad e inhibición, poca capacidad para oponer resistencia y una percepción amenazadora del mundo y el destino, "*aunque a veces trate de ocultar la debilidad de su sentimiento del propio poder tras una compensadora fachada de suficiencia y de aires imponentes*" (Lersch, 1971, pág 286-287) .

La dinámica de la estigmatización se refiere a las connotaciones negativas –maldad, vergüenza y culpa- que son comunicadas al niño/a alrededor de la situación de abuso sexual y que luego son incorporadas a su autoimagen. De esta forma, la experiencia abusiva sexual incide de manera negativa en la visión que el niño/a tiene de sí mismo en la dimensión social, es decir su autoconcepto social, ya que le genera sentimientos de ser diferente a los otros, basado en la creencia incorrecta de que nadie más ha tenido una experiencia como la propia y de que otros lo rechazarán por haber vivenciado este tipo de situación. En este sentido, la experiencia de abuso sexual provoca en el niño/a sentimientos de vergüenza y culpa, los cuales interfieren en la capacidad de éste para establecer relaciones con otros niños/as, dificultando la inclusión en el grupo de pares y el desarrollo de un sentido de pertenencia a éste, predominando un sentimiento de aislamiento social, y una percepción de sí mismo negativa en la relación con pares.

A partir de este marco, es posible comprender que las experiencias de abuso sexual afectan significativamente a la víctima de manera directa y profunda, de modo que las dinámicas traumatizantes en su conjunto, caracterizan un tipo de experiencia traumática única, que altera la orientación cognitiva y emocional del niño/a al mundo, distorsionando su autoconcepto, su

visión del mundo y sus capacidades afectivas (Finkelhor y Browne, 1985). Así, debido a que la victimización es una experiencia social significativa, el impacto psicológico antes descrito puede trascender y perdurar a través del continuo vital del sujeto, construyendo éste su propia identidad en torno a la experiencia de victimización sexual, autodefiniéndose como víctima (Schneider, 1994; Athens, 1989, en Fattah, 1997a).

De acuerdo al pensamiento victimológico, esta definición de "víctima" que surge a partir de una primera experiencia de victimización, aumentaría el riesgo de una nueva experiencia de abuso sexual - revictimización -, ya que ésta es vulnerable a asumir un rol de víctima al interactuar con otros, desarrollando lo que se ha denominado "carrera victimal" (Schneider, 1994). Sin embargo, este no es el único riesgo que presentan las víctimas de abuso sexual, sino que también se presenta la posibilidad que las víctimas en el futuro puedan transformarse en victimarios, debido a que existe *"esta curiosa tendencia de los seres humanos a someter a otros a los mismos dolores y angustias que personalmente debieron sufrir o a infligir a otros la misma victimización que experimentaron"* (Fattah, 1997a, pag 25).

Desde este marco, resulta fundamental un tratamiento psicológico para los niños/as víctimas de abuso sexual, que se oriente a la elaboración y reparación de la experiencia abusiva, permitiendo que las víctimas puedan darle un nuevo significado a ésta - resignificación - e integrarla a su historia vital. De esta forma, la terapia psicológica posibilitaría que el sujeto continúe con su desarrollo evolutivo normal, conformando una identidad positiva e integrada, superando así las secuelas ocasionadas por el abuso sexual.

En este sentido, el tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual debería orientarse a que éstas superen el impacto psicológico que ha producido la experiencia abusiva, previniendo al mismo tiempo tanto el desarrollo de la carrera victimal como la transformación de víctimas en victimarios.

La terapia grupal como una modalidad de intervención

En nuestro país, los centros de atención a víctimas de abuso sexual infantil, generalmente utilizan como estrategia de intervención la terapia individual, orientándose en el cumplimiento de los objetivos de reparación y prevención. Sin embargo, esta estrategia en muchas ocasiones no es capaz de responder a la alta demanda de atención, por lo cual resulta fundamental diseñar nuevas estrategias de intervención para el tratamiento de esta población específica.

Es importante señalar, que en el tratamiento del abuso sexual infantil existen formas de intervención diferenciada - terapia individual, grupal, familiar-, las cuales tienen en común el objetivo general de la reparación. Resulta complejo definir a priori la pertinencia y efectividad de cada una de estas intervenciones para el logro de este objetivo, ya que de acuerdo a su especificidad abordan diferentes aspectos asociados con la problemática, siendo esencial considerar las características y necesidades particulares de cada paciente, al momento de elegir o recomendar el tipo de terapia más adecuada.

La terapia grupal, constituye una modalidad de intervención beneficiosa en víctimas de abuso sexual, ya que presenta características particulares que potencian el proceso de

reparación. Este tipo de intervención tiene como elemento específico la construcción grupal de un nuevo significado de la experiencia abusiva, desde la vivencia del mundo infantil. Otro elemento característico, se relaciona con la función de apoyo entre pares que han vivido experiencias similares, lo cual permite principalmente la superación de los efectos relacionados con la dinámica de estigmatización descrita por Finkelhor y Browne (1985), los cuales se circunscriben particularmente a la dimensión social del autoconcepto. Así, las interacciones que se generan al interior del grupo, facilitan la disminución de los sentimientos de aislamiento, vergüenza y culpa ocasionados por la experiencia de abuso sexual (Cantón Duarte y Cortés, 1999; Barudy, 2000; Rojas Breedy, 2002; Soto, 2002), al elaborarse la experiencia de abuso en un contexto social.

Es posible observar que en la terapia grupal aparecen como preponderantes sus beneficios en la dimensión del autoconcepto social, sin embargo en general involucra los diferentes aspectos del mundo psicológico del niño/a que ha sido víctima, modificando las distorsiones que presenta en la visión que tiene de sí mismo, los otros y el mundo.

De esta forma, en la terapia grupal, a través de las interacciones positivas entre sus miembros, el intercambio activo de percepciones, representaciones y sentimientos, y la capacidad de expresar los deseos y necesidades personales en el contexto grupal, el niño/a logra recuperar la confianza en los otros al establecer relaciones interpersonales adecuadas, experimentando un sentido de eficacia en la interacción con el medio, superando así los efectos asociados a la dinámica de la traición y la pérdida de poder. Del mismo modo, el reflejo de los otros en el contexto grupal y el reconocimiento de sí mismo frente a otros, permite que el niño/a integre a su autoimagen nuevos conocimientos acerca de sí, los cuales permiten superar las distorsiones en la propia imagen provocadas por la experiencia de abuso sexual, posibilitando el desarrollo de un autoconcepto positivo, incluyendo el autoconcepto corporal.

Considerando los beneficios de este formato de intervención, en la presente investigación se diseña una intervención psicológica de tipo grupal para niñas víctimas de abuso sexual, fundamentada en la integración de los planteamientos teóricos existentes en la literatura, expuestos en el marco teórico.

Este estudio se desarrolla en el contexto de un centro de asistencia a víctimas de atentados sexuales, CAVAS, organismo de atención pública, que al igual que otros centros de nuestro país, posee una alta demanda de atención y utiliza como principal estrategia de intervención la psicoterapia individual. Debido a lo anterior, se plantea la terapia grupal diseñada como una nueva modalidad de intervención, implementándose de manera complementaria a la terapia individual.

Esto obedece a los hallazgos clínicos encontrados en el trabajo con víctimas de abuso sexual, los cuales proponen que la terapia grupal tiene un mayor impacto cuando se utiliza como complemento de la terapia individual, potenciando a su vez el trabajo individual. De esta forma, se observa que la terapia grupal acelera y optimiza los resultados del proceso terapéutico, posibilitando que los niños/as compartan con otros las experiencias traumáticas del abuso sexual, permitiendo además que la intervención terapéutica pueda adecuarse al modo natural que tienen los niños/as de relacionarse, es decir, en grupo (Varela, 2000; Rojas Breedy, 2002; Malacrea, 2000; Doyle, 1990).

Cabe señalar, que se plantea que cuando los niños/as han recibido terapia individual, comúnmente, necesitan en algún momento de su proceso terapéutico saber con certeza que otros niños/as han sido abusados y que no están solos respecto al abuso, necesitan compartir sus experiencias, y practicar estrategias para evitar el rol de víctima, sintiéndose seguros, con capacidad de protegerse y ser cuidados, por lo cual es preciso la incorporación de estos niños/as a psicoterapia de grupo (Doyle,1990).

En este sentido, para la realización de la intervención, se definió como necesario que los participantes se encontraran en una etapa avanzada de un proceso terapéutico individual en CAVAS, habiendo logrado al menos los objetivos terapéuticos que permitieran que la participación en la intervención grupal resultara beneficiosa para ellas (ver pag 85), encontrándose preparadas para una terapia de este tipo.

Desde esta perspectiva, es importante mencionar, que la intervención diseñada se plantea como objetivo general desarrollar una dinámica grupal con niñas víctimas de abuso sexual, que posibilite la superación de los efectos psicológicos ocasionados por el abuso sexual, favoreciendo el desarrollo de una identidad positiva e integrada y el fortalecimiento de recursos protectores personales y vinculares.

Para el cumplimiento de este objetivo, la terapia grupal se estructura de acuerdo a los planteamientos teóricos de Finkelhor y Browne (1985), respecto a las cuatro dinámicas traumatizantes, estableciéndose cuatro fases de la intervención, las cuales se focalizan en la reparación de la experiencia abusiva y la superación de las secuelas psicológicas - señaladas anteriormente - que se relacionan con cada una de estas dinámicas.

Selección y composición del grupo

Considerando que los grupos mejor seleccionados presentan un funcionamiento más armónico y mayores posibilidades de éxito terapéutico (Speier, 1984; Hansen y cols, 1981; Foulkes y cols. 1969), en la presente investigación, se realizó un proceso de selección en donde se evaluó cuidadosamente la preparación de los individuos para el tratamiento. Para esto, se diseñó una pauta de derivación dirigida a las terapeutas infantiles (ver pag 85), la cual contempla una serie de requisitos necesarios para la inclusión de los participantes en la terapia grupal, así como criterios para la exclusión de los sujetos.

Además, se realizó una entrevista previa con las participantes, con el fin de recabar la máxima información disponible acerca de cada niña, con el objetivo tanto de evaluar su estado psicológico como la capacidad para realizar la tarea de grupo, la motivación, el compromiso para asistir a las sesiones de grupo de manera regular y la congruencia de los problemas del paciente con las metas del grupo (Rojas Breedy, 2002; Vinogradov y Yalom, 1990 en Dies, 1995).

Se definió como criterio de exclusión la presencia de psicopatologías que dificulten la interacción grupal, debido a que los pacientes que no poseen los recursos emocionales, conductuales e interpersonales requeridos para participar de manera efectiva en el tratamiento grupal se encuentran en un alto riesgo de abandonar tempranamente la terapia (Speier, 1984; Sepúlveda, 2001; Woods y Melnick, 1979 en Dies, 1995).

Para la inclusión de los participantes en la terapia grupal, se definió que éstos debían presentar experiencias similares de abuso sexual. Con respecto a este punto, se ha observado que la selección de sujetos con similitud de problemáticas tiene gran importancia, en tanto los miembros tienen una sensación de pertenencia al descubrir otros miembros con problemas similares. Esto permite mayor cohesión grupal, y mayor motivación e interés en ayudarse mutuamente (Rojas Breedy, 2002; Hansen y cols, 1981; Sepúlveda, 2001; Yalom, 1986). Atendiendo a esto, se especificó que el agresor debía corresponder a un adulto conocido, excluyéndose los abusos sexuales de tipo incestuosos, debido a que estos últimos constituyen un fenómeno con características propias y únicas, las que "*significan vivencias particulares para las víctimas que los diferencian claramente de los niños víctimas de otro tipo de abuso*" (Navarro, 1998; pág. 1).

En cuanto a la composición del grupo, se definió un grupo cerrado debido a que este tipo de grupo proporciona un ambiente más estable y seguro, posibilitando el surgimiento de la reciprocidad, lealtad y confianza entre sus miembros, existiendo una mayor cohesión grupal, que permite mayor expresión de los miembros y un trabajo más profundo de las problemáticas (Hansen y cols, 1981; Speier, 1984; Sepúlveda, 2001).

En cuanto a la edad de los participantes, debido a que esta intervención se inserta dentro del marco de la psicología clínica infantil, se definió el rango etario comprendido entre los 8 y 10 años, atendiendo a que la mayoría de los autores proponen que los participantes de la terapia grupal no deben encontrarse en la etapa preescolar y deben tener una diferencia de edad que no exceda los dos años (Rojas Breedy, 2002; Zárate, 1993; Soto, 2002; Speier, 1984). Considerando las variables evolutivas, el grupo etario señalado posibilita un trabajo grupal beneficioso para sus integrantes, en tanto en esta etapa las relaciones interpersonales con pares cumplen un rol fundamental en el desarrollo de la identidad de los individuos.

Con respecto al sexo, se definió un grupo homogéneo, compuesto sólo por niñas, ya que tanto los autores de la terapia grupal en general como los de la terapia grupal específicamente en abuso sexual, plantean que el tema de la sexualidad, a cualquier edad, es preferible trabajarlo por separado hombres y mujeres (Foulkes y cols., 1969; Speier, 1984; Varela, 2000; Cantón Duarte y Cortés, 1999; Doyle, 1990). La elección del género femenino se fundamenta, por una parte, en la prevalencia del abuso sexual, en tanto se presenta con una mayor proporción en niñas que en niños (Glaser y Frosh, 1997; Smith y Bentovim, 1994; Larraín, Vega y Delgado, 1997; MINSAL, 1998b; Del Campo, 1998; Nahuelpán, 2002; CAVAS, 2000d), y por otro lado, se basa en que los autores plantean que los procesos de los grupos terapéuticos de niñas-víctimas y niños-víctimas son muy diferentes entre sí (Cantón Duarte y Cortés, 1999; Doyle, 1990; Zamanian y Adams, 1997).

En cuanto al tamaño del grupo, se definió un grupo compuesto por 8 a 10 niñas, considerando la posibilidad de deserción de una o dos participantes, de tal modo que el grupo definitivo quedara constituido por 6 a 8 niñas, ya que este es el número considerado como óptimo para las intervenciones grupales, debido a que permite un balance entre la intensidad de las interacciones, las necesidades de hablar y de contención emocional. (Rojas Breedy, 2002; Doyle, 1990).

Estructura de la terapia grupal

La terapia grupal diseñada presenta una modalidad de grupo programado con tiempo limitado. Esto debido a que impulsa el logro de las metas en un tiempo determinado, y proporciona un límite para la vida del grupo, siendo económico -en términos de tiempo y dinero-, y focalizándose específicamente en asuntos relacionados con el abuso sexual (Rojas Breedy, 2002). La extensión será de 12 sesiones, ya que este límite de tiempo permite el logro de los objetivos planteados para la intervención, y a que generalmente se propone una duración de 12 a 15 sesiones para las terapias de grupo (Corey y Corey, 1982, Sepúlveda, 2001). Además las intervenciones terapéuticas grupales revisadas en víctimas de abuso sexual infantil generalmente funcionan con una duración de 12 sesiones (Zárate, 1993; Naar, 2003; De Luca et al., 1992, en Cantón Duarte y Cortés, 1999; Varela, 2000).

Cada sesión tiene una duración de 1,5 hrs, y las sesiones cuentan con una periodicidad semanal. Esto se fundamenta en lo planteado por los autores, y otras experiencias en el trabajo con niños/as víctimas de abuso sexual (Hansen y cols., 1981; Sepúlveda, 2001; Rojas Breedy, 2002; Soto, 2002; Zárate, 1993; De Luca et al., 1992, en Cantón Duarte y Cortés, 1999; Martínez, 2000, en Varela, 2000). Un período entre 1,5 y 2 horas se considera un tiempo que permite un trabajo profundo y productivo, que a su vez no es tan extenso como para producir fatiga y disminución del interés en los participantes (Hansen y cols., 1981). Una frecuencia de una sesión semanal, permite la existencia de un intervalo de tiempo que posibilita la reflexión, la elaboración y el crecimiento entre sesiones, y a su vez es un período de tiempo que posibilita una continuidad entre sesiones, lo que permite un trabajo productivo.

Se utiliza el modelo de coterapeutas, debido a que en el trabajo psicoterapéutico con grupos se recomienda la participación de dos terapeutas para guiar la dinámica grupal, presentando este modelo múltiples ventajas, tanto para los miembros del grupo como para los terapeutas (Corey y Corey, 1982). En la temática del abuso sexual diferentes autores proponen y utilizan este modelo (Soto, 2002; Zárate, 1993, Doyle, 1990). Cabe señalar que las terapeutas que lleven a cabo la implementación de la terapia grupal diseñada serán las propias investigadoras.

La terapia grupal diseñada cuenta con una estructura definida de las sesiones, debido a que en niños/as víctimas de abuso sexual, resulta necesario establecer un encuadre de trabajo claro desde la primera reunión del grupo, que permite a los participantes ir conociendo un marco fijo de actividades, otorgándoles un sentido de predictibilidad. En este sentido, previamente se define el tiempo de las reuniones, su frecuencia y el lugar donde se realizarán, lo cual crea las condiciones para el establecimiento de un vínculo estable y de confianza entre los terapeutas y las participantes. Además, es importante respetar una estructura de las sesiones, lo cual generalmente se lleva a cabo definiendo tanto un inicio como un cierre similar en todas las sesiones. Esto resulta especialmente relevante en niños/as víctimas de abuso sexual, debido a que a través de la predictibilidad de las situaciones pueden ir recobrando los sentimientos de control y de confianza perdidos a causa de la experiencia abusiva (Rojas Breedy, 2002; Doyle, 1990; Fietz, 2002).

Con respecto a la estructura interna de las sesiones de la terapia grupal diseñada, cada sesión comienza con un ritual de inicio, luego se realizan actividades terapéuticas y finalmente una evaluación y un ritual de cierre. Esta dinámica es similar a la realizada por otros

programas de terapia grupal en víctimas de abuso sexual (Soto, 2002; Zarate, 1993, De Luca et al., 1992, en Cantón Duarte y Cortés, 1999; Narr, 2003 Martínez, 2000, en Varela, 2000).

El ritual, que se realiza al inicio y cierre de la sesión, tiene el objetivo de enmarcar el contexto de trabajo terapéutico (Soto, 2002), consistiendo en un ejercicio corporal a realizarse en círculo. Se eligió un ejercicio corporal debido a que se recomienda iniciar y finalizar la sesión con acciones motoras (Sepúlveda et al., 1995), que permiten un contacto con el cuerpo, posibilitando abordar un aspecto fundamental en víctimas de abuso sexual. La actividad grupal se inicia y finaliza en círculo, en tanto éste representa el apoyo grupal (Fietz, 2002).

Luego del ritual de inicio se realizan las actividades terapéuticas centrales, que abordan principalmente temáticas relacionadas con el abuso sexual.

Al finalizar cada sesión se realiza una evaluación de ésta con las niñas, de manera tanto personal como grupal, destacando sus sentimientos, intereses y motivaciones en relación a la temática tratada y a las actividades realizadas (Larraín y Sepúlveda, 1997). También se realiza un cierre con el ritual corporal antes señalado y con una retroalimentación por parte de las terapeutas que favorezca un adecuado cierre de las temáticas abordadas durante la sesión.

Posterior a la finalización de la sesión, las terapeutas del grupo realizan un registro del proceso terapéutico, evaluando la sesión, anotando las actividades realizadas, los principales asuntos tratados y los temas pendientes, y evaluando a cada niña en relación a su participación e integración grupal, su estado emocional y comunicación dentro del contexto grupal (Rojas Breedy, 2002; Zárate, 1993; Larraín y Sepúlveda, 1997).

Estas evaluaciones del proceso individual y grupal, realizadas tanto por parte de las niñas como las terapeutas, son importantes de realizar como un método cualitativo que permite ir evaluando la terapia a medida que esta se desarrolla, pudiendo realizar las modificaciones necesarias para facilitar el logro de los objetivos. Estas evaluaciones de proceso, son fundamentales para complementar las evaluaciones realizadas antes y después de la intervención, que observan un estado o momento en el desarrollo de cada grupo y de cada niña (Fernández y Stingo, 1997; Larraín y Sepúlveda, 1997).

Metodología

Respecto a las metodologías se utilizan las técnicas que se han considerado más efectivas en el tratamiento de los niños/as, en la terapia grupal y específicamente en los niños/as víctimas de abuso sexual, las cuales son fundamentalmente técnicas participativas y expresivas.

Juegos: Los juegos son efectivos en la psicoterapia infantil, siendo un medio natural de expresión de los niños/as, que permite la organización de su experiencia subjetiva, y el ensayo de papeles sociales (Kernberg, 2003). El juego permite al niño/a actuar sus sentimientos, expresarlos y enfrentarse a ellos, experimentando un crecimiento emocional (Axline, 1997). Además, es una técnica atractiva y automotivadora para el niño/a, por lo cual es necesaria de introducir en las sesiones para activar a los niños/as y aumentar la participación y el interés en los temas tratados. Las actividades de tipo lúdico pueden ser de expresión verbal, motriz o gráfica, y facilitan la integración grupal y la expresión corporal a

través del movimiento, dando la posibilidad de experimentar pensamientos y sentimientos nuevos, en situaciones de interacción grupal. El objetivo de estas actividades es generar interacciones de carácter lúdico entre las participantes, a través de las cuales se construyan relaciones interpersonales positivas, en donde las participantes realicen un intercambio activo (Larraín y Sepúlveda, 1997; Sepúlveda et al., 1995). Aspectos centrales en la terapia de juego con niños/as víctimas de abuso sexual, son el reestablecimiento de la capacidad de control y poder sobre su propia vida, el reestablecimiento de la capacidad de contacto seguro, y la generación de nuevas alternativas de enfrentamiento con los conflictos (Rojas Breedy, 2002; Kernberg, 2003).

Dramatizaciones: Son juegos dramáticos y consisten en actuaciones colectivas improvisadas, en las cuales los niños/as del grupo participan realizando un trabajo de equipo en el cual algunos tienen roles protagónicos y otros complementarios. Se actúan situaciones determinadas por el grupo, en la que se especifican los diálogos sin realizar ensayo previo, pudiendo en ocasiones tener planificación verbal previa y desenlace previsto. El terapeuta cumple la función de facilitador de la dinámica, ayudando al niño/a a utilizar la dramatización como un vehículo para comprender e integrar sus experiencias, a diferenciar sus sentimientos y emociones y a buscar alternativas de enfrentamiento de situaciones problemas. Esta actividad es un vehículo de crecimiento grupal, un juego organizado, de búsqueda y exploración individual y grupal, donde la experiencia personal es vivida colectivamente, posibilitando al compartir con otros, el surgimiento de sentimientos de solidaridad y seguridad. Además la reproducción en el juego de situaciones reales, vividas o anticipadas, tiene un importante potencial de aliviar emocionalmente al niño/a de las tensiones que éstas le provocan (Larraín y Sepúlveda, 1997; Sepúlveda y Dünner, 1998). En la dramatización creativa, los niños/as pueden aumentar la autopercepción de que disponen, desarrollando una total toma de conciencia del yo -el cuerpo, la imaginación, los sentidos-, ayudando a que encuentren y expresen partes ocultas y pérdidas de sí mismo y desarrollar una mayor fortaleza e individualidad. *"La actuación ayuda a los niños a acercarse a sí mismos, pues le permite salirse de sí mismos (...) en realidad jamás dejan de ser ellos mismos; usan más de ellos mismos en la experiencia de improvisación"* (Oaklander, 1992, pag 137).

Role playing: la representación de roles, es una técnica similar a las dramatizaciones y consiste en representar una situación de interacción o escena de la vida real adoptando cada uno de los participantes algunos de los papeles, ya sea de otra persona o de sí mismo, con el objeto de que la escena se torne real y visible, permitiendo la comprensión de episodios de la vida real, integrando las experiencias vividas al continuo vital a partir de la atribución de un nuevo significado a ésta. La representación debe ser libre, sin el uso de libretos o ensayos. Debe ser dirigida por un experto, que orienta la actuación, análisis y discusión. Esta técnica consta de una fase de preparación, otra de desarrollo (representación escénica) y una fase final de comentarios y discusión (Ubillos, s/f). Esta técnica implica invitar al niño/a a actuar temporalmente "como si" nuestras circunstancias o nosotros fuéramos diferentes (Sepúlveda y Dünner, 1998), ofreciendo a los niños/as la posibilidad de colocarse en el papel de otro, lo cual facilita la toma de perspectiva, y permite el desarrollo de empatía por aquellos que realmente se encuentran en estas situaciones. Además, posibilita que los niños/as descubran en sí mismo y en otros capacidades, reconozcan sentimientos y necesidades, diferencien sus experiencias y circunstancias personales, puedan practicar comportamientos para desafíos vitales reales en un ambiente protector, descubran alternativas de acción y aprecien las consecuencias de las conductas (Sepúlveda, Valderrama, Donoso, 1994; Sepúlveda y Dünner, 1998; Fietz, 2002).

Esto, abre la posibilidad de extender estas experiencias a situaciones de su vida cotidiana (Fietz, 2002). El role playing (representación de papeles), es una técnica muy utilizada, en terapia de grupo con víctimas de abuso sexual, ya que permite la dramatización de diferentes experiencias relacionadas con el abuso sexual (Rojas Breedy, 2002).

Ejercicio corporal: los ejercicios corporales son un medio eficaz para aumentar la atención y concentración en las sensaciones, emociones, sentimientos y pensamientos (Sepúlveda y et al., 1995), permiten crear conciencia de las posturas físicas haciendo un trabajo de percepción positiva del propio cuerpo, y despiertan en los niños/as el deseo de mover su cuerpo, lo cual permite eliminar tensiones internas a través de una vía corporal. De esta forma, facilitan el conocimiento mutuo, posibilitando una atmósfera libre de tensiones, lo que permite a los niños/as concentrarse con más facilidad en las actividades posteriores a los juegos de movimiento corporal (Fietz, 2002), siendo útil para favorecer las actividades que requieren de reflexión personal (Sepúlveda y et al., 1995). El objetivo central de estas actividades consiste en que las participantes integren a la experiencia subjetiva percepciones positivas del propio cuerpo, a través del contacto y la vivencia de la propia corporalidad.

Diálogo grupal: consiste en un intercambio verbal, que permite la expresión de ideas y opiniones, facilitando una mayor comprensión y elaboración de las experiencias personales, y un descubrimiento de diversas alternativas de pensamientos y sentimientos, al contrastarlas con diferentes puntos de vista. A través de la discusión en grupo se logra un mejor análisis de los problemas compartidos por los niños/as y una clarificación de emociones y valores personales. En el uso del diálogo son esenciales las preguntas del terapeuta con el objetivo de ayudar a los niños/as a modificar sus explicaciones o conceptos acerca de sí mismo, la realidad y el futuro (Larraín y Sepúlveda, 1997; Sepúlveda y Dünner, 1998). Ésta técnica es ampliamente utilizada en terapia grupal de víctimas de abuso sexual, ya que incluye la movilización del apoyo grupal para el abordaje de conflictos, la expresión de afecto y de conductas asertivas en grupo, facilitando el desenvolvimiento interpersonal de los niños/as, y reafirmandolos en su capacidad de relacionarse efectivamente (Rojas Breedy, 2002).

Método de resolución de problemas: esta metodología permite analizar la información, plantear alternativas, planificar acciones y practicarlas. Se aprende con este método a valorar las alternativas, incorporando la información en la estructura cognitiva con sentido, lo cual aumenta la retención y la transferencia a nuevas situaciones. La metodología de resolución de problemas sigue tres fases. La primera se refiere al conocimiento y comprensión del problema e involucra la percepción del problema (análisis de los distintos aspectos de la situación, observar desde distintos puntos de vista, saber lo más posible acerca de un problema, describir, comparar), delimitación de éste (identificación del contexto temporal, social, histórico) y su significación lógica (especificando sus causas, antecedentes, valores, principios, motivaciones, intencionalidad, creencias, explicaciones e interpretaciones). La segunda fase se refiere a la búsqueda de alternativas y análisis de consecuencias, involucrando la generación de alternativas de solución (dar la mayor cantidad de ideas, aceptar todas las ideas posibles), evaluación de las consecuencias de las alternativas de solución planteadas (considerando las necesidades e intereses propios y de las otras personas involucradas en la situación, determinando si la solución es factible y satisface las necesidades, intereses y motivaciones propios y de otros). La tercera fase se refiere a la planificación, que se refiere a la elaboración de un plan de acción considerando la alternativa de solución elegida, para lo cual es necesario determinar los objetivos y las metas a lograr, analizar los medios necesarios

y los pasos que hay que dar para llevar a cabo el plan, seleccionar los métodos y desarrollar el autocontrol, implementando las acciones elegidas (Sepúlveda, Valderrama, Donoso, 1994; Larraín y Sepúlveda, 1997; Fernández y Stingo, 1997).

Expresión escrita: esta técnica entrega a los niños una forma alternativa de expresión de sus deseos, necesidades y sentimientos, ampliando su repertorio comunicacional (Larraín y Sepúlveda, 1997). Es una de las herramientas más satisfactorias, valiosas y eficaces que existen para la autoexpresión y el autodescubrimiento. A través de esta técnica los niños/as logran describir sus experiencias, pudiendo externalizarlas, comprenderlas e integrarlas (Oaklander, 1992).

Audiovisual: el uso de material audiovisual (videos, carteles, hojas, etc.), contribuye a romper el hielo inicial de los grupos, así como apoyan la presentación de los temas a discutir, siendo una técnica indispensable en la terapia grupal con víctimas de abuso sexual (Rojas Bredy, 2002).

Tareas: la entrega de tareas para realizar en el hogar entre sesiones, tiene el objetivo de continuar el proceso de revisión personal durante la vida cotidiana, estimulándose la autoobservación, lo cual permite que se refuercen los efectos curativos provocados por el trabajo grupal (Hidalgo y Abarca, 1991, en Fernández y Stingo, 1997; Fietz, 2002).

Cuentos narrados: es una forma de expresión esencialmente verbal, e implica que los terapeutas seleccionen cuentos relativos a situaciones significativas para los niños/as, dándoles elementos alternativos de enfrentamiento de situaciones problema. Se facilita a los niños/as la identificación con los personajes, la expresión de sentimientos y emociones y la toma de perspectiva (Sepúlveda y Dünner, 1998).

Elaboración de cuentos: la elaboración de un relato con el niño/a, ya sea en forma individual o grupal, permite la integración de experiencias desde distintos puntos de vista y el desarrollo de la creatividad al incorporar e integrar elementos entregados desde distintas perspectivas, para lograr las metas deseadas. A través de sus historias los niños/as revelan sus preocupaciones, sentimientos, necesidades y estilos de enfrentamiento a los problemas (Sepúlveda y Dünner, 1998). Los cuentos elaborados por los niños/as poseen material significativo para el proceso terapéutico, ya que la historia del niño/a es una proyección que por lo general refleja algo de su situación de vida (Gardner, en Oaklander, 1992). Esto entrega elementos que permiten al terapeuta tener un conocimiento más profundo acerca del paciente, lo cual posibilita orientar las intervenciones e interpretaciones terapéuticas hacia la integración y elaboración de las experiencias personales (Oaklander, 1992).

Exposición: comprende la entrega verbal y no verbal (por ejemplo, visual) por parte de los terapeutas, acerca de los contenidos de la terapia grupal, e incluye el uso de preguntas, sugerencias o instrucciones dirigidas a los participantes respecto a la información específica que se desea que ellos manejen. (Hidalgo y Abarca, 1991, en Fernández y Stingo, 1997).

Modelado: consiste en que las participantes observen modelos de cómo resolver problemas en distintas situaciones, aprendiendo respuestas más saludables por medio del aprendizaje vicario, es decir, por imitación. El terapeuta utiliza tanto conflictos hipotéticos como reales y

experiencias propias, las cuales pueden ser representadas con títeres o dramatizaciones (Hidalgo y Abarca, 1991, en Fernández y Stingo, 1997; Rojas Breedy, 2002).

Títeres: Se incluyen dentro de los juegos dramáticos y facilitan en las participantes la expresión, al generar un distanciamiento emocional en el niño, que le otorga seguridad para revelar a través de este medio algunos de sus más íntimos deseos, conflictos, sentimientos y fantasías, comunicando su visión del mundo a través de los personajes, identificándose con ellos y creando nuevas situaciones. Mediante los títeres el niño/a puede recrear las situaciones que le parecen angustiosas, conflictivas o confusas y de esta manera posibilita su integración. Además, proporciona a los niños/as modelos alternativos de solución de problemas, y permite aumentar la comprensión de sí mismo y los otros (Larraín y Sepúlveda, 1997; Oaklander, 1992). Las funciones de títeres son muy semejantes a la narración ya que el niño/a relata su historia a través de los muñecos, representando algún tema significativo a menudo relacionado con su propia vida (Oaklander, 1992).

Expresión gráfica: esta técnica (que incluye el uso de pintura, dibujo collages, entre otros) tiene el objetivo de representar una idea o estado afectivo, favoreciendo la expresión y elaboración de los conflictos, sugiriéndose como técnica efectiva en el tratamiento de niños/as víctimas de abuso sexual (Álvarez, 2003; Cantón Duarte y Cortés, 1999; Rojas Breedy, 2002). La principal forma de expresión gráfica es el dibujo, que como expresión plástica, desarrolla la creatividad, espontaneidad, autoexpresión y autodescubrimiento, y a través de la producción de la obra, sentimientos de dominio, realización y competencia personal. A nivel terapéutico se analizan con el niño/a los elementos que aparecen en el dibujo, y los sentimientos y pensamientos asociados a éste, favoreciendo la reorganización de éstos (Larraín y Sepúlveda, 1997; Sepúlveda y Dünner, 1998).

En las sesiones de la terapia grupal diseñada se combinan diversos tipos de actividades, privilegiándose las actividades novedosas (juegos, diálogo, corporales, etc.), de modo que facilitaran la mantención de la atención e interés de las niñas en el trabajo y permitieran la elaboración a través de diferentes canales. Las actividades han sido seleccionadas o modificadas de diferentes fuentes relacionadas con el tratamiento de niños/as y adolescentes en general, o del tratamiento del abuso sexual infantil en particular (Zárate, 1993; Soto, 2002; Fietz, 2002; Ministerio Secretaría General de Gobierno, 1999; Larraín y Sepúlveda, 1997; Sepúlveda et al., 1995; Sepúlveda, 2001), y otras han sido creadas a partir de la propia experiencia de las investigadoras en el trabajo con niños/as víctimas de abuso sexual.

2. DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN GRUPAL

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar una dinámica grupal con niñas víctimas de abuso sexual, que posibilite la superación de los efectos psicológicos ocasionados por el abuso sexual, favoreciendo el desarrollo de una identidad positiva e integrada y el fortalecimiento de recursos protectores personales y vinculares.

FASES DE LA INTERVENCIÓN

La intervención se estructura en relación a cuatro ejes: aislamiento, sexualización traumática, falta de poder y pérdida de confianza; que corresponden a la dinámica traumatizante planteada por Finkelhor y Browne (1985). En relación a estos ejes se organizarán las sesiones en 4 fases de la terapia, teniendo cada una como objetivos:

Fase I: Eje: Aislamiento

Objetivo: Lograr una interacción positiva entre niñas víctimas de abuso sexual, promoviendo modos de relación que permitan una adecuada inserción al grupo de pares, disminuyendo la sensación de aislamiento ocasionado por el abuso sexual y favoreciendo el desarrollo de un autoconcepto social positivo (3 sesiones)

Fase II: Eje: Sexualización traumática

Objetivo: Desarrollar el reconocimiento del propio cuerpo, entregando herramientas para identificar sensaciones y límites corporales, favoreciendo la construcción de un autoconcepto corporal positivo (2 sesiones)

Fase III: Eje: Falta de poder

Objetivo: Incorporar un sentido de poder adecuado a la edad, desarrollando habilidades para identificar y reaccionar ante situaciones de riesgo potenciales. (3 sesiones)

Fase IV: Eje: Pérdida de confianza

Objetivo: Potenciar vínculos de confianza que faciliten el desarrollo de mecanismos protectores, desarrollando en las niñas la capacidad de identificar y acudir a figuras significativas. (4 sesiones)

DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES

Entrevista pre-intervención

Previo al inicio de la terapia grupal se realizará por parte de las terapeutas del grupo una reunión individual con cada niña y su madre. En esta sesión se realizará una entrevista, con el objetivo de observar las condiciones, motivaciones y expectativas de las examinadas para participar en la terapia grupal. Además, las terapeutas informaran sobre las características del

grupo, principalmente sus objetivos, fechas, horarios y duración de las sesiones, realizándose un contrato de responsabilidad con madres e hijas (ver anexo nº9), en que ambas se comprometan a asistir a las actividades del grupo. También se aplicaran los instrumentos de evaluación pre-intervención (pruebas gráficas y Test de Margarita).

Fase I: “Compartiendo nuestras experiencias”

Eje: Aislamiento

Sesión nº 1 "Conociendo quienes somos"

Objetivos:

- presentación de los participantes
- establecimiento de reglas grupales
- facilitar la integración grupal
- promover la identificación personal y autoimagen

Actividades:

1. Ritual de inicio: Saludo del sol

Objetivo: Dar un sentido completamente distinto al inicio de una actividad diferente a la que los participantes están acostumbrados.

Metodología: Ejercicio corporal

Procedimiento: Las niñas se ubican paradas y forman un círculo. Los pies deben colocarse en forma paralela firmemente ubicados y separados sobre el suelo. Las niñas deben estar con los ojos abiertos, estimulándose por parte de los terapeutas el reconocimiento entre las distintas niñas. Las terapeutas guían un ejercicio de respiración y expresión corporal, en donde al inhalar se extienden los brazos en dirección al sol y al exhalar se encogen los brazos y las piernas, en dirección a la tierra. Estas posturas corporales de extensión y contracción, simbolizan el contacto con los otros (grupo) y el contacto consigo mismo.

Esta actividad se realizará al inicio y término de todas las sesiones.

2. Dinámica de presentación: ¿Quién eres tú?

Objetivo: Que los participantes y terapeutas se presenten, conozcan sus nombres y otras características personales y familiares.

Metodología: Juego

Procedimiento: Las terapeutas guían una dinámica grupal, en que se tira la pelota a otra niña y se pregunta ¿quién eres tú?. El que pregunta le pega un adhesivo con el nombre al que recibe la pelota. Luego, se tiran la pelota entre los participantes y se realizan preguntas como: ¿Cuántos años tienes? ¿Cuántos hermanos tienes? ¿Cuánto tiempo llevas en terapia?, entre otras.

3. Juego: "Así soy yo"

Objetivo: Que las participantes reconozcan características personales de sí misma y de las otras niñas participantes del grupo.

Metodología: Juego

Procedimiento: Están todas las niñas sentadas en un círculo, los terapeutas van nombrando diversas características personales (tanto físicas como psicológicas), intereses, preferencias y pasatiempos. Las niñas que reconocen la característica nombrada, se ponen de pie y se cambian de asiento.

4. Establecimiento de reglas grupales

Objetivos: Que las niñas participantes de la terapia en conjunto definan las reglas de funcionamiento grupal.

Metodología: Diálogo grupal y confección de carteles.

Procedimiento: En círculo las terapeutas guían un dialogo grupal sobre lo que son las reglas, para qué sirven, porqué no hay que romperlas, y qué reglas se necesitan en este grupo. Las terapeutas intervienen orientando a que las niñas reconozcan la importancia de reglas relacionadas con el respeto, la confianza y la confidencialidad (tales como escuchar cuando otra persona habla, no burlarse, no pegarse ni pelearse, todo lo que se hable en el grupo debe mantenerse confidencialmente, mantener limpia la sala, está bien si alguien no quiere hablar, etc.)

Las niñas escriben las reglas en una cartulina y las pegan en la sala, para ser utilizadas en todas las sesiones.

5. Evaluación personal

Objetivo: Que cada niña evalúe su participación durante la sesión.

Metodología: Verbal escrito y oral.

Procedimiento: Al final de la sesión cada niña escribirá en su cuaderno personal qué aprendió, qué le gustó y qué no le gustó de esta sesión. Además, las terapeutas orientan a que cada niña identifique qué característica positiva de sí misma mostró durante la sesión, con el fin de favorecer la valoración personal. Luego se pide a cada niña que comparta su evaluación personal con el grupo.

Esta actividad se realizará al final de todas las sesiones.

6. Evaluación grupal

Objetivo: Que las niñas en conjunto evalúen el desarrollo de la sesión.

Metodología: Verbal escrito y oral.

Procedimiento: Las niñas se sientan en círculo y las terapeutas las orientan a referirse cómo se sintieron, qué les gustó más, qué no les gustó, qué aprendieron esta sesión. Una de las niñas, lo escribe en el libro grupal.

Esta actividad se realizará al final de todas las sesiones.

7. Cierre de la sesión: Saludo al sol y despedida de las terapeutas

Objetivo: Finalizar la sesión dando un sentido especial al cierre de una actividad diferente a la que los participantes están acostumbrados.

Metodología: Ejercicio corporal y verbal

Procedimiento: Se utiliza el mismo procedimiento que el descrito en el ritual de inicio. Además las terapeutas realizan una breve devolución al grupo de los aspectos más relevantes surgidos en la sesión, destacando principalmente los aspectos positivos.

Esta actividad se realizará al final de todas las sesiones.

Sesión n°2: "Compartiendo nuestras experiencias"

Objetivos:

- Promover la interacción e integración grupal
- facilitar el compartir en grupo experiencias relacionadas con el abuso
- promover la eliminación de los sentimientos de vergüenza y culpa por haber sido escogidas como víctimas
- ayudar al alivio del sentimiento de sentirse diferente y aislada

Actividades:

1. Ritual de inicio: Saludo del sol

2. Juego: Hermanos

Objetivo: Promover la interacción e integración grupal

Metodología: Juego

Procedimiento: Las niñas forman parejas. Se realizan dos círculos concéntricos, participando cada niña de la pareja en uno de los círculos. Cada grupo se toma de las manos, quedando un grupo rodeando al otro. Luego ambos círculos giran en direcciones opuestas, al ritmo de la música, hasta que la música se detiene. Las parejas se buscan, se toman de las manos mirándose y se agachan.

3. Exposición del video: "El árbol de Chicoca"

Objetivo: Que los participantes puedan reflexionar acerca de su propia experiencia de abuso sexual, reconociendo sus propias emociones y sentimientos, a través de la identificación con los protagonistas de la historia.

Que las participantes puedan observar una historia de abuso sexual, conociendo una forma adecuada de resolución.

Que la observación del video estimule el abordaje de la temática del abuso sexual.

Metodología: Audiovisual

Procedimiento: Las terapeutas introducen el tema del video (abuso sexual), enfatizando la importancia de estos contenidos dentro de la terapia grupal, explicitando que esta es una experiencia compartida por todas las participantes. Piden a las niñas que se ubiquen en un lugar cómodo de la sala y se estimula a que reconozcan los sentimientos, emociones y acciones de los personajes. Se expone el video.

4. Dialogo grupal:

Objetivo: Que las participantes identifiquen y compartan las emociones, sentimientos y pensamientos asociados a la experiencia de abuso sexual, a través de la historia de los protagonistas del video.

Metodología: Dialogo grupal.

Procedimiento: Las terapeutas facilitan la conversación acerca de los contenidos del video, rescatando sentimientos, emociones y conductas de los protagonistas frente al abuso. Las terapeutas intervienen orientando a que las niñas compartan sus propias experiencias de abuso sexual, facilitando su elaboración a través del dialogo grupal.

5. Cuento con títeres:

Objetivo: Que las niñas a través de la historia puedan elaborar sentimientos de culpa, vergüenza y aislamiento, y puedan integrar su propia experiencia de abuso.

Que las niñas ejerciten la búsqueda de nuevas soluciones a los conflictos relacionados con una experiencia de abuso sexual, considerando la perspectiva de otras personas.

Métodología: Cuento narrado. Títeres. Modelado.

Procedimiento: Las terapeutas previamente elaboran un cuento sobre los efectos del abuso sexual en una niña, poniendo énfasis en los sentimientos de aislamiento, estigma y culpa. Las terapeutas leen el cuento y lo representan con títeres, orientando sus intervenciones a que las niñas interactúen (con títeres), preguntando cómo se sienten, qué piensan y si a ellas les sucedió algo similar, con el objetivo de que puedan ir integrando su propia experiencia de abuso sexual a través del cuento. Se interviene buscando la participación activa de las niñas en la resolución de los conflictos de la protagonista.

Libreto del cuento:

Un hermoso día de verano, Violeta, una linda niña de 9 años, paseaba por las calles de su barrio, venía muy contenta después del colegio. Llegó a su casa, en donde estaba su mamá y su tío Ruperto. La mamá saludó a la niña, le dio el almuerzo y le dijo que tenía que salir al centro para hacer unos trámites. La mamá le pidió a Violeta que se portara bien y que se quedara con su tío Ruperto porque él la iba a cuidar. La mamá salió y Violeta se quedó en la casa y empezó a jugar con sus muñecas. De repente, Violeta sintió que el tío Ruperto entró a su pieza, él se acercó y le preguntó ¿a qué estás jugando?. Violeta notó que el tío se acercaba más y más a ella, entonces Violeta comenzó a sentirse incómoda. No sabía porqué el tío se acercaba tanto a ella, si nunca antes lo había hecho. Entonces, el tío se acercó mucho, mucho a Violeta, la abrazaba y le empezó a hacer cariño en las piernas. Violeta se sentía rara, no quería que su tío le hiciera ese tipo de cariños, por eso Violeta se sentía muy incómoda y quería que esto no sucediera. El tío le dijo "Violeta, no tengas miedo, yo no te voy a hacer nada malo, pero esto tiene que ser un secreto entre los dos, no le cuentes a nadie lo que estamos haciendo, si tú le cuentas a alguien, le voy a hacer daño a tú mamá". (se estimula a interactuar a las niñas). Violeta muy asustada, se quedó tranquila, como paralizada, no sabía qué hacer. Entonces el tío le empezó a tocar todo su cuerpo, le tocó sus pechos, sus brazos, sus piernas y su vagina. Violeta se sentía muy rara. (se hace interactuar a las niñas)

Después, cuando llegó la mamá, Violeta estaba muy callada (se estimula a interactuar a las niñas), quería estar sola, no quería contarle a su mamá lo que había pasado, porque pensaba que había hecho algo malo y que la mamá la iba a retar. Violeta tenía vergüenza, se sentía culpable de lo que había pasado y le daba miedo contar lo que sentía, porque se acordaba de lo que le había dicho el tío "no le cuentes a nadie lo que estamos haciendo, si tú le cuentas a alguien yo le voy a hacer daño a tu mamá." (se estimula a interactuar a las niñas)

6. Trabajo para la casa

Objetivo: Que las participantes puedan reflexionar acerca de su propia experiencia de abuso sexual, reconociendo sus sentimientos, emociones y pensamientos, expresándolo a través de una imagen, que facilite el compartir en grupo.

Metodología: Dibujo. Trabajo personal en el hogar.

Procedimiento: Se pide a las niñas que realicen en sus casas un dibujo acerca de su experiencia de abuso sexual.

7. Evaluación personal

8. Evaluación grupal

9. Cierre de la sesión: Saludo al sol y despedida de las terapeutas

Sesión nº3: "Compartiendo nuestras experiencias"

Objetivos:

- facilitar el compartir en grupo experiencias relacionadas con el abuso
- promover la eliminación de los sentimientos de vergüenza y culpa por haber sido escogidas como víctimas
- ayudar al alivio del sentimiento de sentirse diferente y aislada

Actividades:

1. Ritual de inicio: Saludo al sol

2. Presentación y dialogo grupal:

Objetivo: Que las participantes compartan los sentimientos, emociones y pensamientos relacionados con su propia experiencia de abuso sexual.

Metodología: Verbal

Procedimiento: Cada niña muestra al grupo el dibujo realizado en su casa, a partir de lo cual las terapeutas retoman el trabajo de la sesión anterior, centrándose en las experiencias personales de cada niña, especialmente en los sentimientos actuales relacionados con el abuso sexual, facilitando la expresión de éstos en un contexto protegido (culpa, rabia hacia el agresor, miedo, etc.).

3. Dibujo grupal

Objetivo: Que las participantes puedan expresar e integrar a través de una imagen las experiencias compartidas acerca del abuso sexual.

Metodología: Expresión gráfica

Procedimiento: Las terapeutas entregan un papelógrafo y lápices, solicitando a las niñas la realización de un dibujo colectivo acerca de los sentimientos, pensamientos y emociones compartidos en relación a la experiencia de abuso sexual.

4. Evaluación personal

5. Evaluación grupal

6. Cierre de la sesión: Saludo al sol y despedida de las terapeutas

Fase II: “Yo escucho mi cuerpo”

Eje: Sexualización traumática

Sesión n°4: "Mi cuerpo y sus sensaciones"

Objetivos:

- promover el conocimiento de los límites corporales
- adquirir una imagen positiva del propio cuerpo
- promover el reconocimiento de sensaciones corporales (agradables, desagradables)
- facilitar la identificación de necesidades y deseos

Actividades:

1. Ritual de inicio: Saludo al sol

2. Diseño Corporal:

Objetivo: Que las participantes reconozcan su imagen corporal, identificando los límites y las características particulares de su propio cuerpo, expresándolo a través de un diseño gráfico de sí mismas.

Metodología: Expresión gráfica

Procedimiento: Cada niña se tiende de espaldas en el suelo sobre un pliego de papel craft y una de las terapeutas marca con un plumón el contorno corporal de cada niña. Luego las terapeutas piden a las niñas que completen la figura, dibujando y pintando las características personales y los detalles más relevantes para ella.

3. Presentación del diseño y dialogo grupal:

Objetivo: Que las participantes reconozcan y expresen las percepciones y características de su propio cuerpo.

Que las participantes puedan identificar y expresar sensaciones y cambios corporales asociados a la experiencia de abuso sexual, integrando esta experiencia a la propia corporalidad.

Que las participantes tengan una vivencia positiva del propio cuerpo.

Metodología: Verbal

Procedimiento: Cada niña presenta su diseño al grupo, nombrando cada parte del cuerpo con su vocabulario correcto, señalando su función. Además van describiendo cómo se sienten respecto a esa parte del cuerpo, empezando desde la cabeza a los pies.

Las terapeutas orientan sus intervenciones a que las niñas puedan identificar y expresar los aspectos que consideran positivos y negativos de su propio cuerpo, la percepción de cambios corporales posterior al abuso (partes del cuerpo dañadas) y la identificación de las sensaciones corporales asociadas a esto. Las terapeutas intervienen buscando que las niñas puedan reconocer, por un lado, si estos cambios y sensaciones corporales permanecen, y por otro, la posible relación de los aspectos considerados como negativos

del propio cuerpo con la experiencia de abuso sexual, con el objetivo de que puedan integrarlos. Una vez que las niñas hayan logrado identificar los aspectos antes mencionados, las terapeutas intervienen hacia el reconocimiento y la valoración de los aspectos positivos del propio cuerpo.

4. Lista y Dialogo grupal: Las sensaciones corporales

Objetivo: Que las participantes identifiquen diferentes sensaciones del propio cuerpo. Que las participantes reconozcan, expresen e integren las sensaciones corporales asociadas al abuso, posibilitando una vivencia actual positiva del propio cuerpo.

Metodología: Verbal escrito y oral

Procedimiento: Las terapeutas piden a las niñas que grupalmente escriban en un papelógrafo una lista de las sensaciones agradables y desagradables del propio cuerpo, orientando sus intervenciones a que las niñas identifiquen las sensaciones corporales asociadas al abuso sexual. Las terapeutas destacan la necesidad de escuchar y responder a las necesidades del propio cuerpo, y facilitan una diferenciación entre la vivencia corporal asociada al abuso y la vivencia presente del propio cuerpo, rescatando la posibilidad actual de vivenciar sensaciones corporales agradables.

5. Evaluación personal

6. Evaluación grupal

7. Cierre de la sesión: Saludo al sol y despedida de las terapeutas

Sesión nº5: "Este es mi cuerpo":

Objetivos:

- proporcionar información directa acerca de la sexualidad, facilitando que las niñas reconozcan qué es apropiado en cuanto a ésta área
- desarrollo de una imagen positiva del propio cuerpo

Actividades:

1. Ritual de inicio: saludo del sol

2. Cuento:

Objetivo: Que las participantes conozcan nociones básicas acerca de la sexualidad en general y del desarrollo psicosexual femenino en particular, reconociendo los comportamientos apropiados para la edad en esta área.

Metodología: Exposición verbal y visual de información. Cuento narrado.

Procedimiento: Las terapeutas relatan un cuento sobre una niña a diferentes edades, haciendo énfasis en el descubrimiento de su cuerpo y la sexualidad femenina, informándose también acerca de los límites adecuados al comportamiento sexual a cada edad. Al mismo tiempo muestran láminas acerca de los diferentes aspectos de la sexualidad que va relatando la historia (por ejemplo, órganos sexuales, embarazo, nacimiento, etc). Las niñas pueden hacer preguntas que les vayan surgiendo respecto al tema.

Libreto del cuento:

(Basado en "Manual de Sexualidad Infantil" de R. Cerda, 2001)

Para que Violeta viniera al mundo fue necesario que sus padres realizaran un acto de amor, que incluye besos, caricias, muestras de cariño, y que termina con la unión de sus cuerpos, en donde el papá introduce el pene en la vagina de la mamá, para depositar un líquido que al juntarse con un óvulo de la mamá, da inicio a la creación de un nuevo ser, en este caso, Violeta. De la unión de sus cuerpos nació Violeta, primero era un puntito, pero con el paso de los días y los meses fue creciendo en un lugar especial de su mamá, llamado útero. Durante nueve meses estuvo dentro de útero de la mamá, fue creciendo rápidamente, y luego de todo ese tiempo salió a este mundo a respirar fuera de la guatita de la mamá. A los pocos días de nacer, llevaron a Violeta a su casa. La mamá la mayoría de las veces la alimentaba con la leche que salía de sus pechos.

Pasaron los días, meses y años, Violeta crecía rápidamente, y cuando entró al jardín infantil empezó a hacerle muchas preguntas a la mamá ¿de donde vengo? ¿cómo nací?, etc., y también empezó a mirarse su cuerpo y a preguntarse las diferencias entre niños y niñas, jugando con sus amiguitos a conocer sus cuerpos. La mamá de Violeta le enseñó que los niños tienen pene y las niñas vagina, los niños seguirán creciendo y se convertirán en hombres, las niñas llegarán a ser mujeres.

Cuando Violeta estaba en el colegio todavía sentía curiosidad por conocer su cuerpo, a veces se tocaba, y generalmente le daba vergüenza que otros la vieran cambiarse de ropa en la clase de educación física, pero lo que más le daba vergüenza, era conversar con otros acerca de su cuerpo. Algunas veces jugaba con sus compañeros y se divertía mucho con los juegos en que le tocaba darse besos con el niño que le gustaba. A la mayoría le gustaba el juego, pero si alguien no quería jugar, los otros no se enojaban ni lo obligaban, ¡¡quizás no le gustaba dar besos!!.

Violeta tiene ahora nueve años, sabe que su cuerpo va a cambiar y desarrollarse, la mamá le contó que luego comenzarán a crecer sus pechos, y que en algunas partes de su cuerpo aparecerán vellos. También en un tiempo más le va a pasar algo muy importante, le va a llegar la menstruación, lo cual a unas niñas les ocurre antes que a otras, y significa que la niña ya está creciendo y convirtiéndose en mujer. La menstruación ocurre porque todos los meses el cuerpo de la mujer se prepara para recibir a un bebé, cuando esto no ocurre, todos los colchoncitos y la casita que la mujer había preparado para el bebé tiene que salir de su cuerpo. Por esto la mujer bota sangre por su vagina, lo que no significa que ella esté enferma o que tenga una herida, sino que solamente está botando la casita del bebé, la que se comenzará a armar nuevamente el próximo mes, y así todos los meses. Ahora Violeta sabe que cuando tenga la menstruación se convertirá en mujer y de ahí su cuerpo estará preparado para tener una guaguaita.

Además Violeta sabe que cuando tenga como 14 años, se va a empezar a fijar más en sus compañeros y le van a empezar a gustar más. Tendrá amigos e incluso podrá tener un

pololo, con el cual le gustará darse besos y acariciarse, pero Violeta sabe que aunque sea su pololo, él no puede tocarla si ella no quiere y nadie puede obligarla a hacer algo que ella no quiera. Violeta sabe que cuando sea más grande puede encontrar a alguien con quien compartir toda su vida, y pueden realizar el mismo acto de amor que realizaron sus papás para tenerla a ella.

3. Dialogo grupal:

Objetivo: Que las participantes compartan sus experiencias acerca del desarrollo psicosexual, logrando conversar abiertamente las dudas y creencias al respecto. Que las participantes incorporen de manera positiva la propia sexualidad al autoconcepto corporal.

Metodología: Dialogo

Procedimiento: Se realiza un dialogo entre las niñas, con el fin de discutir las principales dudas acerca de la sexualidad que surgieron a partir del cuento. Las terapeutas intervienen destacando los aspectos positivos del desarrollo psicosexual, principalmente del desarrollo actual de las niñas, dando énfasis a una imagen positiva del propio cuerpo.

4. Cuento: "Este es mi cuerpo"

Objetivo: Que las participantes conozcan las diferentes formas de contacto físico, a través de la identificación de sus propias sensaciones corporales frente al contacto corporal con otro.

Metodología: Verbal y visual

Procedimiento: Las terapeutas reparten una lámina del cuento a cada niña, cada una de las cuales presenta una imagen y un breve texto explicativo, leyéndose el cuento de forma colectiva. Las terapeutas intervienen buscando la participación activa de las niñas, preguntando que sienten y piensan respecto a cada lámina, y orientan la discusión acerca de las diferentes formas de contacto (tales como caricias, golpes, abrazos, etc.) por parte de distintas figuras (familiares, desconocidos, etc.), promoviendo la distinción del contacto adecuado e inadecuado, a través de la identificación de las propias sensaciones corporales (comodidad-incomodidad) de cada niña ("yo escucho mi cuerpo").

5. Evaluación personal

6. Evaluación grupal

7. Cierre de la sesión: Saludo al sol y despedida de las terapeutas

Fase III: "Yo puedo cuidarme"

Eje: Falta de poder

Sesión n°6: "Yo puedo decir que no"

Objetivos:

- facilitar el establecimiento de límites corporales
- promover un sentimiento de poder, autoconfianza y autoeficacia en las niñas
- facilitar el reconocimiento y experimentar un sentido de poder adecuado a la edad (decir no a un adulto)
- desarrollar la capacidad de identificar métodos coercitivos
- apoyar la adecuada expresión de sensaciones de incomodidad

Actividades:

1. Ritual de inicio: saludo del sol
2. Trabajo corporal de expresión de emociones:

Objetivo: Que las participantes reconozcan sus propias formas de expresar corporalmente las diferentes emociones.

Metodología: Ejercicio corporal

Procedimiento: Las terapeutas piden a las niñas que recorran la sala libremente, motivándolas a que se relajen y centren su atención en su propio cuerpo. Las terapeutas guían el ejercicio, pidiendo a las niñas que expresen corporalmente (a través de posturas corporales, expresión facial, etc.) las diferentes emociones (rabia, pena, alegría, miedo, etc).

3. Dramatización:

Objetivo: Que las participantes puedan experimentar concordancia entre lo que sienten y expresan corporalmente, de manera que otros puedan reconocer sus estados emocionales, y a su vez, ellas puedan reconocer los estados emocionales de otros.

Metodología: Dramatización

Procedimiento: Por turnos las terapeutas piden a las niñas que representen una emoción, buscando concordancia entre la emoción que sienten y su expresión, a nivel verbal y corporal. Las terapeutas intervienen, poniendo el énfasis en la representación de la expresión adecuada de sensaciones de incomodidad.

4. Dialogo grupal: "El metro cuadrado"

Objetivo: Que las participantes conozcan un sentido de espacio y de propiedad personal en el establecimiento de contacto corporal con otros, siendo posible que cada niña regule voluntariamente la distancia o cercanía física con otros.

Metodología: Exposición

Procedimiento: Las terapeutas exponen el concepto de "el metro cuadrado", que se refiere a la noción de un espacio personal imaginario que incluye un perímetro que va más allá de los límites corporales. Intervienen, señalando a las niñas que ellas tienen el poder para decidir quién entra o no a su espacio personal, y que pueden realizar acciones para evitar que alguien lo traspase si ellas no lo desean, orientando la discusión a que las niñas puedan identificar los posibles métodos coercitivos que otros pudieran utilizar o utilizaron para transgredir su espacio.

5. Mi metro cuadrado:

Objetivo: Que las participantes reconozcan y experimenten su propio espacio personal o metro cuadrado.

Metodología: Ejercicio corporal

Procedimiento: (Actividad a realizarse en el patio). Las terapeutas piden a cada niña que extienda sus brazos, y gire en círculo, reconociendo el espacio que la rodea, como su espacio personal, correspondiendo a sus límites personales que van más allá del cuerpo. Luego, las terapeutas en el piso dibujan con tiza un círculo que representa el metro cuadrado de cada niña.

6. Dramatización:

Objetivo: Que las participantes ejerciten un sentido de espacio personal en el establecimiento de relaciones interpersonales, regulando voluntariamente la distancia o cercanía física con otros.

Metodología: Dramatización

Procedimiento: Por turnos se representa la posibilidad de que otras niñas ingresen al metro cuadrado de cada una, utilizando los métodos coercitivos identificados. Las terapeutas intervienen, buscando que cada niña evite el ingreso de otros al espacio personal si no lo desea, a través de una expresión concordante de sus emociones y sentimientos de incomodidad (trabajado anteriormente), por medio de la expresión verbal, gestual y conductual, poniendo énfasis en la expresión y elaboración de los sentimientos de las niñas respecto a la transgresión de sus límites corporales.

5. Evaluación personal

6. Evaluación grupal

7. Cierre de la sesión: Saludo al sol y despedida de las terapeutas

Sesión nº7: "Yo puedo cuidarme"

Objetivos:

- identificación y comprensión de situaciones de riesgo
- facilitar la búsqueda de diferentes soluciones alternativas de enfrentamiento ante situaciones de riesgo
- favorecer el aprendizaje de conductas autoprotectoras

Actividades:

1. Ritual de inicio: saludo del sol
2. Juego: "Cortocircuito"

Objetivo: Que las participantes interactúen de manera lúdica, y expresen afecto entre ellas.

Metodología: Juego

Procedimiento: Las terapeutas piden a las niñas que se ubiquen en un círculo, tomándose de las manos, y les dicen que imaginen que son una ampolleta y que entre todas forman un circuito eléctrico. Explican las terapeutas que dentro del circuito se definirá una ampolleta que no funciona, la cual al ser activada producirá un cortocircuito y una expresión de afecto por parte de todo el grupo. Por turnos una de las niñas del grupo saldrá fuera de la sala, mientras las otras acordarán quién será la ampolleta que no funciona. Luego la niña entra a la sala y hace accionar las diferentes ampolletas, cuando activa la ampolleta que no funciona las otras niñas le demuestran cariño de una forma previamente acordada.

3. Dialogo grupal:

Objetivo: Que los participantes exploren los sentimientos asociados con la posibilidad de un nuevo intento de abuso sexual.

Metodología: Dialogo

Procedimiento: A través del dialogo grupal se retoma el trabajo realizado la sesión anterior. Las terapeutas intervienen orientando la discusión acerca del concepto de espacio personal, los sentimientos asociados a la transgresión de límites corporales, y los sentimientos asociados a la posibilidad de un nuevo intento de abuso sexual, con el fin de abordarlos terapéuticamente.

4. Dramatización:

Objetivo: Que las participantes se enfrenten a una situación hipotética de un nuevo intento de abuso sexual.

Que las participantes identifiquen situaciones de riesgo de abuso sexual y reconozcan sus propias emociones ante estas.

Que las participantes se ejerciten en la búsqueda de diferentes alternativas de solución ante situaciones de riesgo de abuso sexual.

Que las participantes analicen las consecuencias de las diferentes soluciones ante situaciones de riesgo de abuso sexual, eligiendo soluciones adecuadas ante éstas.

Metodología: Dramatización

Procedimiento: a) Las terapeutas en grupos pequeños plantearan ciertas situaciones riesgosas de abuso sexual.

b) Las terapeutas solicitan a los grupos que preparen una dramatización respecto a la situación planteada en 2 actos: el problema y las posibles soluciones. Cada grupo elige los personajes que van a representar, los cuales son una hija, una madre y un adulto peligroso.

c) Cada grupo presenta su obra en 2 actos: el problema y las posibles soluciones.

d) Luego de la presentación de cada grupo, las terapeutas promueven la discusión entre las niñas, invitándolas a identificar cuál es el problema en esa situación, qué soluciones hay, qué podría haber hecho la niña, cuáles son las consecuencias de las diferentes posibles soluciones, si les ha ocurrido algo similar, etc. Las terapeutas intervienen reforzando las soluciones adecuadas (por ejemplo, siempre cuéntales a tus padres si alguien te hace sentir incómodo, jamás un adulto que toca o hace caricias a un niño le debe pedir que lo guarde como un secreto, no estás haciendo nada malo si le cuentas a tus padres un secreto, tus padres quieren saber si alguien te lastima o te hace sentir incómodo, etc.), acogiendo todas las alternativas entregadas por las niñas (hipotéticas o reales).

Situaciones de riesgo:

Algunas de estas situaciones planteadas en Ministerio Secretaría General de Gobierno, 1999, se utilizarán como estímulo en esta actividad y en otra actividad de esta sesión.

Situación n°1: Una mañana camino a la escuela, un niño ve a un hombre bien vestido, muy correcto, que ha visto varias veces en su barrio, con una correa para perros en las manos. El hombre se acerca y le dice que perdió a su perro. Le dice que tiene un hijo de la misma edad que él, que se pondrá muy triste porque el perro se perdió, y le pide que lo ayude a buscar el perro.

Situación n°2: Una mamá deja por pocos minutos solo en el automóvil a su hija mientras ella corre a la tienda. Una mujer toca la ventana del auto y le dice que su mamá lo está llamando, que lo necesita. La mujer trata de convencerlo para que salga del auto y vaya con ella.

Situación n°3: Un día Juan va saliendo de la escuela, con un compañero nuevo, Jaime. El papá de Jaime llega en automóvil a buscarlo. El quiere que Juan se suba al auto para llevarlo a su casa. Jaime también quiere que se suba al auto.

Situación n° 4: Un día una niña está jugando en el patio y José, un joven que la niña conoce porque vive en su barrio, llega en su nueva motocicleta. José para y le pregunta si quiere ver su nueva moto. Le dice que si se sube atrás y se agarra bien, lo llevará a dar una vuelta a la manzana.

Situación n°5: Un día de vuelta de la escuela una niña ve al Sr. Gómez trabajando en su jardín, como siempre. Al igual que todos los días el Sr. Gómez le sonrío y le saluda. Pero hoy se acerca y le dice que tiene una computadora en su casa con toda clase de juegos. Le dice que si quiere entrar a verla y jugar con ella.

Situación n°6: El niño acaba de tener una discusión con sus papás y está enojado con ellos. Se lo cuenta a un adulto (profesor del colegio o a alguien de la iglesia). Él le ofrece llevarlo al cine y que vaya a su casa un rato. Le dice que sus papás ya no lo quieren y que ya no quieren que viva con ellos.

Situación n°7: Una niña vive cerca de la plaza, pero hay una regla en su casa: que no puede ir a la plaza si no hay alguien en casa que le pueda dar permiso. Un día regresa de la escuela y no hay nadie en casa, y piensa “voy a ir a jugar sólo un ratito, nadie lo va a saber”. Se va a la plaza y se encuentra con uno o dos niños mayores de su barrio, que le dicen que le darán \$1000 si se baja los pantalones.

Situación n°8: Una tarde una niña está en el living de su casa con un amigo de sus papás. Él trata de tocar las partes privadas de su cuerpo o de abrazarla haciéndola sentir incómoda. Cuando le dice que la deje de tocar, él le pide que sea un secreto que no le diga a sus papás.

5. Juego: Pelota de las soluciones

Objetivo: Que las participantes analicen las consecuencias de las diferentes soluciones ante situaciones de riesgo de abuso sexual, eligiendo soluciones adecuadas ante éstas.

Metodología: Juego

Procedimiento: Las niñas se ubican en un círculo. Las terapeutas plantean diferentes situaciones de riesgo de un posible nuevo abuso sexual. Los niños se tiran una pelota y por turnos van diciendo diferentes soluciones adecuadas ante la situación planteada.

5. Evaluación personal

6. Evaluación grupal

7. Cierre de la sesión: Saludo al sol y despedida de las terapeutas

Sesión n°8: "Cómo puedo protegerme"

Objetivos:

- favorecer el aprendizaje de conductas autoprotectoras
- facilitar la búsqueda de diferentes soluciones alternativas de enfrentamiento ante situaciones de riesgo
- fomentar la iniciativa para elaborar planes de acción

Actividades:

1. Ritual de inicio: saludo del sol

2. Juego: Representación de Animales

Objetivo: Que las participantes interactúen de manera lúdica, creando un clima grupal de confianza y cohesión que permita el trabajo posterior.

Metodología: Juego. Expresión corporal.

Procedimiento: Por turnos las niñas representan corporalmente las características de un animal. Las otras niñas deben adivinar que animal representa.

3. Cuento personal y presentación al grupo:

Objetivo: Que las participantes identifiquen y expresen temores específicos asociados a una situación concreta de riesgo de abuso sexual.

Que las participantes identifiquen posibles soluciones ante una situaciones concretas de riesgo de abuso sexual, seleccionando la más adecuada.

Que las participantes compartan en grupo los temores específicos asociados a situaciones de riesgo de abuso sexual y las posibles soluciones ante éstas.

Metodología: Verbal escrito y dialogo. Elaboración de un cuento.

Procedimiento: a) Las terapeutas solicitan a cada niña que invente un cuento sobre una posible situación de riesgo de abuso sexual, identificando qué harían si se produce otro intento de abuso, cómo se sentirían y cómo lo expresarían. Además les piden que identifiquen tres actos en su cuento: la identificación del problema, búsqueda de diferentes soluciones, y selección de una solución.

b) Cada niña presenta al grupo su cuento, y colectivamente se escoge uno de los cuentos para representar con títeres.

4. Función de títeres:

Objetivo: Que las participantes se ejerciten en la búsqueda de diferentes alternativas de solución ante situaciones de riesgo de abuso sexual.

Que las participantes analicen las consecuencias de las diferentes soluciones ante situaciones de riesgo de abuso sexual, eligiendo soluciones adecuadas ante éstas y elaboren un plan de acción.

Metodología: Títeres. Modelado.

Procedimiento: Las niñas representan con títeres el cuento escogido, en tres actos: el problema, luego dos soluciones, una buena y una mala, promoviéndose el análisis grupal de las consecuencias de estas soluciones, y finalmente se elabora un plan de acción para la solución escogida. Las terapeutas intervienen buscando la interacción de las niñas, preguntándoles que piensan, cómo se sienten, qué ideas se les ocurren para solucionar el problema, cuál solución elegirían y cómo la llevarían a cabo.

5. Evaluación personal

6. Evaluación grupal

7. Cierre de la sesión: Saludo al sol y despedida de las terapeutas

Fase IV: “Cómo me pueden cuidar”

Eje: Pérdida de confianza

Sesión n°9 "Yo busco ayuda"

Objetivos:

- promover la capacidad de discriminar en quién se puede confiar
- posibilitar el reconocimiento de figuras protectoras (mi nueva red de apoyo)

Actividades:

1. Ritual de inicio: saludo del sol

2. Recapitulación:

Objetivo: Que las participantes recuerden los contenidos trabajados la sesión anterior.

Metodología: Verbal.

Procedimiento: Las terapeutas estimulan la discusión acerca de los contenidos tratados en la sesión anterior, con el fin de que las niñas los recuerden, y refuerzan la solución de buscar ayuda ante situaciones de riesgo de abuso sexual.

4. Dibujo individual: La mano protectora

Objetivo: Que las participantes identifiquen figuras protectoras en su contexto de desarrollo.

Que las participantes puedan discriminar personas en las que pueden confiar y en las que no pueden confiar.

Metodología: Gráfica y Verbal escrita.

Procedimiento: Las terapeutas piden a cada niña que dibuje su mano en una hoja. En esa mano cada niña escribirá los nombres de la o las figuras que identifica como protectoras en su contexto de desarrollo, pudiendo acudir a éstas en situaciones de riesgo. Luego las terapeutas solicitan a cada niña que escriba una lista de las personas en las que pueden confiar y en las que no, identificando las razones en cada uno de los casos.

5. Plenario:

Objetivo: Que las participantes puedan identificar y expresar sentimientos y emociones asociadas a la falta de protección ante la situación de abuso sexual.

Que las participantes puedan reconocer las acciones protectoras realizadas por sus figuras significativas.

Metodología: Dialogo grupal

Procedimiento: Cada niña presentará al grupo su trabajo personal (lista y dibujo). Las terapeutas reforzarán la importancia de las figuras protectoras. Grupalmente se discute que acciones les hubiera gustado que realizaran sus figuras cercanas para protegerlas del abuso. Las terapeutas realizan intervenciones terapéuticas orientadas hacia la expresión de sentimientos (rabia, pena, otros) ante el padre/madre no protector, abordando el tema de la ambivalencia, definiendo y discutiendo este concepto (confusión de amar a alguien y estar enojado al mismo tiempo), y rescatando las acciones protectoras que realizaron sus figuras cercanas (por ejemplo, el compromiso de asistir a esta terapia), favoreciéndose así la elaboración de la experiencia abusiva.

6. Tarea:

Objetivo: Que las participantes puedan recabar de manera concreta la información necesaria para acudir a las figuras previamente identificadas como protectoras ante situaciones de riesgo.

Metodología: Trabajo personal en el hogar.

Procedimiento: Las terapeutas pedirán a las niñas que para la próxima sesión traigan las direcciones y teléfonos de las figuras identificadas como protectoras, agregándolas en su cuaderno personal.

7. Evaluación personal

8. Evaluación grupal

9. Cierre de la sesión: Saludo al sol y despedida de las terapeutas

Sesión n° 10 "Cómo me pueden cuidar"

Objetivos:

- desarrollar en las niñas la capacidad de recurrir a sus figuras cercanas en situaciones de riesgo

Actividades:

1. Ritual de inicio: saludo del sol

2. Role playing: ¿qué puedo hacer yo para protegerme? ¿qué me gustaría que mi mamá hiciera para protegerme?:

Objetivo: Que las participantes identifiquen acciones que pueden realizar para autoprotegerse.

Que las participantes identifiquen sus necesidades y deseos de protección por parte de la figura materna, expresando acciones concretas.

Metodología: Juego. Dramatización.

Procedimiento: Las terapeutas plantean una situación de riesgo de abuso sexual y piden a cada niña que escriba en un papel lustre una acción que ella podría realizar y una acción que desearía que su madre realizara ante la situación planteada (por ejemplo: que me abrace, que me escuche, etc). Se colocan los papeles en el centro, y cada niña por turnos saca uno, nombra a la niña que lo escribió, y representa con ella las acciones escritas en el papel.

3. Dramatización:

Objetivo: Que las participantes identifiquen sus necesidades y deseos de protección por parte de la figura materna, expresando acciones concretas.
Que las participantes reconozcan si las acciones previamente identificadas satisfacen las necesidades de protección por parte de la figura materna.

Metodología: Dramatización.

Procedimiento: Las terapeutas narran una historia sobre una potencial situación de abuso sexual. A través de dramatizaciones las niñas representan la sensación de incomodidad, y actúan la que les gustaría que su figura cercana respondiera ante esa situación. Las terapeutas intervienen buscando que las niñas puedan identificar si la acción de la figura (representada por otra niña) satisface sus necesidades de protección o si requiere que realice otra acción. En este último caso, las intervenciones de las terapeutas se orientan a que la niña exprese sus necesidades para que la figura pueda responder a éstas adecuadamente.

4. Plenario:

Objetivo: Que las participantes reconozcan y compartan sentimientos asociados a la confianza con otros significativos.

Metodología: Dialogo grupal

Procedimiento: Las terapeutas intervienen, estimulando la discusión grupal respecto a la dramatización, explorando sentimientos surgidos en ésta, especialmente en cuanto al sentimiento de confianza en otros significativos, con el fin de abordarlos terapéuticamente.

5. Evaluación personal

6. Evaluación grupal

7. Cierre de la sesión: Saludo al sol y despedida de las terapeutas

Sesión n° 11: "Despidiéndonos"

Objetivos:

- Evaluación e integración del trabajo de grupo
- Reforzar los principales temas del trabajo de grupo
- Cierre del proceso y preparación para el seguimiento

Actividades:

1. Ritual de inicio: saludo del sol

2. Evaluación grupal:

Objetivo: Que las niñas en conjunto evalúen el desarrollo de las sesiones de la terapia grupal.

Metodología: Dialogo. Dramatización, imagen u otro.

Procedimiento: Las niñas se sientan en círculo y las terapeutas les piden que evalúen grupalmente los logros, aprendizajes y qué ha significado para ellas la terapia grupal. Se les pide que preparen una exposición (gráfica, dramatización, etc.) de esto.

3. Trabajo individual:

Objetivo: Que cada niña evalúe su participación durante las sesiones de la terapia grupal.

Metodología: Verbal escrito

Procedimiento: Las terapeutas piden a cada niña que realice una evaluación de los logros, aprendizajes y lo que significó la terapia grupal para ellas y lo escriban en su cuaderno. Luego cada niña comparte con el grupo la evaluación realizada.

4. Mapa grupal:

Objetivo: Que las participantes compartan en grupo la evaluación personal de su participación en el proceso terapéutico grupal.

Que las participantes reciban retroalimentación por parte de las otras niñas de sus aportes y participación en la dinámica grupal.

Método: Verbal escrito y oral.

Procedimiento: Las terapeutas dibujan en un papelógrafo un círculo grande que representa al grupo. Por turnos cada niña dibuja un pequeño círculo que las representa a sí mismas y anota una palabra que identifique lo que significó el grupo para ellas (qué me aportó el grupo) y otra palabra que identifique que aportó cada una al grupo. Las otras niñas expresan por cada una palabras de afecto "me gustó compartir contigo porque...".

5. Despedida:

Objetivo: Cierre de la terapia grupal.

Procedimiento: Las terapeutas cierran la terapia grupal y entregan un certificado a cada niña de su participación en el proceso terapéutico grupal.

6. Convivencia

Sesión nº 12: "Contándole mi experiencia a mi mamá"

Dirigida a cada niña con su madre (sesión individual)

Objetivos:

- evaluación del proceso terapéutico grupal con la niña y la madre
- favorecer el fortalecimiento del vínculo madre-hija
- realización de evaluación post-intervención

Actividades:

1. Entrevista con la niña

Objetivo: Que las participantes puedan reconocer los logros y aprendizajes desarrollados a través del proceso de terapia grupal.

Que las niñas reciban retroalimentación por parte de las terapeutas acerca de su participación durante la terapia grupal.

Metodología: Verbal

Procedimiento: Las terapeutas realizan una entrevista individual con cada niña, estimulándolas a que recuerden los aspectos más significativos para ellas durante el proceso terapéutico grupal, enfatizando en los logros y aprendizajes obtenidos. Luego las terapeutas retroalimentan a las niñas respecto a su desempeño en el proceso terapéutico, reforzando principalmente los aprendizajes y logros observados, junto con las características positivas mostradas en el grupo. Las terapeutas piden a las niñas que recuerden las acciones que les gustaría que sus madres hicieran para protegerlas. Finalmente, las terapeutas realizan intervenciones orientadas a que las niñas en la entrevista con la mamá puedan expresarles los logros y aprendizajes percibidos, y las acciones protectoras que les gustaría que éstas realizaran.

2. Entrevista con la niña y su madre

Objetivo: Que las participantes expresen a sus madres la experiencia vivida durante el proceso de terapia grupal.

Que las madres conozcan y refuerzen los logros y aprendizajes transmitidos por sus hijas.

Que las madres sean receptivas y responsivas ante las necesidades de protección expresadas por sus hijas.

Metodología: Verbal y de contacto físico entre madre e hija.

Procedimiento: Se realiza una entrevista con cada niña y su madre, en donde las terapeutas solicitan a la niña que le cuenta a su madre su experiencia en la terapia grupal, transmitiendo los aprendizajes y logros más significativos para la niña. Las terapeutas realizan intervenciones orientadas a que la madre acoja y refuerze, tanto el proceso como los logros de su hija en la terapia grupal. Las terapeutas piden a la niña que exprese a su

madre la acción (identificada durante la terapia), que representa una forma concreta de cómo le gustaría que su madre la protegiera, interviniendo para que la madre pueda responder ante esta necesidad de protección de su hija, realizando la acción identificada. Las terapeutas refuerzan a las madres como figuras protectoras.

3. Entrevista con la madre:

Objetivo: Que las madres conozcan los logros y aprendizajes desarrollados por sus hijas en el proceso de terapia grupal.

Que las madres reflexionen acerca de cambios observados en sus hijas durante el proceso de la terapia grupal.

Metodología: Verbal

Procedimiento: Las terapeutas expresan a la madre los logros y aprendizajes observados en su hija durante la terapia grupal, enfatizando la importancia de que ella lo valore y refuerze, para que se consoliden y permanezcan después de terminado el proceso terapéutico. Las terapeutas destacan a la madre la importancia de que ella se constituya en figura protectora de su hija. Se pide a la madre que reflexione acerca de cambios observados en la niña durante el proceso de terapia grupal.

4. Evaluación post-intervención

Las terapeutas realizan la evaluación post-intervención, aplicando pruebas gráficas y test de Margarita.

5. Despedida

Las terapeutas se despiden de la niña, entregándole a cada una su cuaderno personal y una copia del cuaderno grupal, con el objetivo de que conserven un testimonio concreto del proceso vivido en la terapia grupal.

VI- ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el presente capítulo se exponen los resultados, tanto cuantitativos como cualitativos, obtenidos a través de las diferentes evaluaciones realizadas en la investigación.

En el análisis cuantitativo se expone la comprobación de hipótesis, con el objetivo de establecer si las participantes de la terapia grupal presentan cambios estadísticamente significativos entre la evaluación pre y post intervención, en relación a las cuatro subvariables del presente estudio. Esta comprobación se realiza a través de los resultados obtenidos en las pruebas gráficas -dibujo de sí misma y dibujo de la familia-, efectuando en primer lugar un análisis descriptivo de la condición en que se presentan las niñas en la evaluación pre y post intervención, y en segundo lugar un análisis estadístico comparativo entre ambas evaluaciones. Estos datos se contrastan con los resultados obtenidos a través de la pauta de evaluación clínica realizada por las terapeutas individuales, con el fin de tener una mirada externa acerca de la presencia o ausencia de logros en las participantes posterior a la intervención grupal.

En el análisis cualitativo, en primer lugar se presenta una evaluación del proceso de implementación de la terapia grupal, analizándose tanto aspectos generales de ésta, como aspectos del proceso de ejecución de cada sesión, con el fin de observar los elementos que facilitaron o dificultaron el logro de los objetivos.

En segundo lugar se presentan las modificaciones propuestas al diseño original a partir de la evaluación de la implementación.

En tercer lugar, se expone la evaluación de cambios inmediatos observados en las participantes durante el transcurso de la terapia grupal, con el propósito de analizar el cumplimiento de los objetivos planteados para ésta.

En cuarto lugar, se presenta el análisis comparativo observado en la evaluación realizada con el test proyectivo verbal, test de Margarita, para observar si se expresan ante esta evaluación cambios cualitativos en las participantes entre la evaluación pre y post intervención.

Finalmente, se realiza un resumen del análisis de resultados, el cual busca presentar un panorama general de los hallazgos encontrados en la presente investigación, a través de las evaluaciones anteriormente señaladas.

1. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

A partir de los resultados obtenidos en las pruebas gráficas, se indica cuales de las hipótesis de investigación fueron comprobadas o rechazadas.

En primera instancia se realiza un análisis descriptivo respecto de la condición que presentaban los sujetos del estudio previo y posterior a la intervención, siendo ubicados éstos en categorías clínicas. Para efectos del análisis estadístico comparativo que permite hacer la

comprobación de hipótesis se consideró el número de indicadores gráficos recogidos a través del dibujo de sí misma en el caso de las subvariables autoconcepto social, autoconcepto corporal y sentimientos del propio poder, y del dibujo de la familia en la subvariable confianza relacional (ver anexo nº7).

Estos datos se contrastan con los resultados obtenidos a través de la pauta de evaluación clínica realizada por las terapeutas individuales. Cabe consignar que esta pauta presenta pocos items en las subvariables autoconcepto social y confianza relacional, lo que puede influir en los resultados presentados en éstas.

Hipótesis específicas

Hipótesis 1

Las niñas que participen en la psicoterapia grupal presentarán un cambio positivo en el autoconcepto social, encontrándose diferencias entre la evaluación previa al tratamiento y la evaluación posterior a éste.

Como se señaló anteriormente, se presenta antes de la comprobación de hipótesis un análisis descriptivo acerca de las categorías clínicas en que se encontraban las niñas víctimas de abuso sexual antes de la terapia grupal y posterior a ésta. Estas categorías, que se exponen en la tabla nº1, se obtuvieron del dibujo de sí misma y se refieren a la subvariable autoconcepto social.

Tabla nº 1: Categorías ordinales obtenidas por cada sujeto experimental en la situación pre y post tratamiento en la subvariable autoconcepto social, evaluado con el dibujo de sí misma.

Caso	Categoría pre	Categoría post
1	1	3
2	3	4
3	2	3
4	1	3
5	4	4
6	3	4

Esta tabla muestra que respecto a la subvariable autoconcepto social, en la evaluación previa al tratamiento las participantes se ubican en distintas categorías clínicas, presentando tres de ellas un autoconcepto social positivo o de predominio positivo (casos 2, 5, 6) y tres un autoconcepto social negativo o de predominio negativo (casos 1, 3, 4).

En la evaluación post intervención todas las participantes se ubican en categorías 3 y 4, lo cual representa un autoconcepto social positivo o de predominio positivo.

Solamente una de las niñas (caso 5) no presenta cambio de categoría entre la evaluación pre y post intervención, presentando un autoconcepto social positivo en ambas ocasiones.

Comprobación de la hipótesis 1

Para efectos del análisis estadístico comparativo que permite hacer la comprobación de la hipótesis se consideró la sumatoria de los indicadores gráficos negativos presentados por las niñas en la subvariable autoconcepto social, en la evaluación pre y post intervención, recogidos a través del dibujo de sí misma (ver anexo nº8).

Este análisis se realizó a través de la prueba no paramétrica del signo, la cual se aplicó a los datos que aparecen en la tabla nº2.

Tabla nº 2: Cantidad de indicadores gráficos negativos referidos al autoconcepto social presentes en el dibujo de sí misma de las niñas víctimas de abuso sexual, previo y posterior a su participación en la intervención terapéutica grupal.

Caso	Nº de indicadores negativos pre	Nº de indicadores negativos post	Cambio
1	10	3	+
2	3	2	+
3	6	3	+
4	8	4	+
5	2	0	+
6	3	0	+

En relación al autoconcepto social se aprecia en la tabla nº 2 que todas las niñas presentan una disminución de indicadores negativos en la evaluación post intervención. Destaca que, después de la intervención dos de las niñas no presentan indicadores gráficos negativos (casos 5, 6) y, además, el caso 1 muestra una disminución considerable de éstos indicadores.

De esta manera se aprecia un cambio positivo en todas las participantes, con una probabilidad de 0, 016 en la prueba del signo, lo cual resulta estadísticamente significativo.

Por tanto **se comprueba la hipótesis 1.**

Esta información se confirma, al incluir los datos aportados por la evaluación clínica realizada por las terapeutas individuales, cuyos resultados aparecen en la siguiente tabla, indicando el porcentaje de logro en los objetivos terapéuticos evaluados.

Tabla nº 3: Porcentaje de logro calculado con los ítems referidos al autoconcepto social en la pauta respondida por las terapeutas individuales previo y posterior a la intervención grupal.

	Pre-intervención	Post-intervención
1)	75%	100%
2)	63%	75%
3)	50%	100%
4)	63%	100%
5)	75%	100%
6)	50%	100%

En la tabla nº 3 se aprecia que todas las niñas presentan un cambio positivo en la evaluación post intervención. Cabe señalar que previo a la intervención ninguna de las niñas superaba el 75% de logros terapéuticos. En cambio, en la evaluación post intervención la mayoría de las niñas (casos 1, 3, 4, 5, 6) según las terapeutas presentan un logro del 100% de los objetivos relacionados con la autopercepción social.

Hipótesis 2

Las niñas que participen en la terapia grupal presentarán un cambio positivo en la autoconcepto corporal, encontrándose diferencias entre la evaluación previa al tratamiento y la evaluación posterior a éste.

Al igual que en el caso anterior se presenta primero un análisis descriptivo de las categorías clínicas en que se ubican las participantes respecto a la subvariable autoconcepto corporal - según el dibujo de sí misma-, las cuales dan cuenta de la condición en que se presentan las niñas en la evaluación pre y post intervención. Los datos aparecen en la tabla nº4.

Tabla nº 4: Categorías ordinales obtenidas por cada sujeto experimental en la situación pre y post tratamiento en la subvariable autoconcepto corporal, evaluado con el dibujo de sí misma.

Caso	Categoría pre	Categoría post
1	1	4
2	3	4
3	2	3
4	2	3
5	3	4
6	3	4

Como se observa en la tabla nº 4, las niñas en la evaluación pre intervención se ubican en diferentes categorías clínicas, presentando tres de ellas estimaciones que corresponden a un autoconcepto corporal de predominio positivo (casos 2, 5, 6), y las otras estimaciones que corresponden a un autoconcepto corporal negativo o de predominio negativo (casos 1, 3, 4).

En la evaluación post intervención todas las niñas cambian de categoría, presentando estimaciones de 3 y 4, lo cual representa un autoconcepto corporal positivo o de predominio positivo.

Cabe destacar el caso 1, el cual cambia entre la evaluación pre y post intervención, desde la categoría correspondiente a un autoconcepto corporal negativo (estimación 1), a la correspondiente a un autoconcepto corporal positivo (estimación 4).

Comprobación de la hipótesis 2

Para efectos del análisis estadístico comparativo -realizado a través de la prueba del signo- que permite hacer la comprobación de la hipótesis se consideró la sumatoria de los indicadores gráficos negativos presentados por las niñas en la subvariable autoconcepto corporal, en la evaluación pre y post intervención, recogidos a través del dibujo de sí misma (ver anexo nº8). Los datos para el análisis se presentan en la tabla nº 5.

Tabla nº 5: Cantidad de indicadores gráficos negativos referidos al autoconcepto corporal presentes en el dibujo de sí misma de las niñas víctimas de abuso sexual, previo y posterior a su participación en la intervención terapéutica grupal.

Caso	Nº de indicadores negativos pre	Nº de indicadores negativos post	cambio
1	12	3	+
2	5	2	+
3	9	4	+
4	10	5	+
5	4	2	+
6	6	2	+

En la subvariable autoconcepto corporal se observa en la tabla nº 5 que las participantes presentan un menor número de indicadores negativos en la evaluación post intervención. Destaca que dos de las niñas (casos 1 y 4), presentan gran cantidad de indicadores negativos en la evaluación pre intervención, los cuales disminuyen considerablemente en la evaluación posterior al tratamiento.

De esta manera se aprecia un cambio positivo en todas las participantes, con una probabilidad de 0,016 en la prueba del signo, lo cual resulta estadísticamente significativo.

Por tanto **se comprueba la hipótesis 2.**

Esta información se confirma, al incluir los datos aportados por la evaluación clínica realizada por las terapeutas individuales, cuyos resultados aparecen en la siguiente tabla, indicando el porcentaje de logro en los objetivos terapéuticos evaluados.

Tabla nº 6: Porcentaje de logro calculado con los ítems referidos al autoconcepto corporal en la pauta respondida por las terapeutas individuales previo y posterior a la intervención grupal.

	Pre-intervención	Post-intervención
1)	50%	90%
2)	50%	80%
3)	60%	90%
4)	70%	80%
5)	70%	100%
6)	20%	80%

Es posible observar en la tabla nº 6 que las niñas presentan en la evaluación pre intervención porcentajes inferiores al 70%, mostrando incluso una de ellas (caso 6) un porcentaje de 20% de logro. En la evaluación post intervención todas las niñas presentan un mayor porcentaje, superando todas el 80%, incluso alcanzando una de ellas (caso 5) el 100% de logro de los objetivos relacionados con el autoconcepto corporal.

Hipótesis 3

Las niñas que participen en la terapia grupal presentarán un aumento en el sentimiento del propio poder, encontrándose diferencias entre la evaluación previa al tratamiento y la evaluación posterior a éste.

Al igual que en el caso de las otras hipótesis, se presenta un análisis descriptivo de las categorías clínicas en que se ubican las participantes respecto a la subvariable sentimiento del propio poder - según el dibujo de sí misma-, las cuales dan cuenta de la condición en que se presentan las niñas en la evaluación pre y post intervención. Los datos se exponen en la tabla nº7.

Tabla nº 7: Categorías ordinales obtenidas por cada sujeto experimental en la situación pre y post tratamiento en la subvariable sentimiento del propio poder evaluado con el dibujo de sí misma.

Caso	Categoría pre	Categoría post
1	1	3
2	3	4
3	2	4
4	1	3
5	3	4
6	3	4

Se observa en la tabla 7, que en la evaluación previa al tratamiento las niñas se ubican en diferentes categorías clínicas, presentando la mitad de las niñas estimaciones correspondientes a un sentimiento débil del propio poder o de predominio débil (casos 1, 3, 4) y la otra mitad estimaciones correspondientes a un sentimiento del propio poder de predominio fuerte (casos 2, 5, 6).

En la evaluación posterior a la intervención, todas las niñas cambian de categoría, presentando finalmente estimaciones de 3 y 4, lo cual representa un sentimiento del propio poder fuerte o de predominio fuerte.

Comprobación de la hipótesis 3

Para efectos del análisis estadístico comparativo -realizado a través de la prueba del signo- que permite hacer la comprobación de la hipótesis se consideró la sumatoria de los indicadores gráficos negativos presentados por las niñas en la subvariable sentimiento del propio poder, en la evaluación pre y post intervención, recogidos a través del dibujo de sí misma (ver anexo nº8). Los datos aparecen en la tabla nº8.

Tabla nº 8: Cantidad de indicadores gráficos negativos referidos al sentimiento del propio poder presentes en el dibujo de sí misma de las niñas víctimas de abuso sexual, previo y posterior a su participación en la intervención terapéutica grupal.

Caso	Nº de indicadores negativos pre	Nº de indicadores negativos post	Cambio
1	10	3	+
2	3	1	+
3	5	2	+
4	8	3	+
5	3	0	+
6	3	1	+

En la tabla nº 8 se observa que respecto al sentimiento del propio poder, las niñas presentan un menor número de indicadores gráficos negativos en la evaluación post intervención, en comparación a la evaluación pre intervención, destacando el caso 1, el cual presenta una disminución considerable de estos indicadores.

De esta manera se aprecia un cambio positivo en todas las participantes, con una probabilidad de 0,016 en la prueba del signo, lo cual resulta estadísticamente significativo.

Por tanto **se comprueba la hipótesis 3.**

Esta información se confirma, al incluir los datos aportados por la evaluación clínica realizada por las terapeutas individuales, cuyos resultados aparecen en la siguiente tabla, indicando el porcentaje de logro en los objetivos terapéuticos evaluados.

Tabla n° 9: Porcentaje de logro calculado con los ítems referidos al sentimiento del propio poder en la pauta respondida por las terapeutas individuales previo y posterior a la intervención grupal.

	Pre-intervención	Post-intervención
1)	39%	89%
2)	50%	94%
3)	61%	89%
4)	50%	81%
5)	44%	100%
6)	22%	67%

En relación a la subvariable sentimientos del propio poder, la tabla n° 9 nos muestra los bajos porcentajes presentados por las niñas previo a la intervención, no superando ninguna el 65%, mostrando incluso una de ellas un porcentaje de 22% (caso 6).

Posterior a la intervención se observa que todas las niñas presentan un cambio positivo, incluso alcanzando una de ellas (caso 5) el 100% de logro de los objetivos relacionados con el sentimiento del propio poder, según la evaluación de las terapeutas individuales.

Hipótesis 4

Las niñas que participen en la terapia grupal presentarán un aumento en el sentimiento de confianza relacional, encontrándose diferencias entre la evaluación previa al tratamiento y la evaluación posterior a éste.

Al igual que en los casos anteriores se presenta un análisis descriptivo de las categorías clínicas en que se ubican las participantes respecto a la subvariable confianza relacional - según el dibujo de la familia-, las cuales dan cuenta de la condición en que se presentan las niñas en la evaluación pre y post intervención. Los datos se exponen en la tabla n° 10.

Tabla n° 10: Categorías ordinales obtenidas por cada sujeto experimental en la situación pre y post tratamiento en la subvariable confianza relacional, evaluado con el dibujo de la familia.

Caso	Categoría pre	Categoría post
1	1	4
2	3	4
3	1	3
4	2	4
5	3	3
6	1	3

Podemos apreciar en la tabla nº 10 que en la evaluación pre intervención las niñas se ubican en categorías clínicas disímiles, mostrando cuatro de ellas (casos 1, 3, 4, 6), estimaciones correspondientes a una relación con otros desconfiada o de predominio desconfiada, y las otras dos (casos 2 y 5), estimaciones correspondientes a una relación con otros de predominio confiado.

En la evaluación posterior a la intervención, todas las participantes presentan estimaciones de 3 y 4, lo cual indica la presencia de una relación con otros confiada o de predominio confiado.

Una de las niñas (caso 5) no presenta cambio de categoría, observándose en ambas evaluaciones la presencia de estimaciones que indican una relación con otros de predominio confiada.

Cabe destacar el caso 1, el cual cambia entre la evaluación pre y post intervención, desde la categoría correspondiente a una relación con otros desconfiada (estimación 1), a la correspondiente a una relación con otros confiada (estimación 4).

Comprobación de la hipótesis 4

Para efectos del análisis estadístico comparativo -realizado a través de la prueba del signo- que permite hacer la comprobación de la hipótesis se consideró la sumatoria de los indicadores gráficos negativos presentados por las niñas en la subvariable confianza relacional, en la evaluación pre y post intervención, recogidos a través del dibujo de la familia (ver anexo nº8). Los datos se exponen en la tabla nº 11.

Tabla nº 11: Cantidad de indicadores gráficos negativos referidos a la confianza relacional presentes en el dibujo de la familia de las niñas víctimas de abuso sexual, previo y posterior a su participación en la intervención terapéutica grupal.

Caso	Nº de indicadores negativos pre	Nº de indicadores negativos post	cambio
1	15	1	+
2	4	2	+
3	8	4	+
4	6	1	+
5	4	3	+
6	13	3	+

Respecto a la subvariable confianza relacional, se aprecia en la tabla nº 11, la existencia de un cambio positivo entre la evaluación pre y post intervención, al presentar todas las niñas un menor número de indicadores negativos en la evaluación posterior a la terapia grupal, destacando la disminución considerable de indicadores negativos que presentan dos niñas (casos 1, 6).

De esta manera se aprecia un cambio positivo en todas las participantes, con una probabilidad de 0,016 en la prueba del signo, lo cual resulta estadísticamente significativo.

Por tanto se **comprueba la hipótesis 4**.

Esta información se confirma parcialmente, al incluir los datos aportados por la evaluación clínica realizada por las terapeutas individuales, cuyos resultados aparecen en la siguiente tabla, indicando el porcentaje de logro en los objetivos terapéuticos evaluados. Cabe consignar que la pauta de evaluación clínica presenta un reducido número de ítems (3) en esta subvariable, lo que puede influir en los resultados presentados.

Tabla nº 12: Porcentaje de logro calculado con los ítems referidos a la confianza relacional en la pauta respondida por las terapeutas individuales previo y posterior a la intervención grupal.

	Pre-intervención	Post-intervención
1)	83%	100%
2)	83%	83%
3)	83%	100%
4)	100%	100%
5)	67%	100%
6)	50%	100%

En la tabla nº 12 se puede observar que dos niñas (casos 2, 4) no presentan cambio entre la evaluación pre y post intervención. Las otras cuatro participantes muestran diferencias en los porcentajes entre ambas evaluaciones, presentando cambio en el logro de los objetivos relacionados con la subvariable confianza relacional. Destaca que la mayoría de las niñas (casos 1, 3, 4, 5, 6), posterior a la intervención logran un 100% de objetivos terapéuticos, según las terapeutas individuales.

2. EVALUACIÓN DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN

En este apartado se analizan los aspectos más relevantes del proceso de implementación de la terapia grupal realizada. Se describen los factores que facilitaron o dificultaron el logro de los objetivos tanto de la terapia en general como de las sesiones y las actividades realizadas en éstas, con el objetivo de proponer las modificaciones necesarias al diseño implementado de terapia grupal, suprimiendo o modificando lo que resultó inoperable o dificultó el logro de los objetivos de la intervención.

Se analizan, en primer lugar, aspectos generales de la implementación de la terapia grupal, los cuales se refieren a la descripción de los elementos básicos que constituyen la estructura formal de la terapia. Posteriormente, se analizan los aspectos del proceso de ejecución de cada sesión, señalándose elementos relevantes del desarrollo de cada una de éstas, incluyendo la actitud de las participantes, el desempeño de las terapeutas y las actividades ejecutadas. Se analiza el diseño de cada actividad, describiendo la manera en que

fue ejecutada y la respuesta de las participantes ante éstas, evaluando su operabilidad y adecuación al cumplimiento de los objetivos planteados.

Aspectos generales de la implementación

En relación a la convocatoria, fueron derivadas por las psicólogas clínicas infantiles 8 niñas para participar en la terapia grupal, cantidad que corresponde a un número inferior a lo esperado, considerando la gran cantidad de pacientes que atiende CAVAS. Una posible razón que explique esta baja convocatoria, es la necesidad de que las participantes se encontraran en una etapa avanzada o final de la terapia individual. En este sentido, las psicólogas clínicas detectaron que pocos pacientes con las características requeridas (sexo, edad, etc.) se encontraban en esta etapa de la terapia individual. Por otro lado, la asistencia semanal a la terapia grupal dificultó la inclusión de varios pacientes, debido a que un número significativo de consultantes de CAVAS pertenecen a un nivel socioeconómico bajo y su lugar de residencia se encuentra distante de este centro de atención, no contando con los recursos necesarios para asistir regularmente a la terapia grupal.

En cuanto al centro de atención donde se implementó la terapia grupal, un elemento significativo que favoreció la ejecución de la intervención, fue la buena disposición tanto de la dirección como del equipo profesional, en relación a la derivación de pacientes y la facilitación de materiales e infraestructura necesarios para la realización de la intervención. Además, la posibilidad de realizar periódicamente reuniones de coordinación con las psicoterapeutas individuales de las niñas, participantes de la terapia grupal, durante el proceso de implementación, facilitó la discusión de elementos significativos que emergían de las participantes, permitiendo comprender ciertas problemáticas de las niñas y diseñar intervenciones específicas que favorecieran el proceso de la terapia de grupo.

Respecto a la asistencia, inicialmente participaron de la terapia grupal las 8 niñas derivadas, 2 de las cuales asistieron a un promedio de 2 sesiones y luego desertaron de la terapia. Cabe señalar, que las dos pacientes que desertaron habían finalizado recientemente su proceso terapéutico individual, observándose durante la terapia grupal poca motivación para participar en la misma. Debido a esto, resulta necesario considerar que las participantes no hayan finalizado su proceso terapéutico individual, ya que posiblemente esto disminuya el interés de iniciar un nuevo proceso, y sus expectativas y necesidades no sean compatibles con los objetivos de la terapia grupal.

En cuanto al resto de las participantes, hacia la segunda fase de la terapia (5° sesión) se conformó un grupo estable de 6 niñas cuya asistencia fue regular hasta el final de la terapia. La mitad de estas niñas asistió a la totalidad de las sesiones de la terapia grupal y la otra mitad asistió a un promedio de 9 sesiones.

En relación a la duración de las sesiones, según el diseño original se había definido una duración de una hora y media para cada sesión. Sin embargo, desde la segunda sesión, se observó que este tiempo resultaba insuficiente para la realización de todas las actividades diseñadas y, por tanto, para el cumplimiento de los objetivos planteados. Además, para el abordaje de los contenidos que emergían en las niñas, y considerando el clima emocional altamente intenso de las sesiones, se requería más tiempo del programado inicialmente. Esto,

con el objetivo de elaborar adecuadamente las temáticas surgidas y evitar una desestabilización emocional en las niñas, debido a la apertura de conflictos profundos sin el cierre necesario. Por estos motivos, se definió a partir de la tercera sesión una duración de dos horas para cada reunión, lo cual permitió un desarrollo adecuado de éstas.

Las participantes, en su mayoría no llegaban a la hora de inicio acordada, retrasando el comienzo de las sesiones, por lo que en general se disponía de un tiempo menor al requerido para realizar las actividades programadas, siendo necesario finalizar las sesiones más allá de la hora acordada. El exceder el horario de término de las sesiones provocó molestias en algunas de las madres de las participantes, debido a lo cual fue necesario explicarles la importancia de la puntualidad inicial para el desarrollo de la sesión y la integración de las niñas al grupo. Así también, se explicó a las madres el perjuicio de finalizar la sesión priorizando el horario acordado y no el beneficio terapéutico de las niñas. Ante esto, todas las madres se presentaron comprensivas y manifestaron flexibilidad, expresando buena disposición y preocupación por el bienestar de sus hijas.

Durante el desarrollo de la terapia grupal, se utilizó como material para cada participante cuadernos personales, con el objetivo de que cada niña realizara una evaluación al final de cada sesión y pudiera llevar a cabo otras actividades. Así también, se utilizó un cuaderno grupal, en donde se realizaba cada sesión la evaluación final del grupo. Los cuadernos personales y una copia del cuaderno grupal fueron entregados a cada participante al finalizar el proceso terapéutico grupal. La utilización de estos materiales resultó adecuada y permitió el logro de su objetivo. Las niñas se mostraron motivadas por el uso de este material, especialmente por el cuaderno individual, posiblemente debido a que éste resultó ser un “diario” que evidenciaba el proceso personal vivido dentro del grupo, simbolizando la elaboración y los logros alcanzados en éste.

Análisis de las sesiones y de las actividades

Entrevista pre-intervención

Previo a la implementación de las sesiones grupales se realizó una entrevista con cada niña y su madre de acuerdo a lo planificado en el diseño, cumpliendo con los objetivos propuestos. Se destaca la importancia de considerar esta actividad en el diseño de una terapia grupal, ya que ésta favoreció el proceso de selección y composición del grupo, y permitió una aproximación cercana entre las terapeutas grupales y las niñas participantes (y sus figuras protectoras), influyendo positivamente tanto en el proceso como en los resultados de la terapia.

Sesión nº 1

Desarrollo general de la sesión

La sesión en general se realizó de acuerdo al diseño original, ejecutándose todas las actividades planificadas.

Un elemento que dificultó el desarrollo de la sesión fue el notable atraso de muchas niñas, las cuales a medida que llegaban al centro fueron ingresando gradualmente a la sesión, lo cual retrasó el inicio de ésta, produciendo interrupciones repetidas y una falta de continuidad. Esto implicaba que las terapeutas debían explicar varias veces las actividades y realizar constantes esfuerzos por estimular la integración de las nuevas participantes al grupo.

La presencia de juguetes al interior de la sala, fue otro elemento que influyó en el desarrollo de la sesión, debido a que las niñas inicialmente se focalizaron en explorar tanto el espacio físico nuevo que significaba la sala de reunión, así como los distintos objetos que se encontraban al interior de ésta.

Pese a lo anterior las participantes lograron involucrarse en las actividades propuestas, comprendieron bien las instrucciones, mostraron un alto grado de motivación y disposición al trabajo, fueron receptivas tanto con las terapeutas como con las otras compañeras, aportando contenidos relevantes que permitieron el logro de un clima positivo y de intercambio activo al interior del grupo.

Para esta sesión se programaron pocas actividades y contenidos en relación al tiempo asignado, las cuales se orientaban principalmente al logro de la integración grupal. Si bien, este objetivo pudo cumplirse satisfactoriamente, faltó en el diseño de esta sesión alguna actividad que se centrara específicamente en el objetivo de la identificación personal.

En cuanto a las terapeutas, presentaron un adecuado desempeño durante la ejecución de la sesión, interviniendo principalmente en la búsqueda de la cohesión grupal. Sin embargo, para el manejo del grupo se observó como una necesidad el realizar una división más clara de los roles y funciones, que implicara que uno de las terapeutas se centrara en la ejecución de las actividades y prestara mayor atención a los miembros que expresaban contenidos, y la otra en las reacciones de los otros miembros del grupo, buscando promover la integración de todos los participantes en el trabajo.

Actividades:

1. Ritual de inicio: Se explicó a las participantes la actividad y el sentido especial de realizarla, tanto al inicio como al término de todas las sesiones. Las participantes fueron guiadas por las terapeutas en el ejercicio corporal, mostrándose receptivas, aún cuando se presentaron inicialmente inhibidas, posiblemente debido a la nueva situación que implicaba la terapia grupal. Sin embargo, durante el desarrollo del ejercicio, se observó que esta actividad ayudó a crear un clima de confianza y colaboración entre las terapeutas y las participantes.
2. Dinámica de presentación de las participantes: La actividad se realizó de acuerdo al diseño original, logrando que las participantes se conocieran e interactuaran de manera activa, lo cual aportó al desarrollo de un clima grupal lúdico y ameno.
3. Juego "Así soy yo": La actividad se realizó en un primer momento de acuerdo al diseño original, siendo guiada por las terapeutas. Las niñas se mostraron altamente motivadas con la actividad, participando de manera espontánea y dinámica, asumiendo progresivamente un mayor protagonismo en la dirección del juego, llegando incluso a incorporar elementos

que no estaban contemplados en el diseño original (las niñas también nombraban características). En esta actividad, se observó que un aspecto importante es considerar la adecuación de las actividades a las características de las participantes, específicamente en lo referido al esfuerzo físico, debido a que una de las niñas presentaba una leve discapacidad física (caso 1).

4. Establecimiento de reglas grupales: Esta actividad se realizó de acuerdo al diseño original, mostrando las participantes alto interés en el desarrollo de la tarea, manifestando cada niña individualmente las normas que consideraban importantes para el funcionamiento grupal, estableciendo luego reglas de común acuerdo, que se referían principalmente al respeto, confidencialidad, confianza y cohesión al interior del grupo. Como aspecto relevante en esta actividad, surge el significativo compromiso individual y grupal que expresaron las niñas hacia el cumplimiento de las reglas, y la satisfacción con el logro de la actividad.
5. Evaluación personal: Esta actividad se realizó de acuerdo al diseño original, sin embargo, se desarrolló en un tiempo superior a lo esperado, debido a que la tarea implicaba una reflexión a nivel personal, lo cual se vio dificultado porque las niñas se encontraban centradas en la interacción entre ellas. Pese a esto, a través de la motivación y estimulación de las terapeutas, las niñas pudieron comprender la importancia de la actividad, cumpliendo su objetivo de manera satisfactoria, señalando las participantes como aspecto relevante de la sesión principalmente la satisfacción de la relación con otras niñas. Por otro lado, es importante destacar la diferencia en los tiempos de ejecución de las diferentes niñas, por lo cual fue necesario definir estrategias para abordar este aspecto, evitando que obstaculizara la realización de la actividad. Por último, otro elemento que surgió como relevante, fue que las niñas definieron espontáneamente una estructura para realizar la evaluación personal, siguiendo el modelo de una de las participantes (caso 5) que se mostró más activa (escribiendo lo que más me gustó de la sesión, lo que menos me gustó y qué me gusto mostrar de mí en la sesión).
6. Evaluación grupal: La actividad se realizó de acuerdo al diseño original, mostrando las participantes alta motivación y organización, proponiéndose una de las niñas voluntaria y espontáneamente para escribir en el cuaderno grupal (caso 5). El grupo se muestra receptivo y coordinado, señalando como aspecto relevante de la sesión la interacción entre pares.
7. Cierre: Las terapeutas dan término a la sesión, retroalimentando a las niñas acerca de los aspectos positivos mostrados en la realización de las diferentes actividades, estimulando y motivando para la continuación de la terapia. En el momento de realizar el ritual de cierre se observó un alto grado de motivación y un clima emocional de confianza y cohesión entre las niñas, lo cual se expresó en la realización más activa y expresiva del ejercicio corporal, y en la manifestación verbal de las niñas del deseo de no terminar la sesión.

2º sesión

Desarrollo general de la sesión

La sesión en general se realizó de acuerdo al diseño original, sin embargo, una de las actividades no pudo ejecutarse debido a la falta de tiempo. Esto, por un lado, se debió al

retraso de las niñas al inicio de la sesión, lo cual retrasó el tiempo de ejecución asignado. Por otra parte, principalmente se destaca que en el diseño se subestimó el tiempo real de ejecución de una actividad en particular, el dialogo grupal, no pudiendo realizarse así la función de títeres programada a continuación de ésta. De este modo la hora de inicio y de término no se ajustaron a lo programado, quedando además una actividad del programa sin realizar.

Un elemento que dificultó el desarrollo de la sesión fue la presencia de constantes interrupciones por el ruido externo y por la hermana de una de las participantes (caso 3) que entraba y salía de la sala durante la realización de las actividades.

Las participantes se muestran inicialmente enérgicas y atentas, tanto a las intervenciones de las terapeutas, como a la interacción entre ellas, pudiendo realizar las actividades de manera satisfactoria. Al realizar la actividad correspondiente a la exposición del video, las niñas muestran buena disposición y flexibilidad para adaptarse a un ambiente más reflexivo, en donde debían permanecer en silencio. Si bien, posteriormente se realizó un dialogo grupal, este ambiente predominantemente reflexivo se mantuvo hasta el final de la sesión.

Respecto a las actividades realizadas, se destaca que el ritual de inicio permitió retomar la dinámica lograda al finalizar la sesión anterior, y el juego, por su parte, favoreció la interacción e integración entre las niñas. Estas dos actividades se mostraron efectivas en preparar el ambiente necesario para exponer el video referido a una temática conflictiva para las participantes, como es el abuso sexual. La actividad del dialogo grupal, posterior a esto, se observó como un elemento fundamental para poder abordar los elementos y elaborar las conflictivas surgidas a partir de la exposición del video. En este sentido, faltó considerar en el diseño original, incluir menos actividades esta sesión con el objetivo de destinar más tiempo al dialogo grupal, actividad que resulta esencial para el cumplimiento de los objetivos terapéuticos propuestos para la sesión.

En cuanto a las terapeutas, se observó un adecuado manejo de la dinámica grupal y del abordaje de las temáticas conflictivas. En este sentido se requirió que las terapeutas mostraran una actitud flexible, comprensiva y receptiva al realizar las intervenciones, especialmente debido a que las niñas mostraron diferentes reacciones, las cuales produjeron un ambiente general de alta intensidad emocional. El rol desempeñado por las terapeutas favoreció la elaboración personal y grupal de los contenidos emergentes durante la sesión, permitiendo un manejo que se mostró adecuado para el beneficio terapéutico de las niñas.

Actividades

1. Ritual de inicio: La actividad se realizó de manera similar al ritual de cierre de la sesión anterior, observándose un alto grado de motivación y expresión corporal por parte de las niñas.
2. Juego "Hermanas": Considerando la dificultad de una de las niñas para realizar ejercicios físicos (caso 1), se modificó previamente esta actividad, específicamente en cuanto a la disminución de esfuerzo físico por parte de las niñas (agacharse). La actividad se desarrolló de manera adecuada logrando la integración e interacción grupal.

3. Exposición del video: Esta actividad se realizó de acuerdo a lo programado en el diseño original. Las niñas lograron comprender adecuadamente las instrucciones de las terapeutas, presentando una conducta de replegamiento individual que favoreció el registro de los estados emocionales surgidos a partir del video. Se observó que el material audiovisual se constituyó en un estímulo adecuado para generar un ambiente emocional reflexivo e intenso, que favoreció el posterior abordaje de la temática del abuso sexual.
4. Dialogo grupal: La actividad se realizó de acuerdo al diseño original, sin embargo, se requirió mayor tiempo para su ejecución. Considerando los contenidos del video, en donde se expone una situación de abuso sexual representada por títeres animales (monos), se comenzó la actividad motivando a las niñas a que conversaran sobre la historia vivida por los personajes, analizando las reacciones emocionales y conductuales de los protagonistas. Esto permitió, que pese a la existencia de cierta inhibición general durante el inicio de la actividad, progresivamente logró desarrollarse una dinámica participativa, en la cual las niñas fueron expresando sus apreciaciones tanto de la historia de abuso como de las reacciones de los personajes.

Una vez generado un clima de colaboración y confianza se exploró con las niñas acerca de las emociones, sentimientos y pensamientos provocadas por el video. Ante esto las niñas respondieron satisfactoriamente, presentando muy buena disposición para compartir sus experiencias en el grupo, relatando incluso algunas niñas su propia experiencia de abuso sexual (casos 3, 5, 6). Esta dinámica facilitó que las niñas descubrieran similitudes en las experiencias vividas, produciendo un alto grado de cohesión e identificación entre ellas.

Un aspecto importante es que se observó una alta necesidad de las niñas por hablar acerca de la experiencia de abuso sexual, buscando constantemente intercambiar entre ellas diversos aspectos referidos a esta experiencia. Debido a lo anterior, las intervenciones de las terapeutas se centraron en promover un ambiente de respeto y contención, en el cual se comprendiera y aceptara a las niñas que presentaban mayor dificultad para compartir sus experiencias de abuso sexual con el grupo (casos 1, 4).

Dentro de esta dinámica, destaca de manera particular el nivel de involucramiento emocional que presentaron todas las niñas, compartiendo cada vez más fluidamente aspectos significativos de sí mismas, alcanzando incluso en un momento de la sesión una cercanía afectiva profunda que se manifestó en la aceptación y validación de las distintas experiencias expresadas por ellas. En este sentido, un contenido relevante que surgió en esta actividad, fue el reconocimiento del temor a ser abusadas nuevamente, presente en todas las niñas.

La actividad finalizó, observándose en general, una alta disposición a la influencia terapéutica y a compartir las vivencias personales, pudiendo cumplirse así cabalmente los objetivos propuestos, superando incluso las expectativas de las terapeutas.

5. Cuento con títeres: Esta actividad no se realizó debido a la falta de tiempo.
6. Trabajo para la casa: Se dieron las instrucciones de esta actividad, de acuerdo con lo planificado en el diseño.

7. Evaluación personal: Esta actividad se realizó de acuerdo a lo programado en el diseño original, lográndose los objetivos propuestos. Un elemento relevante es que las niñas siguieron el modelo definido espontáneamente la sesión anterior para realizar la evaluación (escribiendo lo que más me gustó de la sesión, lo que menos me gustó y qué me gusto mostrar de mí en la sesión).
8. Evaluación grupal: Esta actividad se realizó acorde al diseño, sin embargo, se dispuso de menos tiempo del asignado. Se observó en las niñas algunas dificultades en la ejecución de esta tarea, mostrándose más lentas y cansadas. Pese a esto, se logró llevar a cabo satisfactoriamente.
9. Cierre: Las terapeutas cierran la sesión destacando los aspectos más relevantes observados durante su desarrollo. Se realiza la despedida con el ritual planificado.

3º sesión

Desarrollo general de la sesión

En términos generales, para esta sesión se realizaron modificaciones previas a su ejecución, considerando el desarrollo de la sesión anterior, específicamente en relación a los tiempos reales de ejecución de las diferentes actividades. Se planificó la realización de la actividad no ejecutada la sesión anterior, el cuento con títeres, luego del ritual de inicio. Debido a la introducción de esta nueva actividad, se redujo el tiempo destinado a las actividades programadas en el diseño, por lo cual se modificó la metodología de la actividad del dibujo grupal, utilizando en lugar de la expresión gráfica, una metodología verbal escrita. Esto se justifica, debido a que se observó en la entrevista previa al inicio del grupo que las niñas en general requerían de una gran cantidad de tiempo para realizar los dibujos, contrario a lo observado en las sesiones anteriores respecto a la expresión verbal escrita.

Un aspecto que influyó en el desarrollo de la sesión, fue que una de las participantes (caso 2), compartió al inicio de esta sesión con el resto del grupo que su padre había fallecido la semana pasada, motivo por el cual no asistió a la sesión anterior. Para abordar este conflicto se requirió de tiempo no presupuestado, lo que retrasó la realización general de las actividades. Esta situación produjo un fuerte impacto al interior del grupo, generándose una dinámica grupal de apoyo y contención hacia la niña afectada, mostrando en general las participantes una actitud empática y comprensiva. Esta dinámica, refleja la importancia de elaborar grupalmente los contenidos relevantes que emergen en las niñas durante el tiempo que transcurre entre una sesión y otra. En este caso, se observó que las niñas se involucraron con los contenidos compartidos por una de las participantes, abordándose objetivos terapéuticos tales como la interacción, integración y confianza al interior del grupo, constituyendo esto una base que facilitó posteriormente que las niñas compartieran en general sus experiencias, y, en particular sus experiencias relacionadas con el abuso.

En términos generales, al inicio de la sesión se observó una alta integración entre las participantes, existiendo colaboración y cooperación en la realización de las actividades. Durante la actividad del dialogo grupal, las participantes se mostraron bastante motivadas por

relatar sus experiencias, sin embargo, la participación se produjo principalmente de manera individual, presentándose un bajo nivel de cooperación al interior del grupo. Esta participación individual se mantuvo de manera predominante durante el desarrollo posterior de la sesión.

Esta dinámica grupal, provocó una importante demanda a las terapeutas, viéndose dificultado el manejo del grupo. Las terapeutas debieron realizar constantemente intervenciones orientadas hacia el desarrollo de interacciones positivas entre las niñas, que permitieran un intercambio activo y recíproco entre éstas, especialmente al compartir grupalmente las experiencias relacionadas con el abuso sexual, con el objetivo de generar un ambiente que posibilitara tanto la elaboración grupal como individual de estas experiencias.

Actividades

1. Ritual de inicio: Esta actividad se desarrolló según lo programado en el diseño. Sin embargo, se observó una mayor expresividad de las niñas respecto a las sesiones anteriores y una menor necesidad de dirección por parte de las terapeutas para realizar la actividad.
2. Cuento con títeres: Esta actividad fue realizada de acuerdo a lo planificado en el diseño. Las terapeutas relataron el cuento con títeres, y se estimuló constantemente la participación verbal de las niñas. Éstas se presentaron altamente motivadas, participando activamente en el relato del cuento, excepto una de las participantes (caso 1), quien no se integró a la dinámica grupal y presentó una conducta de aislamiento, la cual se mantuvo durante toda la actividad, pese a las intervenciones de las terapeutas y a los intentos de las otras participantes para incluirla en la tarea. No obstante, la mayoría de las niñas logró involucrarse satisfactoriamente en la historia, debido a lo cual las terapeutas les facilitaron los títeres para que las propias niñas siguieran representando el cuento y construyeran de manera grupal un final a la historia diseñada. Esta modificación a la metodología del diseño original, facilitó el cumplimiento de los objetivos planteados para la actividad, siendo un estímulo efectivo que promovió en general la integración grupal y facilitó el abordaje posterior de la temática de abuso sexual.
3. Presentación y dialogo grupal: Para la realización de esta actividad, se solicitó a las niñas que realizaran una tarea en su casa, sin embargo, sólo una de las niñas (caso 4) cumplió con lo solicitado. Debido a esta situación, se analizó que la realización de actividades en el hogar resulta inadecuado ya que se traspasan fuera del contexto protegido de la terapia grupal, actividades de carácter terapéutico que debieran ser abordadas en este espacio.

No obstante, lo anterior no impidió que se produjera la discusión y la puesta en común al interior del grupo, respecto a las vivencias relacionadas con la experiencia de abuso sexual.

Si bien, las participantes presentaron una alta motivación en esta actividad, se observó una importante necesidad individual de verbalizar la propia experiencia, lo cual dificultó la interacción grupal, debido a la poca capacidad que mostraron las niñas para escucharse entre ellas. Además, una de las participantes se mostró muy inhibida (caso 1) y expresó que intencionalmente no había realizado la tarea, porque "no quería", presentando dificultades para integrarse a la dinámica grupal. Esta situación, requirió que las terapeutas

realizarán intervenciones orientadas, por un lado, a validar la experiencia personal y reforzar la capacidad de compartir en grupo, y, por otra parte, a promover activamente la escucha grupal. Pese a las dificultades, la actividad logró cumplir sus objetivos, permitiendo que se generará una conversación sincera y abierta sobre las experiencias de las diferentes niñas.

4. Dibujo grupal: Esta actividad se modificó previo a su ejecución, específicamente en cuanto a la metodología planificada en el diseño original, pidiéndole a las niñas que escribieran en el cuaderno grupal los contenidos, en lugar de dibujarlos, debido a que esto último requiere de una mayor cantidad de tiempo. Se observó que la actividad permitió que las niñas reflexionaran y registraran los elementos centrales de las experiencias personales compartidas anteriormente. En este sentido, la participación de las niñas fue predominantemente individual, realizando un registro colectivo en el que cada participante diferenció su experiencia colocando su nombre.
5. Evaluación personal: La actividad se realizó de acuerdo a lo programado en el diseño original, lográndose los objetivos propuestos. Un elemento significativo, es que una de las participantes (caso 1), no quiso escribir en su cuaderno personal y realizó un dibujo en el que aparecían todas las niñas del grupo divididas a través de líneas, reflejando el predominio individual y las dificultades de integración grupal.
6. Evaluación grupal: Esta actividad se realizó acorde a lo planificado en el diseño original, cumpliendo los objetivos planteados. Un contenido relevante, es que se produjo un conflicto entre las niñas (casos 2 y 4) al momento de elegir quien escribiría en el cuaderno grupal, sin embargo el propio grupo resolvió el conflicto y se autorreguló. En este sentido, se observó que faltó al diseño original contemplar previamente, como una tarea grupal, la planificación de un sistema que regule la rotación de las distintas niñas para cumplir la tarea de escribir en esta actividad, promoviendo la organización del grupo y evitando conflictos.
7. Cierre: Esta actividad se realizó de acuerdo al diseño original, logrando los objetivos planteados. Las participantes se mostraron motivadas, sin embargo, en el clima emocional del grupo predominaba un ánimo un tanto confrontacional entre las participantes, no surgiendo en esta actividad conflictos explícitos, pero sí alusiones al conflicto que surgió en la actividad anterior.

4º sesión

Desarrollo general de la sesión

En general, la sesión se desarrolló de acuerdo al diseño, sin embargo al inicio de esta se planificó hacer una recapitulación de los contenidos abordados la sesión anterior, con el objetivo de dar un sentido de continuidad al proceso psicoterapéutico, elaborando más adecuadamente los contenidos abordados y reforzándolos. Por otro lado, no se realizó la actividad de diálogo grupal acerca de las sensaciones corporales, debido a la falta de tiempo, ya que tanto la recapitulación como la actividad del diseño corporal implicaron una cantidad de tiempo no considerada en el diseño original. De este modo, si bien el horario de inicio se

realizó acorde a lo programado, el horario de término no se cumplió y no se realizó una actividad programada.

Un aspecto que dificultó el desarrollo de la sesión, fue la realización de la actividad de dialogo grupal en un espacio abierto, que corresponde al patio del centro. Si bien, la utilización de este espacio fue positivo para la realización de la actividad de diseño corporal, permitiendo que las niñas pudieran expresarse cómodamente a través del dibujo y la pintura sobre su autoimagen corporal; en el caso del dialogo grupal, por el contrario, el trabajo al aire libre se constituyó en un factor que influyó negativamente en el desarrollo de esta actividad, en la cual se requiere un mayor nivel de atención y concentración en la interacción grupal. En este aspecto, faltó al diseño original, considerar las variables ambientales y los elementos distractores que interfieren en el desarrollo adecuado de una actividad de predominio verbal, entre niñas que se encuentran en etapa escolar. Debido a esto, durante la ejecución de la actividad, se modificó el contexto en donde se desarrollaba la misma (el patio), continuándola en la sala del grupo, lo que favoreció su realización de manera significativa.

Las participantes mostraron un alto grado de participación y motivación, durante el desarrollo general de la sesión. Sin embargo, durante la actividad de recapitulación, al inicio de la sesión, se observó cierta dificultad por parte de las niñas, para comenzar a interactuar a través de una conversación grupal, surgiendo incluso un conflicto en donde una de las participantes (caso 2), descalificó a una de sus compañeras (caso 4), debido a su dificultad y, principalmente su lentitud, para expresarse verbalmente. Pese a esto, se observó como un recurso poderoso del grupo, la capacidad de regular y normar tanto el funcionamiento general del grupo como el comportamiento individual de sus miembros, desaprobando y rechazando en esta situación la descalificación hacia un miembro percibido de manera más vulnerable (caso 4).

De este modo, se puede describir una evolución en cuanto a la participación de las niñas a través de la sesión, presentándose éstas más bien pasivas en un comienzo, aumentando progresivamente su participación e interrelación, hasta lograr el alto nivel de motivación y participación antes señalado, especialmente durante la realización del diseño corporal.

Las actividades en general se realizaron de acuerdo al diseño original, incorporando las modificaciones antes descritas. En términos globales, es posible señalar que es recomendable la realización de actividades lúdicas o de interacción activa entre las niñas al inicio de las sesiones, debido a que se observó que comenzar directamente con una actividad solamente verbal, dificulta la generación de una dinámica participativa, especialmente en el período correspondiente a las primeras fases de la terapia grupal. Por otro lado, la secuencia de las actividades de diseño corporal y, luego, dialogo grupal, se mostró efectiva para estimular primero un acercamiento más concreto y específico al concepto del cuerpo (diseño), favoreciendo posteriormente un análisis más complejo acerca de las percepciones y atribuciones de las participantes respecto a la propia imagen corporal, posibilitando el intercambio y la retroalimentación al interior del grupo (dialogo grupal).

Con respecto a las terapeutas, se observó un adecuado manejo de la dinámica grupal y un satisfactorio desempeño respecto al desarrollo de las diferentes actividades, realizando las adaptaciones necesarias durante la ejecución de las actividades, según la respuesta observada en las niñas. En este sentido, destacan dos aspectos fundamentales, por una parte, la

flexibilidad para atender a las necesidades del grupo y, por otro lado, las intervenciones orientadas a promover los recursos de sus participantes.

Actividades

1. Ritual de inicio: Esta actividad se desarrolló acorde a lo programado en el diseño original, mostrando las participantes mayor expresividad e iniciativa en su realización, cumpliéndose los objetivos planteados.
2. Recapitulación de la sesión anterior: Esta actividad se incorporó a la sesión, modificándose el diseño original. Como elementos relevantes, destacan los contenidos abordados respecto a los sentimientos de culpa asociados a la experiencia de abuso sexual, los cuales fueron especialmente significativos en una de las participantes (caso 4). Además, en esta actividad surgió un conflicto entre dos participantes (caso 2 y 4), el cual fue resuelto de manera adecuada por el propio grupo. En este sentido, el grupo reaccionó espontáneamente con un gesto de rechazo hacia la participante que se mostró descalificadora (caso 2), apoyando y estimulando a la niña que recibió la agresión (caso 4) para que superara, por un lado, sus dificultades de expresión y, por otro, sus sentimientos de culpa relacionados con las consecuencias de la experiencia abusiva. Durante la realización de esta actividad se abordaron temas relevantes, sin embargo, estos no emergían espontáneamente de las niñas, observándose desmotivación y cansancio en éstas. Así se considera como relevante que los contenidos que surjan en las niñas vayan siendo elaborados en el momento en que éstas los presentan.
3. Diseño corporal: La actividad se realizó de acuerdo a lo planificado en el diseño original, cumpliéndose los objetivos planteados. Se observan como aspectos relevantes, el alto grado de motivación e interés en las participantes para realizar la actividad referida a la propia corporalidad. Las niñas, en general, se muestran muy expresivas y alegres, interaccionando de manera activa y colaborativa entre ellas. Sin embargo, la ejecución de la actividad requirió un tiempo superior a lo programado, no pudiendo terminarse el trabajo durante la sesión y, debiendo dejarse como una tarea para realizar en la casa.
4. Presentación del diseño y dialogo grupal: Esta actividad se desarrolló acorde a lo programado en el diseño original, logrando los objetivos propuestos. Se destaca, la recepción positiva de las niñas frente a la actividad, mostrándose orgullosas en la presentación de sus producciones personales, lo cual favorece la construcción de una imagen positiva del propio cuerpo. Además, se generó una dinámica participativa, en la cual las niñas se retroalimentaban mutuamente respecto a las características positivas de cada una de ellas, elogiando tanto los diseños corporales como la imagen corporal real. Por otro lado, se observó como contenidos relevantes la elevada curiosidad acerca de la corporalidad y la sexualidad que presentaron las niñas en general y una de las participantes en particular (caso 5). Así también, se destacan las frecuentes referencias a sensaciones corporales negativas en la zona genital, asociadas a la experiencia de abuso sexual, presentadas principalmente por dos participantes (casos 2 y 6).
5. Dialogo grupal "sensaciones corporales": No se realizó por falta de tiempo.

6. Evaluación personal: La actividad se realizó de acuerdo a lo planificado en el diseño, lográndose los objetivos propuestos.
7. Evaluación grupal: Esta actividad se desarrolló según el diseño original, alcanzándose los resultados esperados.
8. Cierre: La actividad se realizó acorde a lo programado en el diseño, destacando la alta motivación y expresión de las niñas, tanto verbal como corporal, cumpliéndose con los objetivos planteados.

5º sesión

Desarrollo general de la sesión

Esta sesión se caracterizó por presentar un número pequeño de participantes -cuatro niñas-, lo cual facilitó en términos globales tanto la integración grupal como el cumplimiento de los horarios y actividades programadas. En general, la sesión se realizó según lo planificado en el diseño, sin embargo, se incluyó la actividad de dialogo grupal no realizada la sesión anterior. A esta actividad, se le realizaron modificaciones previas a su ejecución, regulando la cantidad de tiempo necesario para el desarrollo satisfactorio de la sesión general. En este sentido, se incluyó a la actividad de dialogo grupal, los contenidos planteados para la actividad del cuento "Este es mi cuerpo", la cual no fue ejecutada, con el fin de cumplir cabalmente los objetivos, optimizando la utilización del tiempo. Esta modificación resultó efectiva, cumpliendo con los objetivos propuestos.

Como se enunció previamente, esta sesión se encontró facilitada por la presencia de un grupo pequeño de trabajo, el cual se componía por las dos participantes más inhibidas del grupo (casos 1 y 4) y las dos más activas y participativas (casos 5 y 6). Esta configuración del grupo, posibilitó la interacción activa entre sus miembros, generando una dinámica en que las niñas más inhibidas asumieron un rol protagónico en el desarrollo de las actividades, siendo estimuladas por sus compañeras a experimentar nuevas conductas en el grupo, las cuales produjeron un sentimiento positivo que promovió la integración grupal y el despliegue de mayores recursos en las niñas.

En cuanto a las actividades, estas se mostraron efectivas para dar cumplimiento a los objetivos planteados en el diseño. Destaca, principalmente, la importancia que adquirió el cuento sobre el desarrollo psicosexual en las niñas y el dialogo grupal al respecto, lo cual permitió abordar de manera satisfactoria elementos significativos en la construcción de una imagen corporal y una vivencia positiva del propio cuerpo. Sin embargo, se observó que faltó al diseño original planificar una actividad de tipo corporal, ya que las niñas espontáneamente realizaron un juego de contacto y comunicación corporal, identificando y expresando la necesidad de una interacción de este tipo.

Con respecto a las terapeutas, se logró un manejo adecuado de la dinámica grupal, promoviendo el despliegue de recursos expresivos en las participantes que presentaban características más inhibidas. A su vez, se realizaron intervenciones orientadas a estimular la experimentación de nuevas sensaciones corporales en la interacción positiva entre todas las

niñas. La presencia de pocas participantes, influyó de manera positiva en lo que se refiere a la disposición que mostraron las niñas hacia la influencia terapéutica.

Actividades

1. Ritual de inicio: Esta actividad se realizó acorde a lo programado en el diseño original, cumpliendo con los objetivos planteados.
2. Cuento: La actividad se desarrolló según lo planificado, logrando los resultados esperados. Se observó un alto nivel de interés y motivación frente a la actividad, generándose una dinámica participativa y un clima de confianza, en el cual las niñas pudieron realizar las preguntas relacionadas con la temática del desarrollo psicosexual. Además, la metodología utilizada, cuento y láminas visuales, facilitó el desarrollo de la actividad, siendo efectiva para el cumplimiento de los resultados.
3. Dialogo grupal: La actividad se realizó según el diseño original, lográndose los objetivos planteados. Se observó que esta actividad es fundamental para el proceso psicoterapéutico, debido a que posibilita que las niñas resuelvan conflictos relacionados con el propio desarrollo psicosexual y con la experiencia de abuso sexual vivida.
4. Lista y diálogo grupal: La actividad no realizada la sesión anterior, respecto a las sensaciones corporales, se incorpora en esta sesión modificando previamente el diseño original, debido al tiempo estimado, incluyendo los contenidos del cuento "Este es mi cuerpo". De este modo, se realizó un dialogo acerca de las sensaciones corporales y las diferentes formas de contacto (contactos positivos y negativos), realizándose una lista grupal acerca de las sensaciones positivas y negativas del propio cuerpo.

Como contenidos relevantes, aparece la identificación generalizada en las niñas de las sensaciones negativas asociadas a la experiencia de abuso sexual. Por otra parte, se produce una interacción entre las niñas que se caracteriza por la búsqueda de contacto corporal, realizando las participantes espontáneamente el juego del "montoncito", en el cual las terapeutas estimulan la identificación y expresión de las sensaciones y contactos corporales positivos y negativos para cada niña, así como la necesidad de establecer límites corporales ante un contacto que produce una sensación corporal negativa.

En este sentido, es relevante señalar que faltó al diseño original incluir algún ejercicio corporal que permitiera abordar los contenidos de una manera lúdica y concreta, constatándose que es fundamental para el cumplimiento de los objetivos una actividad de índole experiencial.

5. Cuento "Este es mi cuerpo": Esta actividad no se realizó, debido a que se modificó previamente el diseño original, incluyendo los objetivos de esta actividad en los objetivos planteados para la actividad anterior.
6. Evaluación personal: La actividad se realizó acorde a lo planificado en el diseño original, cumpliéndose los objetivos planteados.

7. Evaluación grupal: Esta actividad, se destacó por la alegría y la satisfacción que expresaron las niñas al analizar el trabajo realizado acerca del cuerpo. Se observó una integración grupal, caracterizada por un clima de compañerismo y colaboración, realizándose un activo intercambio entre las participantes.
8. Cierre: La actividad se desarrolló acorde a lo programado en el diseño, cumpliéndose los objetivos planteados. Un aspecto relevante es la alta motivación y alegría que muestran las niñas al realizar el ejercicio corporal, observándose un cambio en la manera en que las participantes más inhibidas (caso 1 y 4) expresan corporalmente sus emociones.

6° sesión

Desarrollo general de la sesión

La sesión se desarrolló en general, según lo planificado en el diseño original, los horarios de inicio y término se ajustaron al tiempo asignado, realizándose todas las actividades programadas.

Un elemento que dificultó el desarrollo de la sesión, fue la distractibilidad e inquietud de las participantes, quienes entraban y salían de la sala (principalmente al baño), generando interrupciones continuas que interferían negativamente en la realización de las actividades. Sin embargo, este elemento fue superado rápidamente, restableciéndose el encuadre terapéutico. Posiblemente la distractibilidad de las niñas se debió a la dificultad de abordar las temáticas de la sesión, generando ansiedad principalmente las actividades relacionadas con la trasgresión de los límites personales (metro cuadrado, dramatización).

En cuanto a las actividades, se realizó una modificación a la actividad de dramatización del metro cuadrado, previo a su ejecución, específicamente en cuanto al contexto y la metodología implementada. Esta modificación, se orientó al logro de los objetivos planteados, mostrándose efectiva respecto a esto.

Las participantes mostraron un alto nivel de motivación y participación, sin embargo se presentaron un tanto inquietas y desordenadas durante el desarrollo de la sesión, siendo necesario que las terapeutas realizaran intervenciones orientadas a promover un clima grupal adecuado para la realización de las actividades y el logro de los objetivos. Ante las intervenciones, las niñas respondieron positivamente, generándose una dinámica participativa y colaborativa, tanto entre ellas como con las terapeutas.

En este sentido, destaca que una de las niñas que presentaba una conducta más inhibida (caso 1), durante el desarrollo de esta sesión logró compartir con el resto del grupo su propia experiencia de abuso sexual, expresando confianza hacia sus compañeras y un sentimiento de alivio y satisfacción personal por haber podido hablar de lo que le ocurrió. El grupo, por su parte, reaccionó de manera muy positiva, acogiendo, conteniendo y reforzando el logro mostrado por la niña, estimulándola a confiar y recibir ayuda.

Las terapeutas presentaron un buen manejo de la dinámica grupal, realizando intervenciones que promovieran el trabajo y la escucha al interior del grupo, estimulando la

integración y la retroalimentación entre los diferentes miembros, con el objeto de favorecer el desarrollo de las potencialidades, tanto del grupo en su conjunto como de cada niña en particular.

Actividades

1. Ritual de inicio: La actividad se desarrolló según lo planificado en el diseño original, cumpliendo con los objetivos propuestos.
2. Trabajo corporal de expresión de emociones: La actividad se realizó acorde al diseño original, lográndose los objetivos planteados. Se observó, en un comienzo, cierta inhibición entre las participantes del grupo, lo cual fue superado progresivamente, lográndose un nivel satisfactorio de expresividad y motivación en la realización de la tarea.
3. Dramatización Emociones: Esta actividad se realizó según lo programado en el diseño original, cumpliendo con los objetivos propuestos. Un aspecto relevante, es la interacción positiva que se desarrolló entre las participantes del grupo, la cual se caracterizó por un intercambio y una retroalimentación positiva, tanto en lo que se refiere a la expresión corporal como a la integración grupal.
4. Dialogo grupal “El metro cuadrado”: La actividad se desarrolló de acuerdo a lo planificado en el diseño, cumpliendo con los objetivos propuestos. Sin embargo, un elemento que obstaculizó significativamente el desarrollo de la actividad fue las dificultades que presentaron las niñas para comprender la noción del metro cuadrado como un límite imaginario que proyecta los límites corporales. En este sentido, la utilización de una metodología predominantemente verbal, se mostró efectiva en el logro de una comprensión global acerca del concepto señalado, considerándose como una primera etapa del proceso de aprendizaje de este contenido. No obstante, se observó como necesaria su complementación con otras actividades que permitieran una adquisición de este contenido en la práctica, lo cual se realizó en las actividades que se describen a continuación.
5. Metro cuadrado: La actividad se realizó con modificaciones al diseño original, las cuales fueron programadas, previo a su ejecución, considerando específicamente las variables ambientales que influyen en el desempeño de las niñas y la metodología que se observa más adecuada y efectiva para el cumplimiento de los objetivos. En este sentido, se decidió realizar la actividad en el interior de la sala, debido a los distractores que se encuentran en el trabajo realizado en exteriores. Además, se utilizó como instrumento para modelar el concepto de metro cuadrado un aro de gimnasia (ula ula), el cual es un material familiar para las niñas, que se encuentra asociado a experiencias lúdicas y que permite graficar de manera concreta el sentido de un espacio imaginario, que no corresponde a un espacio físico y estático, sino que se desplaza junto con cada persona.
6. Dramatización: La actividad se desarrolló acorde a lo programado en el diseño original, mostrando las niñas un alto nivel de motivación y participación. Como contenido relevante, se observó un predominio de respuestas estereotipadas y agresivas en las primeras representaciones realizadas por las niñas, junto con poca capacidad para definir los límites corporales en la interacción entre ellas. Además, se registró una baja capacidad

en las niñas, principalmente en una de ellas (caso 6), para identificar diferentes métodos coercitivos y reaccionar de manera anticipada, evitando consecuencias negativas.

Se detectó una fuerte vulnerabilidad en todas las participantes ante situaciones de transgresión de los límites corporales, orientando la autoprotección y la defensa del espacio personal, a través de conductas reactivas luego de una transgresión ya realizada. Es decir, las niñas reaccionaban en respuesta a una transgresión corporal, pero no lograban anticiparse a ésta y, por supuesto, tampoco podían evitarla.

Pese a esto, durante el desarrollo de la actividad, a través de las intervenciones de las terapeutas, las niñas lograron comprender el concepto de autocuidado, identificando diferentes métodos coercitivos de transgresión y reaccionando previamente a éstos de un modo adecuado.

7. Evaluación personal: La actividad se desarrolló según lo planificado en el diseño original, cumpliendo con los objetivos planteados. Un elemento relevante, es la importancia y satisfacción personal que el trabajo de la sesión en general produjo en las participantes, quienes en esta actividad expresaron los sentimientos de eficacia y de propiedad personal experimentado, especialmente en la actividad anterior.
8. Evaluación grupal: La actividad se realizó acorde a lo programado en el diseño original, destacando la activación motora y expresividad de las participantes, quienes reiteraban frecuentemente los contenidos abordados, reforzándolos y asimilándolos a la propia experiencia.
9. Cierre: Esta actividad se realizó de acuerdo a lo planificado en el diseño original, cumpliendo los objetivos propuestos. En la devolución de las terapeutas se reforzó y destacó los avances observados durante la sesión, señalando los aspectos positivos mostrados por el grupo en general, durante el desarrollo de las actividades.

7º sesión

Desarrollo general de la sesión

La sesión se desarrolló sin modificaciones al diseño original, realizándose todas las actividades programadas y cumpliéndose satisfactoriamente los objetivos planteados, tanto para la sesión como para las diferentes actividades planificadas en ésta.

Un factor que obstaculizó el cumplimiento de los tiempos asignados para cada actividad, fue el atraso de las niñas al inicio de la sesión, ya que esto implicó repetir las instrucciones y destinar tiempo no planificado en el diseño original. Por otro lado, las participantes se mostraron inquietas, entrando y saliendo de la sala continuamente durante el desarrollo de la actividad de dramatización, lo cual interfirió en la realización de la misma, debiendo intervenir las terapeutas para focalizar la atención de las niñas en la actividad. Esta inquietud se presenta ante una actividad en la cual se trata el tema de posibles situaciones de riesgo de abuso sexual, tema que genera mucha ansiedad en las niñas, debido a la cual la inquietud posiblemente exprese una manera de evitar abordarlo.

En cuanto a las actividades, es importante destacar que el orden en que fueron programadas éstas, facilitó el logro de los objetivos planteados. En este sentido, la realización de un juego al inicio, favoreció la integración grupal, generando un clima adecuado al interior del grupo para la realización de la actividad de diálogo. Esta actividad, a su vez, estimuló a las niñas para participar activamente en la dramatización, en la cual se abordaron los contenidos que emergían desde las niñas, realizando las terapeutas las intervenciones necesarias para aclarar las confusiones que las participantes mostraron respecto a las conductas autoprotectoras. Finalmente, el juego "la pelota de las soluciones", permitió que las niñas ejercitaran los aprendizajes alcanzados en la dramatización, pudiendo incorporar satisfactoriamente formas adecuadas de autoprotegerse.

De esta manera, se observó que un elemento que potenció el desarrollo de la sesión fue la utilización de una metodología que alternara actividades centradas en la acción con actividades de predominio verbal, lo cual resultó efectivo para el cumplimiento de los objetivos planteados.

Las participantes, se mostraron en general altamente motivadas por las actividades, presentando buena disposición al trabajo y a la influencia terapéutica. Al respecto, se observó apertura y confianza en las niñas para compartir sus experiencias en el grupo, relatando incluso una de las participantes más inhibidas (caso 4) sus temores y sentimientos de vulnerabilidad ante la posibilidad de una nueva experiencia de abuso sexual. Además, esta participante expresó sus sentimientos respecto a la imposibilidad del grupo para ayudarla a cambiar esta percepción, lo cual fue recibido de manera amenazante por el resto de las niñas, las cuales reaccionaron activamente defendiendo y reforzando el poder del grupo para favorecer el cambio.

En este sentido, se observó como contenido relevante la necesidad de las niñas de confiar y creer en la capacidad del grupo para ayudarlas en la superación de los conflictos personales, lo cual fue expresado más notoriamente por una de las niñas (caso 6).

En cuanto a las terapeutas, éstas mostraron un manejo adecuado de la dinámica grupal, realizando intervenciones orientadas a favorecer la integración entre las niñas, respetando las diferencias individuales, tanto en lo que se refiere a las capacidades personales como en relación a las expectativas acerca de los beneficios y objetivos de la terapia.

Actividades

1. Ritual de inicio: La actividad se desarrolló acorde a lo programado en el diseño original, cumpliéndose los objetivos planteados. Se observó una mayor cohesión y sentido de pertenencia durante la realización del ejercicio corporal, mostrando cada niña una forma más diferenciada de expresión corporal frente al resto del grupo.
2. Juego "cortocircuito": Esta actividad se realizó acorde a lo planificado en el diseño, mostrando las niñas un alto nivel de motivación y participación durante su desarrollo. Un aspecto relevante, es la expresión de satisfacción por parte de todas las niñas, luego de entregar y recibir una expresión de afecto entre ellas. En este sentido, destaca el clima

emocional de compañerismo y cariño auténtico en la realización del ejercicio, lo cual cumplió con los objetivos planteados, promoviendo una mayor cohesión grupal.

3. Dialogo grupal: Esta actividad se desarrolló acorde a lo programado en el diseño, mostrando las participantes un importante grado de involucramiento con la actividad, predominando un clima grupal de reflexión, confianza y cohesión. Se destaca como contenido relevante, la alta percepción de vulnerabilidad ante un nuevo abuso sexual que expresaron todas las niñas.
4. Dramatización: La actividad se desarrolló de acuerdo a lo programado en el diseño original, cumpliéndose los objetivos planteados. Se observó, que las niñas en general presentaron dificultades para identificar los métodos coercitivos y las situaciones de riesgo de abuso sexual, especialmente una de las participantes (caso 6). En este sentido, destacan como aspectos relevantes las actitudes pasivas que predominaban en la mayoría de las niñas, las cuales reaccionaban luego de una experiencia de transgresión de límites corporales.

Además, surge como contenido relevante que todas las niñas identifican como problema la experimentación de una situación de abuso sexual y las soluciones se focalizaban en castigar al agresor. Por estos motivos, se realizaron intervenciones por parte de las terapeutas orientadas a que las niñas identificaran como problema la existencia de una situación de riesgo de abuso sexual y como solución la búsqueda de alternativas para evitar la ocurrencia de una agresión. Las participantes reaccionaron positivamente a las intervenciones, mostrando buena disposición para la influencia terapéutica y una mayor interiorización los contenidos abordados, incorporándolos de manera activa a través de la acción.

5. Juego "Pelota de las soluciones": Esta actividad se realizó acorde a lo planificado en el programa, mostrando las participantes una mayor capacidad para identificar las situaciones de riesgo de abuso sexual y buscar soluciones adecuadas para prevenir una nueva experiencia abusiva.
6. Evaluación personal: La actividad se desarrolló según lo programado en el diseño original, cumpliéndose los objetivos planteados.
7. Evaluación grupal: Esta actividad se realizó acorde a lo planificado en el diseño, lográndose los objetivos propuestos. Se observó una buena capacidad de organización y coordinación al interior del grupo, al implementar un sistema definido por las propias participantes para regular la rotación de las niñas que debían escribir en el cuaderno grupal. En este sentido, las participantes decidieron realizar una lista que identificara los turnos correspondientes a cada sesión.
8. Cierre: La actividad se desarrolló según lo planificado en el diseño original, cumpliendo con los objetivos planteados.

8º sesión

Desarrollo general de la sesión

En términos generales, esta sesión se realizó con modificaciones al diseño original. Un aspecto que dificultó su desarrollo, fue la tardanza inicial de las niñas, lo cual retrasó los horarios de comienzo y término de la sesión.

Respecto a las modificaciones, cabe señalar en primer lugar, que durante el desarrollo de la actividad de presentación al grupo del cuento personal elaborado, emergieron importantes conflictivas en las niñas, debido a lo cual se realizó un dialogo grupal no planificado, para poder abordar estas temáticas. Esto requirió de tiempo no presupuestado, por lo cual debió suprimirse una de las actividades programadas, la función de títeres.

Es importante mencionar, que si bien esta actividad no se realizó por falta de tiempo, previo a la ejecución de la sesión se había modificado su metodología, planeándose utilizar en lugar de la representación con títeres, la dramatización. Esto se justifica debido a que, en las sesiones anteriores se había observado que la dramatización resultaba ser una metodología que favorecía el adecuado tratamiento de las temáticas y el cumplimiento de los objetivos propuestos para las actividades, ya que facilitaba la expresión de las participantes, permitiendo la experimentación y puesta en práctica de los temas abordados, siendo además una actividad altamente motivante para las niñas.

Respecto a las participantes, se mostraron involucradas emocionalmente en las actividades realizadas y temáticas abordadas durante la sesión. Las niñas expresan como un aspecto relevante (principalmente casos 2 y 6), el tema de la confianza al interior del grupo, lo cual es abordado por las terapeutas.

En este sentido, las terapeutas mostraron durante la sesión un adecuado manejo del grupo y flexibilidad para modificar el diseño original de acuerdo a los conflictos emergentes durante la sesión, lo cual favoreció el adecuado tratamiento de éstos, que a pesar de no estar claramente relacionados con los objetivos propuestos para las actividades de la sesión (principalmente el desarrollo de conductas autoprotectoras ante situaciones de riesgo), si permitían el logro de objetivos planteados para la intervención general (principalmente asociados a lograr una interacción positiva entre niñas víctimas de abuso sexual, a través de la confianza, integración y apoyo al interior del grupo).

Actividades:

1. Ritual de inicio: Esta actividad se desarrolló según lo programado en el diseño.
2. Juego Representación de animales: La actividad se realizó según lo planificado, mostrándose las niñas muy motivadas por la realización de una actividad lúdica, lo cual promovió un clima de confianza y cohesión al interior del grupo.
3. Cuento personal y presentación al grupo: Las terapeutas entregan las instrucciones y las niñas elaboran personalmente un cuento de acuerdo a lo planificado en el diseño. Cada niña comparte con el grupo la historia elaborada. Sin embargo, una de las niñas (caso 2) no

desea leer su cuento, expresando sentimientos de vergüenza, debido a que no elaboró un cuento sobre una posible situación de riesgo de abuso sexual, sino que relató la propia historia de abuso. Tanto las terapeutas como las niñas respetan su deseo de no compartir el cuento.

No obstante, ante esta situación una de las niñas (caso 6) plantea como preocupación los sentimientos de falta de confianza dentro del grupo, expresando un anhelo de mayor integración grupal. A partir de esto se genera un diálogo grupal, del cual surge la necesidad de esta misma niña (caso 6) de reparar o satisfacer este sentimiento de falta de confianza, proponiendo al grupo realizar una acción concreta de un juramento de confianza al interior del grupo. El grupo acepta esta propuesta y se realiza “un pacto de confianza” de común acuerdo del grupo.

La realización de este juramento estimula a la niña que no quería compartir su cuento (caso 2) a proponer que lo leerá, pero sólo después de que todas las participantes relaten su propia experiencia de abuso sexual. A partir de esto, se realiza un diálogo grupal no programado, aceptado tanto por las terapeutas como por las niñas.

4. Diálogo grupal: Esta actividad se realiza fuera de planificación de acuerdo a conflictivas emergentes en las participantes. De esta forma, con el objetivo de que una de las niñas relatará su experiencia de abuso sexual (caso 2) todas las niñas van relatando por turnos su propia experiencia. Las participantes comparten aspectos de la situación abusiva propiamente tal, su develación y reacciones del entorno ante ésta, comparando similitudes y diferencias entre sus experiencias.

Esta actividad, si bien no permitió el cumplimiento de los objetivos propuestos para la sesión, aportó al cumplimiento de objetivos de la intervención en general, especialmente en lo relacionado con la disminución de sentimientos de aislamiento, culpa y vergüenza presentes en niñas víctimas de abuso sexual, a través de la posibilidad de compartir experiencias y vivencias comunes en una dinámica de interacciones positivas.

5. Función de títeres: Previo a la realización de la sesión se modificó la metodología de esta actividad, planificándose el uso de la dramatización, en lugar de la función de títeres. Sin embargo, debido a falta de tiempo no se llevó a cabo.
6. Evaluación personal: Esta actividad se desarrolló de acuerdo a lo planificado, lográndose los objetivos propuestos. Un aspecto importante, es que las diferentes niñas expresan de manera positiva la posibilidad de verbalizar (nuevamente) la propia experiencia de abuso sexual dentro del grupo.
7. Evaluación grupal: Esta actividad se realizó conforme a lo programado, permitiendo el cumplimiento de los objetivos propuestos. Surge como relevante, la expresión de las niñas de sentimientos de cohesión grupal, a partir de compartir la experiencia de abuso sexual.
8. Cierre: Las terapeutas cierran la sesión destacando los aspectos más relevantes observados durante su desarrollo. Se realiza la despedida con el ritual planificado.

9º sesión

Desarrollo general de la sesión

La sesión, en términos generales, se desarrolló de acuerdo a modificaciones realizadas previas a su ejecución. En este sentido, se planificó incluir una actividad no ejecutada la sesión anterior debido a falta de tiempo, la dramatización, actividad que previamente había sido modificada en su metodología. También, previo a la realización de la sesión se decidió no ejecutar la actividad de la tarea incluida en el diseño original. Esto se justifica debido a que durante las sesiones surgieron temas más relevantes a los cuales destinar atención, y considerando además que anteriormente cuando se había solicitado a las participantes la realización de una actividad en sus hogares, la mayoría no había cumplido con ésta.

Sumado a estas modificaciones previas, no pudo realizarse una actividad programada, el plenario. Esto, debido a la falta de tiempo, ya que la dinámica de gran distractibilidad presentada por las niñas y el abordaje de conflictos emergentes relevantes, implicó una mayor duración de las actividades realizadas de lo presupuestado inicialmente.

En cuanto a las niñas, surge nuevamente como una temática fundamental, la confianza al interior del grupo. Se aborda nuevamente este tema, debido a la alta necesidad de las niñas de crear vínculos de confianza con otras niñas que comparten experiencias similares a las propias, y a las cuales han expresado aspectos importantes del mundo interno. En el diseño de la intervención no se había considerado abordar específicamente este aspecto, que resultó de suma importancia para las participantes. Sin embargo, cuando las niñas expresan este conflicto, las terapeutas lo abordan e intervienen favoreciendo la consolidación del espacio grupal como un espacio de expresión, comunicación y confianza. De este modo, a partir de la observación de la importancia de este tema para las niñas resulta necesario incorporarlo como un contenido de relevancia a abordar durante la terapia grupal.

Durante la sesión, las niñas se presentan altamente distráctiles, más centradas en las relaciones entre ellas que en el desarrollo de las actividades, lo cual puede explicarse debido al reconocimiento verbal por parte de las niñas que la terapia grupal culminará pronto. Esta dinámica perdura durante la mayor parte de la sesión.

Este ambiente de distractibilidad generalizada, provoca en las terapeutas dificultades de manejo grupal, y sensación de agotamiento. Intervienen, reflejando a las participantes su comportamiento y focalizándolas en las actividades. Una de las niñas (caso 2) asume un rol de guía del grupo, centrando a las otras participantes en la realización de las tareas, las cuales responden de manera adecuada. De esta forma, las actividades pudieron desarrollarse de manera satisfactoria, aunque tuvieron una mayor duración de lo presupuestado.

Actividades:

1. Ritual de inicio: Esta actividad se desarrolló según lo programado en el diseño.
2. Recapitulación: Esta actividad se realizó según el diseño. Sin embargo, se debió destinar más tiempo del planificado, debido a que emergieron conflictos que fue necesario abordar. De esta forma, surge nuevamente como central, el tema de la confianza al interior del

grupo. En este sentido, la mayoría de las participantes plantean que no confían en que una de las niñas -ausente esa sesión- (caso 3) respete la confidencialidad respecto a los temas trabajados en el grupo. De este mismo modo, una de las niñas (caso 5) confronta a otra de las niñas presentes (caso 2), señalando no confiar en ella. Las niñas expresan sentimientos de tristeza por el conflicto entre dos miembros del grupo, señalando que ellas sí confían en la niña confrontada (caso 2), de forma tal, que el grupo se autorregula.

3. Dramatización: Previo a la realización de la sesión se incluyó esta actividad – anteriormente modificada en su metodología-, debido a que no fue realizada la sesión anterior. Se desarrolla satisfactoriamente, permitiendo el logro de sus objetivos.

Las niñas dramatizan diferentes situaciones de riesgo planteadas por ellas, tanto las descritas en los cuentos elaborados la sesión anterior, como nuevas historias percibidas por las niñas como situaciones de riesgo. Las niñas analizan y representan diferentes tipos de soluciones ante las situaciones y elaboran un plan de acción.

Cabe señalar que durante el desarrollo de esta actividad las niñas se presentaban muy distráctiles y dispersas, actuando una niña (caso 2) como guía del grupo, estimulándolas a realizar la actividad propuesta.

Como aspecto relevante, se observa un alto nivel de identificación de las niñas con el rol de víctima, buscando en la dramatización representar ese papel (la niña abusada), lo cual se destaca especialmente en una de las niñas (caso 6), la cual a su vez presenta grandes dificultades de identificar, prevenir y reaccionar ante situaciones de riesgo.

Un aspecto que presentó dificultad para las niñas fue la elaboración de planes de acción ante una situación de riesgo. Sin embargo, una de las participantes (caso 2) presentó alta capacidad para elaborar planes de acción, lo cual estimuló al resto del grupo, pudiendo todas finalmente lograr ese objetivo de la actividad.

4. Dibujo individual: Esta actividad se realizó según lo planificado en el diseño. Las niñas presentan buena capacidad para discriminar personas de confianza en su contexto cotidiano. Sin embargo, se presentó como dificultad que las niñas señalaron como personas en las cuales no podían confiar a otras niñas del grupo. De este modo, las terapeutas debieron intervenir señalando los diferentes tipos de confianza, buscando que pudieran identificar personas en las que no pueden confiar debido a que constituyen figuras de riesgo.
5. Plenario: Esta actividad no se realizó debido a falta de tiempo.
6. Tarea: Previamente se decide no realizar esta actividad.
7. Evaluación personal: Esta actividad se desarrolló de acuerdo a lo planificado, lográndose los objetivos propuestos.
8. Evaluación grupal: Esta actividad se realizó conforme a lo diseñado, permitiendo el cumplimiento de los objetivos propuestos. Un aspecto relevante es que las niñas

identifican aprendizajes a través del desarrollo de la sesión, especialmente de la actividad de dramatización, referidos a la capacidad de autoprotgerse.

9. Cierre: Las terapeutas cierran la sesión destacando los aspectos más relevantes observados durante su desarrollo. Se realiza la despedida con el ritual planificado.

10° sesión

Desarrollo general de la sesión

En general esta sesión no se ejecutó de acuerdo a lo programado en el diseño, debido a que durante el desarrollo de la actividad del role playing una de las niñas (caso 6) devela una situación actual de abuso sexual por parte de su padrastro, situación que no había revelado anteriormente. Debido a esto, la sesión se centra en el dialogo respecto a esta situación y no se alcanzan a realizar algunas de las actividades programadas, las cuales corresponden a la dramatización y el plenario.

Previo a la realización de la sesión se planifica incluir dentro del plenario programado para esta sesión, los contenidos del plenario no ejecutado la sesión anterior. Sin embargo, debido a la realización del dialogo no presupuestado, no se lleva a cabo el plenario, por falta de tiempo.

La sesión fue desarrollada acorde al tiempo programado (2 horas), pero debido al atraso de las niñas la hora de término superó a la acordada previamente.

Respecto a las participantes, se muestran altamente motivadas e involucradas emocionalmente durante el desarrollo de la sesión. Existe gran confianza de las niñas al interior del grupo, mostrando alta capacidad para apoyar a una compañera en una situación actual de abuso sexual.

La develación de esta situación al interior del grupo, requiere un manejo terapéutico adecuado, más aún siendo ésta la penúltima sesión grupal. Las terapeutas se muestran flexibles, respecto a abordar una situación conflictiva emergente, fuera de lo planificado, e intervienen fortaleciendo la confianza y cohesión al interior del grupo, y promoviendo la contención grupal, el apoyo y la empatía entre pares. Además, las intervenciones se orientan hacia la contención y desculpabilización de la niña que devela la situación de abuso sexual, reforzando la capacidad de hablar esta situación dentro del grupo, pero destacando también la importancia de revelarla a su figura materna.

Actividades

1. Ritual de inicio: Esta actividad se ejecuta de acuerdo a lo planificado en el diseño.
2. Role playing: Las niñas identifican acciones que pueden realizar para autoprotgerse y acciones que pueden realizar sus madres para protegerlas, escribiéndolas en papeles de acuerdo a lo programado.

Sin embargo, al poner los papeles en el centro para comenzar el role playing, éstos se pierden. En conjunto todo el grupo los busca y los encuentra escondidos tras un mueble. Ninguna de las niñas acepta haberlos tomado. Debido a esto se realiza un dialogo grupal, en que las terapeutas estimulan la confianza al interior del grupo, el reconocimiento de las acciones realizadas, y la aceptación de los errores por parte de otros. Las niñas responden satisfactoriamente, destacando la posibilidad de perdonar errores de otras compañeras. Las terapeutas diseñan una actividad para facilitar el reconocimiento de la acción señalada al interior del grupo. Mediante esta dinámica una de las participantes (caso 6) señala haberlos escondido, las otras niñas aceptan el reconocimiento de su error y la integran de manera positiva al grupo. Esta situación implica destinar mayor tiempo del planificado para esta actividad.

Luego se realiza con modificaciones el role playing programado. De este modo, al representar las acciones de autoprotección y protección materna, las niñas expresan contenidos, que las terapeutas abordan, y que se refieren principalmente al reconocimiento de si las acciones de la figura materna identificadas satisfacen sus necesidades de protección. Así, en la ejecución práctica del role playing surgen contenidos que se había planificado abordar en otra actividad (la dramatización). De esta manera, se observa que no es necesario realizar dos actividades separadas como estaba planificado, sino que los contenidos y objetivos propuestos para la dramatización pueden incluirse dentro de la actividad del role playing.

Las niñas por turnos representaron las acciones identificadas en los papeles, sin embargo, no todas alcanzaron a hacerlo, debido a que una de ellas (caso 6) devela durante el transcurso de la representación, y estimulada por preguntas realizadas por sus compañeras en la interacción grupal, una experiencia de abuso sexual actual por parte de su padrastro, situación que no ha revelado anteriormente. Debido a la relevancia de este contenido, se realiza un dialogo grupal centrado en esta situación particular.

3. Dialogo grupal: Este dialogo grupal no planificado se centra en una situación particular de un nuevo abuso sexual develado por una de las niñas (caso 6) por parte de su padrastro. La niña expresa sentimientos de vulnerabilidad, y miedo a develar a su madre la situación de abuso, principalmente debido a la dependencia económica de la madre hacia el agresor (constituyéndose esto en una de las amenazas utilizadas por el agresor). Esta niña presenta un alto grado de confianza en el grupo y pide ayuda.

El resto del grupo responde satisfactoriamente, presentando gran capacidad para apoyarla ante esta situación. La acoge, y la ayuda a reconocer métodos coercitivos, desculpabilizarla, y responsabilizar al agresor. Además la apoya en la búsqueda de alternativas de solución ante esta situación, en el análisis de las consecuencias de estas posibles soluciones y en la elaboración de un plan de acción, destacando principalmente la importancia de acudir a la figura materna.

La niña pide al grupo que no se revele la situación de abuso sexual a su madre y recuerda la promesa realizada anteriormente (juramento de confianza realizado en la sesión 8).

Las terapeutas intervienen acogiendo a la niña y fortaleciendo el apoyo entre pares, promueven el análisis de consecuencias y destacan la importancia de confiar en la figura protectora.

Esta actividad, a pesar de ser realizada fuera de planificación, lo que impidió la realización de otras actividades, posibilitó que las participantes reconocieran y compartieran sentimientos asociados a la confianza con otros significativos, principalmente en cuanto a identificar y expresar sentimientos y emociones asociadas a la falta de protección ante la situación de abuso sexual, el reconocimiento de las acciones protectoras realizadas por sus figuras significativas y los deseos de protección por parte de éstas. Además permitió la aplicación a una situación concreta de los contenidos trabajados sesiones anteriores, tales como la identificación de situaciones de riesgo, métodos coercitivos, la búsqueda de soluciones, el análisis de las consecuencias de las soluciones escogidas y la elaboración de un plan de acción, entre otros.

Se observa que el abordaje de esta temática resulta significativo y beneficioso tanto para la niña que revela la situación de abuso sexual, como para las otras niñas del grupo. En este sentido la niña que devela la situación abusiva tiene la posibilidad de conocer otras perspectivas de su problema, de pares que han sufrido experiencias similares a la suya, y recibir la contención y apoyo grupal, lo cual le permite pensar posibles nuevas soluciones a su conflicto. En cuanto a otras niñas del grupo, el abordaje del conflicto actual de una de sus compañeras, posibilita el compartir sus propias experiencias en el grupo y buscar nuevas soluciones ante problemas similares a los que ellas también experimentaron en el pasado (su propia experiencia de abuso sexual).

4. Dramatización: Esta actividad no se realiza por falta de tiempo, sin embargo, durante la ejecución del role playing se observa que los contenidos y objetivos propuestos para esta actividad pueden incluirse dentro de la actividad del role playing.
5. Plenario: Esta actividad no se realiza debido a la falta de tiempo. Sin embargo, previo a la realización de la sesión se planifica incluir dentro de este plenario el abordaje de los contenidos del plenario de la sesión anterior, que por problemas de tiempo no pudo realizarse. De este modo, en este plenario se proponía abordar contenidos en relación a sentimientos asociados a la confianza con otros significativos, sentimientos y emociones asociadas a la falta de protección ante la situación de abuso sexual y acciones protectoras realizadas por las figuras significativas.
6. Evaluación personal: Esta actividad se desarrolló de acuerdo a lo planificado, cumpliendo los objetivos propuestos. Cabe destacar que las evaluaciones personales de las niñas estuvieron centradas principalmente en los sentimientos, emociones y pensamientos surgidos a partir de la develación de la situación de abuso sexual de una de las niñas del grupo (caso 6).
7. Evaluación grupal: Esta actividad se realizó de acuerdo a lo programado en el diseño, permitiendo el logro de los objetivos propuestos. Un aspecto relevante de mencionar, es que la evaluación grupal se centró en los sentimientos, emociones y pensamientos surgidos a partir de la situación de abuso sexual de una de las niñas del grupo (caso 6),

destacándose principalmente la importancia de la confianza en el grupo y en las figuras significativas.

8. Cierre: La sesión es cerrada en un ambiente de alta intensidad emocional, destacando las terapeutas la importancia de apoyar a una compañera en una situación conflictiva. Las terapeutas proponen a todas las niñas del grupo (incluida la niña afectada) pensar la situación develada por una de ellas (caso 6) y analizar las posibles soluciones a su problema. Recalcan la importancia de que ya develó la situación abusiva al grupo, debido a lo cual ya no está sola con esta experiencia de abuso sexual, pudiendo tanto las terapeutas como el grupo ayudarla a encontrar soluciones para su problema.

11° sesión

Desarrollo general de la sesión

Previo al inicio de la sesión las terapeutas plantean a las madres de las participantes que debido a que esta es la última sesión y deben abordarse varias temáticas para posibilitar un adecuado cierre de la terapia grupal, se retrasará el término de la sesión, destinando más tiempo del acordado. Esto es aceptado por las madres de manera adecuada. La duración de la sesión fue de 2 horas 30 minutos.

La sesión en términos generales, se realizó con modificaciones a lo planificado en el diseño. De este modo, debido a la develación de una situación abusiva en una de las niñas del grupo (caso 6) la sesión anterior, se planificó previo a la realización de la sesión un diálogo grupal inicial respecto a esta temática. Este se centró principalmente en apoyar a la niña en la elaboración de un plan de acción respecto a esta situación.

Para poder cumplir este objetivo se recapitaron los diferentes contenidos trabajados durante el proceso de psicoterapia grupal. Resultó muy positivo revisar los contenidos a través de una situación concreta. A partir de esto, se considera necesario incluir dentro de la última sesión de la terapia grupal una recapitulación final de los contenidos trabajados durante ésta, lo cual no fue considerado en el diseño original.

Previo a la realización de la sesión también se había planificado modificar la metodología de la actividad de la evaluación grupal, pidiendo a las niñas que escribieran en el cuaderno grupal lo evaluado, no presentando la posibilidad de realizar una dramatización, collage, etc. Esto, considerando que era necesario destinar tiempo al diálogo grupal acerca de una situación actual de abuso sexual, lo cual disminuía el tiempo posible para la realización de las otras actividades de la sesión. Sin embargo, debido a que este diálogo grupal requirió mayor tiempo del presupuestado no pudo realizarse la evaluación grupal.

Las actividades de la evaluación individual, el mapa grupal, la despedida y la convivencia se realizan de acuerdo a lo planificado, con una respuesta satisfactoria por parte de las niñas.

Durante todo el desarrollo de la sesión, las participantes se muestran muy motivadas e involucradas emocionalmente, presentando gran capacidad de apoyar a una compañera ante

una situación de abuso sexual develada en el grupo. Como aspecto relevante, se observa una alta identificación de las demás niñas del grupo con la niña que vive la situación actual de abuso sexual (caso 6) y una alta necesidad de reparación, presentando especial preocupación porque la niña revele la situación a su madre, incluso planteando que si ella no quiere contarle la situación, ellas lo harán. Ante esto, las terapeutas reencuadran, señalando la importancia de que la niña revele a su madre esta situación, pudiendo confiar en ella, y buscan que las niñas puedan empatizar con las dificultades de esta niña, orientando la discusión a la búsqueda de alternativas para ayudar a la niña a solucionar su problema. En este sentido, resulta importante señalar que la mayoría de las participantes de la terapia grupal no develaron la propia situación de abuso sexual a su madre o lo hicieron luego de mucho tiempo, facilitando la discusión grupal, la elaboración de esta experiencia.

Las terapeutas refuerzan los contenidos trabajados durante la terapia grupal, fomentan la capacidad de ayuda entre las niñas y destacan principalmente la importancia de confiar en las figuras protectoras.

En cuanto a la situación de cierre de la terapia grupal, se observa una alta cohesión grupal y muestras de afecto entre las niñas.

Actividades

1. Ritual de inicio: La actividad se realiza de acuerdo a lo planificado.
2. Dialogo grupal: Las terapeutas retoman el tema de una nueva situación de abuso sexual a una de las niñas (caso 6), enfatizando en la elaboración de un plan de acción, que tome en consideración los contenidos aprendidos durante la terapia grupal e intervienen orientando en la búsqueda y análisis de soluciones. Las niñas responden satisfactoriamente, presentando alto interés en apoyar a su compañera, aplicando los aprendizajes logrados en la terapia grupal a una situación concreta.

A su vez, las terapeutas promueven el desarrollo de la capacidad de empatía entre las niñas del grupo, y la confianza entre ellas, mostrando las niñas una alta capacidad de escucha y apoyo, y alta cohesión grupal en la elaboración de un plan de acción. Tanto las niñas como las terapeutas destacan la importancia de acudir a las figuras protectoras en situaciones de conflicto, aspecto en que la niña con una nueva situación abusiva (caso 6) presenta especial dificultad. Las verbalizaciones de las niñas, permiten observar un notable avance en el sentimiento del propio poder y en la capacidad de recurrir a las figuras protectoras ante situaciones de riesgo.

Finalmente, las niñas en conjunto (tanto la niña afectada como el resto del grupo) deciden que la niña le revelará la situación de abuso sexual a su madre con apoyo del grupo en una sesión extra³. Se observa que la niña afectada (caso 6) presenta una notoria necesidad del apoyo grupal, y las otras niñas desean conocer si finalmente la niña develó la situación a su madre.

3. Evaluación grupal: Esta actividad había sido modificada en su metodología previo a la realización de la sesión. Sin embargo, no se realizó por falta de tiempo, debido a que el dialogo grupal destinó más tiempo del planificado previamente.
4. Trabajo individual: La actividad se desarrolló de acuerdo a lo programado. Las niñas identifican y comparten aprendizajes y logros personales, evaluando positivamente el proceso terapéutico grupal vivido.
5. Mapa grupal: La actividad se ejecutó de acuerdo a lo planificado y fue recibido de manera positiva por las participantes, quienes entregaron y recibieron retroalimentación acerca de sus aportes al proceso grupal por parte de las otras niñas y se expresaron afecto mutuamente.
6. Despedida: La actividad se realiza de acuerdo a lo programado, destacando las terapeutas el aporte de todas las niñas y la importancia de recordar los aprendizajes y logros alcanzados en la terapia grupal.
7. Convivencia: Las niñas comparten de manera jovial, presentando satisfacción por la realización de esta actividad.

12° sesión

Desarrollo general de la sesión

Esta sesión individual de cada niña con su madre, se realizó de acuerdo a lo planificado, teniendo una duración de alrededor de una hora y media con cada caso. Una de las niñas (caso 3) no asistió a la entrevista el día acordado -una semana después de la última sesión grupal-, por lo cual se realizó alrededor de una semana después que las otras niñas.

Durante esta sesión, las niñas logran identificar aprendizajes y logros a través de la terapia grupal, los cuales comunican a su figura materna. Además logran expresarle sus necesidades de protección y afecto. Las madres, en general, responden satisfactoriamente ante esto, pudiendo comprender, acoger y contener de manera adecuada a sus hijas.

³ Cabe señalar que a esta sesión extra sólo asistió la niña que develó la situación de abuso sexual actual (caso 6) y otra de las niñas del grupo (caso5). Primero ingresan a sesión las dos terapeutas grupales con las niñas, promoviendo la contención y apoyo mutuo. Luego, las terapeutas grupales ingresan con la niña afectada y su madre, donde la niña le revela la situación de abuso sexual a su madre. Finalmente, de forma paralela la terapeuta individual de la niña interviene con la madre de la menor, y las terapeutas grupales con las niñas, conteniendo y apoyando.

Las terapeutas se desempeñan adecuadamente, interviniendo principalmente en el fortalecimiento del vínculo madre-hija, y en el refuerzo de características positivas tanto en las niñas como en las madres.

No obstante, este adecuado desarrollo general de las sesiones, una de las madres se muestra descalificadora de su hija (caso 5), presentando grandes dificultades para acogerla, identificar sus logros en la terapia grupal y reforzarlos. Esta situación causó dificultades de manejo en las terapeutas, las cuales intervinieron por un lado, destacando a la madre las características positivas y los logros observados en su hija a través de la terapia grupal, y por otro lado, acogiendo a la niña y reforzando sus aspectos positivos. Esta situación, sin embargo, causó en la niña impacto emocional, lo cual posiblemente influyó en la evaluación post-intervención.

Actividades

1. Entrevista con la niña: La actividad se realiza de acuerdo a lo programado, reconociendo las niñas importantes aprendizajes y logros a través del proceso de terapia grupal. Las terapeutas refuerzan a cada niña los aprendizajes y logros observados, y las características positivas mostradas en el grupo, lo cual genera satisfacción en éstas. Cabe señalar que en estas entrevistas, las terapeutas informan a las participantes, que la niña que develó en el grupo una nueva situación de abuso sexual (caso 6) pudo revelar esta situación a su madre, siendo apoyada por ésta, ante lo cual las niñas refieren satisfacción y la importancia de confiar en las figuras protectoras para sentirse apoyadas.
2. Entrevista con la niña y su madre: La actividad se realiza de acuerdo a lo planificado, transmitiendo las niñas a sus madres la experiencia vivida dentro del grupo y las necesidades de protección. En general, las madres responden adecuadamente, acogiendo y reforzando lo señalado por sus hijas.

Sin embargo, una de las madres, se muestra agresiva y descalificadora con su hija (caso 5), cuestionando los aprendizajes que la niña expresa. Esto provocó un impacto emocional para la niña, presentando las terapeutas dificultades en el manejo de esta situación. Ante esto, se observa que posiblemente sería positivo realizar primero la entrevista con la madre, para evaluar su actitud e intervenir orientando la reacción hacia su hija, y luego realizar el dialogo madre-hija, para evitar situaciones como esta en que la niña se ve afectada negativamente.

3. Entrevista con la madre: La actividad se realiza de acuerdo a lo programado, las terapeutas informan a las madres acerca del proceso vivido por sus hijas, principalmente fortaleciendo el vínculo madre-hija y reforzando las capacidades de protección y contención de las madres. Las madres responden adecuadamente, evaluando positivamente el proceso grupal vivido por las niñas, señalando incluso cambios observados. Esto ocurre en el caso de todas las madres, menos en un caso (caso 5), en que la madre presenta dificultades para observar y reconocer cambios en su hija, destacando más bien sus deficiencias que sus logros.
4. Evaluación post-intervención: Realizada de acuerdo al diseño.

5. Despedida: Las terapeutas cierran el proceso con las niñas, haciendo entrega del cuaderno personal y una copia del cuaderno grupal, expresando las niñas satisfacción ante la entrega de este material.

3. MODIFICACIONES REALIZADAS AL DISEÑO ORIGINAL A PARTIR DE LA EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

A partir de la evaluación acerca de la implementación de la intervención terapéutica grupal y los cambios presentados en las niñas, se realizaron una serie de cambios al diseño de la terapia grupal (ver página 104) para lograr de mejor manera los objetivos de ésta.

Se presenta el análisis realizado, señalando primero aspectos generales de la intervención y luego por sesiones lo que permaneció sin cambios, lo que fue necesario suprimir del diseño y las actividades y objetivos que debieron modificarse o agregarse. Estos cambios dan como resultado una reformulación del modelo de intervención terapéutica grupal, el cual se presenta en el anexo nº10.

Aspectos generales de la intervención

Las consideraciones generales de la intervención se mantienen sin modificaciones, a excepción de la duración de las sesiones, definiéndose un tiempo de 2 horas de duración por cada sesión. Esto debido a que 1,5 horas resultaba un tiempo insuficiente para la realización de las actividades y, por tanto, para el cumplimiento de los objetivos planteados. Un tiempo de 2 horas es recomendado por los diferentes autores, ya que permite un trabajo profundo y productivo, pero a su vez no es tan extenso como para producir fatiga y disminución del interés en los participantes.

La estructura interna de las sesiones de la terapia grupal diseñada resultó adecuada, por lo cual permanece sin modificaciones. Cada sesión comienza con un ritual de inicio, luego se realizan actividades terapéuticas y finalmente una evaluación y un ritual de cierre. De esta forma, las actividades ritual de inicio, evaluación individual, evaluación grupal y cierre, permanecen sin modificaciones en todas las sesiones.

En cuanto a las actividades terapéuticas centrales a través de la implementación se observó que era necesario destinar más tiempo a la realización de cada una de estas actividades, ya que en ellas aparecían importantes conflictivas de las niñas a las cuales destinar atención, favoreciendo su elaboración. De este modo, se consideró dentro de las modificaciones, no incluir gran cantidad de actividades terapéuticas en cada sesión, planificándose en algunos casos menos actividades que permitieran el cumplimiento de varios objetivos terapéuticos, diseñándose un menor número de actividades terapéuticas por sesión, dependiendo de sus características (duración, metodología, objetivos, procedimientos).

En cuanto a las actividades que implican un trabajo individual (como por ejemplo la evaluación individual) es importante señalar que durante la implementación se observó diferencias en los tiempos de ejecución de las distintas niñas, por lo cual se considera necesario definir el tiempo asignado a estas actividades, facilitando el trabajo de las diferentes niñas de acuerdo a las dificultades que se vayan presentando. En cuanto a la actividad de la

evaluación grupal, resulta necesario incorporar como una tarea grupal, desde la primera sesión, la planificación de un sistema que regule la rotación de las distintas niñas para cumplir la tarea de escribir en esta actividad, promoviendo la organización del grupo y evitando posibles conflictos en torno a esto.

Finalmente, cabe señalar que durante el proceso de implementación de la terapia grupal se observó como relevante la planificación de actividades. Sin embargo, también surgió necesaria la flexibilidad de las terapeutas para realizar algunas modificaciones al diseño, si aparecen contenidos relevantes a los cuales destinar atención. Así, se considera necesario que las terapeutas vayan adaptando la intervención a las particularidades de cada grupo, abordando los contenidos que vayan emergiendo en las niñas. Sin embargo, las terapeutas no deben perder de vista los objetivos de cada una de las fases de la intervención, de modo que a pesar de realizar ciertas modificaciones a las sesiones, las intervenciones vayan orientadas hacia el cumplimiento de éstos.

Modificaciones sesión a sesión

Entrevista pre intervención

Respecto a la entrevista pre intervención, ésta se consideró adecuada, permitiendo el logro de los objetivos planteados, por lo cual permanece sin modificaciones.

En esta entrevista, y en la sesión final, se aplicaron instrumentos de evaluación a las niñas (pruebas gráficas, test de Margarita), lo cual no es imprescindible de realizar para lograr los objetivos de la intervención. Sin embargo, se considera recomendable, ya que una evaluación de las niñas antes de la intervención puede servir para observar las condiciones y adecuación de éstas para participar en la terapia grupal, favoreciendo el proceso de selección y composición del grupo. Además, la realización de una evaluación previa y posterior a la intervención permite observar la existencia de cambios en las participantes.

Sesión nº1

A- Actividades que fueron adecuadas y permanecen sin modificaciones:

- i) Dinámica de presentación de las participantes ¿Quién eres tú?
- ii) Juego "Así soy yo"
- iii) Establecimiento de reglas grupales

B- Actividades que se agregaron al diseño de la sesión:

- i) Collage: Se consideró necesario agregar a esta sesión una actividad que tenga por objetivo central la identificación personal de las participantes en un contexto de relación con pares, y que a su vez favorezca la integración grupal. De esta forma se incorpora una actividad gráfica (collage) a realizar grupalmente. El procedimiento consiste en que las niñas se sientan en círculo frente a un papelógrafo. Las terapeutas presentan diferentes recortes de personas en distintos estados de ánimo

y realizando distintas actividades, las participantes escogen recortes que representen aspectos personales, realizando el collage grupalmente. Luego cada niña presenta al grupo los recortes escogidos.

Sesión n°2

A- Actividades que fueron adecuadas y permanecen sin modificaciones

- i) Juego "Hermanas"
- ii) Exposición del video
- iii) Dialogo grupal

B- Actividades que debieran suprimirse

- i) Cuento con títeres: Esta actividad se suprime de esta sesión, sin embargo será agregada en la sesión n°3. Esto, debido a que en esta sesión las terapeutas ya habían presentado un estímulo (video) que favorecía la expresión de contenidos relacionados con el abuso sexual en las niñas, su abordaje y elaboración, siendo suficientes las actividades incorporadas en esta sesión -antes señaladas- en términos del logro de los objetivos para la sesión, no siendo necesaria la incorporación de más actividades.
- ii) Trabajo para la casa: Esta actividad se suprime, debido a que no aporta al cumplimiento de logros terapéuticos, observándose en el proceso de implementación de la intervención que esta actividad es poco operativa y las niñas presentan baja motivación para su realización. El motivo de esto posiblemente sea que se pide a las niñas la realización de una actividad de reflexión personal en un contexto diferente al terapéutico, considerándose necesario que todas las actividades se realicen en el espacio protegido, contenedor e integrador de la terapia.

C- Actividades que debieron agregarse al diseño:

- i) Ejercicio corporal: Durante el proceso de implementación de la terapia grupal se observó que la confianza al interior del grupo resultaba ser una temática fundamental, por lo cual se consideró necesario incluir en las sesiones iniciales una actividad dirigida directamente hacia el objetivo de generar confianza en los demás al interior del grupo, objetivo que se agrega en esta sesión. Así la actividad agregada es un ejercicio corporal de carácter lúdico "Dejarse caer" que consiste en que por turnos cada uno de los participantes se pone frente a la pared y se deja caer lentamente, siendo apoyado por el resto del grupo cuando empieza a perder el equilibrio.

Sesión n°3

A- Actividades que debieron agregarse al diseño de la sesión:

- i) Cuento con títeres: Se agregó esta actividad en esta sesión, luego del ritual de inicio, siendo una actividad efectiva como estímulo que favorece la expresión de

contenidos relacionados con el abuso sexual en las niñas y su posterior abordaje. Sin embargo, se introdujeron a esta actividad ciertas modificaciones al procedimiento. Así, las terapeutas leen el cuento, y las niñas lo representan con títeres, interactuando y construyendo de manera grupal un final a la historia diseñada. Se observó durante el proceso de implementación que esta modificación a la metodología del diseño original, facilita el cumplimiento de los objetivos planteados para la actividad, ya que permite que surjan contenidos relevantes desde las propias niñas, pudiendo abordarlos terapéuticamente.

B- Actividades que debieran suprimirse:

- i) Dibujo grupal: Esta actividad durante la implementación de la intervención se modificó en su metodología, debido a que la realización de un dibujo por parte del grupo requeriría una gran cantidad de tiempo, realizándose con una metodología de expresión escrita. Sin embargo, esta actividad no permitió una expresión compartida acerca de las experiencias de abuso sexual, lo cual era su objetivo, sino que más bien estimuló una participación de tipo individual. Debido a esto se considera necesario suprimir esta actividad, incluyendo su objetivo (que las participantes puedan expresar e integrar las experiencias compartidas acerca del abuso sexual) dentro de la actividad de diálogo grupal.

C- Actividades que debieron modificarse:

- i) Presentación y diálogo grupal: Debido a que se suprimió la actividad de dibujo personal en el hogar, esta actividad se modifica, manteniéndose solamente como un diálogo grupal acerca de las vivencias relacionadas con la experiencia de abuso sexual. Además, en este diálogo se incluye el objetivo de la actividad de dibujo grupal suprimida, que se relaciona con la expresión de sentimientos, pensamientos y emociones compartidos en relación a la experiencia de abuso sexual.

Sesión nº4

A- Actividades que fueron adecuadas y permanecen sin modificaciones

- i) Diseño Corporal
- ii) Presentación del diseño y diálogo grupal

B- Actividades que debieran suprimirse:

- i) Lista y Diálogo grupal: Las sensaciones corporales: Esta actividad se suprime en esta sesión, debido a que las actividades antes señaladas requieren de bastante tiempo, lo que no permite la realización de otras actividades. De este modo, se disminuyen los objetivos planteados para esta sesión, suprimiéndose los objetivos asociados a esta actividad, que se relacionan con el reconocimiento de sensaciones

corporales y la identificación de necesidades y deseos. Sin embargo, esta actividad y los objetivos correspondientes a ésta serán agregados en la sesión nº5.

- ii) **Recapitulación:** Esta actividad no fue contemplada en el diseño original, sin embargo fue agregada durante el proceso de implementación, ya que se consideró necesario recapitular los contenidos abordados la sesión anterior, con el objetivo de reforzarlos y elaborarlos más adecuadamente. No obstante, durante su aplicación se observó que a pesar de tratarse temas relevantes, estos no emergían espontáneamente de las niñas, generando desmotivación en éstas. Así se considera como relevante que los contenidos a trabajar surjan de las niñas, siendo abordados en el momento en que se presentan. De esta forma, se considera que esta actividad debe ser suprimida.

Sesión nº5

A- Actividades que fueron adecuadas y permanecen sin modificaciones

- i) Cuento acerca del desarrollo psicosexual
- ii) Dialogo grupal

B- Actividades que debieran suprimirse

- i) **Cuento este es mi cuerpo:** Esta actividad se suprime debido a que en esta sesión existe un exceso de actividades, pudiendo realizarse menos actividades que apunten al logro de los objetivos de la sesión. De esta forma, los objetivos de esta actividad se incluirán en la actividad del dialogo grupal acerca de las sensaciones corporales.

C- Actividades que se agregaron al diseño de la sesión:

- i) **Lista y Dialogo grupal: Las sensaciones corporales:** Se agregó esta actividad en esta sesión, lo cual implicó también agregar a esta sesión otros objetivos, como son promover el reconocimiento de sensaciones corporales (agradables, desagradables) y facilitar la identificación de necesidades y deseos.

Se realizan algunas modificaciones a esta actividad. Así, se modificó la metodología de esta actividad, que era verbal escrita y oral, por la realización de un ejercicio corporal y un dialogo grupal. Esta modificación se realizó debido a que durante el proceso de implementación se observó como necesario incluir una actividad de tipo corporal a las sesiones que abordan el tema del cuerpo, que permitiera el logro de objetivos terapéuticos. Así, se realizará un ejercicio de contacto corporal con el objetivo de que las niñas reconozcan las propias sensaciones corporales en el contacto con otros. Se incluye la realización de un ejercicio corporal en parejas “Masaje con un globo”, en que por turnos una de las niñas de la pareja se acuesta en la colchoneta y la otra con el globo (o una pelota) realiza masajes lentamente con movimientos circulares.

Posterior a la realización de este ejercicio corporal se realizará un diálogo grupal, con el objetivo de que las niñas puedan verbalizar e integrar los aspectos

reconocidos y vivenciados durante el ejercicio. Además, se integró en el diálogo grupal los contenidos de la actividad del cuento “Este es mi cuerpo”, tales como las diferentes formas de contacto (tales como caricias, golpes, abrazos, etc.) por parte de distintas figuras (familiares, desconocidos, etc.) y la distinción del contacto adecuado e inadecuado, a través de la identificación de las propias sensaciones corporales (comodidad-incomodidad) de cada niña.

Sesión n°6

A- Actividades que fueron adecuadas y permanecen sin modificaciones

- i) Trabajo corporal de expresión de emociones
- ii) Dramatización emociones

B- Actividades que debieron suprimirse:

- i) Diálogo grupal “el metro cuadrado”: Esta actividad se suprime debido a que durante la implementación se observó que la metodología solamente verbal dificultaba que las niñas comprendieran el concepto de metro cuadrado, por lo cual se propone que el diálogo acerca de este concepto se incluya dentro de la actividad de dramatización del metro cuadrado, con el objetivo de que las niñas puedan interiorizar este contenido en la medida que van poniéndolo en práctica de manera concreta, lo cual resulta acorde a sus características evolutivas.
- ii) Metro cuadrado: Debido a la gran cantidad de actividades en esta sesión, se suprime esta actividad, ya que se considera que sus objetivos pueden incluirse dentro de la actividad de dramatización del metro cuadrado. Sin embargo, durante el proceso de implementación se realizaron modificaciones contextuales y metodológicas a esta actividad, las cuales serán incluidas en la actividad de dramatización, debido a que fueron consideradas efectivas para el cumplimiento de los logros planteados.

C- Actividades que debieron modificarse

- i) Dramatización metro cuadrado: A esta actividad se le realizan modificaciones, ya que se integraron los objetivos de la actividad metro cuadrado y diálogo del metro cuadrado, así como sus consideraciones contextuales y metodológicas. De este modo, la actividad incluye como objetivos que las participantes conozcan un sentido de espacio y de propiedad personal en el establecimiento de contacto corporal con otros, reconozcan y experimenten su propio espacio personal o metro cuadrado, y ejerciten un sentido de espacio personal en el establecimiento de relaciones interpersonales, regulando voluntariamente la distancia o cercanía física con otros.

La actividad deberá desarrollarse al interior de la sala, debido a los distractores que se encuentran en el trabajo realizado en exteriores. Además, se utiliza como instrumento para modelar el concepto de metro cuadrado un aro de gimnasia (ula ula), que permite que las niñas reconozcan el espacio que las rodea, como su espacio personal. Grupalmente se discute sobre el concepto de metro cuadrado y se discute

acerca de los posibles métodos coercitivos que pueden utilizar otros para traspasar su espacio personal. Por turnos cada niña representa la posibilidad de que otras niñas ingresen a su metro cuadrado, utilizando los métodos coercitivos identificados. Las terapeutas orientan las intervenciones a que cada niña evite el ingreso de otros al espacio personal si no lo desea, a través de una expresión concordante de sus emociones y sentimientos de incomodidad (trabajado anteriormente), por medio de la expresión verbal, gestual y conductual, poniendo énfasis en los sentimientos de las niñas respecto a la trasgresión de sus límites corporales.

Sesión n°7

A- Actividades que fueron adecuadas y permanecen sin modificaciones

- i) Juego “cortocircuito”
- ii) Dialogo grupal
- iii) Dramatización
- iv) Juego "pelota de las soluciones"

Sesión n°8

A- Actividades que fueron adecuadas y permanecen sin modificaciones

- i) Juego Representación de animales:
- ii) Cuento personal y presentación al grupo

B- Actividades que debieron modificarse

- i) Función de títeres: Se modificó la metodología de esta actividad, planificándose el uso de la dramatización, en lugar de la función de títeres, ya que se observó la dramatización resultaba ser una metodología que favorecía el adecuado tratamiento de las temáticas y el cumplimiento de los objetivos terapéuticos propuestos para las actividades, siendo además una actividad altamente motivante para las niñas.
Además, se modifica el procedimiento de esta actividad, ya que se consideró en el diseño original que las niñas eligieran uno de los cuentos elaborados para su dramatización, actividad que privilegia la construcción individual y no grupal. Debido a esto, el procedimiento consiste en que las niñas grupalmente construyen una historia que dramatizan. Las niñas representan tres actos: el problema, luego dos soluciones, una buena y una mala, promoviéndose el análisis grupal de las consecuencias de estas soluciones, y finalmente se elabora un plan de acción para la solución escogida. Las terapeutas intervienen buscando la interacción entre las niñas, preguntándoles que piensan, cómo se sienten, qué ideas se les ocurren para solucionar el problema, cuál solución elegirían y cómo la llevarían a cabo.

Sesión n°9

A- Actividades que fueron adecuadas y permanecen sin modificaciones

- i) Dibujo individual
- ii) Dialogo grupal

B- Actividades que debieran suprimirse

- i) Recapitulación: Esta actividad se suprime debido a que los contenidos abordados en la recapitulación no surgían desde las niñas de manera espontánea, provocando desinterés en las niñas y un menor logro de los objetivos planteados.
- ii) Tarea: Se suprime esta actividad debido a que durante las sesiones surgieron temas más relevantes a los cuales destinar atención, y considerando además que la realización de actividades en los hogares, no resultó ser una actividad adecuada, ya que implicaba objetivos necesarios de abordar dentro de un contexto terapéutico.

Sesión n°10

A- Actividades que fueron adecuadas y permanecen sin modificaciones

- i) Plenario

B-Actividades que debieran suprimirse

- i) Dramatización: En la ejecución práctica de la sesión se observa que los contenidos y objetivos propuestos para esta actividad pueden incluirse dentro de la actividad del role playing, por lo cual no es necesario realizar dos actividades separadas como estaba planificado.

C- Actividades que debieron modificarse

- i) Role playing: Se incluyen dentro de esta actividad los contenidos y objetivos propuestos para la dramatización, por lo cual se modifica el procedimiento de esta actividad. Además, en el diseño original se consideraba que las terapeutas señalaban una situación de riesgo ante la cual abordar la actividad. Esto se modificó, debido a que se consideró necesario que las situaciones surgieran de las propias niñas.
De esta forma, el procedimiento de esta actividad consiste en que las terapeutas piden a cada niña que ante una situación percibida de potencial de riesgo de abuso sexual, como es la descrita en el cuento elaborado por ellas mismas en la sesión n°8, escriba en un papel lustre una acción que ella podría realizar y una acción que desearía que su madre realizara ante la situación planteada. Se colocan los papeles escritos por las niña en el centro, y cada niña por turnos saca uno, nombra a la niña que lo escribió, y representa con ella las acciones escritas en el papel.

A través de dramatizaciones las niñas representan la sensación de incomodidad, y actúan la que les gustaría que su figura cercana respondiera ante esa situación. Se estimula a que la niña pueda identificar si la acción de la figura (representada por otra niña) satisface sus necesidades de protección o si requiere que realice otra acción. En este último caso se incentiva a que la niña exprese sus necesidades para que la figura pueda responder a éstas adecuadamente.

Sesión nº11

A- Actividades que fueron adecuadas y permanecen sin modificaciones

- i) Trabajo individual
- ii) Mapa grupal
- iii) Despedida
- iv) Convivencia

B- Actividades que debieron modificarse

- iii) Evaluación grupal: Se modifica la metodología de esta actividad, ya que en el diseño original se consideraba que las niñas evaluaran grupalmente el desarrollo de las sesiones de terapia grupal, representándolo a través de dibujos, collage, dramatización, etc. Sin embargo, estas actividades requieren de mayor tiempo, no alcanzando a realizarse de manera adecuada en el tiempo disponible, considerando las otras actividades planificadas para esta sesión. Así la metodología de la actividad de la evaluación grupal es verbal oral y escrita, consistiendo en que las niñas dialoguen acerca de la evaluación compartida de la terapia grupal y lo escriban en el cuaderno grupal.

Además, dentro del desarrollo de esta actividad se planificó incluir el dialogo acerca de la recapitulación de los diferentes contenidos trabajados durante el proceso de psicoterapia grupal, debido a que se consideró necesario introducirlo en esta última sesión grupal con el objetivo de que las niñas pudieran revisar e integrar los contenidos abordados.

Sesión nº12

A- Actividades que fueron adecuadas y permanecen sin modificaciones

- i) Entrevista con la niña
- ii) Entrevista con la niña y su madre
- iii) Entrevista con la madre
- iv) Despedida

B- Modificaciones al desarrollo de la sesión

Todas las actividades de esta sesión se mantienen sin modificaciones, sin embargo, se considera adecuado modificar el orden de la realización éstas. Debido a que se observó

durante el proceso de la implementación que una de las madres se mostró descalificadora de su hija en la entrevista con la niña y su madre, se considera necesario primero realizar la entrevista con la madre y posterior a esto el dialogo madre-hija. Esto permitiría evaluar en primer lugar la actitud de la madre e intervenir orientando la reacción hacia su hija, evitando situaciones en que la niña se ve afectada negativamente por una reacción inadecuada de la madre.

4. EVALUACIÓN CUALITATIVA DE CAMBIOS INMEDIATOS OBSERVADOS EN LAS PARTICIPANTES A TRAVÉS DEL PROCESO TERAPÉUTICO GRUPAL

Esta evaluación consistió en analizar de manera exploratoria los efectos que presentaron las participantes a partir de las actividades terapéuticas implementadas durante la intervención grupal, evaluando así, el cumplimiento de los objetivos planteados. Este procedimiento entregó información útil para hacer las modificaciones necesarias al diseño de la intervención.

El análisis de la información, consistió en la categorización de los contenidos obtenidos durante la terapia grupal de acuerdo a cada una de las sub-variables del presente estudio, como son: autoconcepto social, autoconcepto corporal, sentimiento del propio poder, confianza relacional. Posteriormente, se analizó y evaluó el cambio de cada una de las subvariables a través del proceso terapéutico, desarrollando conclusiones al respecto.

Para la presentación de estos resultados, se expone a continuación en cada una de las subvariables, en primer lugar, una síntesis descriptiva que permita dar cuenta de los elementos más significativos que conforman los cambios observados en éstas. Con el objetivo de ejemplificar el análisis, se exponen citas literales extraídas de los registros escritos de las niñas, correspondientes a las evaluaciones individual y grupal, así como frases textuales registradas por las terapeutas grupales. Posteriormente, se presentan las conclusiones extraídas del análisis de los cambios de cada una de las subvariables.

Cabe señalar, que la magnitud de los efectos psicológicos asociados a las subvariables mencionadas, engloban el funcionamiento psicológico general del niño, siendo difícil poder analizar de manera aislada los procesos que subyacen a cada una de ésta, durante la terapia grupal. Considerando lo anterior, el análisis y las conclusiones extraídas buscan, en la medida de lo posible, referirse a los elementos que aparecen como más significativos y específicos de cada subvariable, con el objetivo de facilitar al lector la comprensión del análisis a partir de los contenidos extraídos de la lectura de los registros que son presentados previamente.

1- Autoconcepto social:

En cuanto a la integración grupal, si bien las terapeutas observaron una cierta inhibición inicial en el contacto entre pares, las niñas presentaron un notorio interés por interactuar entre ellas, predominando un clima caracterizado por la motivación para participar de la terapia grupal y establecer relaciones sociales afectivas.

"lo que más me gustó fueron las tías y las niñas con las que compartí, ellas se llaman: Susana, Javiera, Camila, Elizabeth, Jilian y Macarena. Y los juegos que realizaron fueron muy buenos. Las reglas y los juguetes me gustó tirar la pelota y mostrar mi forma de ser y mi edad y que conocieran cuántos hermanos tenían cada una del grupo. Lo que menos me gustó....a mí me gustó todo lo que hicimos y no me gustó terminar la sesión" (caso 2)

" lo que más me gustó fue... recibir a una nueva amiga que se llama Nataly (...) jugar con mis amigas que son: Macarena, Camila, Nataly, Jocelyn, yo" (caso 5)

"lo que me gustó de mí mi simpatía (...) conocer a mis compañeras (...) mi amistad con mis compañeras" (caso 6)

"y me gustó la historia que hicimos con algunas amigas (...) a mí me han ayudado harto...a no peliar, tener respeto" (caso 2)

"recibir a la Nataly, nos sentimos tristes porque faltaron dos niñas" (registro grupal)

Un aspecto significativo en el cual se expresó el interés común de las participantes por generar un clima basado en la interacción positiva entre pares, fue en el establecimiento de reglas al interior del grupo, a través de las cuales las niñas exteriorizaron sus expectativas respecto del funcionamiento y dinámica grupal.

"lo que más me gustó...escribir las reglas" (caso 6)

"las reglas del grupo: ser amable, no peliar, poner atención, no burlarse del otro, compartir con los demás, respetar a los demás, tener confianza en el grupo, no andar hablando las cosas del grupo, no hablar cuando el otro está hablando, no llegar atrasada" (registro grupal)

La identificación grupal como pacientes del Cavas, y por tanto como víctimas de abuso sexual, generó un sentimiento de pertenencia e identidad al interior del grupo, compartiendo las niñas sus propias experiencias de abuso, reconociendo así no ser las únicas en esta vivencia, más aún al conocer experiencias similares a las propias. Este sentimiento de generalidad (vivencia común) y la expresión personal de las propias vivencias relacionadas al abuso sexual, fue desarrollando al interior del grupo una cohesión entre sus miembros, construyéndose un discurso grupal desde el "nosotras", disminuyendo en cada una de las participantes los sentimientos de aislamiento, manifestando alivio y desahogo.

"a mí que me gustó que todas mis amigas contaba lo que le pasó y mis amigas supieron que a mí también me abusaron" (caso 4)

“lo que más me gustó fue desahogarme con mis amigas, contar lo que me pasó, porque no sabían y tenían curiosidad, y me sentí bien confiada porque ya lo sabían... lo que menos me gustó fue hablar de lo que menos me pasó con el tío maldito que ni siquiera y no me gustó terminar el cuento y ningún juego” (caso 2)

"el grupo me sirvió a ser amigable, compartir mis cosas, lo que nos pasó" (caso 3)

"lo que me gustó de mí, mi sinceridad, de amiga, contar lo que me pasó (...) lo que más me gustó fue hablar de lo que me pasó " (caso 6)

"lo que más me gustó conocer a otras niñas, ahora somos amigas, me gustó ser amigas, a mí me gustó hablar y escuchar (...) yo conocí a una amiga me sentí bien con mis amigas y lo pasé bien con mi amiga, me gustó hablar con mis nuevas compañeras (...) lo que más me gustó fue hablar con las compañeras (...) lo que más me gustó fue que la Jocelyn dijera que lo que le pasó" (caso 1)

"compartir nuestros sentimientos (...) conversar lo que nos pasó...me siento bien porque le dije al grupo (...) hablar con el grupo de hablar de lo que nos pasó y todas nos sentimos bien (...) desahogarse y hablar de lo que pasó (...) contamos lo que nos pasó, desahogarse con el grupo" (registro grupal)

Las actividades terapéuticas realizadas, potenciaron la identidad y cohesión del grupo. Específicamente, el material audiovisual (video "El árbol de Chicoca") y las historias de abuso sexual expuestas (cuentos) produjeron una resonancia emocional significativa en las niñas, movilizando el reconocimiento y la expresión de sentimientos profundos relacionados con la experiencia de abuso sexual, a través de la proyección y la identificación con los protagonistas de las historias.

“me gustó ver la película samago (agresor sexual en el video) así el árbol de chicoca. Hablar de mis cosas...lo que menos me gustó fue esto cuando samago abusó de los niños (...) lo que menos me gustó cuando el tío Ruperto abusó de Violeta Victoria (cuento)” (caso 6)

“lo que más me gustó fue ver el video de “El Árbol de Chicoca” ... y contar lo que me pasó con ese tonto. Lo que menos me gustó fue que en el video habían abusado de los monitos. Me gustó mostrar lo que me pasó” (caso 5)

“no me gustó cuando abusó de ellos y además me dio asco, y lo que más me gustó que le avisó a la mamá” (caso 3)

“a mí no me gustó que el mono feo que abusaba de los niños y menos si son chicos como nosotras...” (caso 4)

"ver la película de Chicoca, conversar lo que nos pasó (...) que abusaron de Violeta Victoria (cuento)" (registro grupal)

La dinámica grupal no estuvo exenta de momentos de crisis, surgiendo conflictos a partir de la interacción entre las niñas.

"lo que hoy no me gustó que mis amigas no me pusieran atención a mis sentimientos (...) hoy lo que no me gustó que la Camila se enojara conmigo porque quería estar con la Javiera (...) hoy no me gustó que me empujaron al mueble (...) no me gustó que la Camila me rasguñara en la nariz" (caso 4)

"lo que menos me gustó fue que la Jocelyn molestara a Macarena (...) que la Camila se enojara porque yo estaba con la Javiera (...) que las chiquillas se pusieran a conversar cuando la Camila estaba hablando " (caso 1)

"lo que menos me gustó fue cambiarme de puesto porque algunas se quedaban sentadas" (caso 6)

"entonces pa qué venis al grupo si sentis que no te ayuda (en dialogo grupal)" (caso 6)

"lo que no me gustó fue que escondiera los papeles" (caso 3)

"lo que no me gustó es que la Maca y la Camila se pelearan" (caso 2)

"lo que menos me gustó fue que la macarena con la camila se pelearan por el peluche (...) lo que menos me gustó que me copien en el título que pongo (en cuaderno personal) (...) lo que menos me gustó fue que la Jocelyn no quisiera contar su historia" (caso 5)

"que no se pelearan por el cuaderno (...) que la Nataly empujara a la Macarena al estante" (registro grupal)

Estos conflictos fueron superados en la interacción, predominando un clima de acogida y aceptación incondicional entre las niñas, construyéndose vínculos afectivos significativos al interior del grupo.

"me gustó mostrar mis nervios y mi forma de ser (...) me gustó mostrar mi aburrimiento (...) me gustó mostrar mi desorden (...) me gustó mostrar lo que me pasó" (caso 5)

"hoy me siento feliz porque mostré mi trabajo (dibujo sobre abuso) y porque jugamos a las muñecas.....a mí me gustó que le tengo mucho cariño (refiriéndose al grupo) y mi sensibilidad" (caso 4)

" respetar a las demás, jugar a las ampolletas, cantábamos canciones bonitas, mostrar el cariño" (registro grupal)

"aprendí a valorar a mis amigas" (caso 2)

"Me di cuenta de que son personas especiales y de confianza ¡¡¡Me gustó!!!" (caso 5)

El grupo logró conformarse en un espacio terapéutico de escucha y apoyo entre pares, desarrollándose una dinámica caracterizada por la empatía y la colaboración. Esta dinámica condujo a la expresión de contenidos cada vez más íntimos al interior del grupo, los cuales no habían sido revelados en otros contextos, incluso en el proceso terapéutico individual.

"yo cuento más cosas aquí que con la tía toña" (terapeuta individual) (caso 5)

"lo que más me gustó fue cuando conté toda la historia de lo que pasó (fallecimiento del padre) y cuando me dijeron (el grupo) que tenía que tener ánimo y que siguiera adelante, y yo me siento desahogada por lo que digo" (caso 2)

"lo que me gustó de mí fue hablar, decir qué lástima lo que te pasó a ti, porque a una compañera se le murió el papá" (caso 6)

"no le gustó (grupo) que la Jocelyn llegara triste" (registro grupal)

El compartir las experiencias de abuso con otras víctimas de esta vivencia, permite no sólo el reconocimiento de los sentimientos de vergüenza asociados a ésta, sino también la aceptación y superación de estos sentimientos.

"a mí me gustó de mí mi vergüenza (...) lo que me gustó de mí mostrar mi vergüenza" (caso 4)

"a mí me da vergüenza leer mi cuento en el grupo, porque esto es lo que me pasó a mí po` (caso 2)... a mí también me daba vergüenza contarles (caso 3)... pero hay que tener confianza en el grupo (caso 1)... si a todas nos pasó (caso 5)"(dialogo grupal)

"lo que ayudó el grupo, bueno, a mí me han ayudado harto a no ser vergonzosa, a desahogarme, ... y hoy me contaron que a una amiga le pasó lo mismo que yo (...) a todas les pasó cosas parecidas" (caso 2)

La confianza entre los miembros del grupo constituye un elemento central para el desarrollo de la terapia grupal, siendo significado por las niñas como un valor al interior del grupo y, más aún, como una necesidad básica e intransable.

"a no, no,... yo no quiero leer (cuento), no quiero contarlo,... a no, ya po` (caso 2)..."

pero si todas contamos (caso 4)... yo tampoco confío en el grupo... yo no sé si todas van a andar contando después lo que hablamos en el grupo (caso 6)... pero si nadie va a andar contando (caso 3)... pero yo te veo que le contai a tu mamá lo del grupo (caso 6)... si yo no le cuento a mi mamá (caso 3)... no sé yo, tú no tenís porque andar contando (caso 5)... yo también le cuento a mi mamá las cosas que yo hago pero no lo que las otras dicen (caso 1)... entonces hagamos un pacto de confianza (caso 6)... ya sí, porque así nadie va a andar contando (caso 2)... pero entre todas, todas las del grupo, y las tías también, nadie puede romperlo (caso 6)" (dialogo grupal)

Pacto de confianza: "yo prometo no contar afuera las cosas que se hablan en el grupo... nadie puede romperlo, si alguien cuenta, nadie más le va hablar en el grupo (caso 6, el resto del grupo lo repite en voz alta)" (dialogo grupal)

"sentir confianza en el grupo (...) hay que tener confianza en el grupo " (registro grupal)

"aprendí a tener confianza en el grupo" (caso 3)

Los sentimientos de culpa y autoresponsabilización (creencia de coparticipación) por la experiencia de abuso sexual y sus consecuencias aparecen fuertemente en las niñas. En el contexto terapéutico grupal, estos sentimientos disminuyen significativamente al atribuir grupalmente la responsabilidad de esta experiencia a los agresores.

"nos dejábamos" (refiriéndose al abuso sexual) (caso 5, sesión n°2)

"de que algunas niñas se sentían culpables" (registro grupal)

"es que yo tengo la culpa de que mi hermano se haya quedado repitiendo... porque cuando me abusaron mis papás se preocuparon más de mí y no de él (caso 4)... pero tú no tenís que sentirte culpable de eso (caso 2)... tú no tenís la culpa (caso 5)... tú no soy culpable de eso (caso 3)" (dialogo grupal, sesión n° 4)

"yo cuando iba al cenfa me preguntaron que ¿qué me hacía feliz? Y yo contesté que lo metieran a la cárcel y eso sería lo mínimo" (caso 2)

"ellos (agresores) son los culpables" (dialogo grupal)

"tú no tenís que tener culpa (caso 3)...pero es que él es el papá de mi hermanito (caso 6)... él tendría que haber pensado eso antes (caso 5)...pero tú no tenís la culpa de que él te haya abusado... él tiene la culpa (caso 1)" (dialogo grupal, sesión n° 10)

La develación en el grupo de una nueva situación de abuso sexual que estaba viviendo actualmente una de las niñas, mostró la complejidad de esta experiencia y, al mismo tiempo, reflejó la potencia del espacio grupal como contexto terapéutico, permitiendo el manejo *en y por* el grupo.

"lo que menos me gustó fue contar lo que me hizo el Gustavo, que me metió el pene en la boca" (caso 6)

"lo que más menos me gustó fue que la Camila no le gustó que contara que el Gustavo le hizo" (caso 4)

"lo que menos me gustó fue lo que le pasó a la Camila" (caso 5)

"lo que más me gustó: me gustó que la Camila contara, me gustó que la Camila confíe en nosotras, me gustó que confiáramos en las tías siempre" (caso 1)

"que la camila confíe en nosotros, hay que tener confianza en el grupo, que la camila pudo confiar en nosotros, aquí siempre si necesitas algo vamos a estar, ponerse en el lugar de la camila, ayudar a la camila, apoyarla mucho" (registro grupal)

"lo que más me gustó del grupo fue decir lo que me pasó...tener confianza...lo que me pasó hoy en el grupo, aprendí a conocer" (caso 6)

Conclusiones

Toda la información analizada en relación a los cambios observados en el autoconcepto social, nos permite extraer conclusiones respecto a la importancia del proceso terapéutico grupal en esta área.

En primer lugar, es posible señalar que las interacciones positivas que se generan al interior del grupo, influyen de manera significativa en la experiencia que las participantes tiene de sí mismas en la relación con los otros, desarrollándose sentimientos de pertenencia e inclusión en el grupo de pares, que constituyen factores de cambio en lo que se refiere a las percepciones vinculadas a la capacidad para establecer relaciones interpersonales con pares, los sentimientos de competencia social, solidaridad y aceptación por otros.

Por otro lado, la experiencia de compartir la vivencia común de abuso sexual a través del intercambio activo entre pares, que presentan distintas características de personalidad y estilos de interacción, permite la elaboración y reparación de la experiencia abusiva, al potenciar la retroalimentación y la incorporación de distintos puntos de vistas respecto a esta vivencia, los cuales si bien comparten la visión particular del mundo infantil, integran diversos significados atribuidos por cada participante a la experiencia de abuso, construyéndose finalmente desde lo grupal una nueva forma de significar esta experiencia.

En este proceso de reparación y elaboración grupal, la identificación común como víctimas de abuso sexual, constituye un elemento de cambio al producir una vivencia de generalidad, en la cual cada participante se siente representada y, a la vez integrada dentro de un contexto social de pares, permitiendo superar uno de los efectos más complejos de la experiencia de abuso sexual como son los sentimientos de aislamiento social, los cuales se encuentran arraigados en la creencia distorsionada de ser las únicas en esta vivencia.

La conformación de una identidad grupal, así como el intercambio de experiencias traumáticas similares, constituyen procesos de gran complejidad terapéutica que requieren de la construcción de una base sólida, que entregue seguridad a todos y cada uno de sus miembros. Las diversas necesidades de las participantes que integran el grupo, que se originan en la singularidad de sus historias vitales, configuran un amplio espectro de demandas que deben ser satisfechas para lograr este objetivo.

Así, en la terapia grupal, progresivamente van emergiendo diferentes elementos fundamentales para el desarrollo y la vida del grupo, dentro de los cuales aparece como pilar básico el sentimiento de confianza entre sus miembros. Si bien, esto constituye una necesidad compartida por todas las participantes, surge como más relevante para algunos de sus miembros, tal como se observa en el caso número 6, el cual manifiesta un marcado interés por comprometer y "pactar" la condicionalidad de la pertenencia al grupo en la existencia de la confianza y la confidencialidad entre las participantes. Esta singular necesidad, logra comprenderse cabalmente en la etapa final del grupo, en donde el caso analizado devela una nueva situación de abuso sexual, experimentada previo al inicio de la terapia grupal, pero que no había sido revelada en otro contexto.

Del mismo modo, se observa la existencia de necesidades diferenciadas entre otras participantes, como es la situación del caso 5, que destaca la importancia de la aceptación incondicional, el reconocimiento de las características personales - "*me gustó mostrar mi forma de ser*" - y, la individuación de las participantes al interior del grupo. En el caso 2, se aprecia la necesidad de elaborar los sentimientos de vergüenza asociados a la experiencia abusiva, lo cual es identificado y potenciado por el resto del grupo, asumiendo un rol esencial en este proceso las niñas nominadas como caso 1 y 5.

Un aspecto central que emerge al interior del grupo, es la presencia de sentimientos de culpa referidos a la vivencia abusiva (caso 6) y también a sus consecuencias (caso 4), lo cual se aborda en el proceso grupal desde la elaboración de este tema que ya habían iniciado otras participantes, especialmente los casos 1, 2, 3 y 5, quienes apoyan desde su propia experiencia a las niñas que aún se encontraban entrampadas en esta dinámica, potenciando que éstas superen esta secuela psicológica del abuso sexual.

A partir de todo lo anterior, se aprecia que los cambios presentados en la subvariable autoconcepto social, se enmarcan dentro de un proceso complejo en el que se entrelazan diversos factores individuales y grupales, los cuales al ser abordados cuidadosamente en la terapia permiten fundar los basamentos sobre los cuales ressignifica la experiencia abusiva.

2- Autoconcepto corporal

Las niñas presentaron grandes dificultades para referirse a aspectos relacionados con la corporalidad, sin embargo al involucrarse en las actividades terapéuticas, logran reconocer su propio cuerpo, sus características y expresiones a través de la autoobservación y el intercambio con pares, vivenciando la corporalidad de manera positiva.

"lo que menos me gustó fue hablar del cuerpo" (caso 6)

"lo que más me gustó...las cosas del cuerpo... me gustó mucho la sesión de hoy día" (caso 2)

"lo que más me gustó... jugar a las caras enojada, pesada, cariñosa" (caso 3)

"jugar a las sesiones a ser las caras de tristezas, las caras de tristezas que hizo la Javiera" (registro grupal)

*"lo que más no me gustó terminar de pintar **mi** cuerpo (diseño corporal)" (caso 2)*

"pintar con témpera, dibujar el cuerpo de nosotros (...) la alegría del cuerpo" (registro grupal)

"lo que más me gustó que me hagan el cuerpo las tías y pintar el hermoso cuerpo" (caso 3)

"me siento bien, feliz... aprendí que mi cuerpo es bonito" (caso 3)

La entrega de información acerca del desarrollo psicosexual constituye un elemento significativo dentro del contexto terapéutico grupal, debido a que las niñas presentaron gran curiosidad respecto a esta área, lo que permitió abordar la sexualidad de una forma evolutivamente adecuada.

"lo que más me gustó... decir las partes del cuerpo" (caso 5)

"lo que me gustó...después vimos las partes del cuerpo y me contaron qué cosas que yo no sabía" (caso 2)

"el cuento de violeta y cuando estaba casada y cuando se dieron un beso" (registro grupal)

Las niñas logran reconocer y expresar sus propias sensaciones corporales, distinguiendo entre aquellas que vivencian de manera gratificante y las que vivencian de manera no gratificante, predominando referencias a sensaciones generadas en el contacto con otros, incorporando incluso los registros sensoriales asociados a la experiencia abusiva.

“sensaciones agradables: que me acaricie mi mamá, que me hagan cariño mis papás, que se me acalambre el pie, sentir amor en mi cuerpo de mis padres y reírme mucho con mis padres, que me hagan cosquillas” (registro grupal)

“sensaciones agradables: hacía cosquillas” (caso 4)

“sensaciones agradables: cuando me hacen cosquillas me pongo a reír” (caso 6)

“sensaciones agradables: le gustan las cosquillas y los cariños” (caso 1)

“sensaciones agradables: cuando me hacen cosquillas” (caso 5)

“sensaciones desagradables: que me duele el cuerpo por una espina, se me reventó el grano por una infección a la piel... que la macarena se subió a mi espalda” (caso 6)

“sensaciones desagradables: no me gusta caerme y rasparme cualquier parte de mi cuerpo” (caso 5)

“sensaciones desagradables: no me gustó que la Camila se subiera al montoncito” (caso 4)

“sensaciones desagradables: no le gusta que nos toquen” (caso 1)

“lo que más me gustó... las cosas agradables y desagradables ” (caso 2)

“lo que más me gustó fue cuando empezamos a escribir lo desagradable y lo agradable (...) lo que aprendí en el grupo...las sensaciones agradables y desagradables” (caso 5)

En el contexto grupal las niñas pueden vivenciar experiencias de contacto corporal adecuado, redescubriendo el carácter lúdico de las interacciones físicas con pares.

“lo que más me gustó fue que peiné a la Javiera” (caso 4)

“lo que más me gustó...que la Macarena me peinara” (caso 5)

“me gustó jugar al montoncito” (caso 1)

“lo que más me gustó tirarme arriba del otro” (caso 6)

"cuando nos tiramos al montoncito, fue divertido" (registro grupal)

"lo que más me gustó... cuando nos tiramos al montoncito y cuando nos hicimos cosquillas" (caso 5)

"hoy lo que sí me gustó que jugamos a las cosquillas" (caso 4)

El reconocimiento de los propios límites corporales, y la discriminación entre los contactos adecuados e inadecuados, generan sentimientos de pertenencia y propiedad del cuerpo, rechazando la existencia de transgresiones corporales.

"no tocar, ¡prohibido!...parte mía" (caso 5)

"no tocar" (caso 1)

"aprendí de mi cuerpo, que nadie lo tiene que tocar" (caso 3)

"no tocar (...) aprendí cuando algo es bueno y cuando es malo" (caso 6)

"¡Alto, no tocar, no es su propiedad!...no debes tocar, está prohibido...no toques, metidos, abusador" (caso 2)

Conclusiones

En general en la subvariable correspondiente al autoconcepto corporal, los cambios observados durante el proceso terapéutico grupal resultan difíciles de plasmar sólo a través de las verbalizaciones referidas por las niñas, ya que se integran de manera predominante en esta área diversas vías de expresión y, por tanto de observación. Por esto, las conclusiones extraídas de los cambios en esta subvariable, incorporan elementos que provienen de la evaluación de las terapeutas grupales y que se relacionan tanto con los registros expuestos como con las conductas de tipo no verbal observadas durante la terapia.

La construcción del autoconcepto corporal como producto de un proceso evolutivo, constituye un aspecto de las niñas que han sido víctimas de abuso sexual que puede abordarse de manera beneficiosa en el contexto de una terapia grupal. Esto, se fundamenta en la posibilidad que otorga este tipo de terapia para potenciar, por una parte, los procesos de autoconciencia, autorreconocimiento y autodefinición vinculados a la percepción del propio cuerpo y, por otro lado, los procesos de resignificación de la corporalidad a partir de una vivencia positiva de intercambio físico con pares.

En lo que se refiere a los procesos de percepción vinculados con el propio cuerpo, es posible apreciar que la intencionalidad y directividad de la terapia grupal respecto a la

focalización y autoobservación en la esfera corporal, constituye un factor de cambio al generar en las participantes un reconocimiento del propio cuerpo, de sus características, atributos y formas de expresión, permitiendo integrar a la experiencia subjetiva personal tanto las sensaciones, percepciones e impulsos, como los recuerdos, pensamientos y sentimientos respecto al cuerpo.

Este proceso es particularmente complicado cuando han existido experiencias de transgresión de los límites corporales, ya que el contacto emocional con la vivencia del propio cuerpo conlleva de manera irremediable a recuerdos de los actos abusivos, lo cual, a su vez, es inevitablemente doloroso en un comienzo, siendo comprensible y explicable desde aquí las dificultades iniciales que presentaron las participantes para abordar esta temática. En este punto, es importante mencionar, que las niñas en un primer momento no sólo se presentaron inhibidas verbalmente sino que, además, la mayoría de ellas mostraba una postura corporal rígida, poco dispuesta al contacto y al intercambio, o, por el contrario, algunas presentaban escasa capacidad para regular la distancia física en la interacción con los otros, apreciándose así en todos los casos la existencias de alteraciones en esta área.

Pese a lo anterior, la experiencia de hablar acerca del abuso y la exposición repetida de los recuerdos en el medio seguro y apoyador que conforma el espacio terapéutico grupal, permitió que las niñas identificaran y expresaran los registros corporales asociados a la experiencia de abuso, aumentando la sensación de control respecto a éstas y, al mismo tiempo, ampliando los registros corporales al incorporar las sensaciones corporales asociadas a vivencias gratificantes. De este modo, las niñas lograron desarrollar una observación más global de la corporalidad, superando los conflictos para asumir el cuerpo como un todo, lo que potenció la construcción de un esquema corporal más completo e integrado.

Otro elemento fundamental en esta subvariable, que se encuentra interrelacionado con lo anterior, se refiere a la atribución de un nuevo significado a la corporalidad a partir de la interacción corporal con pares. El contacto físico con otro, traumatizado a través de la experiencia abusiva, logra procesarse emocional y cognitivamente desde la vivencia de una interacción positiva con pares, en donde las niñas redescubren el carácter lúdico del contacto corporal adecuado para su edad, recuperando la capacidad de experimentar y aceptar sentimientos de gratificación asociados a la propia corporalidad y a la interacción física con otro. La experiencia de contacto corporal adecuado al interior del grupo, produce un cambio en la relación que las niñas tienen con su propio cuerpo, integrando a la imagen de sí mismas representaciones y sentimientos positivos relacionados con la percepción que tienen de éste, otorgándole un nuevo significado: "*la alegría del cuerpo*" (registro grupal).

La resignificación de la corporalidad, potenciada desde la construcción simbólica grupal de un nuevo cuerpo y la discriminación de los contactos corporales adecuados y no adecuados según la etapa evolutiva, se configura como un pilar fundamental que entrega una sensación de autoeficacia y control en las niñas, reestableciendo el sentido de pertenencia y propiedad del propio cuerpo, emergiendo con fuerza la necesidad de protegerlo y defenderlo de nuevas experiencias de transgresión y utilización sexual por parte de un adulto.

3- Sentimiento del propio poder

La experiencia de abuso sexual deja una huella profunda en las niñas que han sido víctimas, presentando las participantes una alta percepción de vulnerabilidad ante la revictimización, siendo significada una nueva experiencia abusiva como una realidad cercana y concreta, la cual se expresa en la presencia actual de miedos e inseguridades.

"me da miedo que el papá de una amiga me abuse" (caso 4)

"a mí también me abusaron cuando era chica, tenía 3 años, y a una prima también la abusaron" (caso 3)

"a mí me da rabia con el tonto del Patricio que me abusó... me da miedo que me abusen de nuevo" (caso 5)

"el hermano de una amiga, el Manuel también me abusó, y yo creo que me lo puede hacer de nuevo" (caso 6)

"ya no se puede confiar en nadie porque hasta los curas andan abusando, vieron lo del padre tato, él era cura y se supone que es bueno" (caso 3)

El abuso sexual constituye una experiencia social significativa para la víctima, pudiendo construir ésta su identidad en torno a esta experiencia, y manifestar así fuertes sentimientos de vulnerabilidad en relación al futuro.

"yo quiero ser la niña abusada" (en la actividad de dramatización) (caso 6)

"a mis hijos también los podrían abusar, no me gustaría que ellos tuvieran la misma vida que yo" (caso 5)

La identificación y reacción ante situaciones de riesgo -de un nuevo abuso sexual- fue uno de los tópicos que más dificultades presentó en el proceso terapéutico, debido a que las niñas no lograban anticiparse y prevenir la ocurrencia (potencial) de una situación abusiva, sino que reaccionaban al encontrarse ya involucradas en ésta. Los cuentos elaborados por las niñas acerca de situaciones de riesgo ejemplifica los aspectos señalados.

"había una vez una fiesta que era para adultos mayores y un señor extraño que escuchó que se iba a acostar la niña a la cama y ahí sucedió el crimen" (caso 3)

"ayuden ayuden a mi hija porque la están violando, pero señora por qué no la ayuda usted, porque no puedo porque me dijo que me iban a matar con hija y todo, que es mi familia, mi familia que es mi mamá y mi hermano y mi papá y mi abuelita y mi tata" (caso 4)

"había una vez una niña que estaba en un auto, y, apareció un caballero y que me quedó mirando extrañadamente y que yo estaba muy asustadamente estaba la niña, y que el caballero se metió al auto" (caso 1)

"La pelea de mis padres y el abuso mío(título): cuando mi papá se empezó a andar con otra mujer todos mis hermanastros sabían menos mi mamá y yo con mis hermanas, entonces cuando mi mamá se enteró armó una pelea y mi papá estaba borracho, entonces mi mamá decidió irse donde mi abuelita que vive un pasaje más allá de mi casa y yo no quise que se fuera sola entonces me fui con ella y cuando llegamos los acostamos porque era muy tarde y luego mi tío chico que vive ahí con mi tío pato y el tío chico me metió el pene en la boca y después en Enero yo fui a Llanquihue y se violó a mi prima hermana y ella le dijo altiro a mi tía y yo no y después le conté a ella le contó a mi mamá y yo me puse a llorar y lo demandamos mi mamá y la directora del colegio me mandó al cenfa y de ahí al cavas. Fin. El se drogaba, se droga." (caso 2)

"Fiesta en mi casa (título): Hoy hago una Fiesta en mi casa y invité 15 compañeros, 14 compañeras y el papá de Rodrigo se quedó a la fiesta. Me dijo: que subiera a mi cuarto y dijo que el subía en seguida y que lo esperara. Yo lo esperé, después llegó y me dijo que íbamos a jugar un juego, pero que yo no lo contara a nadie. Me empezó a tocar mis partes personales y me sentía insegura" (caso 5)

"Estaba una niña que se llama Luisa que estaba jugando con sus muñecas y vino un caballero que la invitó a un lugar fantástico pero era mentira era para abusar de ella" (caso 6)

Progresivamente las niñas pueden discriminar situaciones de riesgo e identificar posibles métodos coercitivos utilizados por los agresores.

"lo que más me gustó fue que la Camila contó que el tal Gustavo le dijo que le chupara el pene y eso estuvo mal" (caso 4)

"aprendí a no hablar con desconocidos mucho rato... no entrar a casas desconocidas" (caso 4)

"aprendí que si dice (agresor) que la va a matar (mamá) no hay que creerle, es mentira" (caso 3)

A medida que las niñas logran identificar situaciones de riesgo, pueden reconocer gradualmente diferentes formas de actuar ante éstas de manera protectora, previniendo la ocurrencia de situaciones abusivas a través de la búsqueda de alternativas de autoprotección.

"yo haría avisaría a mi abuelita que los van a matar, y a la niña la estaban abusando de ella, pero la niña tiene que gritar para que la mamá sepa" (caso 4)

"si me empieza a tocar (agresor) corro o grito, si me mira raro arranco y le digo a mi mamá" (caso 3)

"defenderme pegándole un combo y una patada" (caso1)

"gritaría o le pegaría" (caso 3)

"decirle que no puedo que tengo una prueba mañana y decirle que tengo que estudiar" (caso 6)

"yo haría escaparme cuando él me miraba, yo le pegaría un combo" (caso 1)

"decirle que no puedo porque mi mamá me está esperando" (caso 4)

"yo le diría que no porque no confío en él" (caso 5)

"que le avisaría a la mamá y al papá, y pegale un combo y también en unas patadas y muchas patadas" (caso3)

"qué puede hacer. Opción 1) decirle que no, 2) decirle no porque no me gusta su cara, 3) ir a preguntarle a mamá, 4) ir a decirle a mi mamá para que la mamá denuncie" (caso 6)

"alternativas: a) avisarle a mi mamá o alguien de confianza, b) no dejar que me toqueteen, c) o no confiar en adultos desconocidos" (caso 5)

En el contexto terapéutico grupal las niñas reconocen sus límites corporales, experimentando un sentido de eficacia y poder personal, al regular la distancia física en la interacción con otros.

"lo que más me gustó jugar a los espacio personales" (caso 3)

"lo que más me gustó jugar con mi compañera, jugar a los espacios personales" (caso 1)

"lo que más me gustó fue jugar a lo espacio personale y que nadien los tocaba" (caso 6)

"lo que más me gustó que jugamos a actuar y hablamos del espacio personal (...) también aprendí a estar en mi espacio personal " (caso 2)

"lo que aprendí en el grupo. Yo aprendí lo siguiente: a defenderme, a usar mi espacio personal, a decirle no a las personas desconocidas" (caso 5)

"que nadie se puede meter al espacio personales, si alguien quiere meterse al espacio personal tiene que pedir permiso" (registro grupal)

En la terapia grupal las niñas experimentan sentimientos relacionados con la autopercepción de capacidad para controlar eventos externos y enfrentarse al ambiente.

"lo que más me gustó fue escribir en un papelito lo que me gustaría hacer en una situación peligrosa" (caso 5)

"lo que me gustó mucho jugar a la actuación para darse cuenta para como cuidarse de esas situaciones" (caso 2)

"aprendí a defenderme" (caso 5)

"en el grupo aprendí a defenderme" (caso 1)

" aprendí a actuar a estar en situaciones de peligro " (caso 2)

"aprendí a defenderme y cuidarme" (caso 6)

"la pelota de las soluciones, aprender a defenderse para que no pase de nuevo" (registro grupal)

"LA ACTUACIÓN LOS DEJÓ UNA ENSEÑANZA: APRENDER A DEFENDERSE" (registro grupal)

En la terapia grupal las niñas pueden experimentar un sentido de poder adecuado a su edad, identificando y expresando necesidades e intereses personales, logrando un sentimiento de eficacia al asumir una posición activa en la interacción con el medio.

"a mí me gustó cuando empezamos a jugar y a pintar porque me gustó (...) lo que más me gustó que jugamos a actuar....me gustó mostrar mi creatividad" (caso 2)

"hoy lo que me gustó de hoy día que dibujamos en un papel graf...pintar un dibujo y también pintar mucho, pintar con mucha témpera (...) hoy jugamos a las ampolletas y después jugamos a las presentaciones y al último jugamos a la pelota de las soluciones " (caso 4)

"lo que más me gustó jugar a los animales y jugar con la Xaviera y todo lo demás (...) jugar a los papeles" (caso3)

"me gustó mi forma de actuar con títeres (...) mi simpatía (...) mi forma de actuar (...) mi concentración para actuar (...) lo que más me gustó fue escribir el cuento... me sent  una escritora total (...) me gustó cantar la canción "chi pa puta la guea" jugar con la Nataly y la Camila" (caso 5)

"lo que más me gustó pintar y dibujar... lo que menos me gustó fue dejar de pintar... me gustó hablar, me gustó conversar, lo que menos me gustó escribir en el cuaderno (...) lo que más me gustó jug ramos, nos tiraran el scotch (...) me gustó jugar a las adivinanzas, escribir en el cuaderno el cuento" (caso 1)

"lo que más me gustó fue jugar a la pelota de tenis (...) fue lo que más me gustó la pelota con las soluciones, escribir el cuaderno del grupo (...) todo esto mis dibujos (...) actuar con las caras (...) el juego de las ampolletas, las representaciones (...) mi forma de actuar (...) jugar con los papeles (...) me gustó hablar y decir cosas (...) que contaran el cuento" (caso 6)

"adornar nuestros cuadernos, escribir las reglas, jugamos con la pelota de tenis, escribimos, decoramos los cuadernos (...) pintar con témpera, salir al patio, conversar, escribir en el cuaderno (...) le gustó (al grupo) jugar a los animales" (registro grupal)

Conclusiones

Todos los elementos analizados en la subvariable sentimiento del propio poder, configuran una constelación de características particulares relacionadas con la capacidad de las niñas para enfrentarse de manera adecuada al medio externo, encontrándose gran parte de la experiencia de *ser y estar en el mundo* atravesada por la experiencia de abuso sexual y sus consecuencias, incluyendo en algunos casos también la visión del futuro.

En la terapia grupal, se presentan por una parte aspectos comunes en las participantes, que se relacionan con la vivencia compartida de transgresión e invasión del espacio corporal, en donde las sensaciones de incontrolabilidad de los eventos externos y la percepción de falta de capacidad para influir en el ambiente, conforman - a través de las repetidas agresiones- un patrón de comportamiento que se caracteriza por la falta de confianza en sí mismas que presentan las niñas, así como los sentimientos de inseguridad, la inhibición, la poca capacidad para oponer resistencia frente a situaciones de riesgo (potencial) y la presencia de una percepción predominantemente amenazadora del mundo y el destino. Esto, se encuentra influenciado por la atribución de características de omnipotencia y omnipresencia a las figuras

que producen daño, lo cual se incorpora simbólicamente al mundo psíquico de las niñas a través de representaciones negativas de las figuras adultas masculinas.

Al integrar estos elementos, se aprecia en las niñas una especie de desamparo aprendido, en tanto éstas muestran un comportamiento marcadamente pasivo, que les impedía en un comienzo actuar de manera preventiva para evitar la ocurrencia de una nueva experiencia de abuso sexual.

No obstante, dentro del proceso terapéutico grupal las interacciones positivas y el reconocimiento del propio cuerpo, permiten un intercambio interpersonal entre las participantes en el que logran reconocer sus propios límites corporales en la interacción con otros y regulan la distancia física que ellas desean establecer con éstos. En esta experiencia, las niñas vivencian su mismidad individual en su interacción con su grupo de pares y en su oposición a ellos, reconociendo la propia capacidad para ejercer acciones en el medio externo, a través de la participación activa y decidida en las relaciones interpersonales, integrando a la imagen de sí mismas representaciones y sentimientos positivos relacionados con la percepción que ellas tienen de su poder para influir en el ambiente, recuperando la sensación de control y autoeficacia, así como la confianza y seguridad personal.

A partir de esto, en la terapia grupal se amplía esta vivencia circunscrita al grupo de pares, reproduciendo de manera simbólica los contextos de interacción con las figuras significadas como potencialmente dañinas, permitiendo que las niñas vivencien en un contexto protegido situaciones de riesgo de un nuevo abuso sexual, elaborando desde lo emocional y lo cognitivo la experiencia de sí mismas en la interacción con estas figuras, potenciando la percepción de capacidad para asumir un rol activo en la relación interpersonal, generando un sentido de control a través de la búsqueda de alternativas de acción para enfrentar de manera adecuada la situación amenazante.

Estos procesos, desarrollan en las niñas la capacidad para identificar los métodos coercitivos que utilizan los agresores para bloquear o "paralizar" el despliegue de conductas autoprotectoras, lo cual sin embargo resulta más complejo de lograr para algunas niñas, especialmente en el caso 6, en donde se observa un entrapamiento en la dinámica abusiva general, junto con una profunda identificación con el rol de víctima. Sin duda, la experiencia de abuso sexual develada durante la terapia grupal, reedita fuertemente los efectos psicológicos asociados no sólo a esta vivencia, sino que también a otras experiencias abusivas vivenciadas previamente. En este caso en particular, es posible apreciar la potencia del grupo como un factor de cambio y de reparación, ya que a través de esta situación concreta de riesgo y vulnerabilidad, las participantes se enfrentan de manera real a los miedos individuales y grupales de revictimización, elaborando y reparando la experiencia abusiva personal a través del apoyo y contención grupal a uno de sus miembros.

Desde la compleja experiencia grupal e individual vivenciada en el trabajo terapéutico, las niñas logran desarrollar un sentimiento fuerte del propio poder, pudiendo experimentar la satisfacción y gratificación de ejercer un poder adecuado a su edad, vivenciando las consecuencias positivas que tienen sus acciones en el medio externo, percibiéndose a sí mismas como protagonistas activos de sus vidas, de sus necesidades, deseos e intereses, capaces de realizar producciones personales y de experimentar la expansividad y el optimismo.

4- Confianza relacional

Las experiencias compartidas por las niñas respecto a la situación de abuso sexual y su develación, reflejan las dificultades existentes en éstas para confiar en sus figuras significativas, lo cual se encuentra relacionado con la incertidumbre y/o expectativas negativas respecto a la reacción de éstas.

“yo no conté a mi mamá en cinco años... ella supo porque mi papá encontró un diario donde yo escribí lo que pasó del abuso” (caso 5)

“yo no le contaba a mi mamá porque me daba miedo que me retara, yo pensaba que se iba a enojar conmigo” (caso 4)

“yo pensaba que si contaba mi mamá me podía pegar” (caso 1)

“yo no conté en mucho tiempo, pasó mucho tiempo y yo no le dije a mi mamá, no le conté a nadie, me quedé callada. Mi prima, que el tío Chico también la abusó, fue y le

dijo altiro a mi tía y yo no. Después yo le conté a ella lo que el Chico me hizo y ella le contó a mi mamá. Cuando mi mamá supo, yo me puse a llorar” (caso 2)

“yo no quiero que mi mamá sepa, nadie puede contarlo, acuérdense que hicimos un pacto... le voy a contar cuando mi hermano tenga como un año más porque va a estar grande y mi mamá va a poder trabajar para mantenernos... ¿y si mi mamá se enoja o no me cree y si prefiere al Gustavo? (caso 6)” (dialogo grupal, sesión nº 10)

La reacción inadecuada de las figuras significativas ante la develación del abuso sexual, - poco contenedora y protectora hacia las niñas -, refuerzan la falta de confianza en éstas, influyendo negativamente en la construcción de vínculos de confianza con otros.

“cuando mi mamá supo lo del abuso se puso a llorar y me empezó a gritar porque no me contaste antes, y me empezó a preguntar qué te hizo, porqué te pasó esto, y yo estaba asustada y también me puse a llorar” (caso 5)

“ mi mamá también se puso a llorar, y le empezó a decir a mi papá que era culpa de él, y se gritaban. Después siempre mi mamá me miraba y se ponía a llorar” (caso 4)

“mi lela no me creyó y me dijo que yo era una mentirosa, me decía que yo era la que lo andaba buscando, que el era bueno y que yo andaba inventando cosas. Y después el viejo se murió y mi lela me decía que yo tenía la culpa de que se hubiera muerto” (caso 6)

“mi abuela también le creyó al chico, si él sigue viviendo con ella hasta ahora, y eso que mi prima también contó, lo apoya a él y no a mí” (caso 2)

A través del trabajo terapéutico, las niñas logran discriminar claramente entre las personas que constituyen figuras de confianza y/o protección, y aquellas que generan desconfianza y/o amenaza.

"no confío en vecino, prima y primo, si confío en mamá, papá, hermano, compañeras, amigas, psicólogas (...) no me tengo que confiar en nadie desconocido" (caso 4)

"los que confío: mamá, Nicol, tías, hermanas, cara-doble (carabineros)...abuela, colegio, psicólogo, Génesis, amigas, prima, madrina. Los que no confío: chico (agresor), personas desconocidas, tíos cercanos, curados de la calle, en los drogadictos" (caso 2)

"Yo elegí la c (o no confiar en adultos desconocidos) porque no debo confiar en adultos (...) confío en mamá, papá, psicólogas, hermana, abuela. No confío: amigas, vecinos, tíos (as), primos (as), jocelyn" (caso 5)

"sí confío en mamá, mi hermana, psicóloga, carabinero. No confío en Nicole, Denis, nana, prima, en mi tía, tata" (caso 1)

"confío: sí confío mamá, papá, psicólogo, carabinero, Noelia. No confío: Manuel, Lela, Nataly, tío Miguel, Gustavo. No creo en ellos: Roro, Mari, tía, Gustavo" (caso 6)

Esta discriminación de figuras, se asocia a un sentimiento de mayor control y protección al enfrentarse al medio externo, produciendo satisfacción en las niñas.

"lo que más me gustó... que dibujamos la mano protectora" (caso 4)

"lo que me gustó tanto hacer la mano protectora... hablar sobre quien confío y quien no... " (caso 2)

"lo que más me gustó... dibujar mi mano en el cuaderno en quien confío y quien no confío" (caso 5)

"lo que más me gustó fue contar en que no confiaba " (caso 6)

"A TODAS LES GUSTÓ LA MANO PROTECTORA" (registro grupal)

La percepción de capacidad de protección por parte de figuras significativas que no fueron protectoras ante la situación de abuso sexual - principalmente la madre-, permitiría la reparación de vínculos de confianza, generando en las niñas sentimientos de predictibilidad y estabilidad en un contexto protegido de desarrollo.

*" lo que más me gustó...hablar de lo que hicieron las mamás cuando nos pasó el abuso"
(caso 5)*

"me gustaría que le dijera (mamá) al señor Gómez, que no porque tenemos algo que hacer" (caso 5)

"decirle a la mamá para que le diga a los carabineros" (caso 1)

*"si le cuento a mi mamá (situación de riesgo) me gustaría que lo denunciara"
(caso 3)*

"que mi mamá le diga que no puedo" (caso 6)

"diciendo que no porque te puede hacer daño" (caso 4)

"que mi mamá me cuide, pegándole y diciéndole garabatos, que me diga cómo cuidarme, que me hable y me consuele" (caso 4)

"que mi mamá me abrace y me diga que me quiere, que me diga que ya pasó y que no va a pasar más" (caso 6)

Mediante la reparación de vínculos de confianza, las niñas desarrollan y/o fortalecen la capacidad de acudir a sus figuras protectoras ante situaciones de riesgo o sensaciones de incomodidad, expresando sus necesidades de cuidado y protección, especialmente hacia la figura materna.

"pero tu mamá tiene que saber, tenís que contarle (caso 1) ...¿acaso preferís que te siga abusando? (caso 5) ...ya po, tenís que contarle a tú mamá (caso 3)" (diálogo grupal, sesión n° 10)

"camila si tú no le contai a tu mamá lo del Gustavo nosotros le vamos a contar (caso 2)... sí, nosotras le vamos a contar (caso 3)" (diálogo grupal, sesión n° 11)

"...y lo que más me gustó que le avisó a la mamá....que le avisaría al papá y la mamá.....lo que me interesa es que la camila le cuente a la mamá" (caso 3)

"aprendí... que hay que contar" (caso 5)

"aprendí... que hay que avisarle altiro al papá o la mamá" (caso 3)

"aprendí que tenía que contarle altiro a mi mamá" (caso 1)

"en el grupo me enseñaron a decirle al tiro a mi mamá... decirle a mi mamá si me siento incómoda o me hacen algo" (caso 6)

"Yo elegí la letra a (avisarle a mi mamá o alguien de confianza) porque yo le diría a mi mamá porque le tengo confianza" (caso 5)

En la terapia grupal las niñas recuperan los sentimientos de confianza básica en la interacción con otros, que se habían debilitado a causa de la experiencia de abuso sexual, lo que genera una sensación de seguridad y protección.

"aprendí a confiar en las tías, en otras tías y en las otras niñas" (caso 4)

"aprendí que hay que tener confianza con los papás" (caso 3)

"me siento bien porque ya no me puede pasar porque está muerto" (caso 6)

"me siento bien, porque le conté a toda mi familia y porque me siento segura" (caso 4)

Conclusiones

El conjunto de experiencias y procesos desarrollados en la terapia grupal en relación a la subvariable confianza relacional, nos permite extraer conclusiones acerca de la visión del mundo que poseen las niñas luego de la vivencia de abuso sexual, especialmente en cuanto a la manera en que la experiencia abusiva influye en el vínculo con las figuras más significativas.

La existencia de un trauma de carácter interpersonal, como sucede en el caso de los abusos sexuales sufridos por las participantes, provoca secuelas psicológicas más severas al ser éste provocado por una persona conocida - en estos casos tíos o vecinos - que realiza una conducta abusiva de manera voluntaria y que utiliza una relación de confianza para involucrar a las niñas en actividades sexuales. La imposición de la ley del secreto por parte del agresor, a través de distintas estrategias de manipulación psicológica, genera que la mayoría de las niñas acepten la situación abusiva, no pudiendo develarla inmediatamente a las figuras significativas, viéndose interferida la capacidad de confiar en éstas. Incluso, cuando se logra develar tempranamente la situación abusiva, se aprecia como elemento común en todas las participantes que la experiencia de abuso produce una desestabilización en el proceso de desarrollo de éstas, asociada a una percepción amenazante del mundo y a una pérdida de la confianza básica.

Sumado a esto, la reacción inadecuada de algunas figuras ante la develación del abuso y, más grave aún, la percepción de incapacidad de las figuras significativas para ser protectoras, que se observa predominantemente en el caso 6, provoca interacciones estresantes con estas

figuras, en las cuales prima la inestabilidad e impredecibilidad de los comportamientos, manteniéndose un estado de alerta y desconfianza frente a las figuras significativas, que le impide a las niñas pensar claramente acerca de sí mismas y de los otros. Estos elementos, complejizan la elaboración cognitiva y emocional de la experiencia abusiva por parte de las niñas, ya que no sólo deben organizar su propio mundo psíquico luego de esta experiencia, sino que además deben esforzarse por comprender a sus figuras significativas, no pudiendo las niñas reflejar adecuadamente los estados de su sí mismo.

La experiencia de discriminar entre aquellas personas que constituyen figuras de protección y las que representan amenaza o desconfianza, genera en las niñas una mayor capacidad de control y predictibilidad al reducir el campo de confusión e incertidumbre en la relación con los otros, constituyendo una base sobre la cual las niñas logran reestablecer una visión más integrada del mundo, en el cual existen figuras de confianza y de desconfianza, superando el sentimiento generalizado de desconfianza que predominaba como consecuencia de la experiencia de abuso.

El trabajo de reparación del vínculo de confianza con las figuras significativas, especialmente con la madre, a través de la elaboración cognitiva y emocional desde lo simbólico, constituye un agente de cambio al permitir que las niñas procesen los aspectos dañados de la relación - sentimientos de ambivalencia, rabia, desconfianza -, integrando también aquellos elementos protectores que reconocen en estas figuras, como son las acciones concretas realizadas por éstas para buscar la protección y el bienestar y de las niñas. En este sentido, la voluntad de las madres para incorporar a sus hijas en los procesos terapéuticos individual y grupal, constituye un elemento básico que permite la reparación del vínculo madre-hija, en tanto expresa una preocupación y una acción que muestra a las niñas la capacidad de las madres para ser activas en su protección, pudiendo éstas significar a las madres como figuras de protección.

Desde la vivencia de interacciones basadas en la confianza y orientadas a la protección que se construyen en el espacio de la terapia grupal, las niñas logran no sólo reparar los vínculos de confianza con las figuras que simbólicamente han estado presentes en el proceso terapéutico, sino que además integran a su funcionamiento psicológico un nuevo significado de lo que constituye una figura protectora, al asumir ellas mismas este rol con sus propias compañeras, especialmente hacia la niña que se encuentra en una situación de mayor vulnerabilidad - caso 6 -, experimentando así la complejidad de las funciones que éste implica y los diversos sentimientos que provoca, pudiendo comprender tanto los propios estados como los de las figuras significativas.

Los procesos generados y elaborados en el trabajo terapéutico respecto a la confianza relacional, resultan beneficiosos para las participantes, produciendo cambios significativos en éstas, que potencian el desarrollo de recursos protectores individuales al recuperar la vivencia interna de estabilidad y predictibilidad en las relaciones interpersonales, lo cual constituye una de las condiciones esenciales para poder construir una identidad positiva e integrada.

5. ANÁLISIS CUALITATIVO DEL TEST DE MARGARITA

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la evaluación proyectiva verbal - test de Margarita -, los cuales fueron analizados cualitativamente en base a la categorización de los contenidos de las verbalizaciones entregadas por las niñas. En la primera parte se presentará la pauta de categorización y luego la categorización de las respuestas entregadas por las niñas.

Pauta de categorización

La presente pauta de categorización fue elaborada específicamente en base a las respuestas entregadas por las niñas de la muestra ante el test de Margarita, con el objetivo de poder analizar de manera más homogénea las respuestas. Dos jueces expertos en abuso sexual infantil se pronunciaron acerca de la adecuación de la pauta para analizar las respuestas entregadas por las niñas, luego de lo cual se le realizaron modificaciones. La pauta final se presenta a continuación.

Pauta de corrección:

Responda las siguientes preguntas, escribiendo la alternativa que considere más adecuada, de acuerdo a las respuestas entregadas por cada una de las niñas ante cada ítem del test de Margarita. Responda eligiendo la categoría que se asocie de manera **predominante** a las verbalizaciones entregadas por cada una de las niñas. En caso de que las verbalizaciones no coincidan con ninguna de las categorías propuestas o estén confusas, omita la pregunta. Intente no omitir y en caso de dudas consulte a las evaluadoras.

Variable: Autoconcepto Social

1. y 3. Falta de integración social:

- a) reconocimiento de estados emocionales propios o condiciones situacionales que dificultan la integración dentro del grupo de pares
- b) presencia de verbalizaciones referidas a características personales sin connotación negativa
- c) atribución de características negativas a otros
- d) percepción de características personales negativas
- e) percepción de rechazo por parte del grupo de pares

5. y 17. Tendencia al aislamiento:

- a) reconocimiento de rasgos de timidez o dificultades personales en la interacción
- b) presencia de verbalizaciones asociadas a la soledad como protección ante situaciones (explícitas) percibidas de manera amenazante
- c) Poca motivación para interactuar con pares
- d) presencia de estados emocionales disfóricos (tristeza, culpa, miedo, vergüenza, enojo).
- e) Sentimientos de rechazo por parte de otros

6. Sentimientos de vergüenza:

- a) Reconocimiento de vergüenza por timidez

- b) Reconocimiento de vergüenza asociado **explícitamente** a la situación de abuso sexual⁴
- c) Presencia de vergüenza asociado a dificultades en la niña para hablarle a otros
- d) Sentimientos de vergüenza asociados a conflictos interpersonales

7. y 8. Sentimientos de culpa:

- a) reconocimiento de culpa por acciones realizadas (**explicitadas**)
- b) reconocimiento de culpa debido a falta de confianza en otros
- c) reconocimiento de culpa asociado **explícitamente** a una agresión de tipo sexual
- d) sentimientos de culpa por acciones **no explicitadas**
- e) sentimientos de culpa por acciones **no realizadas** por la niña

Variable: Autoconcepto Corporal

4. Reconocimiento de sensaciones corporales:⁵

- a) presencia de sensaciones corporales específicas
- b) referencia a estados internos o emociones
- c) referencia a pensamientos o acciones

9. Reconocimiento de sensaciones corporales desagradables:

- a) referencias a una experiencia de abuso sexual vivenciada por la protagonista (sin descripción de acciones específicas).
- b) presencia de descripciones de acciones específicas implicadas en una agresión de tipo sexual.
- c) presencia de sensaciones corporales desagradables especificadas
- d) ausencia de referencia a sensaciones corporales

10. Percepción del propio cuerpo:

- a) referencia a acciones que impliquen cuidado y/o protección del propio cuerpo y de sí misma
- b) referencia a características corporales sin connotación negativa
- c) presencia de características y/o sensaciones corporales negativas
- d) ausencia de referencias acerca de la propia corporalidad
- e) referencia a acciones destructivas o de ocultamiento del propio cuerpo

11. Reconocimiento de límites corporales, sentimientos y sensaciones asociadas al contacto corporal con otro:

- a) presencia de sentimientos positivos frente al contacto con otro.
- b) presencia de sensaciones corporales de incomodidad o leve malestar
- c) presencia de sentimientos de desconfianza, entendidos como anticipación a un peligro potencial.
- d) presencia de sentimientos de vulnerabilidad y/o miedo frente al contacto con otro, percibiendo un peligro inminente.
- e) sensaciones corporales de gran malestar o dolor

⁴ Se considera referencia explícita al abuso sexual cuando las niñas se refieren a tocaciones, violaciones o abuso.

⁵ Esta pregunta consta de dos partes, en este ítem categorice sólo los contenidos correspondientes a la respuesta de la primera pregunta (¿qué sintió?), ubicados antes de la división (/).

Variable: Sentimientos del propio poder

2. Identificación de temores específicos asociados a un posible nuevo abuso sexual
 - a) presencia de verbalizaciones referidas a figuras adultas potencialmente peligrosas
 - b) verbalizaciones referidas a emociones de miedo a un posible nuevo abuso sexual y/o percepción de daño potencial
 - c) referencia a temores asociados a elementos de la fantasía (monstruos, duendes, etc), del mundo animal (arañas, serpientes, etc) u objetos inanimados (aviones, ascensores, etc)
 - d) generalización del miedo a figuras masculinas
 - e) referencia a temores en la interacción con pares

4. Identificación de situaciones de riesgo de un posible nuevo abuso sexual⁶:
 - a) referencias a acciones realizadas para pedir ayuda
 - b) referencias a la ocurrencia de una situación de abuso sexual
 - c) referencia a situaciones de daño inespecífico, juegos sexualizados y/o maltrato por parte de un adulto, sin explicitar la identificación de una situación de abuso sexual

12. Capacidad de iniciativa para actuar de manera autoprotectora ante situaciones de riesgo:
 - a) referencia a cualquier acción o conducta autoprotectora (gritar, arrancar, decirle a la mamá, etc.) **realizada** por la protagonista (Margarita)
 - b) referencia a actitudes pasivas o de sometimiento ante situaciones de riesgo y/o ausencia de la realización de acciones autoprotectoras

13. Identificación y reacción adecuada ante métodos coercitivos:
 - a) referencia a que la protagonista (Margarita) no guarda el secreto y se lo **cuenta** a alguien
 - b) referencia a intenciones o sentimientos de **deber contar** el secreto
 - c) referencia a que la protagonista (Margarita) guarda el secreto

15. Experimentación de un sentido de poder:
 - a) referencia a cualquier acción realizada por la niña, asociada a una vivencia gratificante para la niña
 - b) referencia a cualquier acción realizada por la niña asociada a una vivencia no gratificante para la niña
 - c) referencia a acciones realizadas para evitar conflictos y/o situaciones de maltrato
 - d) referencia a acciones realizadas por la niña, asociadas a conductas autodestructivas

Variable: Confianza Relacional:

13. Capacidad de confiar en figuras parentales ante situaciones conflictivas:
 - a) referencia a que la protagonista (Margarita) **cuenta** el secreto a los padres (mamá y/o papá)
 - b) referencia a intenciones o sentimientos de **deber contar** el secreto a los padres (mamá y/o papá)

⁶ Esta pregunta consta de dos partes, en este ítem categorice sólo los contenidos correspondientes a la respuesta de la segunda pregunta (¿qué pasó?), ubicados después de la división (/).

- c) referencia a que la protagonista (Margarita) cuenta el secreto a otras figuras y no lo cuenta a los padres (mamá y/o papá)
 - d) referencia a que la protagonista (Margarita) guarda el secreto y no lo cuenta
14. Resolución de conflictos con las figuras significativas:
- a) búsqueda de interacción con las figuras significativas implicadas en el conflicto
 - b) reconocimiento de estados emocionales asociados al conflicto con figuras significativas
 - c) búsqueda de interacción con otros significativos no implicados en el conflicto
 - d) referencia a conductas de aislamiento y/o evitación ante conflictos interpersonales
 - e) referencia a expresiones inadecuadas del enojo (por ejemplo, gritar, pegar, burlarse, etc)
17. Tendencia al aislamiento o resolución de conflictos interpersonales:
- a) reconocimiento de rasgos de timidez o dificultades personales en la interacción
 - b) presencia de verbalizaciones asociadas a la soledad como protección ante situaciones percibidas de manera amenazante
 - c) poca motivación para interactuar con otros
 - d) presencia de estados emocionales de tristeza, culpa, miedo, vergüenza.
 - e) sentimientos de rechazo por parte de otros
18. Preferencia de la madre como figura a la cual acudir ante situaciones conflictivas:
- a) Referencia a “mamá” o “madre” en la respuesta, incluya o no otras figuras
 - b) Referencia a “padres” en la respuesta (sin distinguir entre “mamá” y “papá”)
 - c) Referencia a figuras específicas, no incluyendo a la madre y/o el padre
 - d) No se especifica una figura (por ejemplo, alguien de confianza)

Análisis de las respuestas

En un primer momento las investigadoras categorizaron las respuestas entregadas por las niñas según la pauta descrita anteriormente. Luego se solicitó a dos jueces expertos en abuso sexual realizar la misma categorización. La proporción de acuerdos interjueces o intercodificadores fue de 0,86. A su vez el proporción de acuerdos entre cada uno de los jueces y las investigadores fue de 0,91 y 0,94. Estas proporciones indican una confiabilidad total de 0,90. Tanto la confiabilidad total como la confiabilidad entre codificadores es considerada adecuada (Hernández y cols, 1991).

A continuación se presenta un análisis de las respuestas entregadas por cada niña al test de Margarita. Primero se presentarán en cada una de las subvariables, un cuadro comparativo por cada caso, en que se exponen las respuestas entregadas por cada niña en la evaluación pre y post intervención y las categorías asignadas a esas respuestas de acuerdo a la pauta descrita anteriormente. Luego se realiza una síntesis comparativa de la categorización de las respuestas de cada niña en cada una de las subvariables, con el fin de tener una mayor comprensión de los cambios observados en las niñas.

1- Subvariable Autoconcepto social:

Caso 1

Item n°	Respuesta pre-intervención	Categoría pre	Respuesta post-intervención	Categoría post
1	(latencia alargada) porque son pesadas con ella	e	porque son pesadas	c
3	(latencia alargada) porque es como más tranquila	b	porque es tímida	b
5	Porque no se aburre y se entretiene, yo me entretengo sola con barbies.	c	porque así nadie la molesta	b
6	(latencia alargada) porque no le dan ganas de hablar porque le da vergüenza que otras personas la escuchen. A mí también me da vergüenza hablar.	c	porque cuando le hablan le da vergüenza	a
7	Porque piensa que ella botó un frasco y se había caído solo; el papá la iba a retar.	e	porque alguien rompió algo y piensa que le van a pegar	e
8	(latencia alargada) desordenó todo y la mamá le costó mucho ordenar	a	desordenó su pieza y a la mamá le costó mucho ordenarla	a
17	Porque no le gusta hablar con nadie y quiere estar sola en su pieza, estar tranquila.	c	porque se siente enojada con todos	d

En este cuadro, se observan cambios importantes en relación a los contenidos entregados por la niña en la evaluación pre y post intervención. Se aprecia un predominio de cambios en las categorías asignadas a las respuestas en ambas intervenciones.

Se puede observar que el sujeto presenta en la evaluación pre-intervención una percepción de rechazo por parte del grupo de pares y poca motivación para interactuar con éstos, lo cual se relaciona con la falta de integración social y la tendencia al aislamiento. En lo que respecta a los sentimientos de vergüenza, la niña refiere dificultades personales en la interacción con otros, centrándose en sus acciones (hablar). En cuanto a los sentimientos de culpa reconoce la presencia de este sentimiento referida a dificultades en acciones cotidianas, realizadas por la niña o por otros.

Por el contrario, en la evaluación post intervención no se observa el rechazo por pares y la poca motivación para interactuar con éstos, observándose un cambio significativo, al atribuir la niña la falta de integración social a características negativas de otros y la tendencia al aislamiento a la necesidad de protección ante situaciones percibidas de manera amenazante,

reconociendo a su vez, la presencia de estados emocionales de enojo que dificultan la interacción con otros. En cuanto a los sentimientos de vergüenza presenta cambios, en tanto reconoce dificultades en que otros se dirijan a ella (le hablan).

Caso 2

Item n°	Respuesta pre-intervención	Categoría pre	Respuesta post-intervención	Categoría post
1	No sé, porque sería gruñona, no comparte, peleadora también.	d	Porque es gruñona o peleadora	d
3	No sé, tendría que ser ahomburada, ¿diferente?, a ver, no sé, no tiene la misma conducta que las niñas, se junta más con hombres que con niñas.	d	¿cómo diferente, en qué sentido?... que ella tuviera problemas o estuviera ocultando algo, si se porta diferente a las otras niñas es que está ocultando algo	a
5	No sé, para desahogarse, para llorar -siempre cuando uno se desahoga llora-, para pensar porqué le hizo eso el tío.	d	porque a uno siempre cuando le pasa algo malo quiere estar sola	d
6	¿Vergüenza? Vergüenza para decirle a compañeras lo que le pasó, alguna amiga tiene que tener.	c	vergüenza de lo que le pasó, el tío la hubiese podido violar	b
7	Porque ella fue la que dijo que sí.	a	no sé, porque no le dijo nada a la mamá	b
8	Se hubiese portado mal, contestado.	a	haberse portado mal	d
17	Porque se siente enojada, siente pena, no sé.	d	se siente sola..., porque quiere estar sola	c

En este cuadro se aprecia un cambio significativo en las respuestas entregadas por la niña, existiendo un predominio de cambios en las categorías asignadas a las respuestas en la evaluación pre y post intervención.

En la evaluación pre intervención se observa que la niña asocia la falta de integración social a una percepción de características personales negativas, y las tendencias al aislamiento a la presencia de estados emocionales disfóricos (enojo, pena, culpa) relacionados con el abuso sexual. Se observa, la presencia de sentimientos de vergüenza, en relación a dificultades para hablarle a otros sobre alguna experiencia vivida, sin lograr referirse explícitamente a ésta, y sentimientos de culpa por acciones realizadas por ella.

En la evaluación posterior a la intervención, la niña presenta cambios en todas estas dimensiones. Así, a pesar de asociar la falta de integración social a una percepción de

características personales negativas, también puede reconocer estados emocionales o condiciones situacionales que dificultan la integración dentro del grupo de pares. En cuanto a la tendencia al aislamiento, se registra la presencia de estados emocionales disfóricos pero también la percepción de la soledad como un espacio buscado de manera voluntaria. Además es capaz de explicitar la experiencia que asocia a sentimientos de vergüenza, refiriéndose a la situación de abuso sexual, y pudiendo también verbalizar sentimientos de culpa asociados a falta de confianza en otros.

Caso 3

Item n°	Respuesta pre-intervención	Categoría pre	Respuesta post-intervención	Categoría post
1	(latencia alargada) le cae mal a las otras niñas.	e	porque está triste	a
3	Porque las otras niñas son simpáticas y ella es pesada.	d	(latencia) porque ella se encuentra fea y las otras son bonitas (se encuentra fea su cara)	d
5	Porque está triste.	d	porque el tío la obliga tal vez para buscarla y seguirla abusando	b
6	Porque el tío le pegó.	d	porque abusaron de ella	b
7	Porque el tío le pegó.	e	porque, porque, porque (latencia) porque abusaron de ella, pero ella no tiene la culpa	c
8	(ríe) ¿qué pudo haber hecho? (latencia alargada) le pegó a la compañera.	a	(latencia) metió preso al señor, llamó a los carabineros	a
17	Porque está enojada.	d	está tímida	a

Se observa en este cuadro la presencia de un importante cambio entre las respuestas entregadas en las evaluaciones pre y post intervención, predominando un cambio en las categorías asignadas a las respuestas.

En la evaluación pre intervención se observa que la niña percibe características personales negativas que dificultan la integración social, asociado a un rechazo por parte del grupo de pares, y la presencia de estados emocionales disfóricos (tristeza, enojo) asociados a la tendencia al aislamiento. En cuanto a los sentimientos de vergüenza y culpa, asocia estos sentimientos a conflictos interpersonales que implican acciones no realizadas por la niña y que le provocan daño (situaciones de maltrato).

En cambio, en la evaluación post intervención no se presenta el rechazo por parte de pares, aunque se mantiene la percepción de características personales negativas, sin embargo, la niña puede reconocer también la presencia de estados emocionales transitorios que dificultan la integración dentro del grupo de pares. La tendencia al aislamiento se asocia a rasgos de timidez y a la percepción de la soledad como protección ante situaciones percibidas

de manera amenazante. Además la niña logra reconocer sentimientos de vergüenza y culpa asociados a una agresión de tipo sexual, expresando desacuerdo con estos sentimientos (pero ella no tiene la culpa).

Caso 4

Item n°	Respuesta pre-intervención	Categoría pre	Respuesta post-intervención	Categoría post
1	¿Y si no me lo sé?, porque es mala y porque es pesada.	d	porque es mala	d
3	(latencia alargada) por fea.	d	(latencia) porque es mala, (inventó puras tonteras)	d
5	Porque tiene miedo.	d	porque tiene miedo al tío	b
6	Porque la molestan, no sé, (¿?) sus amigos/as.	d	porque es vergonzosa (¿?) decir las cosas	c
7	Porque no quería jugar con sus amigas, y no son muy buenas	a	ay!... (latencia), ¿cómo era la pregunta?, porque hizo algo malo	d
8	Eh...(latencia alargada)... porque no quería jugar con su amiga y la amiga la acusó y ahí la retó.	a	le contestó	a
17	Porque se siente sola y se siente sola y porque la amiga no quería jugar con ella.	e	porque se siente mal, porque le grita a sus amigas	a

En este cuadro se puede apreciar la existencia de un cambio en las categorías asignadas y en los contenidos de las respuestas entregadas en la evaluación pre y post intervención.

Se observa en la evaluación pre intervención sentimientos de rechazo por parte de pares y presencia de estados emocionales de miedo asociados a la tendencia al aislamiento. La falta de integración social se relaciona con la presencia de características personales negativas. Los sentimientos de vergüenza aparecen asociados a conflictos interpersonales que implican un rechazo por parte de pares, y se presenta culpa por acciones realizadas por la niña que implican poca motivación para interactuar con pares.

Estos aspectos cambian en la evaluación post intervención, reconociendo el sujeto dificultades personales en la interacción con otros, considerando a su vez el aislamiento como una forma de protección ante situaciones concretas percibidas de manera amenazante, las cuales se asocian a emociones de miedo. En cuanto a la integración social se observa un leve cambio, en tanto la niña logra reconocer la presencia de acciones específicas transitorias (inventó puras tonteras) asociadas a sus características personales negativas que dificultan la integración dentro del grupo de pares. La vergüenza y la culpa ya no aparecen asociadas a sentimientos de rechazo ni a poca motivación para interactuar con pares, sino que se

relacionan con dificultades en la niña para hablarle a otros y con acciones realizadas por la niña, respectivamente.

Caso 5

Item n°	Respuesta pre-intervención	Categoría pre	Respuesta post-intervención	Categoría post
1	Porque se debe sentir como tonta al frente de sus amigas.(gesticula)	d	se debe sentir distinta	b
3	Ella se debe sentir así.	a	ella se siente así, a lo mejor porque está bien desarrollada	a
5	Porque se debe sentir culpable de lo que le hicieron.	d	por lo que le pasó, del abuso	d
6	(latencia alargada) porque se debe sentir mal por eso, no le quiere contar a nadie.	c	¿vergüenza? (latencia) porque la abusaron (ríe)	b
7	Porque piensa que ella tiene la culpa (¿de qué tiene culpa?) de nada	d	por haberse dejado que el tío la toqueteara	c
8	Se portó mal (ríe) y dejó que se quedaran solos con el tío.	a	no le dijo que la habían abusado	b
17	Porque se debe sentir demasiado insegura.	a	porque se siente insegura, de que le vaya a pasar lo mismo que le pasó con el tío	b

En este cuadro se observan importantes cambios en la subvariable evaluada, existiendo diferencias en las categorías asignadas a las respuestas en la evaluación pre y post intervención. Estos cambios se relacionan principalmente con la explicitación de la situación de abuso sexual lograda en la evaluación post intervención, lo cual no ocurría en la evaluación pre intervención.

Así, en un primer momento la niña presenta estados emocionales disfóricos (culpa), características y dificultades personales asociadas a la tendencia al aislamiento, así como a la falta de integración social. Los sentimientos de culpa aparecen asociados a acciones realizadas por la niña, y la vergüenza a dificultades en la protagonista para hablarle a otros sobre una situación no explicitada.

Sin embargo, esto presenta un cambio, observándose en la evaluación post intervención, que la niña logra explicitar una situación de abuso sexual, la cual es asociada a sentimientos de vergüenza, culpa e inseguridad, siendo el aislamiento ya no solo asociado a estados emocionales disfóricos, sino también percibido como una protección ante esta situación (amenazante). Además logra reconocer sentimientos de culpa por falta de confianza

para verbalizar esta experiencia a otros. En lo que se relaciona con la integración social, reconoce características personales sin connotación negativa y la presencia de condiciones situacionales que dificultan la integración dentro del grupo de pares.

Caso 6

Item n°	Respuesta pre- intervención	Categoría pre	Respuesta post- intervención	Categoría post
1	Porque está triste porque siempre la molestan	e	porque Margarita está aburrida de las niñas y porque a todas las retan porque juegan	a
3	Porque no piensa igual que las otras niñas, a veces juega a otras cosas porque las niñas son muy pesadas.	c	porque Margarita siempre está sola	a
5	Porque le gusta estar sola y nunca conversa con nadie porque es muy tranquila	c	porque no le gusta jugar con sus amigas, porque la retan siempre	c
6	Porque los niños la molestan porque a lo mejor se cae, la molestan, se pone a llorar y le da vergüenza.	d	(ansiosa) porque a Margarita siempre le quitan los cuadernos y todo y se siente triste y todos se ríen de ella y tiene vergüenza	d
7	Muy culpable, porque a lo mejor ella está así tensa, porque muy culpable porque ella hizo algo que hizo mal a alguien (gesticula)	d	porque Margarita empujó a una niña y se cayó cuando iban saliendo al colegio	a
8	...le pegó a su hermano que tenía como 3 años.	a	se le cayó un plato de la cocina y después se le cayeron los otros platos también	a
17	Porque está muy enojada porque el papá la regañó y no quiere que entre a su pieza para regañarle de nuevo.	d	porque está muy cansada de jugar, no, de que la reten	b

Se observa en este cuadro un cambio entre las respuestas entregadas en la evaluación pre y post intervención, predominando diferencias de categorías entre ambas evaluaciones.

En la evaluación pre intervención el sujeto asocia la falta de integración social a la percepción de rechazo por parte del grupo de pares y a la atribución de características negativas a otros. La niña atribuye las tendencias al aislamiento a poca motivación para interaccionar con pares y a la presencia de estados emocionales disfóricos. Los sentimientos de vergüenza aparecen relacionados a conflictos interpersonales con pares y la culpa a acciones cotidianas realizadas por la niña, explicitadas o no.

En la evaluación posterior a la intervención se presentan cambios, al reconocer la niña estados emocionales propios o condiciones situacionales que dificultan la integración dentro del grupo de pares. Además ya no se presentan estados emocionales disfóricos asociados al aislamiento, sino que éste aparece relacionado también a la protección ante situaciones percibidas de manera amenazante.

2- Subvariable Autoconcepto corporal

Caso 1

Item n°	Respuesta pre	Categoría pre	Respuesta post	Categoría post
4	Que le podría pasar algo	c	(latencia) se sintió incómoda	a
9	(latencia alargada) ¿muy mala? Que la mamá iba a tener un hijo y no le gusta tener hermanos (¿?), sintió que le gustaría tener un hermanito.	d	que se sentía incómoda	c
10	Que le puede pasar algo, (¿?) pueden querer más al hermano que a ella y no es así, los papás quieren a sus dos hijos/as.	d	que le va a pasar algo malo (¿?) que va a venir el tío de nuevo a su pieza	d
11	Que la quieren mucho y que nunca la dejarán.	a	felicidad	a

En este cuadro se observan cambios en las respuestas entregadas en la evaluación pre y post intervención.

En un primer momento, la niña no hace referencias a sensaciones corporales ni a aspectos de la propia corporalidad, sino que sólo a pensamientos o acciones. Sin embargo, presenta sentimientos positivos frente al contacto con otros.

En la evaluación post intervención se presentan aspectos similares a la evaluación pre intervención, pero se observan cambios significativos en relación a que la niña es capaz de reconocer sensaciones corporales específicas de incomodidad.

Caso 2

Item n°	Respuesta pre	Categoría pre	Respuesta post	Categoría post
4	No sé po`, nervios	a	se sintió incómoda	a
9	No sé, que los hombres le hubiesen pegado, no sé, desagradable, no sé.	d	se acordó de lo que le pasó	d
10	A ver, que ella se quería matar a veces, porque le pasó eso con el tío; su cuerpo, decide pegarse a veces por rabia, no más.	e	no sé, arrancarse o esconderse, a veces uno quiere esconderse	a
11	Muy fuerte, no sé po`, le debería doler, no sé, algo malo, si es un hombre debería ser algo malo.	e	incomodidad	b

En este cuadro, se observan cambios entre las respuestas entregadas en la evaluación pre y post intervención, presentándose diferencias en la categorización de las respuestas.

En un primer momento la niña reconoce sensaciones corporales de gran malestar y dolor, y sentimientos de vulnerabilidad frente al contacto con otro. En relación a la percepción del propio cuerpo, la niña se refiere a importantes acciones autodestructivas, incluso suicidas.

En la evaluación posterior al tratamiento se observan importantes cambios, en tanto la niña puede reconocer sensaciones corporales específicas de incomodidad frente al contacto corporal con otro, haciendo referencia al recuerdo de una situación desagradable vivenciada. Además, no se presentan acciones autodestructivas, apareciendo en cambio, referencias a acciones que implican protección del propio cuerpo y de sí misma.

Caso 3

Item n°	Respuesta pre	Categoría pre	Respuesta post	Categoría post
4	Miedo, no sé, le dio miedo	b	asco	a
9	Le dolía la guata.	c	sentía asco	c
10	(latencia) ¿qué dijo tía? Ve a las otras niñas que son más bonitas y se mira y ella es fea; - cree que es fea, pero no es fea-.	c	dolor y asco	c
11	Dolor.	e	dolor	e

En este cuadro se observa que la categorización de las respuestas entregadas en la evaluación pre y post intervención no difieren significativamente, aunque se aprecia leves cambios respecto al contenido dentro de las mismas categorías.

En la evaluación previa al tratamiento, la niña hace referencia a estados emocionales, pudiendo a su vez en otras ocasiones reconocer sensaciones corporales desagradables especificadas, asociando el contacto corporal con otros con sensaciones corporales de dolor. En cuanto a la percepción del propio cuerpo, la niña se refiere a características corporales negativas.

En la evaluación posterior al tratamiento, la niña presenta leves cambios, siendo capaz en todo momento de reconocer sensaciones corporales específicas, incluso en relación a la percepción del propio cuerpo.

Caso 4

Item n°	Respuesta pre	Categoría pre	Respuesta post	Categoría post
4	Miedo	b	miedo	b
9	Emm (latencia alargada)... quería jugar con su amiga y ella no quería jugar. (¿?) emm... que la mamá no la retara.	d	porque la mamá la retó	d
10	Que su cuerpo es muy importante.	b	las cosas privadas (¿?) que hay que cuidarse	a
11	Miedo.	d	desconfianza	c

Se aprecia en este cuadro un cambio entre las respuestas entregadas en la evaluación pre y post intervención.

En la evaluación pre intervención se observa que la niña no hace referencia a sensaciones corporales, refiriendo solamente estados emocionales, presentando sentimientos de miedo frente al contacto con otro, percibiendo un peligro inminente. Respecto a la percepción del propio cuerpo, la niña hace referencia a características corporales inespecíficas (su cuerpo es muy importante).

En la evaluación post intervención se observan algunos aspectos similares a la evaluación inicial, pero se aprecian cambios en relación al contacto corporal con otros, percibiendo la niña sentimientos de desconfianza, entendidos como anticipación a un peligro potencial. Además se observan diferencias respecto a la percepción del propio cuerpo, en tanto la niña es capaz de referirse a aspectos corporales y acciones que implican cuidado y protección del propio cuerpo y de sí misma.

Caso 5

Item n°	Respuesta pre	Categoría pre	Respuesta post	Categoría post
4	¿Cómo fue? Que le iba a pasar algo	c	Incomodidad	a
9	(se ríe y levanta los hombros) no sé, se está desarrollando (ríe)	c	(latencia) ah! por el abuso se sintió rara	a
10	Que no sé (ríe), que no lo debe mostrar, no sé, no se me ocurre.	e	que se va a desarrollar y va a ser distinta	b
11	Inseguridad.	c	Incomodidad	b

En el presente cuadro se observan cambios significativos en las respuestas entregadas por la niña en la evaluación pre y post intervención, existiendo diferencias en todas las respuestas de la subvariable evaluada.

En un primer momento la niña no puede reconocer sensaciones corporales, refiriéndose solamente a pensamientos o acciones. Se observan sentimientos de desconfianza frente al contacto con otros, y acciones de ocultamiento del propio cuerpo.

En la evaluación posterior a la intervención la niña logra reconocer sensaciones corporales específicas de incomodidad frente al contacto corporal con otro, así como también hacer referencias explícitas a una situación de abuso sexual vivenciada, la cual está asociada a sensaciones corporales desagradables. En cuanto a la percepción del propio cuerpo, puede reconocer cambios corporales sin una connotación negativa.

Caso 6

Item n°	Respuesta pre	Categoría pre	Respuesta post	Categoría post
4	Sintió miedo porque creía que le iba a hacer algo	b	mucho miedo	b
9	El tío que tenía le metió las manos en la vagina.	b	un tío abusó de ella	a
10	Que su cuerpo es muy bonito.	b	que su cuerpo es bonito	b
11	Que la quieren mucho.	a	que lo quiere mucho	a

En este cuadro se observan leves cambios entre las respuestas entregadas por la niña en la evaluación pre y post intervención.

En la primera evaluación, la niña reconoce estados emocionales de miedo referidos a la percepción de una amenaza en el contacto con otro (tío), no registrando sensaciones corporales asociadas a este sentimiento. No obstante, se aprecia que la niña logra reconocer sus propias

sensaciones corporales desagradables, evocando y describiendo acciones específicas relacionadas con la experiencia de abuso sexual. Pese a esto, la niña manifiesta una percepción del propio cuerpo de manera positiva, expresando además sentimientos positivos frente al contacto general con otros.

En la evaluación realizada posterior a la intervención terapéutica, se registran contenidos similares a la primera evaluación, sin embargo, aparece como cambio significativo la capacidad de la niña para referirse a la experiencia de abuso sexual de forma más elaborada y general, no describiendo las acciones específicas realizadas por el agresor de manera traumática.

3- Subvariable sentimientos del propio poder

Caso 1

Item n°	Respuesta pre	Categoría pre	Respuesta post	Categoría post
2	(latencia alargada) a que se pueda sacar mala nota en una prueba, a que su papá la pueda retar. Yo le tengo miedo a mi papá, pienso que me va a pegar.	a	a que le (latencia) le vayan a decir, ay tu no jugai con nadie porque te vai ensuciar	e
4	Nada, (¿?) que le pueda hacer daño y por eso hay que tener cuidado con los tíos, porque algunos tíos son diferentes.	c	el tío la empezó a tocar	b
12	Se fue porque no le gustaba que como la tocaron. A mí tampoco me gusta, me gustan las mismas cosas que salen ahí.	a	se fue para su pieza	a
13	Le dijo al tiro a sus papás, porque hay que decirle al tiro a sus papás.	a	no lo guardó, se lo contó a su mamá, porque sino porque aunque unos tíos digan que van a matar a la mamá es mentira es para puro asustar a la niña	a
15	Poner a todo fuerte la radio y ponerse a bailar y tener toda la pieza así como desesperada.	a	Pondría a todo chanco la música y no escucharía a nadie, como si se mandara sola	a

En este cuadro se observa, que las categorías asignadas a las respuestas tanto en la evaluación pre y post intervención no difieren significativamente, no obstante se observan leves cambios de contenido de las respuestas.

Así, se aprecia que en un primer momento la niña presenta una mayor referencia a situaciones de daño, las cuales se encuentran asociadas a sentimientos de temor.

En cambio, en la segunda evaluación la niña presenta contenidos relacionados con una mayor capacidad para identificar y anticiparse a situaciones de riesgo de un nuevo abuso sexual, mostrándose más decidida y clara en cuanto a las reacciones adecuadas para enfrentar este tipo de situaciones.

Caso 2

Item n°	Respuesta pre	Categoría pre	Respuesta post	Categoría post
2	No sé, a los hombres, ¿a qué más? A compartir.	d	A quedarse sola en alguna parte, con alguien extraño	a
4	no sé, le podría hacer algo el tío (¿?) como violarla, maltratarla o hacer algo que ella no quiere hacer	b	¿qué podría haber pasado? Que el tío la hubiera manoseado o violado o hecho cualquier abuso	b
12	¿cómo qué?, no sé, pegarle, violarla, ¿es hombre o mujer?, (¿?) no hizo nada, no le dijo a nadie, se quedó callada.	b	No sé, se culpó... o a ver, a ver, se dejó, no sé	b
13	¿Como qué secreto? Ahh, que no le dijera a nadie lo que le había hecho; no lo dijo en meses, años.	c	Le pudiera haber dicho a la mamá	b
15	No sé, arrancarse de la casa, con todo lo que le ha pasado se podría matar también, (¿?) tirándose de una casa pa` abajo, con un cuchillo.	d	¿cómo qué? ¿en la situación que le hubiera pasado algo? (latencia) no sé, se podría ir a una parte lejos para que no le suceda nada malo..., con su tía, su abuela o alguien de confianza	c

En este cuadro, se observa un cambio importante entre los contenidos entregados por la niña en la evaluación pre y post intervención.

En este sentido, en la primera evaluación, destaca el sentimiento de temor generalizado que presenta la niña respecto a situaciones inminentes o inevitables de abuso sexual y/o daño severo, las cuales se asocian a conductas de la niña poco protectoras, autodestructivas e, incluso, suicidas.

En la segunda evaluación, en cambio, se aprecia una mayor especificación de los temores, frente a los cuales la niña reacciona de manera más protectora, logrando recurrir a figuras de confianza y, buscando ayuda para resolver sus conflictos.

Caso 3

Item n°	Respuesta pre	Categoría pre	Respuesta post	Categoría post
2	(latencia alargada) ¿qué cosa dijo tía? A los monstruos.	c	a un señor	a
4	le pegó el tío a la niña.	c	abusó de ella	b
12	Le avisó a sus padres.	a	Gritó	a
13	¿Incómoda?, le tiene que avisar a los papás.	b	le dijo a la mamá	a
15	¿Cómo?, jugar.	a	decirle a la mamá	a

En este cuadro, se observa un importante cambio entre los contenidos presentados por la niña en la evaluación pre y post intervención.

En la primera evaluación, la niña se refiere a temores asociados a elementos de la fantasía y a situaciones de maltrato, reaccionando ante esto de manera adecuada, pero desde una posición de mayor distancia, predominando las intenciones de protección.

En cambio, en la segunda evaluación, se observa que la niña logra reconocer temores específicos y figuras amenazantes en el plano de lo real, asociadas con el hecho concreto de experimentar una nueva situación de abuso sexual, reaccionando de manera adecuada y activa ante esto, buscando la autoprotección.

Caso 4

Item n°	Respuesta pre	Categoría pre	Respuesta post	Categoría post
2	A las arañas.	c	a que le hagan daño	b
4	eh, jugaron a las cosquillas.	c	Abusó	b
12	Le dijo a la mamá.	a	¿cómo?, la acusó a su mamá y a su papá	a
13	No le quiso contar el secreto a la mamá.	c	le dijo a su mamá	a
15	No pelear, no enojarse con los papás y jugar con su amiga.	c	jugar y en la escuela con las amigas, no ser mala con las amigas	a

En este cuadro, se observa un predominio de diferencias entre las categorías y los contenidos entregados por la niña en la evaluación pre y post intervención.

En la primera evaluación, la niña expresa temores relacionados con elementos del mundo animal, presenta poca capacidad para identificar situaciones de riesgo y muestra conductas poco protectoras asociadas a la dinámica del abuso sexual (juego sexualizado, guardar el secreto). Además, se registran pocas capacidades para experimentar un sentimiento adecuado del propio poder, predominando la restricción de conductas valoradas de manera negativa (no pelear, no enojarse).

Luego de la intervención terapéutica, la niña logra reconocer y expresar temores asociados con la vivencia de daño, identificando situaciones de riesgo de un nuevo abuso sexual, reaccionando adecuadamente ante esto, rompiendo los patrones asociados con el abuso sexual, pudiendo recurrir a figuras protectoras y experimentar un sentimiento de poder adecuado a su edad.

Caso 5

Item n°	Respuesta pre	Categoría pre	Respuesta post	Categoría post
2	A que le puede pasar algo, (¿?) como lo que me pasó a mí, que abusaron.	b	a algún desconocido	a
4	Abusaron de ella	b	Abusaron de ella	b
12	Hicieron que abusaron de ella, (¿?) bah, no se debe hacer y Margarita debió haber pedido ayuda a su mamá.	b	hablar con la mamá	a
13	Decirle a la mamá o a alguien de confianza.	b	se quedó callada	c
15	(ríe) desordenar, salir a la calle cuando quiere, andar a pie pelado cuando quiera, hacer lo que ella quiera.	a	desordenar la casa, ver televisión todo el día	a

En este cuadro, se observan importantes cambios en relación a lo evaluado en el momento previo a la intervención y posterior a ésta, predominando diferencias de categoría.

Por una parte, se aprecia en la evaluación pre intervención que la niña presenta recursos personales que le permiten identificar sus propios temores ante la posibilidad de un nuevo abuso sexual, reconociendo los métodos coercitivos utilizados en esta situación y las reacciones adecuadas para enfrentarla de manera protectora. Sin embargo, los contenidos relacionados con la forma de reaccionar ante una situación de riesgo, aparecen desde el discurso "deber hacer", manifestando las intenciones y deseos de protección, más que las acciones.

En la segunda evaluación, al explorar los temores, la niña logra identificar figuras específicas asociadas a éstos, acotando el espectro de las figuras percibidas como amenazantes o potencialmente dañinas. Además, la niña muestra capacidades para llevar a la acción sus deseos e intenciones de protección (hablar con la mamá), sin embargo se presenta ambivalente y contradictoria ante esto (se queda callada).

Caso 6

Item n°	Respuesta pre	Categoría pre	Respuesta post	Categoría post
2	Porque ese algo es una cosa que le da miedo (¿?), es como que la asusta alguien y ella se asustó, es como un monstruo que tiene en su mente.	c	a sus primos que son más grandes porque le pegan	b
4	(¿?) como lo mismo que me pasó a mí -yo estaba con mi lela...-. Margarita ella va y llama a la mamá y le dice que el tío le dijo que nos quedamos en la casa y mamá le dice `voy inmediatamente para allá a ver lo que sucede`.	a	Margarita le dijo a su mamá	a
12	Le dijo déjeme y le dijo a la mamá.	a	se fue arrancando y le dijo a su mamá	a
13	No le hizo caso al tío porque el secreto era un poco incómodo y no lo quería guardar, le dijo `no guardaré el secreto, le diré a mi mamá y ella pensará en el secreto, le diré a ella que lo guarde`. (actúa).	b	Margarita le dijo a la mamá porque se sentía muy incómoda, por eso el tío la retó	a
15	Que...haría unas cosas, por ejemplo jugar y que le sirvieran un plato grande de comida para que ella se lo pudiera comer y los padres no le regañaran que comía tanto.	a	Jugaría todo el día y comería lo que ella quisiera	a

En este cuadro, se observan cambios entre la evaluación pre y post intervención, tanto en la categoría asignada a las respuestas como en los contenidos que aparecen dentro de una misma categoría.

Así, se aprecia que en la primera evaluación que la niña presenta ciertas dificultades para identificar y expresar claramente sus temores, describiendo más bien su propia vivencia de temor, asociándola a figuras de la fantasía (monstruo). Por otra parte, si bien la niña logra identificar situaciones de riesgo y métodos coercitivos utilizados en una situación de abuso sexual, las conductas realizadas frente a estos hacen referencia a reacciones de confrontación al agresor, lo cual puede resultar riesgoso como forma de autoprotección (le diré déjame; le dijo no guardaré el secreto). Además, se aprecia la tendencia a mantener la dinámica del secreto, compartiendo éste con la madre, pero con el objetivo de que ella también permanezca en silencio. En cuanto a la experimentación de un sentido de poder adecuado a la edad, la niña presenta ciertas dificultades al asociar sus deseos gratificantes de realización (jugar y comer) con la evitación de un castigo por parte de los padres.

En la segunda evaluación, en cambio, la niña logra identificar emociones de miedo asociadas a la percepción de un daño potencial por parte de figuras específicas percibidas de manera amenazante en el plano de lo real. Sumado a lo anterior, la niña presenta mayor decisión para reaccionar ante las situaciones de riesgo, siendo sus conductas más protectoras y adecuadas, predominando como alternativa de solución el acudir inmediatamente a figuras protectoras, evitando mantenerse en riesgo. Finalmente, es importante señalar que luego de la intervención la niña presenta una posición de rechazo ante la dinámica del secreto, reconociendo sus propios estados (se sentía incómoda) y reaccionando en concordancia con estos, rompiendo el patrón del silencio y asumiendo las consecuencias del "hablar" (el tío la retó). De esta forma, se observa que la niña en la segunda evaluación logra experimentar un sentido de poder adecuado a la edad, sin temer al castigo de los mayores.

4- Subvariable: confianza relacional

Caso 1

Item n°	Respuesta pre	Categoría pre	Respuesta post	Categoría post
13	Le dijo al tiro a sus papás, porque hay que decirle al tiro a sus papás.	a	No lo guardó, se lo contó a su mamá, porque sino porque aunque unos tíos digan que van a matar a la mamá es mentira es para puro asustar a la niña	a
14	Se va a su pieza y se encierra y piensa que no tiene que ser enojada con sus papás, los tiene que respetar.	d	se va a su pieza	d
17	Porque no le gusta hablar con nadie y quiere estar sola en su pieza, estar tranquila.	c	Porque se siente enojada con todos	d
18	A su mamá. Yo le cuento a mi mamá.	a	a su mamá	a

En este cuadro, se observan pocos cambios en lo que se refiere a las categorías que presentan las respuestas en las evaluaciones pre y post intervención, sin embargo aparecen contenidos importantes a analizar, incluso dentro de las mismas categorías.

En la evaluación pre intervención, la niña presenta en algunas respuestas contenidos asociados al comportamiento esperado por los otros o al "deber ser" (hay que contarle; no tiene que ser enojada), predominando una evaluación de las propias conductas a partir de los otros, evitando a su vez el contacto con los demás a través de conductas de aislamiento, presentando poca motivación para resolver los conflictos interpersonales, expresando deseos de estar sola.

En la evaluación posterior a la intervención, la niña presenta una mayor capacidad para recurrir a las figuras de confianza, ya no desde la posición del "deber ser", sino que a partir de la necesidad personal de realizar ciertas acciones autoprotectoras frente a comportamientos evaluados por ella misma como coercitivos (es mentira es para puro asustar). Si bien, se mantienen las conductas de aislamiento frente a los conflictos interpersonales, en esta evaluación desaparece el cuestionamiento personal a partir de los otros, reconociendo y expresando además los propios estados internos (se siente enojada con todos). Estos elementos muestran una evolución de la niña en cuanto a la integración de aspectos de sí misma, la construcción de un criterio personal basado en las propias experiencias, en la aceptación y expresión de sí misma frente a los otros significativos.

Caso 2

Item n°	Respuesta pre	Categoría pre	Respuesta post	Categoría post
13	¿Como qué secreto? Ahh, que no le dijera a nadie lo que le había hecho; no lo dijo en meses, años.	d	le pudiera haber dicho a la mamá	b
14	Se burla, le hace morisquetas, zapatea.	e	se siente sola, muy sola, muy alejada de sus padres	b
17	Porque se siente enojada, siente pena, no sé.	d	se siente sola..., porque quiere estar sola	c
18	A la mamá.	a	a la mamá	a

En este cuadro, se observan cambios significativos entre la evaluación previa a la intervención y la realizada posterior a ésta, tanto en las categorías asignadas a las respuestas como en la cualidad de éstas.

En la primera evaluación, la niña presenta en sus respuestas poca capacidad para acudir a sus figuras significativas ante la dinámica del secreto, mostrando además dificultades para resolver adecuadamente los conflictos que se presenten con estas figuras, predominando estados internos intensos y confusos (se siente enojada, siente pena, no sé). Pese a esto, la niña presenta claridad y seguridad para acudir a la figura materna ante situaciones de riesgo.

En cambio, en la segunda evaluación, la niña identifica la importancia de romper la dinámica del secreto acudiendo a figuras de confianza, especialmente la madre, mostrando una mayor capacidad para reconocer e identificar tanto las necesidades personales como los propios sentimientos frente a conflictos interpersonales con figuras significativas, lo cual posibilita la construcción de vínculos más generativos y nutricios para la niña.

Caso 3

Item n°	Respuesta pre	Categoría pre	Respuesta post	Categoría post
13	¿Incómoda?, le tiene que avisar a los papás.	b	le dijo a la mamá	a
14	(latencia alargada) tal vez porque los papás la retan mucho, cuando es muy desobediente. (¿?) se camina para otro lado.	d	le pide disculpas	a
17	Porque está enojada.	d	está tímida	a
18	A sus padres.	b	a su mamá o a su papá	a

En este cuadro, se observan cambios importantes en relación a los contenidos entregados por la niña en la evaluación pre y post intervención. Se aprecian cambios en las categorías asignadas a todas las respuestas entre ambas intervenciones.

Por una parte, en la primera evaluación se registran intenciones o sentimientos de "deber" acudir a las figuras de confianza para romper con la dinámica del secreto, mostrando la niña cierta distancia con las figuras parentales al presentar conductas de evitación y aislamiento frente a los conflictos con estos, no existiendo individualización entre la figura materna y paterna (padres).

En cambio, en la evaluación realizada posterior a la intervención terapéutica, la niña presenta una conducta activa de acudir a sus figuras de confianza para romper con la dinámica del secreto, buscando además la interacción con estas figuras para resolver los conflictos interpersonales que se presenten, reconociendo a la figura materna y paterna de manera individualizada.

Caso 4

Item n°	Respuesta pre	Categoría pre	Respuesta post	Categoría post
13	No le quiso contar el secreto a la mamá.	d	le dijo a su mamá	a
14	(latencia alargada) no les quiere hablar	d	les pide disculpas (ríe)	a
17	Porque se siente sola y se siente sola y porque la amiga no quería jugar con ella	e	porque se siente mal, porque le grita a sus amigas	a
18	A la mamá o al papá.	a	a mamá y papá y amiga	a

En este cuadro se observan cambios importantes entre los contenidos entregados por la niña en la evaluación pre y post intervención. Se registra un predominio de cambios en las categorías asignadas a las respuestas en ambas evaluaciones, presentando sólo un ítem sin cambio de categoría, en el cual sin embargo también se observa un cambio a nivel de contenidos en la respuesta.

En la primera evaluación, la niña presenta una posición orientada a mantener la dinámica del secreto, mostrando incapacidad para acudir a figuras de confianza. Además, se aprecia una conducta de aislamiento y evitación frente a los conflictos con las figuras significativas, junto con la presencia de sentimientos de rechazo por parte del grupo de pares.

En cambio, en la evaluación posterior a la intervención terapéutica la niña presenta una conducta activa de romper la dinámica del secreto acudiendo a sus figuras de confianza, específicamente a la madre. Sumado a esto, la niña evoluciona en lo que se refiere a la resolución de los conflictos interpersonales, buscando la interacción con las figuras implicadas, reconociendo sus propios estados internos y acciones relacionados con los conflictos con los pares, no apareciendo los sentimientos de rechazo. Además, se observa que la niña amplía sus redes de confianza, incorporando en primer lugar a la figura materna, luego a la figura paterna y también a una amiga, no optando entre una de ellas sino considerándolas a todas como figuras en las cuales puede confiar.

Caso 5

Item n°	Respuesta pre	Categoría pre	Respuesta post	Categoría post
13	Decirle a la mamá o a alguien de confianza.	b	Se quedó callada	d
14	Contarle a otra persona su enojo, la rabia.	c	Le dice a alguien de confianza	c
17	Porque se debe sentir demasiado insegura.	a	Porque se siente insegura, de que le vaya a pasar lo mismo que le pasó con el tío	b
18	A alguien de confianza (río)	d	a su mejor amiga o a la mamá	a

En este cuadro, se observan cambios importantes en las respuestas entregadas por la niña en las evaluaciones pre y post intervención, predominando diferencias en las categorías asignadas a las respuestas en cada evaluación.

Se aprecia en un primer momento que la niña presenta intenciones de recurrir a la figura materna o a otras figuras de confianza ante situaciones conflictivas, mostrando conductas orientadas a la resolución de conflictos con figuras significativas a través de la interacción con otros no implicados en el conflicto, reflejando capacidad para recurrir a figuras de confianza diferentes a las figuras parentales. Sin embargo, no logra identificar figuras específicas y concretas de confianza a las cuales acudir ante situaciones de riesgo. En cuanto a

la presencia de tendencias al aislamiento, se registran estados emocionales de inseguridad, sin especificar otros elementos asociados a este sentimiento.

En cambio, en la evaluación post intervención, la niña reconoce sentimientos de inseguridad asociados al temor de una nueva situación de abuso sexual, buscando entonces la soledad como una forma de protección ante esta amenaza. La niña logra identificar figuras específicas a las cuales acudir ante situaciones de riesgo, refiriéndose a figuras correspondientes al grupo de pares (mejor amiga) y al grupo familiar (mamá), a pesar de registrar dificultades para acudir a éstas, principalmente a las figuras parentales, presentando una conducta orientada a mantener la dinámica del secreto.

Caso 6

Item n°	Respuesta pre	Categoría pre	Respuesta post	Categoría post
13	No le hizo caso al tío porque el secreto era un poco incómodo y no lo quería guardar, le dijo `no guardaré el secreto, le diré a mi mamá y ella pensará en el secreto, le diré a ella que lo guarde`. (actúa).	b	Margarita le dijo a la mamá porque se sentía muy incómoda, por eso el tío la retó	a
14	Porque los papás están retando al niño, le dicen `basta, no grites más` y la niña les dice `porqué lo hacen`. (actúa).	a	los papás la retan (¿?) y Margarita se enoja porque la retan	b
17	Porque está muy enojada porque el papá la regañó y no quiere que entre a su pieza para regañarle de nuevo.	d	porque está muy cansada de jugar, no, de que la reten	b
18	A su mejor amiga.	c	a su mamá y a su lela	a

En este cuadro, se observan importantes cambios en las respuestas entregadas por la niña en la evaluación pre y post intervención, apreciándose diferencias en las categorías asignadas a todas las respuestas.

En la evaluación pre intervención se observan intenciones de la niña de romper la dinámica del secreto y acudir a la madre ante situaciones conflictivas, sin embargo, esto no se traduce en acciones realizadas, manteniendo el secreto. Así, se observa dificultad de acudir a figuras protectoras, refiriéndose a figuras correspondientes al grupo de pares (a su mejor amiga) las cuales pueden resultar poco protectoras ante situaciones de riesgo. Se observa la presencia de estados emocionales de enojo asociados a conflictos con figuras parentales, apreciándose una tendencia a resolverlos a través de la búsqueda de interacción con las figuras implicadas en el conflicto.

En la evaluación posterior al tratamiento, en cambio se observa que la niña asocia la soledad a un espacio de protección ante situaciones conflictivas con las figuras significativas percibidas de manera amenazante. Además, es posible apreciar que la niña logra romper la dinámica del secreto a través de la realización de acciones específicas, al acudir a figuras protectoras, refiriéndose a figuras adultas del contexto familiar (a su mamá y a su lela) a las cuales recurrir ante situaciones de riesgo.

6. RESUMEN DE RESULTADOS

6.1- Comprobación de hipótesis:

Las cuatro hipótesis específicas del presente estudio se comprobaron.

De esta forma, la hipótesis 1 fue confirmada, en tanto todas las participantes de la psicoterapia grupal presentaron cambios positivos en la subvariable autoconcepto social encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre la evaluación previa al tratamiento y la evaluación posterior a éste, a través del dibujo de sí misma.

La hipótesis 2 fue confirmada, presentando todas las participantes de la psicoterapia grupal cambios positivos en la subvariable autoconcepto corporal encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre la evaluación previa al tratamiento y la evaluación posterior a éste, a través del dibujo de sí misma.

La hipótesis 3 fue confirmada, en tanto todas las participantes de la psicoterapia grupal presentaron cambios positivos en la subvariable sentimientos del propio poder, encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre la evaluación previa al tratamiento y la evaluación posterior a éste, a través del dibujo de sí misma.

La hipótesis 4 también fue confirmada, presentando todas las participantes de la psicoterapia grupal cambios positivos en la subvariable confianza relacional, encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre la evaluación previa al tratamiento y la evaluación posterior a éste, a través del dibujo de la familia.

6.2- Evaluación del proceso de implementación

En términos generales cabe señalar que el diseño de intervención implementado (ver página 104) resultó operativo, presentándose las actividades adecuadas para el logro de los objetivos de la intervención.

En cuanto a aspectos generales del proceso de implementación, fueron convocadas 8 niñas para participar en la terapia grupal, 2 de las cuales desertaron de la terapia. Las otras 6 participantes presentaron una asistencia regular hasta el final de la terapia.

En relación a la duración de las sesiones, según el diseño original se había definido una hora y media para cada reunión. Sin embargo, desde la segunda sesión, se observó que este

tiempo resultaba insuficiente para la realización de todas las actividades diseñadas para el cumplimiento de los objetivos planteados, por lo cual se definió una duración de dos horas para cada reunión, lo que se consideró adecuado para la elaboración de las temáticas surgidas. Además, cabe señalar que las participantes en su mayoría no llegaban a la hora de inicio acordada, retrasando el comienzo de las sesiones.

En general, las participantes lograron involucrarse en las actividades propuestas, mostrando un alto grado de motivación y disposición al trabajo, comprometiéndose emocionalmente en las actividades o temáticas abordadas, siendo receptivas tanto con las terapeutas como con las otras compañeras, aportando contenidos relevantes que permitieron el logro de un clima positivo y de intercambio activo al interior del grupo.

En cuanto a las terapeutas, presentaron un adecuado desempeño durante la ejecución de la terapia grupal, mostrando una actitud flexible, comprensiva y receptiva al realizar las intervenciones, que se orientaron principalmente hacia el logro de la cohesión grupal y la elaboración personal y grupal de los conflictos. El rol desempeñado por las terapeutas se mostró adecuado para el beneficio terapéutico de las niñas.

Las sesiones en general se realizaron de acuerdo al diseño original. Sin embargo, en algunas ocasiones se hicieron modificaciones previo a la realización de éstas, en aspectos tales como actividades a incluir en la sesión, contenidos abordados, metodología de las actividades, etc., destacando que algunas de las actividades o sesiones fueron modificadas al considerar los tiempos reales de ejecución de éstas. También, se realizaron modificaciones durante el desarrollo de algunas sesiones, debido a falta de tiempo o debido al surgimiento de conflictivas relevantes en las participantes, que implicaban la realización de un dialogo grupal no planificado respecto a esta conflictiva específica.

Resulta importante considerar que en general las actividades realizadas posibilitaron el logro de los objetivos planteados para éstas, permitiendo la expresión y elaboración de la experiencia de abuso sexual por parte de las niñas.

Resultó especialmente operativa la realización de actividades lúdicas o de interacción activa entre las niñas al inicio de las sesiones, que los contenidos a trabajar en las sesiones surgieran de las niñas, y la utilización de una metodología que alternara actividades centradas en la acción con actividades de predominio verbal.

Como aspectos relevantes destaca que faltó al diseño original planificar una actividad de tipo corporal con los objetivos de promover el reconocimiento de sensaciones corporales y facilitar la identificación de necesidades y deseos, en las sesiones referidas al tema del cuerpo. Además surge como un contenido relevante, la confianza al interior del grupo, el cual no fue considerado en la realización de alguna actividad específica en el diseño original.

Un aspecto de suma importancia durante la implementación de la terapia grupal fue que en la 10ª sesión una de las niñas (caso 6) revela una situación actual de abuso sexual por parte de su padrastro, situación que no había revelado anteriormente. Debido a esto, las sesiones 10ª y 11ª son modificadas, para poder abordar de manera adecuada este tema.

Respecto a la sesión n°12 (madre-hija), se realizó en términos generales de manera adecuada, sin embargo, una de las madres se muestra descalificadora de su hija (caso 5), presentando grandes dificultades para acogerla, identificar sus logros en la terapia grupal y reforzarlos, causando en la niña un impacto emocional negativo, que posiblemente influyó en la evaluación post-intervención realizada en la misma sesión.

6.3- Modificaciones realizadas al diseño original a partir de la evaluación de la intervención

A partir de la evaluación acerca de la implementación de la intervención terapéutica grupal y los cambios presentados en las niñas, se realizaron una serie de proposiciones de variaciones al diseño original de la terapia grupal (ver pag 104) para lograr de mejor manera los objetivos de ésta. Estas modificaciones se incluyeron en el diseño final propuesto (ver anexo n° 10).

Las consideraciones generales de la intervención se mantienen sin modificaciones, a excepción de la duración de las sesiones, definiéndose un tiempo de 2 horas de duración por cada sesión.

La estructura interna de las sesiones de la terapia grupal diseñada resultó adecuada, por lo cual permanece sin modificaciones. Cada sesión comienza con un ritual de inicio, luego se realizan actividades terapéuticas y finalmente una evaluación y un ritual de cierre.

En cuanto a las actividades terapéuticas centrales, se consideró no incluir gran cantidad de actividades terapéuticas en cada sesión, planificándose en algunos casos menos actividades que permitieran el cumplimiento de varios objetivos terapéuticos, diseñándose un número reducido de actividades terapéuticas por sesión, dependiendo de sus características (duración, metodología, objetivos, procedimientos).

Se considera como relevante la planificación de actividades, aunque con flexibilidad de las terapeutas para realizar algunas modificaciones al diseño, si aparecen contenidos relevantes a los cuales destinar atención. Sin embargo, se considera necesario que a pesar de realizar ciertas modificaciones a las sesiones, las intervenciones de las terapeutas vayan orientadas hacia el cumplimiento de los objetivos de las fases de la intervención.

En cada una de las sesiones, existen actividades que fueron consideradas adecuadas y permanecen sin modificaciones.

Otras actividades se suprimen por no considerarse operativas o por el exceso de actividades presentes en las sesiones. Dentro de éstas, resalta que se suprime las actividades de trabajo en el hogar, debido a que no aporta al cumplimiento de logros terapéuticos, resultando poco operativa. También se suprimen las actividades de recapitulación (excepto al final de la terapia grupal), ya que durante la implementación se observó que a pesar de tratarse temas relevantes, estos no emergían espontáneamente de las niñas, generando desmotivación en éstas.

Además se agregan algunas actividades, dentro de las cuales destaca, que se agrega una actividad con metodología de ejercicio corporal a las sesiones que abordan el tema del cuerpo

y, que se agrega dentro de las sesiones iniciales una actividad referida a abordar específicamente el tema de la confianza al interior del grupo.

Otras actividades se modifican principalmente en relación a la variación de sus metodologías o procedimientos, o la inclusión de más contenidos a abordar.

Resalta que en la sesión nº 12 (madre-hija), las actividades se mantienen sin modificaciones, sin embargo, se considera adecuado modificar el orden de la realización éstas, realizándose primero la entrevista con la madre y posterior a esto el dialogo madre-hija.

6.4- Evaluación cualitativa de cambios inmediatos observados en las participantes a través del proceso terapéutico grupal

En cuanto a la subvariable autoconcepto social, las interacciones positivas que se generan al interior del grupo, influyen de manera significativa en la experiencia que las participantes tiene de sí mismas en la relación con los otros, observándose cambios importantes en todas las participantes. Estos se relacionan con el desarrollo de sentimientos de pertenencia e inclusión en el grupo de pares, que constituyen factores de cambio en lo que se refiere a las percepciones vinculadas a la capacidad para establecer relaciones interpersonales con pares, los sentimientos de competencia social, solidaridad y aceptación por otros.

En la subvariable autoconcepto corporal, se aprecia que la experiencia de contacto corporal adecuado al interior del grupo, produce un cambio significativo en la relación que las niñas tienen con su propio cuerpo, integrando a la imagen de sí mismas representaciones y sentimientos positivos relacionados con la percepción que tienen de éste, otorgándole un nuevo y positivo significado al mismo.

En relación a la subvariable sentimiento del propio poder, se observa que a través del trabajo terapéutico las participantes presentan cambios importantes al desarrollar un sentimiento fuerte del propio poder, pudiendo experimentar la satisfacción y gratificación de ejercer un poder adecuado a su edad, vivenciando las consecuencias positivas que tienen sus acciones en el medio externo y asumiendo una posición más activa en la interacción con éste.

Respecto a la confianza relacional, se aprecia que el trabajo terapéutico realizado resulta beneficioso para las participantes, produciendo cambios significativos en éstas, que potencian el desarrollo de recursos protectores individuales al recuperar la vivencia interna de estabilidad y predictibilidad en las relaciones interpersonales.

6.5- Análisis cualitativo del Test de Margarita

La evaluación proyectiva verbal, test de Margarita, muestra que en la subvariable autoconcepto social, todas las niñas presentan cambios entre los resultados entregados en la evaluación pre y post intervención, logrando luego de la intervención reconocer estados emocionales o condiciones situacionales que dificultan la integración dentro del grupo de pares

En la subvariable autoconcepto corporal, entre la evaluación pre y post intervención, se observan diferencias significativas en todas las niñas, especialmente en relación a la

percepción del propio cuerpo, logrando todas las participantes en la evaluación post intervención referirse a aspectos de la corporalidad, tales como sensaciones corporales específicas. Incluso, algunas niñas logran reconocer y expresar sensaciones corporales de incomodidad y desagrado asociadas a la experiencia de abuso sexual vivida.

Respecto a la subvariable sentimiento del propio poder, todas las niñas presentan cambios importantes entre la evaluación pre y post intervención, apreciándose luego de la intervención un predominio de contenidos relacionados con una mayor capacidad para identificar y anticiparse a situaciones de riesgo de un nuevo abuso sexual, mostrándose las participantes más decididas y claras en cuanto a las reacciones adecuadas para enfrentar este tipo de situaciones, manifestando conductas autoprotectoras.

En cuanto a la subvariable confianza relacional, se observan diferencias entre los resultados entregados en la evaluación pre y post intervención, presentando todas las participantes en la evaluación posterior al tratamiento una mayor capacidad para recurrir a las figuras significativas, especialmente la madre, identificando la mayoría de las niñas la importancia de romper la dinámica del secreto acudiendo a figuras de confianza.

VII- CONCLUSIONES

El objetivo de la presente investigación ha sido construir un modelo de intervención psicoterapéutica grupal para las víctimas infantiles de abuso sexual, orientada a la reparación de la experiencia abusiva y la superación de los efectos psicológicos ocasionados por ésta.

La investigación logró cumplir su objetivo, al diseñar una intervención grupal de carácter terapéutico - basada en la integración de conocimientos teóricos específicos -, implementarla en un centro de atención a víctimas de abuso sexual y evaluar sus resultados de manera piloto.

Los resultados de la investigación, comprobaron las cuatro hipótesis específicas planteadas en este estudio.

De esta forma, se observó que las niñas que participaron en la terapia grupal presentaron un **cambio positivo en su autoconcepto social** (hipótesis 1), constituyendo la intervención diseñada un proceso interpersonal que incidió de manera beneficiosa en la visión que las niñas tienen de sí mismas en la dimensión social, experimentando en el espacio grupal interacciones positivas con pares, en las cuales las participantes elaboraron la vivencia compartida de haber sido víctima de abuso sexual. Esta elaboración, que operó tanto a nivel individual como grupal, conformó un elemento significativo del proceso de reparación de la experiencia abusiva, generando en las niñas una disminución de los sentimientos de culpa, vergüenza y aislamiento asociados por esta experiencia, lo cual constituyó la superación de los efectos psicológicos -ocasionados por el abuso sexual-, principalmente en relación a la dinámica de estigmatización descrita por Finkelhor y Browne (1985).

En cuanto al **autoconcepto corporal**, las niñas participantes de la intervención, presentaron cambios positivos en ésta área (hipótesis 2), constituyendo la terapia grupal un factor de cambio respecto a la relación que las niñas tienen con su propio cuerpo, a través del contacto emocional con éste y la vivencia de interacciones físicas de carácter lúdico - adecuadas a la edad- al interior del grupo, logrando atribuir un nuevo significado a la corporalidad, transgredida en la situación de abuso sexual. Esto, contribuyó a la reparación de la experiencia abusiva, al configurarse la sexualidad y el reconocimiento del propio cuerpo de una forma evolutivamente apropiada, superándose de esta manera los efectos del abuso sexual relacionados con la dinámica de la sexualización traumática.

Respecto al **sentimiento del propio poder**, las niñas que participaron en la terapia grupal presentaron un cambio positivo en este ámbito (hipótesis 3), configurándose la terapia grupal como una experiencia en que las niñas, a través de la participación activa y decidida en las relaciones interpersonales con sus pares lograron reconocer la propia capacidad para ejercer acciones en el medio externo, integrando a la imagen de sí mismas representaciones y sentimientos positivos relacionados con la percepción de su poder para influir en el ambiente. Al ejercer las niñas un poder adecuado a su edad, pudieron ir integrando la experiencia abusiva a su historia vital, recuperando la percepción de capacidad para controlar eventos externos nocivos y los sentimientos de eficacia y confianza personal, deteriorados a partir de la experiencia de abuso sexual, logrando enfrentarse adecuadamente al ambiente, superándose de esta forma los efectos relacionados con la dinámica de la indefensión o pérdida de poder.

Finalmente, en la terapia grupal las participantes presentaron un cambio positivo en cuanto al sentimiento de confianza relacional, (hipótesis 4), a través del desarrollo de relaciones interpersonales basadas en la confianza, las cuales les permitieron elaborar cognitivamente y emocionalmente los aspectos dañados del vínculo con las figuras significativas que no fueron protectoras durante la experiencia de abuso sexual, principalmente la madre. Este proceso de reparación de vínculos de confianza, generó el desarrollo de recursos protectores en las niñas, al recuperar éstas la vivencia interna de estabilidad y predictibilidad en las relaciones interpersonales, restableciéndose la capacidad para confiar de manera discriminada en otros, reparando así estos aspectos de la experiencia abusiva y superando los efectos ocasionados por ésta que se asocian a la dinámica de la traición.

Cada uno de los procesos anteriormente señalados, que evidencian la comprobación de las hipótesis específicas, configuran de manera integrada el trabajo terapéutico grupal realizado, el cual implicó el desarrollo progresivo e interrelacionado de los logros terapéuticos que en su conjunto permitieron la reparación de la experiencia abusiva, en tanto las participantes lograron dar un nuevo significado a la experiencia de abuso vivida, en un contexto de interacción con pares, lo cual les posibilita continuar su proceso de desarrollo evolutivo normal. Lo anterior, constituye un fundamento que permite confirmar la hipótesis general del presente estudio: *La psicoterapia grupal en niñas víctimas de abuso sexual permite la reparación de la experiencia abusiva y la superación de los efectos psicológicos ocasionados por ésta.*

De acuerdo a esto, es posible señalar que la intervención grupal implementada, potenció la reparación de la experiencia abusiva, evidenciando que el diseño construido fue adecuado para el cumplimiento de los objetivos propuestos, destacando en este aspecto el rol fundamental que tuvo la integración de diferentes planteamientos teóricos para definir los elementos que conformaron la terapia grupal como un espacio terapéutico particular que resultó beneficioso para sus participantes.

En este sentido, el modelo propuesto por Finkelhor y Browne (1985), constituyó un pilar teórico fundamental, al proporcionar directrices para comprender y explicar la complejidad que configuran los diversos efectos ocasionados por el abuso sexual infantil, a través de la diferenciación de los procesos psicológicos que subyacen a distintas áreas del mundo psíquico del niño -estigmatización, sexualización traumática, indefensión, traición-, cada uno de los cuales se encuentra interrelacionado y, a la vez, asociado a aspectos específicos de la dinámica abusiva vivida. La elección de este modelo para guiar la intervención, resultó apropiada en tanto entregó herramientas para estructurarla y organizarla, focalizando el trabajo terapéutico en las áreas propuestas por estos autores, las cuales involucran las profundas conflictivas que trascienden y subyacen a la sintomatología característica de los niños abusados sexualmente, permitiendo orientar los objetivos terapéuticos de la intervención hacia la superación de dichas conflictivas y no exclusivamente a la remisión de los síntomas asociados a éstos.

Los resultados de la investigación, muestran en la aplicación práctica los beneficios de la utilización de este modelo para el diseño de intervenciones terapéuticas, especialmente al posibilitar el establecimiento de fases para abordar de manera focalizada ciertas áreas conflictivas, ordenando la intervención de un modo secuencial y estratégico, según el formato de la terapia (individual, grupal, etc.) y las metas o resultados esperados en ésta. De esta forma, se observó que en la terapia grupal abordar en primer lugar los aspectos sociales no

sólo es beneficioso sino también necesario, ya que la integración y cohesión del grupo es la tarea inicial que deben enfrentar los terapeutas para que éste se constituya en un espacio que posibilite el cambio terapéutico - elaborando distintas áreas conflictivas - y no perjudique emocionalmente a sus participantes, debido a la existencia de rechazo social entre sus miembros.

Si bien, resultó operativo **secuenciar y diferenciar las fases de la terapia**, por otra parte, fue **fundamental asumir una posición flexible** respecto a éstas, en tanto los objetivos de las fases se interrelacionaron constantemente durante el proceso terapéutico, lo cual se mostró positivo en el sentido de que **permitió que las participantes fueran elaborando cognitiva y emocionalmente, de manera integrada, los diferentes procesos y conflictivas que subyacen a la dinámica abusiva.**

Con respecto a esto, los desarrollos teóricos acerca de la terapia del abuso sexual, configuraron una valiosa fuente de conocimientos específicos que proporcionó fundamentos para comprender los procesos implicados en la reparación de la experiencia de abuso sexual infantil, contribuyendo a la determinación de líneas de intervención centradas en estos procesos, constituyendo así un elemento esencial en la construcción de los objetivos de la terapia grupal.

La cualidad y la profundidad de los procesos que conducen a la reparación, así como la preeminencia de diferentes conflictivas asociadas al abuso en las niñas (culpa, vergüenza, indefensión, etc.), se constató tanto en las evaluaciones realizadas previo a la intervención - **pruebas gráficas, test de Margarita y pauta de evaluación clínica** -, como en la etapa inicial del proceso terapéutico. Esto evidenció, la existencia de distintos niveles de elaboración e **integración de la experiencia abusiva a la historia personal y, además, mostró la complejidad de abordar grupal y terapéuticamente los diferentes procesos presentes en cada niña.**

Aún cuando esta realidad en un comienzo se presentó como una dificultad para las terapeutas, durante el proceso grupal se reveló como un recurso fundamental que permitió generar un intercambio activo y recíproco entre las niñas, las cuales se retroalimentaron mutuamente al compartir diferentes perspectivas y niveles de elaboración respecto a una temática común, potenciando el proceso de reparación individual y grupal, el cual finalmente resultó positivo para todas las niñas. No obstante, al analizar los resultados individuales posterior a la intervención se pueden apreciar las diferencias que presentan las niñas, las cuales se relacionan con el nivel inicial observado, demostrando cambios singulares intrasujeto.

En relación a esto, la incorporación de una perspectiva evolutiva en la construcción de la intervención, resultó idónea para dimensionar la trascendencia de estas conflictivas en el proceso de desarrollo normal de las niñas que han sido víctimas de abuso sexual y el modo en que esta experiencia es significada desde la subjetividad infantil. Esto permitió guiar los objetivos de la intervención hacia el reestablecimiento de las características del curso evolutivo que permiten la construcción de una identidad positiva e integrada al resignificar la experiencia abusiva e integrarla de manera adaptativa a la historia vital.

En la implementación de la terapia grupal, se observó la importancia de las consideraciones evolutivas para comprender las variables del desarrollo psicológico que se involucran en la elaboración de la experiencia abusiva, según la etapa en que se encuentran las

niñas participantes, en tanto las características evolutivas influyen las formas en que éstas pueden atribuir un nuevo significado a la experiencia.

Desde esta perspectiva, las cualidades generales del desarrollo cognitivo, socio-emocional, moral y psicosexual de la etapa evolutiva de las niñas participantes, guió tanto los objetivos terapéuticos como las intervenciones diseñadas para dar cumplimiento a los mismos. No obstante, la particularidad de las experiencias subjetivas de las participantes, así como las historias vitales a través de las cuales han construido sus esquemas representacionales, constituyen elementos que diferencian la resignificación que cada niña construye de la experiencia abusiva y, de esta forma, la manera en que la integración de la experiencia a la propia historia influye en el proceso de conformación de la identidad personal.

Considerando el lugar preponderante que poseen *los otros* en la construcción de la identidad, especialmente en este grupo etario (8-10 años), en donde las relaciones interpersonales con pares cobran mayor relevancia, la modalidad de intervención grupal resultó cardinal para el proceso de conformación de una identidad positiva e integrada en las niñas participantes, al generar en un contexto terapéutico protegido interacciones adecuadas y nutritivas que retroalimentaron las percepciones y representaciones que las niñas tenían de sí mismas, principalmente en relación a los conflictos asociados al abuso sexual.

Los hallazgos existentes en la literatura respecto a este tipo de intervención - terapia grupal-, confirmaron la importancia de esta modalidad de trabajo y, además, entregaron una base sólida de conocimientos que se integraron a la intervención, principalmente, a las consideraciones técnicas que guiaron el manejo e intervenciones de las terapeutas, a través de la comprensión de los procesos que se generan en los grupos y la manera en que éstos podían potenciar el cambio terapéutico de las participantes.

La utilización de estos conocimientos en la implementación de la terapia grupal, se plasmaron en el desarrollo y etapas que vivió el grupo durante el proceso terapéutico, las cuales pudieron ser manejadas adecuadamente por las terapeutas hacia el logro de los objetivos. Así, las terapeutas pudieron identificar los recursos de los diferentes miembros y los intensos procesos grupales que se generaron, los que de manera integrada y conjunta fueron vehiculizados a la conformación de una dinámica grupal caracterizada por la cohesión y pertenencia grupal, definiéndose las metas y las expectativas de la terapia a través del consenso de sus miembros, potenciando así la participación activa y comprometida al interior del grupo que, en definitiva, permitió cumplir las metas de la intervención.

En este punto, resultaron especialmente relevantes las consideraciones teóricas acerca de la composición y selección de los grupos, ya que permitieron determinar las características del grupo que posibilitaron este desarrollo del proceso terapéutico, anticipando y evitando dificultades que interfirieran en éste y, en definitiva, en el cumplimiento de sus objetivos.

De este modo, la elección de las características de las participantes se relacionaron directamente con la particularidad del grupo que se consideró óptima - basado en consideraciones teóricas- para producir un cambio terapéutico beneficioso para las mismas, lo cual resultó en correspondencia con lo observado al finalizar la intervención. Sin embargo, al analizar el proceso realizado surgen otras posibilidades de composición y selección del grupo

que también pueden resultar beneficiosas, modificando algunas variables consideradas para esto, como por ejemplo, sexo, edad, tipo de abuso sexual y número de participantes.

En este aspecto, destaca que la similitud de experiencias acerca del abuso sexual condujo a una vivencia de generalidad que resultó esencial dentro del grupo, pero también emergieron diferencias que enriquecieron el intercambio interpersonal, ampliando las formas de significar la experiencia en cada una de las participantes y en el grupo como un todo. A partir de esto, aparece como inquietud la posibilidad de conformar un grupo que incluya niñas con diferentes experiencias de abuso sexual, incorporando también víctimas de abusos incestuosos, que potencie desde la diferencia de experiencias y la generalidad de la vivencia de transgresión la elaboración del abuso sexual.

En esta línea, contribuyeron a orientar y definir el diseño de la intervención específicamente las experiencias de terapia grupal en víctimas de abuso sexual, las cuales entregaron luces respecto a diferentes formas de trabajo en esta área, evidenciando los diversos caminos que pueden conducir a la reparación. En este sentido, cabe señalar que en general se destaca en la literatura, como beneficio principal de este tipo de intervención - para la reparación - la interacción con otros niños víctimas de abuso sexual que permite la disminución de los sentimientos de aislamiento y estigmatización ocasionados por el abuso sexual. En concordancia con esto, los resultados obtenidos en la presente investigación, muestran que la terapia grupal beneficia efectivamente esta área social, sin embargo también destacan el beneficio significativo en las otras tres áreas abordadas - corporal, poder, confianza -, todas las cuales son centrales en el proceso de reparación de la experiencia abusiva.

En la construcción del diseño de intervención, se consideró el proceso de reparación integrando los conocimientos teóricos aportados desde la victimología, principalmente en cuanto a la posibilidad de que la elaboración de la experiencia vivida pudiera prevenir los efectos a largo plazo del abuso sexual, como son la carrera victimal y la transformación de víctimas en victimarios. En este sentido, la atribución de un nuevo significado a la experiencia abusiva, la superación de los efectos ocasionados por el abuso sexual y la construcción de una identidad positiva e integrada, en un contexto de interacciones interpersonales basadas en el respeto, la responsabilidad, la confianza, la justicia y la reciprocidad, permiten prevenir que las niñas conformen su identidad personal en torno al rol de víctima y/o victimario, evitando que éstas sean nuevamente víctimas de agresiones sexuales e incurran en acciones abusivas hacia otros.

Más allá de los aspectos globales aportados desde la teoría que permitieron el cumplimiento de los objetivos de la intervención, surge también como necesario destacar los aspectos técnicos que específicamente en la aplicación práctica de la terapia grupal condujeron a los resultados analizados, demostrando la relevancia de éstos en el quehacer clínico.

Durante el proceso de implementación, se observó que las diferentes metodologías utilizadas resultaron significativas para aportar conocimientos acerca de las técnicas que resultan más adecuadas en este tipo de intervención. En este sentido, la mayoría de las técnicas utilizadas fueron adecuadas para el cumplimiento de los objetivos propuestos para cada una de las fases de la intervención. En relación a esto, es importante señalar que es fundamental que las técnicas utilizadas estén al servicio del cambio terapéutico de las niñas, requiriéndose que las terapeutas presenten flexibilidad para ir abordando los contenidos relevantes que surjan de

las participantes, privilegiando el trabajo terapéutico de estos contenidos, y el logro de los objetivos de las fases de la terapia grupal, más que el cumplimiento formal de las actividades programadas.

Considerando este aspecto, como parte de las modificaciones al diseño de la intervención, se propuso reducir la cantidad de actividades estructuradas, debido a que se observó que un menor número de actividades por sesión facilitó un mayor despliegue de las conflictivas de las participantes, ampliando las posibilidades de abordarlas adecuadamente de manera terapéutica, respetando el encuadre de las sesiones, principalmente el tiempo de duración establecido para éstas.

En esta misma línea, en la aplicación práctica se encontró que proponer actividades a realizarse fuera del contexto terapéutico (trabajo en el hogar), no resultó efectivo ni beneficioso para las participantes, incluso produjo incomodidad en éstas. Debido a esto, se considera esencial respetar el encuadre terapéutico, realizando todas las actividades dentro del espacio protegido de la terapia grupal.

La utilización de diferentes metodologías, principalmente participativas y expresivas, que implicaban diversas formas de organización de la experiencia - verbales, corporales, acción, etc -, y la incorporación de consideraciones evolutivas en las actividades de modo que éstas se adecuaron a las capacidades de elaboración cognitiva y emocional de las niñas participantes, en conjunto resultaron beneficiosos, permitiendo que éstas resignificaran de manera integrada y de acuerdo a su nivel evolutivo la experiencia de abuso sexual.

Cabe destacar, que la utilización de actividades que consideraban historias acerca de experiencias similares a las vivenciadas por las participantes (cuentos, video, etc.) propuestas por las terapeutas, generaron la expresión de las niñas acerca de sus experiencias, identificándose éstas con los protagonistas de las historias, proyectando sus conflictivas, sentimientos y pensamientos. Este tipo de actividades, resultaron efectivas como estímulos para la introspección y externalización de conflictos, sin embargo, fue necesario incorporar otra actividad que permita elaborar estas conflictivas tanto a nivel individual como grupal.

En este sentido, se observó como un elemento fundamental incluir posterior a la realización de estas actividades, un dialogo grupal, que posibilitó la expresión espontánea de conflictivas significativas en las participantes, compartiendo diferentes experiencias entre pares, abordándose terapéuticamente a través de las intervenciones de las terapeutas, según las necesidades del grupo y sus participantes, permitiendo una elaboración cognitiva y explícita de las conflictivas surgidas.

A partir de lo anterior, resalta la importancia del grupo como principal agente de cambio terapéutico, sin embargo el rol y las funciones desempeñadas por las terapeutas durante el proceso del grupo, aparece como uno de los aspectos que atraviesa de modo significativo toda la terapia, destacándose no sólo las intervenciones y las consideraciones técnicas, sino que especialmente la relación entre terapeutas y pacientes. Así, se observó que una actitud empática, respetuosa y receptiva por parte de las terapeutas, permitió la construcción de un vínculo reparador para las participantes, al vivenciar éstas una relación con figuras adultas caracterizada por la aceptación y contención, lo cual generó la integración de nuevas

representaciones acerca de figuras que pertenecen al mundo adulto, que influyó positivamente en el proceso terapéutico de las niñas.

En cuanto a las terapeutas, surgió durante la implementación de la intervención, como un elemento necesario para un adecuado manejo de la terapia grupal, la división de roles y funciones entre éstas de manera alternada, incluso dentro de una misma sesión, requiriéndose que una de ellas asumiera una posición más activa de conducir la dinámica grupal, mientras que la otra se abocara a observar las interacciones entre los miembros, interviniendo desde una posición más externa con una visión más global del grupo en general.

Considerando el análisis, principalmente del *devenir* grupal, es posible establecer la necesidad de que las participantes de la terapia grupal se encuentren en una instancia de atención psicológica en el centro en el cual se lleve a cabo ésta, ya sea en evaluación o tratamiento, debido a que la identificación como pacientes de una institución que se dedica a la asistencia de víctimas de abuso sexual, junto con la capacidad de reconocer y verbalizar la experiencia abusiva, se constituyeron como aspectos fundamentales que permitieron el adecuado funcionamiento de una dinámica grupal que potenció la reparación de la vivencia de abuso. No obstante, surge como inquietud la posibilidad de realizar grupos con niñas que no han recibido atención psicológica, investigando la efectividad del trabajo terapéutico grupal como única forma de intervención para lograr la reparación de la experiencia abusiva.

Además, se observó durante la terapia grupal, que no era preciso que las niñas continuaran paralelamente su proceso terapéutico individual, en tanto las participantes se involucraron intensamente con el contexto grupal, siendo éste suficiente para abordar adecuadamente los conflictos surgidos en éstas. Sin embargo, es importante resguardar el mantenimiento del vínculo con la terapeuta individual, encontrándose éste disponible si aparecen conflictivas en el espacio grupal que requieran un apoyo y/o elaboración en el contexto particular del tratamiento individual.

En este mismo sentido, apareció sumamente relevante que las niñas posterior a la finalización de la intervención grupal retomaran la terapia individual para cerrar el proceso terapéutico en el centro, o, continuar éste por el tiempo que se requiera, de manera diferenciada, según las necesidades de cada niña. Un ejemplo de esto último, es que una de las niñas (caso 6) a partir del proceso grupal vivido devela en este contexto una nueva situación abusiva, lo cual evidenció por una parte el poder terapéutico del grupo para producir cambios significativos en sus miembros, pero por otro mostró la emergencia de problemáticas críticas que requieren de un espacio terapéutico individual para ser elaboradas. Además, se observó la importancia de incluir en el tratamiento de las niñas a los padres, ya que éstos, y en especial la madre, cumplen un rol fundamental en el proceso de reparación.

Específicamente, en cuanto a la evaluación realizada de la terapia grupal como parte de los procedimientos de la investigación, ésta entregó información relevante, válida y confiable, tanto del proceso llevado a cabo (evaluación de la implementación y evaluación de cambios inmediatos), como de los resultados finales obtenidos (comparación evaluación pre y post intervención), aún cuando éstos no son concluyentes debido a las características del estudio (diseño exploratorio - piloto).

Al analizar críticamente la evaluación, es relevante señalar que realizar la **evaluación pre y post intervención de la terapia grupal**, fue un proceso complejo metodológicamente, especialmente en cuanto a buscar las técnicas más adecuadas, presentándose algunos inconvenientes, siendo el principal la inexistencia en nuestro medio nacional de instrumentos específicos que permitieran evaluar los efectos psicológicos ocasionados en las víctimas producto del abuso sexual, para lo cual las investigadoras debieron diseñar instrumentos (test de margarita, pauta de evaluación de las terapeutas) y seleccionar instrumentos inespecíficos (pruebas gráficas). En términos generales, estos instrumentos resultaron adecuados, permitiendo evaluar satisfactoriamente las subvariables del presente estudio.

Destacan en cuanto a su adecuación como técnica de evaluación, las pruebas gráficas, las cuales permitieron evaluar de manera proyectiva los cambios presentados por las niñas en la terapia grupal, siendo posible hacer una operacionalización de dichos cambios, tanto de manera descriptiva como comparativa, entregando datos cuantitativos estadísticamente significativos, a través de los cuales se comprobaron las hipótesis del presente estudio.

En relación al análisis cualitativo, el test de Margarita, resultó ser un instrumento proyectivo adecuado, que entregó contenidos relevantes acerca de las niñas, permitiendo profundizar de manera global en las conflictivas y los cambios presentados por éstas posterior a la intervención. Para evaluar los resultados de la terapia grupal, fue necesario comparar a las diferentes niñas, homogeneizando los criterios de análisis a través de la categorización de las respuestas, lo cual implicó un proceso que no estuvo exento de dificultades, principalmente debido a las respuestas disímiles entregadas por las niñas. Con el fin rescatar en este análisis las características y conflictos particulares de cada niña, se construyó una pauta de categorización exhaustiva, que consideró las diferentes respuestas entregadas en cada ítem, la cual mostró tener criterios cualitativos claros de evaluación, que se confirmaron al ser juzgado por profesionales especialistas en abuso sexual infantil.

A pesar de las dificultades presentadas, se destaca el **valor clínico que posee este test proyectivo verbal**, permitiendo **evaluar efectos del abuso sexual y cambios terapéuticos**, surgiendo como inquietud de las investigadoras generar propuestas para mejorar este instrumento, de forma que sea utilizado ampliamente en la evaluación clínica de víctimas infantiles de abuso sexual. En primer lugar, se presenta como posibilidad, incluir además de ítems con afirmaciones negativas, algunos con afirmaciones positivas, de manera que esta prueba permita evaluar de manera más integrada el funcionamiento de las niñas que han sido víctimas de abuso sexual, examinando no sólo los efectos de la situación abusiva sino también sus recursos y aspectos más sanos de la personalidad. Otra posibilidad es evaluar la adecuación de la pauta de categorización para analizar una mayor cantidad de respuestas, aplicándose en una muestra más extensa de sujetos, en tanto su construcción resultó efectiva para evaluar las respuestas entregadas por los sujetos del presente estudio. En este sentido, surge como desafío para futuras investigaciones el mejoramiento de este instrumento y su pauta de análisis.

Respecto a la pauta de evaluación clínica respondida por las terapeutas individuales, éste mostró ser un instrumento útil para el presente estudio, al entregar una mirada externa de los cambios de las participantes de la terapia grupal. Sin embargo, presentó ciertas limitaciones, referidas al escaso número de ítems en algunas subvariables, principalmente en la subvariable confianza relacional, lo cual puede haber influido los resultados en éstas, debido a que la

escasez de ítems, impiden observar integrada y globalmente el estado psicológico de las niñas en cada una de las subvariables según lo observado por sus terapeutas, entregando sólo una visión parcial de éste. Pese a esto, la construcción de esta pauta, constituye un aporte al generar un **modelo para evaluar de manera operativa logros a través de procesos terapéuticos, tanto individuales como grupales,** y su análisis crítico permite incorporar modificaciones que posibiliten evaluar de manera global cada subvariable, pudiendo convertirse en un instrumento de gran utilidad para los terapeutas que trabajan con víctimas de abuso sexual.

A partir de lo analizado, se puede señalar que el presente estudio resulta ser un aporte al tratamiento psicológico de víctimas infantiles de abuso sexual, al crear un diseño de intervención terapéutica grupal que favorece la reparación de la experiencia abusiva y la superación de los efectos psicológicos causados por ésta, ampliando así las formas de intervención actualmente utilizadas en éste ámbito en nuestro país. En este sentido, se espera como proyecciones posteriores y que traspasan los objetivos de este estudio, generar información relevante para la elaboración de un manual de apoyo para el tratamiento grupal del abuso sexual infantil destinado a psicólogos / as.

Junto con esto, se proyecta que el diseño de intervención terapéutica grupal sea implementado en centros de atención a víctimas de abuso sexual, en el ámbito público y privado, aportando a la optimización de los recursos profesionales existentes en dichos centros para responder a las necesidades de los consultantes, al posibilitar la atención de un mayor número de pacientes invirtiendo una menor cantidad de tiempo y recursos, siendo así, su utilización beneficiosa tanto para los consultantes como para los centros de atención.

Así también este estudio abre nuevas preguntas respecto al abordaje grupal en víctimas de abuso sexual, posibilitando generar líneas de investigación que impliquen ampliar los conocimientos respecto a este tipo de intervención. En primer lugar, queda pendiente la posibilidad de evaluar de manera más acabada la efectividad de este diseño, considerando sus aportes y limitaciones. Además, es posible plantear problemas de investigación asociados al presente estudio, que consideren el diseño y la evaluación del beneficio de la terapia grupal como un modelo de intervención que podría ser aplicado considerando diferentes variables de las víctimas de abuso sexual. En este sentido, surgen como algunas posibilidades realizar grupos terapéuticos para niños/as de diferentes edades, para víctimas masculinas de abuso sexual, para niños/as con síntomas similares (por ejemplo, agresión a otros niños), o la inclusión en un grupo de niños/as con diferentes experiencias abusivas (por ejemplo, víctimas de incesto, abuso extrafamiliar, etc.).

Aparece también la inquietud de evaluar la efectividad del modelo de intervención grupal como única estrategia de intervención en el tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual. Por otro lado, se plantea como alternativa de investigación, abordar el tratamiento grupal con los padres de las víctimas paralelo la terapia grupal de los niños/as, evaluando el beneficio de éste para la reparación de la experiencia de abuso.

Por último, queremos señalar que a través de esta investigación hemos intentado transmitir la experiencia de trabajar directamente con niñas que han sido dañadas por un violento quiebre que transformó sus vivencias infantiles, comprometiéndonos tanto profesional como ética y afectivamente, al ser testigos del doloroso proceso que implica la reparación de una vivencia que involucra tan profundamente las diferentes expresiones de la subjetividad de estas niñas.

Asumiendo lo innegable e inmodificable de sus historias pasadas y el sufrimiento que traen consigo, resulta reconfortante observar cómo estas experiencias logran ser miradas desde un prisma que genera cambios significativos en sus mundos psíquicos, pudiendo recuperar la experiencia natural de compartir con otras niñas, construyendo así nuevas historias, que son tanto presente como futuro.

VIII- BIBLIOGRAFÍA

1. ABURTO, Y., ORELLANA, S. (1996). *Estudio descriptivo del desarrollo afectivo social de niños de 6 a 11 años de edad, víctimas de maltrato en el ámbito familiar, a través del test de apercepción temática infantil (CAT-H)*. Memoria para optar al título de psicólogo, Universidad de Chile.
2. ALVAREZ, K. (2002). *Psicoterapia ligada con el trabajo de tribunales*. Apuntes de la ponencia realizada en el Congreso de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la infancia y la adolescencia, La Serena, Octubre 2002.
3. ALVAREZ, K. (2003). "Abuso sexual en la niñez y adolescencia". En Almonte, C., Montt, M.E., y Correa, A. *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. Editorial Mediterráneo, Santiago.
4. ARIAS, V. (2002). *Descripción del autoconcepto en una muestra de adolescentes de liceos de la Región Metropolitana*. Memoria para optar al título de psicólogo, Universidad de Chile.
5. AXLINE, V. (1997). *Terapia de juego*. Editorial Diana, México.
6. BARUDY, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia: una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Editorial Paidós, Barcelona.
7. BARUDY, J. (2000). *Maltrato infantil. Ecología social: prevención y reparación*. Ed. Galdoc, Santiago.
8. BATEMAN, A. (2002). *Modelos de apego y desarrollo del self*. Conferencia dictada en XX Congreso de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la infancia y la adolescencia, La Serena, Octubre 2002.
9. BUCK, J. (2001). *H-T-P: Manual y guía de interpretación de la técnica de dibujo proyectivo*. Editorial El Manual Moderno, México.
10. BECAR, C. e IBACETA, F. (2000) *Abuso sexual incestuoso y sistema judicial: ¿obligatoriedad de la denuncia o estrategia y opción de intervención psicosociolegal?*. Memoria para optar al título de psicólogo, Universidad de Chile.
11. CAMPOS, A., MEZA, C. y MURO, B. (1993). *Manual para la estructuración de la tesis universitaria*. Universidad Femenina del Sagrado Corazón, Lima.
12. CANTÓN DUARTE, J. y CORTÉS, M.R. (1999). *Malos tratos y abuso sexual infantil: Causas, consecuencias e intervención*. Siglo XXI de España Editores, Madrid.
13. CARDEMIL, C., FILP, J., VALDIVIESO, P. (1984). *La escuela vista por los niños*. Centro de Investigación y Desarrollo de la educación, CIDE, Santiago.

14. C.A.V.A.S (1999) “Centro de asistencia a víctimas de atentados sexuales”. En UNICEF, *Maltrato infantil y abuso sexual en Chile*. Ponencias presentadas en el taller nacional de 1999.
15. C.A.V.A.S. (2000a) *Guía básica para la intervención de casos clínicos en CAVAS*. Apuntes de circulación interna.
16. C.A.V.A.S.(2000b) Apuntes de circulación interna para reunión clínica.
17. C.A.V.A.S.(2000c). *Cartilla de asistencia legal para víctimas de atentados sexuales*. Documento C.A.V.A.S.
18. C.A.V.A.S. (2000d). Estadísticas de los pacientes atendidos en el centro. Documento de circulación interna.
19. C.A.V.A.S (2002a). Apuntes de capacitación sobre el abuso sexual y su legislación en Chile. Abril-Mayo 2002.
20. C.A.V.A.S (2002b) *Proyecto Unidad de Familia CAVAS*. Documento de circulación interna.
21. C.A.V.A.S (sin fecha). *Agresiones sexuales en Chile*. Documento C.A.V.A.S.
22. CERDA, R (2001). *Manual de Sexualidad Infantil: entre 3 y 6 años*. Editorial Mediterraneo, Santiago.
23. CORREA, A. y RIFFO, M. (1995). *Descripción y análisis de la relación víctima-autor en los delitos sexuales y su repercusión en la autoestima y el trastorno de estrés postraumático en mujeres adolescentes atendidas en C.A.V.A.S*. Memoria para optar al título de psicólogo, Universidad de Chile.
24. COREY, G. y COREY, M.S. (1982). *Groups: process and practice*. Brooks/Cole publishing co. California, USA.
25. CORMAN, L (1967). *El test del dibujo de la familia*. Editorial Kapelusz, Buenos Aires.
26. DEL CAMPO, R. (1998). *Abuso sexual infantil*. Programa interdisciplinario de Estudios de género, Facultad Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
27. DIES, R. (1995). “Investigación en psicoterapia de grupo: perspectiva general y aplicaciones clínicas”. En Alonso, A. y Swiller, H. *Psicoterapia de grupo en la práctica clínica*. Editorial El Manual Moderno, México.
28. DOYLE, C. (1990). *Working with abused children*. British association of social workers, London.

29. DUNNER, P. y VALENZUELA, M.P. (1996). *Adaptación y tipificación del test DAP:SPED en niños de 10 a 14 años de edad de nivel socioeconómico alto en la Región Metropolitana*. Memoria para optar al título de psicólogo, Universidad de Chile.
30. DURNEY, R., INFANTE, M. y MARTINA, C. (1978). *Evaluación de una terapia de grupo de orientación conductual en niños*. Seminario de tesis para optar al título de Psicólogo, Universidad de Chile.
31. DURRANT, M. y KOWALSKI, K. (1993). “Superar los efectos del abuso sexual: desarrollar la percepción de la propia capacidad”. En Durrant, M. y White, C. (comps), *Terapia del abuso sexual*, Editorial Gedisa, Barcelona.
32. ESQUIVEL, F, HEREDIA, C y LUCÍA, E. (1994). *Psicodiagnóstico clínico del niño*. Editorial El Manual Moderno, México.
33. ESCAFF, E. (2001). Apuntes cátedra de Psicología Jurídica, Carrera de Psicología, Universidad de Chile.
34. ESPINA, J. Y LUZA, D. (1995). *Estudio descriptivo y comparativo del nivel de autoestima y autoconcepto académico en niños con síndrome de déficit atencional en una muestra de escolares de 8 a 10 años de nivel socioeconómico medio de la región metropolitana*. Memoria para optar al título de psicólogo, Universidad de Chile.
35. ESPINOZA, M.A. (2002). “Aspectos pediátricos del abuso sexual y su relación con el desarrollo psicológico del niño(a).” En *Pericias médico legales en delitos sexuales*. Servicio Médico Legal.
36. FATTAH, E. (1997a). *Los roles intercambiables de víctima y victimario*. En Cuadernos de Criminología n° 7. Instituto de Criminología. Policía de Investigaciones de Chile.
37. FATTAH, E. (1997b). *Víctimas y victimología: los hechos y la retórica*. En Victimología n° 14. Centro de Asistencia a la víctima del delito. Editorial Advocatus, Córdoba, Argentina.
38. FEIXAS, G. Y MIRÓ, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos*. Editorial Piados, Barcelona, España.
39. FERNÁNDEZ, M.L. (1997). *Abuso sexual en niñas y adolescentes: una aproximación cualitativa*. Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos. Valparaíso.
40. FERNÁNDEZ, P. y STINGO, B. (1997). *Diseño de un taller para la prevención secundaria del maltrato infantil intrafamiliar destinado al trabajo con padres*. Memoria para optar al título de psicólogo, Universidad de Chile.
41. FIETZ, C. (2002). *Terapia Corporal en el tratamiento del abuso infantil y juvenil*. Editorial Cuatro Vientos, Santiago. Chile.

42. FINKELHOR, D. (1979). *Abuso sexual al menor: causas, consecuencias y tratamiento psicosexual*. Editorial Pax, México.
43. FINKELHOR, D. (1984). *Child sexual abuse: new theory and reserch*. The Free Press, Nueva York.
44. FINKELHOR, D. y BROWNE, A. (1985). *The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization*. En American Journal of Orthopsychiatry. Vol. 55 n°4, Octubre 1985.
45. FINKELHOR, D. (1993a). “Abuso sexual: análisis de los conocimientos actuales”. En *II Congreso Estatal sobre infancia maltratada*. Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco, Bilbao, España.
46. FINKELHOR, D. (1993b). “Evaluación de programas de prevención del abuso sexual: problemas e investigaciones”. En *II Congreso Estatal sobre infancia maltratada*. Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco, Bilbao, España.
47. FOULKES, S.H Y COLS. (1969). *Manual de psicoterapia de grupo*. Fondo de cultura económica, México, D. F.
48. GARCÍA ARZENO, M.E. (1993). *Nuevas aportaciones al psicodiagnóstico clínico*. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina.
49. GLASER, D. y FROSH, S. (1997). *Abuso sexual de niños*. Editorial Paidós, Argentina.
50. GLASSERMAN, M.R. Y SIRLIN, M.E. (1984) *Psicoterapia de grupo en niños*. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires.
51. GRASSANO , E. (1984). *Indicadores psicopatológicos en técnicas proyectivas*. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina.
52. GOODENOUGH, F (1951). *Test de inteligencia infantil, por medio del dibujo de la figura humana*. Editorial Paidós, Buenos Aires.
53. GUIDANO, V. (1994). *El sí mismo en proceso*. Editorial Paidós, Argentina.
54. HAEUSSLER, I. y MILICIC, N. (1995). *Confiar en uno mismo: Programa de autoestima. Libro del profesor*. Dolmen Ediciones, Santiago de Chile.
55. HANSEN, J.; WARNER, R. y SMITH, E. (1981). *Asesoramiento de grupos*. Editorial El Manual Moderno, México.
56. HAMMER, E. (1992). *Test Proyectivos Gráficos*. Editorial Paidós, Barcelona.
57. HERNÁNDEZ, R., FERNÁNDEZ, C. y BAPTISTA, P. (1991). *Metodología de la investigación*. Editorial Mc Graw Hill, México.

58. HERRERA, S. (1996). *Estudio descriptivo y comparativo de las características de autoconcepto en menores institucionalizados en hogares de protección simple por causal de maltrato, en comparación con menores institucionalizados en hogares de protección simple por causales distintas a maltrato, cuyas edades fluctúan entre los 8 y 18 años, pertenecientes a las ciudades de La Serena y Coquimbo*. Memoria para optar al título de psicólogo, Universidad de Chile.
59. HUERTA, S., MARIC, V. y NAVARRO, C. (2000). *Factores que intervienen en el impacto del abuso (agresión) incestuoso sobre la víctima*. Investigación de circulación interna en CAVAS, aún no publicada.
60. HUERTA, S. Y NAVARRO, C. (2000). *Programa de prevención de revictimización sexual infantil*. Documento realizado para Magíster en Psicología mención Psicología clínica infanto-juvenil. Universidad de Chile.
61. KERNBERG, P., WEINER, A., BARDENSTEIN, K. (2002) *Trastornos de personalidad en niños y adolescentes*. Editorial El Manual Moderno, México.
62. KERNBERG, P. (2003). *Diagnóstico de la identidad en la infancia y tratamiento del niño abusado sexualmente*. Apuntes Seminario realizado en Universidad de Los Andes, Enero 2003.
63. KYMISSIS, M.D. Y HALPERIN, D. (eds) (1996). *Group therapy with children and adolescents*. American Psychiatric Press, Inc. Washington DC, USA.
64. KOTLIARENCO, M.A., CÁCERES, I., y FONTECILLA, M. (1997). *Estado del arte en resiliencia*. Organización Panamericana de la Salud.
65. KOPPITZ, E. (1984). *Evaluación psicológica de los dibujos de la figura humana*. Editorial El Manual Moderno, México.
66. KOPPITZ, E. (2000). *El dibujo de la figura humana en los niños*. Editorial Guadalupe, Buenos Aires.
67. KOCH, K. (1962). *El test del árbol: el dibujo del árbol como medio psicodiagnóstico auxiliar*. Editorial Kapelusz, Buenos Aires.
68. KOLHBERG, L. (1992). *Psicología del desarrollo moral*. Editorial Desclée de Brouwer, Barcelona.
69. LARRAIN, S., VEGA, J. y DELGADO, I. (1997). *Relaciones familiares y maltrato infantil*. Editorial Cal&Canto, UNICEF, Chile.
70. LARRAÍN, S Y SEPÚLVEDA, G. (1997). *Somos personas*. Departamento de Psicología, Universidad de Chile.
71. LERSCH, P. (1971). *La estructura de la personalidad*. Editorial Scientia, Barcelona, España.

72. LÓPEZ SÁNCHEZ, F. (1993). "Efectos de los abusos sexuales de menores". En *II Congreso Estatal sobre infancia maltratada*. Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco, Bilbao, España.
73. LÓPEZ SÁNCHEZ, F. (1994) *Abusos sexuales a menores: lo que recuerdan los mayores*. Ministerio de Asuntos Sociales, Universidad de Salamanca, Madrid.
74. LÓPEZ-YARTÓ, L. (1997). *Dinámica de grupos. Cincuenta años después*. Editorial Descleé de Brouwer, España.
75. MACURAN, G. (2003). *Efectividad de la psicoterapia cognitiva constructivista evolutiva en el desarrollo de la organización del sí mismo en niños*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología, Universidad de Chile.
76. MALACREA, M. (2000). *Trauma y reparación: el tratamiento del abuso sexual en la infancia*. Editorial Paidós, Barcelona.
77. MARTÍNEZ, J. (2000). "Prevención del abuso sexual infantil: análisis crítico de los programas educativos". En *Revista Psykhe*, Vol. 9, nº2, 63-74.
78. MINSAL (1998a) *Orientaciones técnicas y programáticas para la prevención y atención integral del maltrato infantil en los servicios de salud*. Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud, Santiago de Chile.
79. MINSAL (1998b) *Guía para la detección y respuesta al maltrato físico y abuso sexual en los servicios de urgencias*. Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud, Santiago de Chile.
80. MINSAL (1999). *Abuso sexual de niños/as y adolescentes*. Documento no publicado.
81. MINISTERIO SECRETARÍA GENERAL DE GOBIERNO (1999). "Ojo, pestaña y ceja: un aporte a la prevención de abusos sexuales en niños y adolescentes". Editorial Ministerio Secretaría General de Gobierno.
82. MIOTTO, N. (2001) "Abuso sexual de menores. Complejidad diagnóstica". En *IV Congreso Iberoamericano de Psicología Jurídica*. Asociación Iberoamericana de Psicología Jurídica. Madrid.
83. MONTERO, X. y NAVARRO, X.(1999). "Técnicas terapéuticas para reparación en adolescentes víctimas de abuso sexual. Centro Ayún, Corporación Cenpros". En UNICEF, *Maltrato infantil y abuso sexual en Chile*. Ponencias presentadas en el taller nacional de 1999.
84. MORALES, M. (2001). *Revisión de casos de abuso deshonesto al interior de la familia, a la luz del test de dibujo proyectivo "Casa, árbol, persona" (HTP) y del test verbal proyectivo "Roberto y María"*. *Revista de Estudios Criminológicos y penitenciarios*, Nº 3, Noviembre 2001, Santiago de Chile.

85. MUÑOZ, J. y RIVAS, H. (2002). *Estudio descriptivo y comparativo de las variables autoestima, autoconcepto académico, competencia social y percepción del profesor en niños con trastornos específicos de aprendizaje y niños de aprendizaje lento, en una muestra de escolares de 8 a 10 años de nivel socioeconómico medio de la Región Metropolitana*. Memoria para optar al título de psicólogo, Universidad de Chile.
86. NAHUELPAÑ, E. (2002). “Pericias de sexología forense del servicio médico legal 1990-2001”. En Servicio Médico Legal, *Pericias médico legales en delitos sexuales*. Santiago.
87. NARR, J. (2003). *Grupo de adolescentes*. Documento no publicado.
88. NAVARRO, C. (1998) *Patrones de vinculación en madres de víctimas de abusos incestuosos: los peligros del vínculo*. Memoria para optar al título de psicóloga, Universidad de Chile.
89. OAKLANDER, V. (1992). *Ventanas a nuestros niños: terapia gestáltica para niños y adolescentes*. Editorial Cuatro Vientos, Santiago, Chile.
90. PAÍN, S. (1971) *Psicometría genética*. Editorial Galerna, Buenos Aires.
91. PAPALIA, D. y WENDKOS, S. (1997) *Desarrollo humano*. McGraw Hill, Bogotá, Colombia.
92. PASSALACQUA, A. Y COLS (1993). *El psicodiagnóstico de Rorschach. Interpretación*. Editorial Klex, Buenos Aires, Argentina.
93. PERRONE, R. y NANNINI, M. (1998). *Violencia y abusos sexuales en la familia: un abordaje sistémico y comunicacional*. Editorial Paidós, Argentina.
94. PIAGET, J. (1967) *Seis estudios de psicología*. Editorial Seix Barral, Barcelona, España.
95. PORTUONDO, J. (1992). *Test proyectivo de Karen Machover: la figura humana*. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, España.
96. QUIROGA, F. y ROSSEL, O. (1997). *Relación entre aspectos del autoconcepto y tipo de amputación, en adolescentes amputados entre 13 y 17 años de edad, evaluados con el Self Description Questionnaire II*. Memoria para optar al título de psicólogo, Universidad de Chile.
97. ROJAS BREEDY, A. L. (2002). *Después de romper el silencio: psicoterapia con sobrevivientes de abuso infantil*. Editorial de la Universidad de Costa Rica, Patronato Nacional de la Infancia. San José, Costa Rica.
98. ROMO, M. y RIVERA, C. (2001). *Evaluación de la efectividad del “Taller de desarrollo de conductas de autoprotección” para la prevención del abuso sexual infantil en niños de kinder a cuarto básico de la Comuna de Santiago*. Memoria para optar al título de psicólogo, Universidad de Chile.

99. ROUMA, G. (1947). *El lenguaje gráfico del niño*. Editorial El Ateneo, Buenos Aires.
100. SANGRADOR, J.L. (1986). “La victimología y el sistema jurídico penal”. En Jiménez, F. y Clemente, M. (compiladores). *Psicología Social y Sistema penal*. Editorial Alianza Madrid, España.
101. SCHNEIDER, H. (1994). *Temas principales y deficiencias en el actual pensamiento victimológico*. En Cuadernos de Criminología n° 4. Instituto de Criminología. PICH. Santiago.
102. SENAME (1999). *Orientaciones técnicas para la reparación del maltrato infantil grave*. Departamento de Asistencia técnica, Servicio Nacional de Menores.
103. SENAME (2001) *Temas emergentes*. Documento de trabajo n°18, Servicio Nacional de Menores, Santiago, Chile.
104. SEPÚLVEDA, G., VALDERRAMA, P., DONOSO, P. (1994). *Adolescencia y sexualidad. Manual de trabajo en grupo*. Editor Departamento de Psicología, Universidad de Chile. Santiago, Chile.
105. SEPÚLVEDA, G. ET AL (1995). *Actividades para terapia de grupo con adolescentes*. Documento de trabajo n° 7. Departamento de Psicología, Universidad de Chile.
106. SEPÚLVEDA, G. Y DUNNËR, P. (1998). *Estrategias terapéuticas: metodos y técnicas*. Material de cátedra Psicología Clínica infanto juvenil. Universidad de Chile. Santiago, Chile.
107. SEPÚLVEDA, G. (1999). “Test de apercepción temática infantil (CAT): modelo de interpretación en la perspectiva cognitivo evolutiva”. En Sepúlveda, G. y cols. *Evaluación psicológica de niños y adolescentes*. Universidad de Chile.
108. SEPÚLVEDA, G. (2001). *Psicoterapia de grupo con niños y adolescentes*. Apuntes del Curso realizado en Agosto del 2001 en Talcahuano, Chile.
109. SIEGEL, S. (1970). *Diseño experimental no paramétrico aplicado a las ciencias de la conducta*. Editorial Trillas, México.
110. SMITH, M. y BENTOVIM, A. (1994). “Sexual abuse”. En Rutter, M., Taylor, E. y Hersov, L. (eds), *Child and adolescent psychiatry*. Ed Blackwell Science, London.
111. SOTO, M. (2002). *Evaluación y tratamiento de niños abusados sexualmente*. Apuntes de Curso dictado en Sename entre 29 de Abril y 10 Mayo 2002, Santiago.
112. SPIER, A. (1984). *Psicoterapia de grupo en la infancia*. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires.

113. TOBAR, J.C. (1999). *Violencia sexual: análisis de la nueva ley*. Pehuén Editores, Universidad Católica de Temuco.
114. UBILLOS, S. (sin fecha). *Evaluación de programas de salud*. Documento de la Universidad nacional de educación a distancia de España.
115. VARELA, M.J. (2000). *La terapia grupal en la reparación del abuso sexual infantil*. Tesis de postítulo en psicoterapia sistémica para niños y adolescentes, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.
116. YALOM, I. (1986). *Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo*. Fondo de cultura económica, México D, F.
117. ZAMANIAN, K. Y ADAMS, C. (1997). *Group psychotherapy with sexually abused boys: Dynamics and interventions*. En International journal of group psychotherapy, Vol 47, n°1, Enero 1997.
118. ZÁRATE, R. (1993). *Terapia grupal para niñas y niños de abuso sexual e incesto. Manual para facilitadoras*. Ediciones Ser y Crecer, San José, Costa Rica.
119. ZENEQUELLI, E. (1982). *Test de la familia*. Ediciones Tres Tiempos, Buenos Aires, Argentina.

IX- ANEXOS

ANEXO N°1: TEST DE MARGARITA

- 1) Margarita no juega con las otras niñas ¿por qué?
- 2) Margarita le tiene mucho miedo a algo ¿a qué?
- 3) Margarita es diferente a las otras niñas ¿por qué?
- 4) El otro día un tío le pidió a Margarita que se quedaran solos en la casa ¿qué sintió Margarita? ¿qué pasó?
- 5) Margarita casi siempre quiere estar sola ¿por qué?
- 6) Margarita siente vergüenza ¿por qué?
- 7) A veces Margarita se siente muy culpable ¿por qué?
- 8) La mamá de Margarita la retó porque hizo algo muy malo ¿qué hizo?
- 9) El otro día Margarita tuvo una sensación muy desagradable en su cuerpo ¿qué le pasó?
- 10) A veces Margarita piensa en su cuerpo ¿qué piensa?
- 11) Cuando alguien abraza muy fuerte a Margarita ¿qué siente?
- 12) El otro día alguien le hizo a Margarita algo que ella no quería ¿qué hizo Margarita?
- 13) El otro día un tío le dijo a Margarita que guardara un secreto, y Margarita se sintió incómoda ¿qué hizo Margarita?
- 14) A veces Margarita se siente muy enojada con sus papás ¿qué hace?
- 15) Si Margarita pudiera hacer lo que ella quisiera ¿qué crees tú que haría?
- 16) ¿Cuántos años crees tú que tiene Margarita?
- 17) Margarita a veces no quiere hablar con nadie ¿por qué?
- 18) Margarita está muy asustada por algo y quiere contarle a alguien ¿a quién le cuenta?

ANEXO N°2: INDICADORES GRÁFICOS

Indicadores en el dibujo de sí misma

- Integración: cuando una o más partes de la figura no están unidas al resto del cuerpo; algunas partes están conectadas únicamente por una sola línea o apenas tocan otras partes, se habla de un déficit en la integración de las partes de la figura. Esto, después de los 6 años en las niñas, se asocia a inestabilidad y a la existencia de una personalidad pobremente integrada, debido a la interferencia de factores emocionales. (Koppitz, 1984)
- Tamaño: se relaciona con el realismo de la autoestima, expresa cómo el individuo responde a las presiones ambientales. Si la figura representativa del concepto de uno mismo es pequeña, puede formularse la hipótesis de que el individuo se siente pequeño (inadaptado) y que responde a los requerimientos del ambiente con sentimientos de inferioridad. Si la figura es grande, significa que el individuo responde a las presiones ambientales con sentimientos de expansión y agresión (Hammer, 1992). De este modo, las figuras pequeñas corresponden a personas con tendencia al retraimiento y la timidez, mientras que las figuras grandes indican una exaltación del ego, propensión a la fantasía y autodomínio interno. Las figuras medianas, expresan un equilibrio entre las características antes descritas. (Koppitz, 1984).
- Posición en la hoja: si la figura se ubica en el centro de la hoja, indica equilibrio emocional, facilidad para adaptarse al medio ambiente y toma de decisiones positivas. Si se ubica en la parte superior izquierda revela una tendencia a retraerse del entorno, necesidad de apoyo y emotividad; en la parte inferior izquierda indica posibles fijaciones con conflictos ocurridos en etapas anteriores. Si se ubica en la parte superior derecha, indica capacidad para enfrentarse de manera activa al entorno; en la parte inferior derecha muestra la voluntad y la capacidad de disciplina, pero a la vez obstinación (Koch, 1962).
- Figura inclinada: cuando el eje vertical de la figura se inclina más de 12°, indica inestabilidad y falta de equilibrio, lo que sugiere una falta de base firme, lo cual puede deberse a factores de personalidad o situaciones externas.(Koppitz, 1984).
- Color: este elemento se refiere a la expresión de las emociones más profundas y de las capas inconcientes de la personalidad. Por esto, no dar ningún color es un signo muy significativo, ya que apunta a la restricción de los afectos, o la somatización de los mismos y/o la posibilidad de actuaciones impulsivas (Passalacqua y cols., 1993). Se determina la utilización del color por la ausencia o presencia de utilización de lápices de color en los dibujos, considerando que éstos fueron ofrecidos al examinado.
- Sombreado: es una manifestación de angustia y ansiedad por el cuerpo, el grado de sombreado está relacionado con la intensidad con que el sujeto experimenta la angustia (Koppitz, 1984).
- Postura corporal: expresa la actitud general con que el individuo se enfrenta al medio externo, casi todos los dibujos de figuras humanas sugieren algún tipo de tensión kinestésica que varía desde la rigidez hasta la extrema movilidad. La persona dibujada

parada con rigidez, en actitud vigilante, con cabeza y cuerpo muy erectos, suele representar una actitud de escasa libertad, muy controlada y básicamente defensiva (Hammer, 1992). Las figuras rígidas y coartadas en sus movimientos, expresan en general represión intensa y aislamiento (Grassano, 1984). La persona dibujada parada con dinamismo, en actitud de contacto con el entorno, indica tendencia a la actividad motora, persona inquieta, de acción. (Hammer, 1992; Zenequelli, 1982).

- Vestimenta y accesorios: en años recientes, el vestuario de varones y mujeres se ha vuelto menos diferenciado, por lo cual niños y niñas usan vestimenta como pantalones de mezclilla, camisetas o sueteres. Sin embargo, las niñas aprenden de sus madres y sus compañeras, la importancia del maquillaje facial y de la ropa de moda (Koppitz, 1984), por lo cual es necesario observar las características convencionalmente femeninas que aparecen en los dibujos (color rosado, pinches, aros, collares, zapatos con taco, peinado, falda o vestido, etc).
- Trazo del contorno: la cualidad de los trazos en el dibujo expresa diferentes características de los sujetos. La línea del contorno del cuerpo, a menudo, refleja el grado de sensibilidad y aislamiento del sujeto con respecto al medio. (Machover, en Portuondo, 1992) Así, los trazos firmes en el contorno de la figura indican reafirmación para la toma de decisiones, superación personal, buen nivel de energía y buen reconocimiento de los límites personales. En cambio, los trazos débiles muestran ansiedad, temor, un bajo nivel de energía y bajo reconocimiento personal. El contorno, entonces, simboliza la delimitación del objeto respecto del mundo; en las etapas tempranas esto es confuso y desordenado, y luego al producirse la maduración, se organiza y diferencia (García Arzeno, 1993; Zenequelli, 1982).
- Rasgos faciales: la cara es la parte más expresiva del cuerpo, es el centro más importante de la comunicación, se relaciona con la confianza y se considera como el rasgo social del dibujo. Los sujetos tímidos e huidizos, a menudo, oscurecerán significativamente los rasgos faciales, mientras trazan con fuerza el contorno de la cabeza (Machover, en Portuondo, 1992).
- Ojos: son los órganos básicos para el contacto con el mundo exterior, sus características de tamaño y la presencia de detalles, se asocian con la forma en que el sujeto se relaciona con el medio externo. (Machover, en Portuondo, 1992)
- Nariz: puede representar un estereotipo social, pero también puede interpretarse como un símbolo de empuje e independencia (Hammer, 1992). La omisión de la nariz expresa sentimientos de inmovilidad e indefensión, incapacidad de progresar y tendencia a la timidez y al retraimiento (Koppitz, 1984). En el dibujo de frente se puntuará positivamente toda figura aproximadamente bidimensional que se asemeje a la forma de la verdadera nariz. Se admiten un torpe triángulo equilátero, siempre que se indique en posición normal, con la base hacia abajo. "*Una simple línea, un punto, un círculo o un cuadrado se consideran fallos*" (Goodenough, 1951; pág.122).
- Cuello: separa la cabeza del cuerpo, se considera como vínculo entre el control intelectual y los impulsos del sujeto (Hammer, 1992). La omisión del cuello puede relacionarse con inmadurez emocional y controles internos pobres, es significativa para niñas desde los 9

años (Koppitz, 1984). Considerando que la presente investigación trabaja con un grupo de niñas que se encuentran en el rango etario comprendido entre los 8 y 10 años, este indicador NO se incluirá dentro de la pauta de corrección.

- Brazos: son órganos corporales del contacto con el medio exterior, sus características indican la capacidad del individuo para contactarse con el medio circundante (Hammer, 1992). Los brazos cortos y los brazos pegados al cuerpo indican dificultades en el contacto. Los brazos largos, son aquellos que llegan abajo de la rodilla o del lugar dónde deberían estar, indican una inclusión agresiva del individuo en el ambiente. Los brazos medianos expresan una adecuada inclusión en el entorno y buena capacidad en el contacto con el medio exterior (Koppitz, 1984; Hammer, 1992).
- Manos: se relacionan con el yo y con la adaptación social (Machover, en Portuondo, 1992). La omisión de las manos y las manos seccionadas (dibujo de brazo sin manos ni dedos) indican sentimientos de inadecuación o de culpa por no lograr actuar correctamente o por incapacidad para actuar (Koppitz, 1984). Las manos ocultas expresan capacidad inhibida para hacer en el mundo o culpa por las acciones realizadas (Hammer, 1992).
- Piernas y pies: son órganos de locomoción por excelencia, permiten la posición erecta del tronco, el cambio de la visión del mundo que el niño comienza a tener cuando afirma su cuerpo sobre sus piernas y pies. La cualidad de las piernas (piernas débiles o como palos, piernas firmes y bidimensionales, etc.) y de los pies (pies fuerte o débilmente destacados), se relaciona con el sentido general de seguridad y la existencia de una base en la cual pararse frente al mundo.
- Presencia de otra figura humana y de múltiples elementos externos: el dibujo repetido de figuras cuando se solicitó sólo una persona, exhibe una forma de perseveración que no es infrecuente en los preescolares muy pequeños e inmaduros, y entre los niños con daño neurológico. Se observó también que algunos de los niños que dibujan figuras múltiples carecen de un sentimiento de identidad o de ser una persona (Koppitz, 2000).

Indicadores de abuso sexual

Diversos autores (Wenk y Rait, McFadden, 1989, Rosenfeld y Wasserman, 1990, Wissow, 1989, Hibbard y Hartman, 1990, Hibbard, Roghmann y Hockelman, 1987, Yates, Beutler y Crago, 1985, en Buck 2001; Soto, 2002) han definido indicadores emocionales específicos que pueden aparecer en los dibujos de niños abusados sexualmente, considerando las secuelas importantes que aparecen consistentemente en la literatura sobre los efectos psicológicos del abuso sexual en los niños (Buck, 2001).

Algunos de estos indicadores, descritos por McFadden (1989), Rosenfeld y Wasserman (1990), Wissow (1989), en Buck, 2001, incluyen: indicadores sexualmente inapropiados y agresivos; pérdida del sentido de seguridad, incapacidad para confiar; ansiedad, miedo, desamparo (impotencia); baja autoestima; depresión; conflictos familiares; ideación suicida; agresión, enojo; sentimientos de culpa, vergüenza; incomodidad en las relaciones interpersonales cercanas y, sobreapego a los adultos (dependencia).

Debido a que la mayoría de estos indicadores se han descrito en el análisis del dibujo de sí misma y de la familia, en este apartado se describirán sólo aquellos indicadores relacionados con elementos sexualmente inapropiados, tales como:

- Figuras dibujadas con genitales: expresan aguda angustia por el cuerpo y control pobre de los impulsos (Koppitz, 1984). Hibbard, Roghmann y Hockelman (1987, en Buck 2001), encontraron que tanto las supuestas víctimas de abuso sexual como los niños que se había comprobado que habían sufrido abuso, eran mucho más proclives a dibujar los genitales. Sin embargo, estos autores advierten que, "*aun cuando la presencia de genitales en los dibujos de los niños debe alertar a los examinadores para considerar antecedentes de abuso sexual, no lo prueba, así como la ausencia de genitales tampoco excluye el abuso*" (en Buck, 2001; pág. 131).
- Figuras de palo o palotes: indican evasión (Hammer, 1992) de la propia sexualidad. Este elemento se ha encontrado frecuentemente en niños que han sido abusados sexualmente (Soto, 2002).

Indicadores en el dibujo de la familia

- Inclusión de la niña (paciente) en el dibujo: la omisión de sí mismo implica sentimientos de inadecuación o no pertenencia. La insatisfacción paterna, la crítica excesiva y la comparación desfavorable con otros hermanos tienden a promover la degradación del amor propio y a sofocar la iniciativa y la voluntad de realización. En casos excepcionales, la no inclusión responde a que el examinado se excluye de su familia enferma, percibiendo que, de alguna manera, es el más sano. (Zenequelli, 1982)
- Inclusión de todos los miembros de la familia nuclear: si se compara el dibujo realizado por el examinado con la familia real y se encuentra coincidencia en la configuración familiar, indica que el sujeto vivencia una buena integración familiar. Las omisiones representan una forma indirecta de negar o eliminar algún miembro de la familia, debido a que existe una realidad que produce angustia y el sujeto al no poder adoptarse a esa realidad, reacciona negando su existencia. Se puede decir que al suprimir algún miembro se está deseando su eliminación. (Zenequelli, 1982; Corman, 1967)
- Adición de figuras externas al núcleo familiar: los agregados pueden ser personas, animales u objetos, e indican falta de afecto, inadaptación, inseguridad e inmadurez. Debido a que, generalmente, los animales realmente forman parte del núcleo familiar, sólo se considera como adición las figuras humanas externas a la familia. En algunos casos, los agregados (personas) pueden ser la consecuencia de la identificación con otro miembro. (por ej: una tía, prima, etc.). (Zenequelli, 1982, Corman, 1967)
- Ubicación espacial de las figuras humanas: en la ubicación global del dibujo, la familia tipo se distribuye en una o dos hileras, de acuerdo con la cantidad de miembros que la componen. Así, en muchos casos, debido al número de miembros de la familia, se justifica que se realice el dibujo en dos hileras. El orden socialmente aceptado es: padre, madre y hermanos, por orden de edad. En general se ubica cada miembro de la familia de pie, a pleno rostro y separado del próximo dibujo. (Zenequelli, 1982)

- Diferenciación de cada una de las figuras: las proporciones, el tipo de trazos, el cuidado en la realización, la vestimenta, los adornos, el sombreado, el rayado, la pobreza o cantidad de detalles de cada personaje, entrega la pauta de la mayor o menor importancia que el sujeto le adjudica a cada uno de ellos. (Zenequelli,1982; Corman, 1967).
- Inclinación de las figuras: cuando el eje vertical de las figuras se inclina más de 12°, indica inestabilidad y falta de equilibrio, lo que sugiere una falta de base firme y falta de sentimientos de seguridad básica, lo que dificulta el desarrollo de la personalidad, ya que la ansiedad persistente contribuye a impedir el crecimiento hacia la madurez emocional y la salud mental. (Zenequelli,1982; Koppitz, 1984)
- Tamaño de las figuras: cuando se analiza el dibujo de la familia, uno de los detalles que más destaca es la estatura de cada personaje. La estatura indica el valor relativo que tiene cada miembro para el examinado. Se debe analizar el tamaño de toda la familia, el cual puede ser: proporcionado, indica equilibrio y buena adaptación al medio; grande, significa autoconfianza, seguridad en sí mismo, orgullo y tendencia a la extraversión; exageradamente grande, manifiesta signos paranoides o excesivo orgullo y egocentrismo; pequeño, indica inseguridad, debilidad, timidez, sentimientos de pérdida y rechazo, es una forma muy controlada de responder al medio; extremadamente pequeño, se agudizan las características anteriores. (Zenequelli,1982; Corman, 1967)
- Valorización de la figura materna: como el niño modela los personajes a su gusto, la valorización de uno de ellos es subrayada intensamente por la manera de dibujarlo. Se destaca el personaje valorizado por su tamaño mayor que el de los otros personajes. (Corman, 1967). Si la madre es la figura más grande del dibujo, esto indica que el examinado utiliza el tamaño para expresar la importancia de la figura materna. La valorización se encuentra muy relacionada con la identificación, ya que el personaje con el cual se identifica el examinado se halla valorizado. (Zenequelli,1982)
- Preferencia por la figura materna: si la madre es dibujada en primer lugar (a la izquierda) o se ubica junto a la niña (paciente). La preferencia de la figura se expresa a través del lugar en que la ubica el examinado, ya sea en primer lugar o junto a él. (Zenequelli,1982). El personaje valorizado es dibujado primeramente, porque el individuo piensa antes en él y le presta mayor atención. En la gran mayoría de los casos ocupa el primer lugar a la izquierda de la página, sin embargo también puede destacarse por su colocación junto a un poderoso, por ejemplo, un niño al lado de uno de los padres. (Corman, 1967)
- Identificación con la figura materna: Debido a la importancia de la identificación como parte esencial del proceso de desarrollo y de formación de la personalidad, se han construido indicadores referidos específicamente a la identificación de las niñas participantes de la terapia grupal con sus respectivas madres. De este modo, tanto los indicadores de valorización como de preferencia por la figura materna, se asocian y, por tanto evalúan, la identificación con esta figura. Una forma muy clara de observar la identificación, es cuando la niña se dibuja a sí misma con idénticos detalles que la madre, lo cual expresa el grado de cercanía afectiva y la afinidad que vivencia la niña hacia su figura materna. (Zenequelli,1982; Corman, 1967)

ANEXO N°3: PAUTAS DE CORRECCIÓN DE INDICADORES GRÁFICOS

Pauta de Indicadores gráficos del dibujo de sí misma

Pauta de corrección

Responda las siguientes preguntas encerrando en un círculo la alternativa que considere más adecuada. No omita ninguna pregunta, en caso de dudas consulte a las evaluadoras.

A) Variable: Autoconcepto Corporal

1. Grado de integración de la figura:
 - a) adecuada integración entre las partes de la figura
 - b) pobre integración entre las partes de la figura

2. Tamaño de la figura:
 - a) mediana (entre 8 y 13 cm.)
 - b) pequeña
 - c) grande

3. Posición de la figura en la hoja:
 - a) En la parte superior derecha
 - b) En la parte inferior derecha
 - c) En la parte central
 - d) En la parte superior izquierda
 - e) En la parte inferior izquierda

4. Inclinación de la figura:
 - a) figura dibujada sin inclinación
 - b) figura dibujada con inclinación

5. Color en la figura:
 - a) presencia de color (cromático) en la figura
 - b) ausencia de color (cromático) en la figura

6. Existencia de sombreado en la figura:
 - a) ausencia de sombreado o borraduras
 - b) presencia de sombreado de alguna parte del cuerpo o borraduras

7. Postura corporal:
 - a) Postura corporal dinámica
 - b) Postura corporal rígida

8. Identificación de género en la figura:
 - a) Se reconoce claramente una figura femenina
 - b) NO se reconoce claramente una figura femenina

9. Accesorios convencionalmente femeninos (color rosado, pinches, aros, collares, zapatos con taco, peinado, falda o vestido, etc):
 - a) presencia de accesorios convencionalmente femeninos
 - b) ausencia de accesorios convencionalmente femeninos

10. Trazo del contorno de la figura:
 - a) fuertemente destacado (líneas firmes)
 - b) débilmente destacado (líneas débiles y/o dobles)

11. Características de los rasgos faciales de las figuras (tamaño, color o expresión facial):
 - a) fuertemente destacados
 - b) débilmente destacados

12. Características de los ojos:
 - a) ojos como círculos o con contorno
 - b) ojos como puntos

13. Detalles en los ojos (cejas o pestañas):
 - a) presencia de detalles
 - b) ausencia de detalles

14. Nariz:
 - a) presencia de nariz en dos dimensiones
 - b) omisión de nariz o dibujada como un punto

15. Características de los brazos:
 - a) brazos medianos (aprox. al nivel de la cintura)
 - b) brazos cortos

16. Manos:
 - a) presencia de las manos
 - b) omisión de las manos u ocultamiento

17. Características de las piernas:
 - a) piernas bidimensionales o cubiertas por la ropa (vestidos o pantalones)
 - b) piernas como palos (una o ambas piernas consisten en una sola línea)
 - c) piernas desiguales o asimétricas (ej: una pierna más corta)

18. Características de los pies:
 - a) fuertemente destacados (trazo con presión fuerte)
 - b) débilmente destacados (trazo con presión débil)

19. Indicador de abuso sexual: Figura dibujada con genitales
 - a) ausencia de genitales en la figura
 - b) presencia de genitales en la figura

20. Indicador de abuso sexual: Figura humana dibujada como palote (brazos, tronco y piernas)
- a) presencia de figura humana bidimensional
 - b) presencia de figura humana como palote

21. Adición de figuras HUMANAS:
- a) Presencia de UNA figura humana en el dibujo
 - b) Presencia de DOS o más figuras humanas en el dibujo

22. Elementos externos a la figura humana (NUBES, SOL, CASA, ÁRBOL, ETC.):
- a) ausencia de elementos externos o leve presencia (3 o menos)
 - b) presencia de excesivos elementos externos (más de 3)

B) Variable: Autoconcepto social

2. Tamaño de la figura:
- a) mediana (entre 8 y 13 cm.)
 - b) pequeña
 - c) grande
3. Posición de la figura en la hoja:
- a) En la parte superior derecha
 - b) En la parte inferior derecha
 - c) En la parte central
 - d) En la parte superior izquierda
 - e) En la parte inferior izquierda
4. Inclinación de la figura:
- a) figura dibujada sin inclinación
 - b) figura dibujada con inclinación
5. Color en la figura:
- a) presencia de color (cromático) en la figura
 - b) ausencia de color (cromático) en la figura
7. Postura corporal:
- a) Postura corporal dinámica
 - b) Postura corporal rígida
11. Características de los rasgos faciales de las figuras (tamaño, color o expresión facial):
- a) fuertemente destacados
 - b) débilmente destacados
12. Características de los ojos:
- a) ojos como círculos o con contorno
 - b) ojos como puntos

13. Detalles en los ojos (cejas o pestañas):
 - a) presencia de detalles
 - b) ausencia de detalles
14. Nariz:
 - a) presencia de nariz en dos dimensiones
 - b) omisión de nariz o dibujada como un punto
15. Características de los brazos:
 - a) brazos medianos (aprox. al nivel de la cintura)
 - b) brazos cortos
16. Manos:
 - a) presencia de las manos
 - b) omisión de las manos u ocultamiento
17. Características de las piernas:
 - a) piernas bidimensionales o cubiertas por la ropa (vestidos o pantalones)
 - b) piernas como palos (una o ambas piernas consisten en una sola línea)
 - c) piernas desiguales o asimétricas (ej: una pierna más corta)
18. Características de los pies:
 - a) fuertemente destacados (trazo con presión fuerte)
 - b) débilmente destacados (trazo con presión débil)
21. Adición de figuras HUMANAS:
 - a) Presencia de UNA figura humana en el dibujo
 - b) Presencia de DOS o más figuras humanas en el dibujo

C) Variable: Sentimiento del propio poder

1. Grado de integración de la figura:
 - a) adecuada integración entre las partes de la figura
 - b) pobre integración entre las partes de la figura
2. Tamaño de la figura:
 - a) mediana (entre 8 y 13 cm.)
 - b) pequeña o grande
3. Posición de la figura en la hoja:
 - a) En la parte superior derecha
 - b) En la parte inferior derecha
 - c) En la parte central
 - d) En la parte superior izquierda
 - e) En la parte inferior izquierda

4. Inclinación de la figura:
 - a) figura dibujada sin inclinación
 - b) figura dibujada con inclinación

5. Color en la figura:
 - a) presencia de color (cromático) en la figura
 - b) ausencia de color (cromático) en la figura

7. Postura corporal:
 - a) Postura corporal dinámica (ej: brazos extendidos, en contacto con el ambiente)
 - b) Postura corporal rígida (ej: brazos pegados al tronco)

10. Trazo del contorno de la figura:
 - a) fuertemente destacado (líneas firmes)
 - b) débilmente destacado (líneas débiles)

11. Características de los rasgos faciales de las figuras (tamaño, color o expresión facial):
 - a) fuertemente destacados
 - b) débilmente destacados

12. Características de los ojos:
 - a) ojos como círculos o con contorno
 - b) ojos como puntos

14. Nariz:
 - a) presencia de nariz en dos dimensiones
 - b) omisión de nariz o dibujada como un punto

15. Características de los brazos:
 - a) brazos medianos (aprox. al nivel de la cintura)
 - b) brazos cortos

16. Manos:
 - a) presencia de las manos
 - b) omisión de las manos u ocultamiento

17. Características de las piernas:
 - a) piernas bidimensionales o cubiertas por la ropa (vestidos o pantalones)
 - b) piernas como palos

18. Características de los pies:
 - a) fuertemente destacados (trazo con presión fuerte)
 - b) débilmente destacados (trazo con presión débil)

Pauta de Indicadores gráficos en el dibujo de la familia

Variable: Confianza relacional

Pauta de corrección

Responda las siguientes preguntas encerrando en un círculo la alternativa que considere más adecuada. No omita ninguna pregunta, en caso de dudas consulte a las evaluadoras.

1. Inclusión de la niña (paciente) en el dibujo:
 - a) niña se incluye en el dibujo
 - b) niña NO se incluye en el dibujo

2. Inclusión de todos los miembros de la familia nuclear:
 - a) presencia de todos los miembros de la familia
 - b) omisión de algún miembro de la familia

3. Adición de figuras humanas externas a la familia nuclear:
 - a) ausencia de adición
 - b) presencia de adición

4. Ubicación espacial de las figuras humanas:
 - a) ordenadas en una hilera
 - b) NO ordenadas en una hilera

5. Diferenciación de cada una de las figuras (presencia de atributos específicos para cada figura):
 - a) se reconoce claramente la diferenciación de cada una de las figuras
 - b) NO se reconoce claramente la diferenciación de cada una de las figuras

6. Inclinação de las figuras:
 - a) figuras dibujadas sin inclinación
 - b) figuras dibujadas inclinadas (1 o más)

7. Tamaño de las figuras:
 - a) medianas (entre 8 y 13 cms.)
 - b) pequeñas
 - c) grandes

8. Detalles de las figuras (peinados, ropa y otros elementos) :
 - a) presencia de detalles
 - b) ausencia de detalles

9. Identificación (nombre o rol) de cada una de las figuras en el dibujo:
 - a) presencia de identificación de cada una de las figuras
 - b) ausencia de identificación de cada una de las figuras

10. Postura corporal:
 - a) Postura corporal dinámica (ej: brazos extendidos, en contacto con el ambiente)
 - b) Postura corporal rígida (ej: brazos pegados al tronco)

11. Características de los rasgos faciales de las figuras (tamaño; color; expresión facial):
 - a) fuertemente destacados
 - b) débilmente destacados

12. Manos y pies en las figuras:
 - a) presencia de manos y pies
 - b) ausencia de manos y/o pies

13. Valorización de la figura materna:
 - a) madre es la figura más grande del dibujo
 - b) madre NO es la figura más grande del dibujo

14. Preferencia por la figura materna:
 - a) madre es dibujada en primer lugar (a la izquierda) o se ubica junto a la niña (paciente)
 - b) madre NO es dibujada en primer lugar (a la izquierda) ni se ubica junto a la niña (paciente)

15. Identificación con la figura materna:
 - a) presencia de detalles similares entre madre e hija o presencia de características femeninas en ambas (falda o vestido, peinado, pinches, aros, etc)
 - b) ausencia de detalles similares entre madre e hija y ausencia de características femeninas en ambas (falda o vestido, peinado, pinches, aros, etc)

ANEXO N°4: PAUTA DE EVALUACIÓN CLÍNICA

Nombre: _____

N° Ficha: _____

Terapeuta: _____

Evaluar de acuerdo a las siguientes categorías:

Logrado: L

No Logrado: NL

Parcialmente logrado: PL

Logros esperados en terapia individual:

- capacidad de reconocer y aceptar la ocurrencia del abuso _____
- verbalización de las experiencias asociadas al abuso _____
- identificación, diferenciación y expresión de emociones asociadas al abuso _____
- remisión de la sintomatología reactiva al abuso _____
- inexistencia de conductas abusivas hacia otros niños _____

Aspectos a evaluar en relación a la intervención grupal:

La intervención se ordena en relación a cuatro ejes: estigmatización, sexualización traumática (reconocimiento del cuerpo), empoderamiento y confianza. (Finkelhor, Browne, 1985). En relación a estos ejes se realizarán 5 fases del taller, esperando que sean evaluados (pre y post intervención) los siguientes aspectos en las niñas:

◆ Eje 1 Aislamiento:

- capacidad de compartir experiencias relacionadas con abuso _____
- ausencia de sentimientos de vergüenza _____
- ausencia de sentimientos de estigma y la culpa por haber sido escogidas como víctimas _____
- ausencia de sentimientos de aislamiento y de ser diferente _____

◆ Eje 2 Sexualización traumática:

- conocimiento de qué es y que no es apropiado en cuanto a la sexualidad y límites _____
- saber establecer límites corporales _____
- capacidad de reconocer sensaciones corporales (agradables, desagradables) _____
- capacidad de identificar necesidades y deseos (busco lo que deseo) _____
- expresión adecuada de sensaciones de incomodidad _____

◆ Eje 3: Empoderamiento:

- sentimiento de poder, autoconfianza y autoeficacia _____
- ausencia de sentimientos de vulnerabilidad e impotencia _____

- reconocer y experimentar un sentido de poder adecuado a la edad (decir no a un adulto) _____
- capacidad de identificar métodos coercitivos _____
- capacidad de identificar situaciones de riesgo _____
- capacidad de decir no _____
- capacidad de autoprotegerse (entrenamiento asertivo) _____
- capacidad de iniciativa para elaborar planes de acción (buscar ayuda) _____
- manejo de diferentes opciones para actuar ante situaciones de riesgo (resolución de problemas) _____

- ◆ Eje 4: Confianza relacional:
 - capacidad de discriminar en quién se puede confiar _____
 - capacidad de reconocer figuras protectoras (mi nueva red de apoyo) _____
 - capacidad de acudir a estas figuras _____

ANEXO N°5: CONTEXTO DE LA INTERVENCIÓN: CAVAS

La intervención psicoterapéutica grupal diseñada se implementó en el Centro de Asistencia a víctimas de atentados sexuales, CAVAS, de la región Metropolitana, entidad de atención pública, dependiente de la Policía de Investigaciones de Chile, que opera desde el año 1987.

Este centro atiende gratuitamente a personas de todas las edades que hayan sufrido algún tipo de agresión sexual, quienes acuden generalmente son personas derivadas desde tribunales, aunque también pueden ingresar al centro derivadas por la propia Policía de Investigaciones (Brigada de delitos sexuales), por otras instituciones (colegios, centros de salud mental, entre otros) o pueden consultar de manera espontánea. Desde su creación hasta la actualidad se han atendido más de 8.000 víctimas.

El equipo del CAVAS Metropolitano está conformado por 8 psicólogos infantiles, 4 psicólogos de adultos, 2 asistentes sociales, un policía, un abogado y personal administrativo. Durante el año 2001 comenzó a funcionar una sede en la V región.

El objetivo esencial de este centro es la asistencia a víctimas de alguna agresión sexual. Sin embargo, también se plantea como objetivos la tarea educacional preventiva dirigida hacia la comunidad, la realización de peritajes para tribunales, la formación de especialistas y la realización de investigaciones científicas. El ámbito asistencial está orientado a proporcionar a la víctima y su familia atención psicológica, social, psiquiátrica, policial y legal, de manera integral y gratuita, procurando, reparar el daño ocasionado por el atentado sexual.

El modelo de intervención utilizado en el CAVAS para cumplir este objetivo asistencial cuenta con dos etapas. El primer momento es una fase diagnóstica, la cual consta de la realización de una entrevista de ingreso, un diagnóstico social, un diagnóstico legal y un diagnóstico psicológico-psiquiátrico del caso. En esta fase se evalúa el estado del paciente, realizándose un diagnóstico integral que permite situar la problemática dentro de un contexto social e individual. Este diagnóstico orienta la generación de objetivos y lineamientos generales con el fin de establecer el posterior plan de tratamiento.

La siguiente etapa es la fase de intervención, que considera los antecedentes recabados en la fase anterior, y pone en marcha acciones con el fin de reparar los efectos psicosociales generados en la víctima, que son reactivos a la situación abusiva, por medio de intervenciones psicoterapéuticas, sociales y orientaciones legales dirigidas a la víctima y a su familia o personas significativas.

La intervención psicoterapéutica entregada a la víctima tiene objetivos de dos tipos, generales y específicos. Los objetivos generales, que se refieren a la globalidad de los casos, son la reparación del daño y la integración adecuada de la experiencia abusiva. Los objetivos específicos, se relacionan con las características de cada paciente, por lo cual se definen caso a caso, tomando en consideración diferentes variables, como la edad del paciente, las características de la situación abusiva, las características previas de la personalidad del niño, las características del contexto familiar, entre otros (Cavas, 1999, 2000a).

ANEXO 6: INSTRUMENTOS DE REGISTRO DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN

Evaluación de la ejecución⁷

Nº de sesión _____

Fecha: _____

1. Aspectos generales de la sesión:

- duración de la sesión: _____
 - elementos externos que influyeron en la ejecución de la terapia (obstaculizadores y facilitadores)
-
-

2. Ejecución de las actividades:

- actividades ejecutadas según diseño original _____
 - actividades ejecutadas con modificaciones al diseño _____
-
- actividades de la planificación no ejecutadas _____
 - actividades ejecutadas fuera de planificación _____

3. Desempeño de los terapeutas (autopercepción, evaluación del par)

- claridad respecto a la estructura de la sesión _____
- cooperación para la coordinación durante la sesión _____
- claridad en el manejo de la temática _____
- manejo de las técnicas e intervenciones empleadas _____
- manejo adecuado de los tiempos de la sesión _____

⁷ Basada en Fernández y Stingo, 1997.

Registro grupal⁸

Sesión n° _____

Fecha _____

1. Nombres de los integrantes presentes:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____
- 7) _____
- 8) _____

2. Clima de la sesión

	grupo	Terapeutas
Grado de entusiasmo o participación		
Disposición a la influencia terapéutica		
Grado de integración grupal		

3. Eje temático de la sesión

4. Intervenciones de la sesión

5. Respuestas a intervenciones de la sesión

⁸ Basada en Zárate Carrizo, 1993.

6. Clima emocional del cierre

	grupo	Terapeutas
Grado de entusiasmo o participación		
Disposición a la influencia terapéutica		

Disposición a seguir interviniendo:

- misma dirección _____
- otra dirección _____

7. Planificación:

A) en qué insistir: _____

B) qué evitar _____

C) qué hacer diferente, nuevas intervenciones _____

ANEXO N° 7: DIBUJOS DE LAS NIÑAS

Dibujo de Sí Misma

Caso 1

Pre intervención

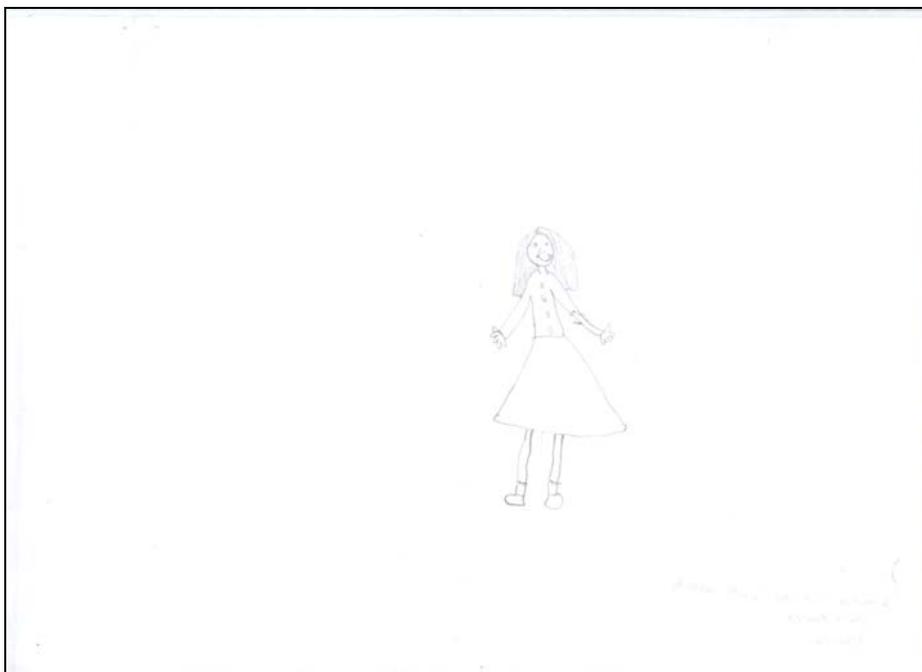


Post intervención

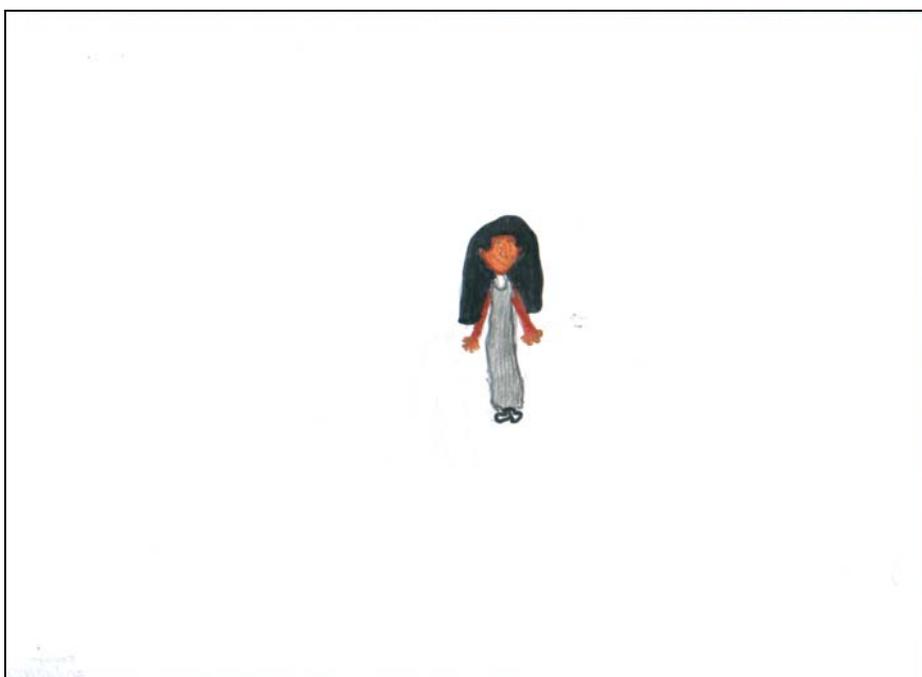


Caso 2

Pre intervención



Post intervención

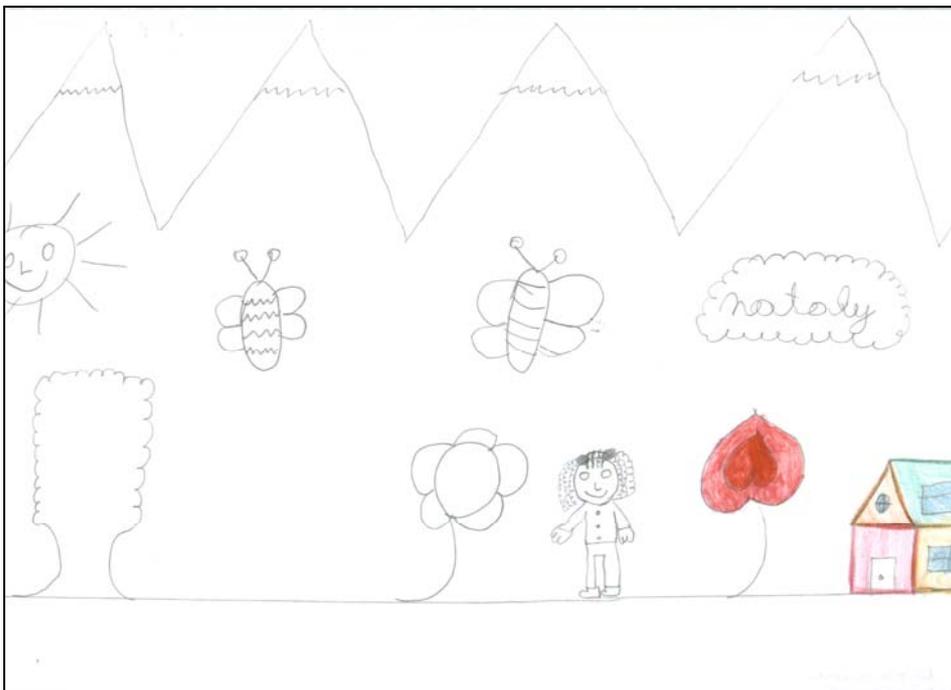


Caso 3

Pre intervención

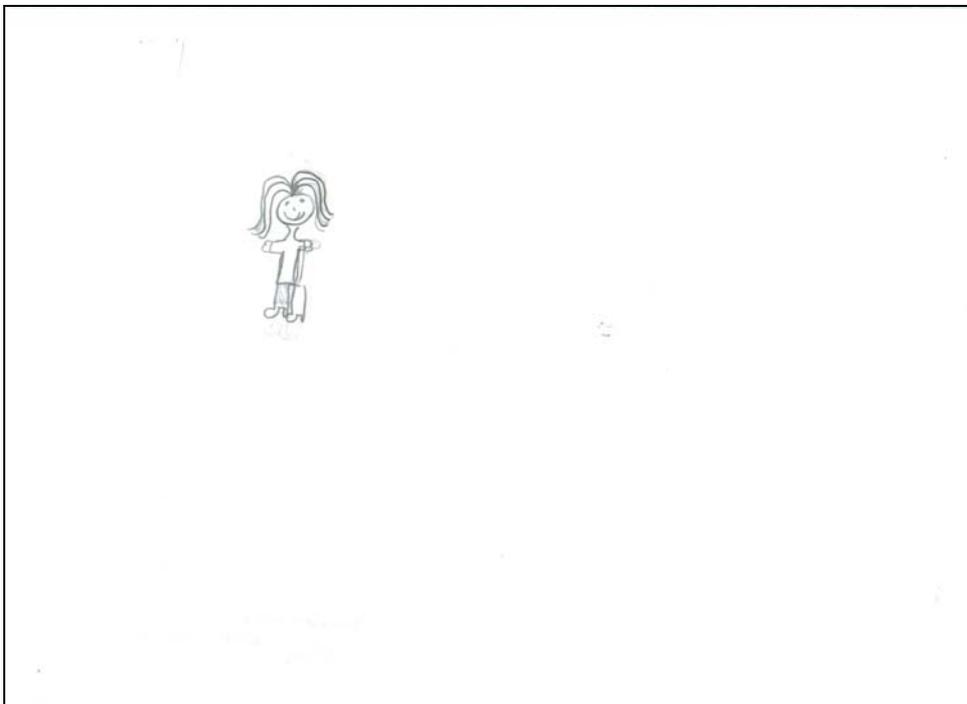


Post intervención

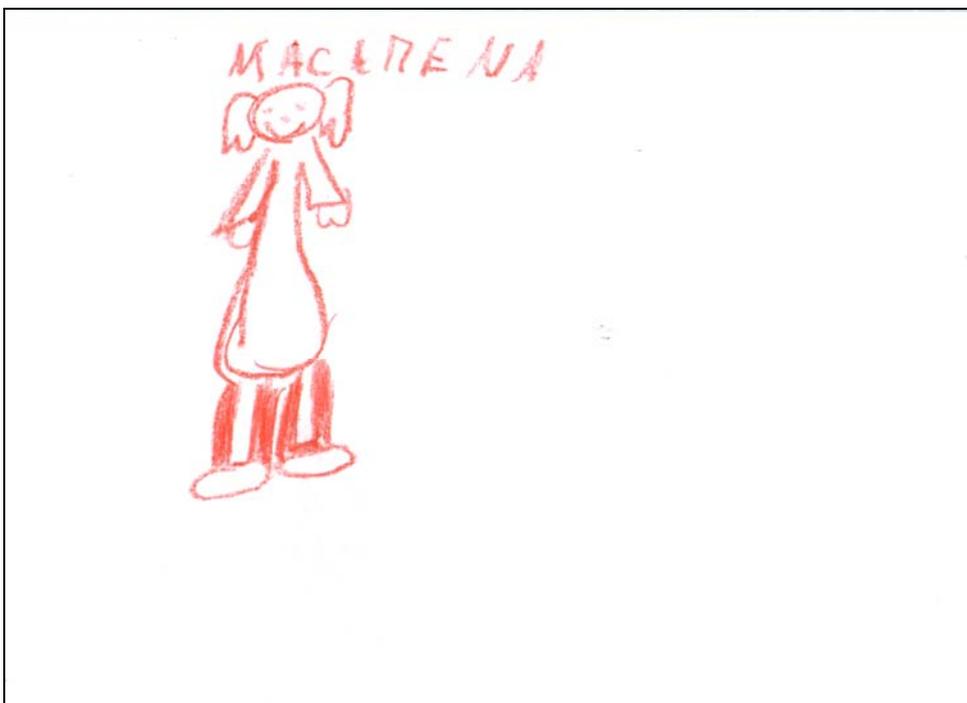


Caso 4

Pre intervención



Post intervención



Caso 5

Pre intervención



Post intervención



Caso 6

Pre intervención



Post intervención



Dibujo de la familia

Caso 1

Pre intervención

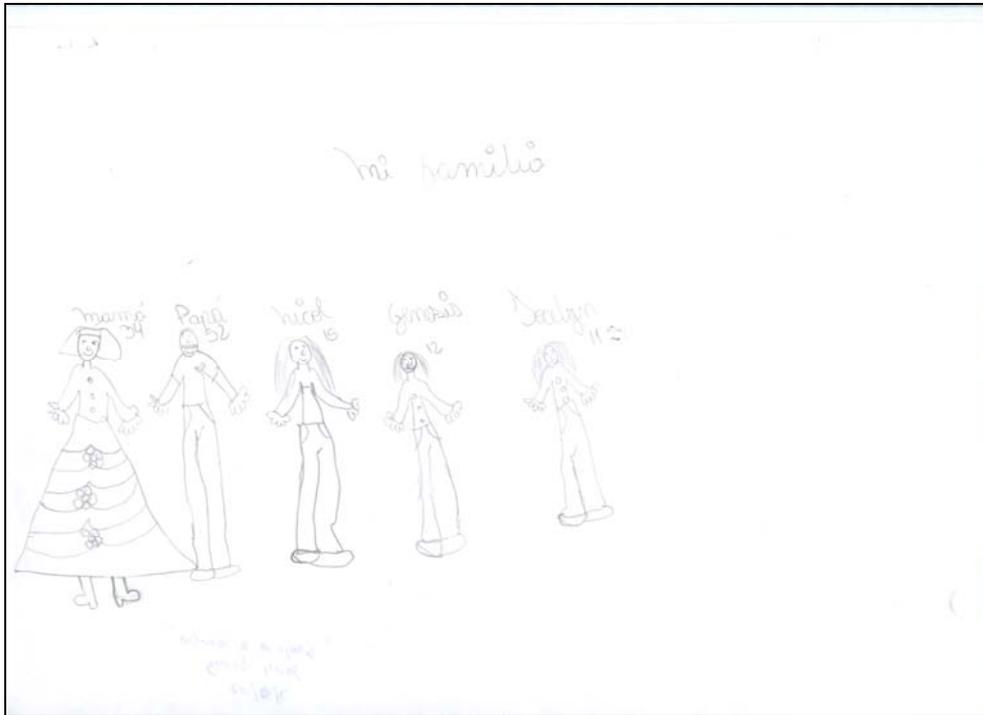


Post intervención



Caso 2

Pre intervención

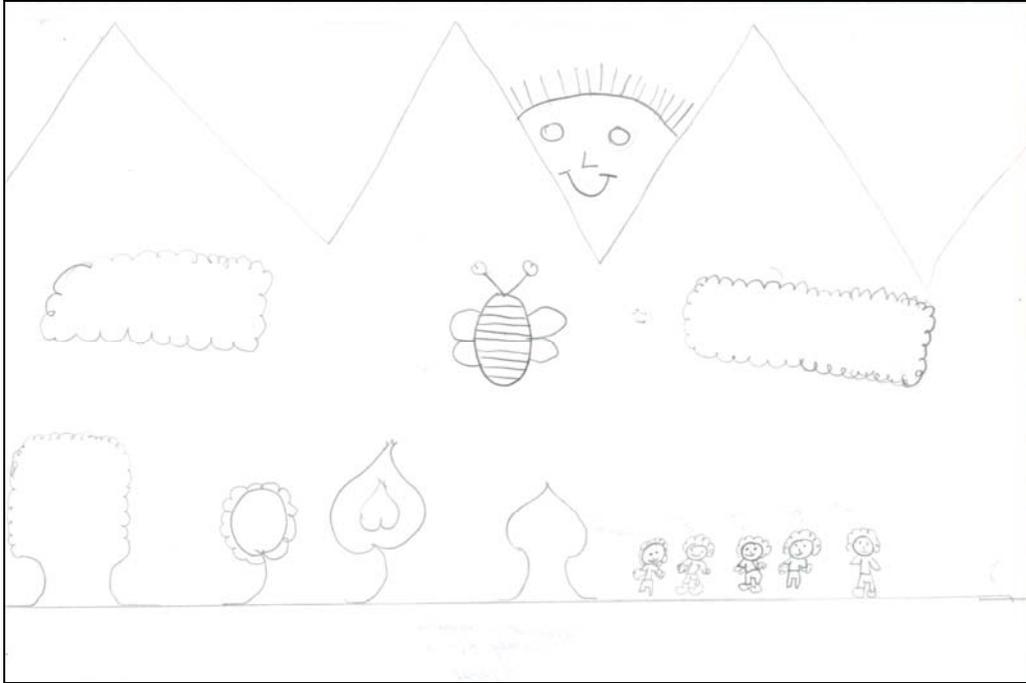


Post intervención

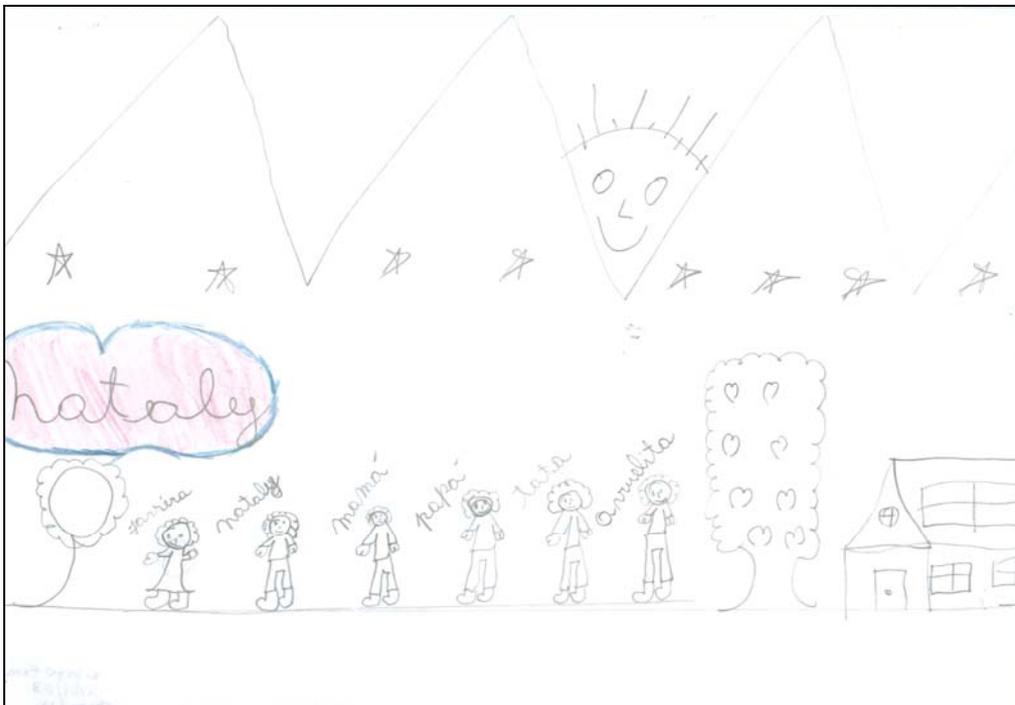


Caso 3

Pre intervención

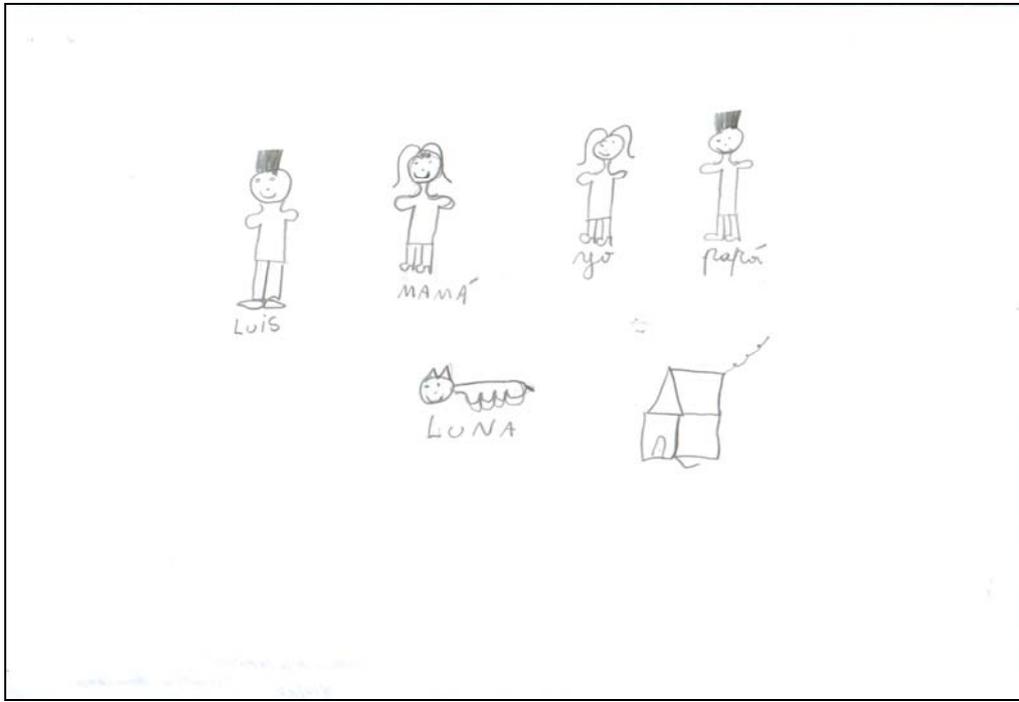


Post intervención



Caso 4

Pre intervención



Post intervención



Caso 5

Pre intervención

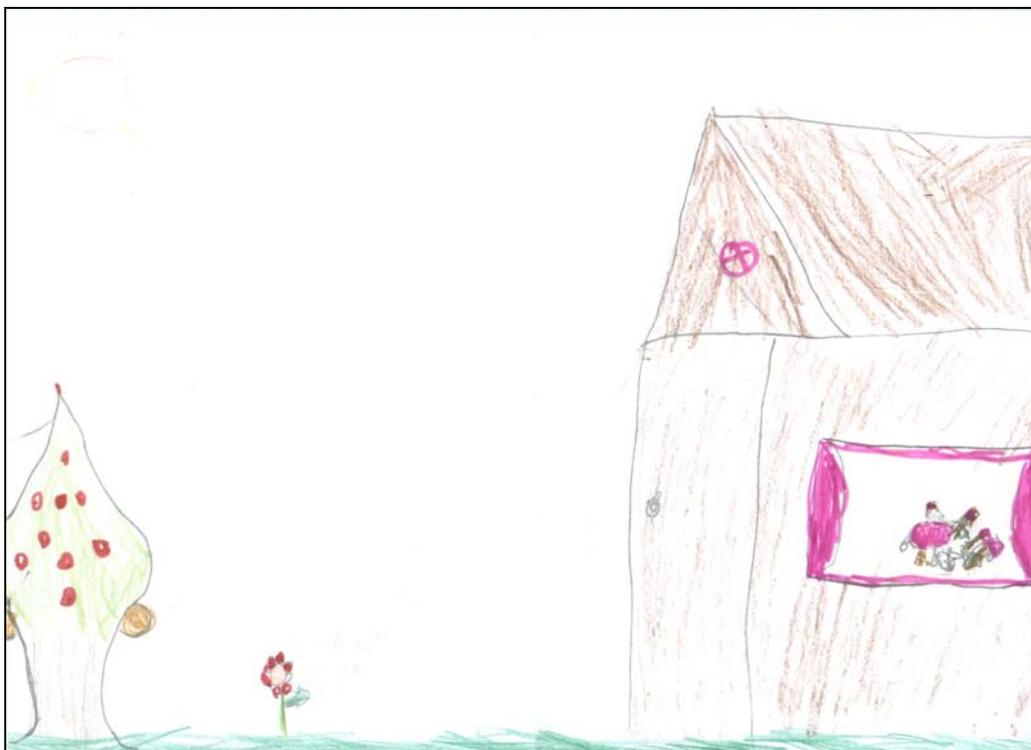


Post intervención



Caso 6

Pre intervención



Post intervención



ANEXO N° 8: INDICADORES GRÁFICOS EN LOS DIBUJOS

Los indicadores negativos presentados en las niñas en el dibujo de sí misma y en el dibujo de la familia -según la pauta de indicadores antes descrita- en las evaluaciones pre y post intervención son los que se presentan en los siguientes cuadros.

Dibujo de sí misma:

CASO	evaluación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1	pre		X					X			X	X	X	X	X	X	X	X					X
1	post							X							X	X	X	X					
2	pre					X	X				X	X		X									
2	post		X											X									
3	pre		X					X	X	X		X	X	X	X								X
3	post		X			(X)		X						X									X
4	pre	X	X	X		X	X	X					X	X	X	X							
4	post			X			X						X	X	X	X							
5	pre				X			X			X							X					
5	post						X																X
6	pre		X				X			X					X							X	X
6	post						X			X													

Dibujo de la familia:

CASO	evaluación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	pre	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1	post									X						
2	pre		X				X				X					X
2	post											X	X			
3	pre		X					X	X	X		X	X	X		X
3	post							X			X		X			X
4	pre						X	X		X	X	X	X			
4	post									X						
5	pre			X	X		X		X							
5	post	X			X											X
6	pre		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6	post		X						X					X	X	

ANEXO N°9: CONTRATO DE RESPONSABILIDAD Y COMPROMISO

Nombre:

Fecha:

El centro de asistencia a víctimas de atentados sexuales (CAVAS), solicita en el tratamiento grupal a niñas - entre 8 y 10 años -, lo siguiente:

- 1- Cada niña debe ser acompañada a sus citas por un adulto responsable.
- 2- Este adulto se compromete a traer y buscar a la niña en el horario señalado por las terapeutas.
- 3- El tiempo del tratamiento grupal corresponde a un período de tres meses, realizándose 12 sesiones, los días Lunes de 14:30 a 16:00 horas.
- 4- El centro se reserva el derecho de dar por terminado el contrato en el caso que no se cumplan los requisitos del mismo.

Me comprometo a asistir en forma regular a la terapia, cumpliendo lo especificado anteriormente,

Firma niña

Firma madre

Firma Terapeuta

Firma Terapeuta

ANEXO N° 10: DISEÑO FINAL

Intervención psicoterapéutica grupal para niñas víctima de abuso sexual

Objetivo general:

Desarrollar una dinámica grupal con niñas víctimas de abuso sexual, que posibilite la superación de los efectos psicológicos ocasionados por el abuso sexual, favoreciendo el desarrollo de una identidad positiva e integrada y el fortalecimiento de recursos protectores personales y vinculares.

Fases de la intervención:

La intervención se estructura en relación a cuatro ejes: aislamiento, sexualización traumática, falta de poder y pérdida de confianza; que corresponden a la dinámica traumatizante planteada por Finkelhor y Browne (1985). En relación a estos ejes se organizarán las sesiones en 4 fases de la terapia, teniendo cada una como objetivos:

Fase I: Eje: Aislamiento

Objetivo: Lograr una interacción positiva entre niñas víctimas de abuso sexual, promoviendo modos de relación que permitan una adecuada inserción al grupo de pares, disminuyendo la sensación de aislamiento ocasionado por el abuso sexual y favoreciendo el desarrollo de un autoconcepto social positivo (3 sesiones)

Fase II: Eje: Sexualización traumática

Objetivo: Desarrollar el reconocimiento del propio cuerpo, entregando herramientas para identificar sensaciones y límites corporales, favoreciendo la construcción de un autoconcepto corporal positivo (2 sesiones)

Fase III: Eje: Falta de poder

Objetivo: Incorporar un sentido de poder adecuado a la edad, desarrollando habilidades para identificar y reaccionar ante situaciones de riesgo potenciales. (3 sesiones)

Fase IV: Eje: Pérdida de confianza

Objetivo: Potenciar vínculos de confianza que faciliten el desarrollo de mecanismos protectores, desarrollando en las niñas la capacidad de identificar y acudir a figuras significativas. (4 sesiones)

Descripción de las Sesiones:

Entrevista pre-intervención

Previo al inicio de la terapia grupal se realizará por parte de las terapeutas del grupo una reunión individual con cada niña y su madre. En esta sesión se realizará una entrevista, con el objetivo de observar las condiciones, motivaciones y expectativas de las examinadas para participar en la terapia grupal. Además, las terapeutas informaran sobre las características del grupo, principalmente sus objetivos, fechas, horarios y duración de las sesiones,

realizándose un contrato de responsabilidad con madres e hijas (ver anexo), en que ambas se comprometan a asistir a las actividades del grupo.

Fase I: "Compartiendo nuestras experiencias"

Eje: Aislamiento

Sesión nº 1 "Conociendo quienes somos"

Objetivos:

- presentación de los participantes
- establecimiento de reglas grupales
- facilitar la integración grupal
- promover la identificación personal y autoimagen

Actividades:

1- Ritual de inicio: Saludo del sol

Objetivo: Dar un sentido completamente distinto al inicio de una actividad diferente a la que los participantes están acostumbrados.

Metodología: Ejercicio corporal

Procedimiento: Las niñas se ubican paradas y forman un círculo. Los pies deben colocarse en forma paralela firmemente ubicados y separados sobre el suelo. Las niñas deben estar con los ojos abiertos, estimulándose por parte de los terapeutas el reconocimiento entre las distintas niñas. Las terapeutas guían un ejercicio de respiración y expresión corporal, en donde al inhalar se extienden los brazos en dirección al sol y al exhalar se encogen los brazos y las piernas, en dirección a la tierra. Estas posturas corporales de extensión y contracción, simbolizan el contacto con los otros (grupo) y el contacto consigo mismo.

Esta actividad se utilizará al inicio y término de todas las sesiones.

2- Dinámica de presentación: ¿Quién eres tú?

Objetivo: Que los participantes y terapeutas se presenten, conozcan sus nombres y otras características personales y familiares.

Metodología: Juego

Procedimiento: Se tira la pelota a otra niña y se pregunta ¿quién eres tú?. El que pregunta le pega un adhesivo con el nombre al que recibe la pelota. Luego, se tiran la pelota entre los participantes y se realizan preguntas como: ¿Cuántos años tienes? ¿Cuántos hermanos tienes? ¿Cuánto tiempo llevas en terapia?, entre otras.

3- Juego: "Así soy yo"

Objetivo: Que las participantes reconozcan características personales de sí misma y de las otras niñas participantes del grupo.

Metodología: Juego

Procedimiento: Están todas las niñas sentadas en un círculo, los terapeutas van nombrando diversas características personales (tanto físicas como psicológicas), intereses, preferencias y pasatiempos. Las niñas que reconocen la característica nombrada, se ponen de pie y se cambian de asiento.

4- Establecimiento de reglas grupales

Objetivos: Que las niñas participantes de la terapia en conjunto definan las reglas de funcionamiento grupal.

Metodología: Diálogo grupal y confección de carteles.

Procedimiento: En círculo las terapeutas guían un dialogo grupal sobre lo que son las reglas, para qué sirven, porqué no hay que romperlas, y qué reglas se necesitan en este grupo. Las terapeutas intervienen orientando a que las niñas reconozcan la importancia de reglas relacionadas con el respeto, la confianza y la confidencialidad (escuchar cuando otra persona habla, no burlarse, no pegarse ni pelearse, todo lo que se hable en el grupo debe mantenerse confidencialmente, mantener limpia la sala, está bien si alguien no quiere hablar, etc.)

Las niñas escriben las reglas en una cartulina y las pegan en la sala, para ser utilizadas en todas las sesiones.

5- Collage grupal

Objetivos: Que las participantes identifiquen aspectos personales en un contexto de relación con pares, favoreciendo la integración grupal.

Metodología: Expresión gráfica. Collage.

Procedimiento: Las niñas se sientan en círculo frente a un papelógrafo. Las terapeutas presentan diferentes recortes de personas en distintos estados de ánimo y realizando distintas actividades, las participantes escogen recortes que representen aspectos personales, realizando un collage grupalmente. Luego cada niña presenta al grupo los recortes escogidos.

6- Evaluación personal

Objetivo: Que cada niña evalúe su participación durante la sesión.

Metodología: Verbal escrito y oral.

Procedimiento: Al final de la sesión cada niña escribirá en su cuaderno personal qué aprendió, qué le gustó y qué no le gustó de esta sesión. Además, las terapeutas orientan a que cada niña identifique qué característica positiva de sí misma mostró durante la sesión, con el fin de favorecer la valoración personal. Luego se pide a cada niña que comparta su evaluación personal con el grupo.

Esta actividad se realizará al final de todas las sesiones.

7- Evaluación grupal

Objetivo: Que las niñas en conjunto evalúen el desarrollo de la sesión.

Metodología: Verbal escrito y oral.

Procedimiento: Las niñas se sientan en círculo y las terapeutas las orientan a referirse cómo se sintieron, qué les gustó más, qué no les gustó, qué aprendieron esta sesión. Una de las niñas, lo escribe en el libro grupal.

Esta actividad se realizará al final de todas las sesiones.

8- Cierre de la sesión: Saludo al sol y despedida de las terapeutas

Objetivo: Finalizar la sesión dando un sentido especial al cierre de una actividad diferente a la que los participantes están acostumbrados.

Metodología: Ejercicio corporal y verbal

Procedimiento: Se utiliza el mismo procedimiento que el descrito en el ritual de inicio. Además las terapeutas realizan una breve devolución al grupo de los aspectos más relevantes surgidos en la sesión, destacando principalmente los aspectos positivos.

Esta actividad se realizará al final de todas las sesiones.

Materiales:

- pelota
- adhesivos con nombre
- cuadernos personales
- cuaderno grupal
- cartulina
- plumón
- lápices
- papelógrafo
- recortes de revistas
- pegamento

Sesión nº2: "Compartiendo nuestras experiencias"

Objetivos:

- Promover la interacción e integración grupal
- Promover la confianza al interior del grupo
- facilitar el compartir en grupo experiencias relacionadas con el abuso
- promover la eliminación de sentimientos de vergüenza y la culpa por haber sido escogidas como víctimas
- ayudar al alivio del sentimiento de sentirse diferente y aislada

Actividades:

1. Ritual de inicio: Saludo del sol

2. Juego: Hermanos

Objetivo: Promover la interacción e integración grupal

Metodología: Juego

Procedimiento: Las niñas forman parejas. Se realizan dos círculos concéntricos, participando cada niña de la pareja en uno de los círculos. Cada grupo se toma de las manos, quedando un grupo rodeando al otro. Luego ambos círculos giran en direcciones opuestas, al ritmo de la música, hasta que la música se detiene. Las parejas se buscan, se toman de las manos mirándose y se agachan.

3. Dejarse caer

Objetivo: Que las participantes adquieran confianza al interior del grupo.

Metodología: Ejercicio corporal

Procedimiento: Por turnos cada una de las participantes se pone frente a la pared, levanta las manos y deja caer su cuerpo hacia el muro. De a poco va extendiendo cada vez más la distancia del cuerpo con el muro, alejando los pies de la pared. La niña se deja caer lentamente hacia atrás, siendo apoyada por las otras niñas del grupo en el momento en que comienza a perder el equilibrio. Este ejercicio requiere de tranquilidad y concentración de los participantes, para garantizar el adecuado apoyo de las otras niñas.

4. Exposición del video: "El árbol de Chicoca"

Objetivo: Que los participantes puedan reflexionar acerca de su propia experiencia de abuso sexual, reconociendo sus propias emociones y sentimientos, a través de la identificación con los protagonistas de la historia.

Que las participantes puedan observar una historia de abuso sexual, conociendo una forma adecuada de resolución.

Que al observar el video, se estimule el abordaje de la temática del abuso sexual.

Metodología: Audiovisual

Procedimiento: Las terapeutas introducen el tema del video (abuso sexual), enfatizando la importancia de estos contenidos dentro de la terapia grupal, explicitando que esta es una experiencia compartida por todas las participantes. Piden a las niñas que se ubiquen en un lugar cómodo de la sala y se estimula a que reconozcan los sentimientos, emociones y acciones de los personajes. Se expone el video.

5. Dialogo grupal:

Objetivo: Que las participantes identifiquen y compartan las emociones, sentimientos y pensamientos asociados a la experiencia de abuso sexual, a través de la historia de los protagonistas del video.

Metodología: Dialogo.

Procedimiento: Las terapeutas facilitan la conversación acerca de los contenidos del video, rescatando sentimientos, emociones y conductas de los protagonistas frente al abuso. Las terapeutas intervienen orientando a que las niñas compartan sus propias experiencias de abuso sexual, facilitando su elaboración a través del dialogo grupal.

6. Evaluación personal

7. Evaluación grupal

8. Cierre de la sesión: Saludo al sol y despedida de las terapeutas

Materiales:

- video
- cuadernos personales
- cuaderno de grupo
- lápices

Sesión n°3: "Compartiendo nuestras experiencias"

Objetivos:

- facilitar el compartir en grupo experiencias relacionadas con el abuso
- promover la eliminación de sentimientos de vergüenza y culpa por haber sido escogidas como víctimas
- ayudar al alivio del sentimiento de sentirse diferente y aislada

Actividades:

1. Ritual de inicio: Saludo al sol

2. Cuento con títeres:

Objetivo: Que las niñas a través de la historia puedan elaborar sentimientos de culpa, vergüenza y aislamiento, y puedan integrar su propia experiencia de abuso.

Que las niñas ejerciten la búsqueda de nuevas soluciones a los conflictos relacionados con una experiencia de abuso sexual, considerando la perspectiva de otras personas.

Métodología: Títeres. Modelado.

Procedimiento: Las terapeutas previamente elaboran un cuento sobre los efectos del abuso sexual en una niña, poniendo énfasis en los sentimientos de aislamiento, estigma y culpa. Las terapeutas leen el cuento, y las niñas lo representan con títeres, interactuando y construyendo de manera grupal un final a la historia diseñada. Las terapeutas orientan sus intervenciones a la búsqueda de contenidos en las niñas respecto a cómo se sienten con la historia, qué piensan y si a ellas les sucedió algo similar, con el objetivo de que puedan ir integrando su propia experiencia de abuso sexual a través del cuento.

Libreto del cuento:

Un hermoso día de verano, Violeta, una linda niña de 9 años, paseaba por las calles de su barrio, venía muy contenta después del colegio. Llegó a su casa, en donde estaba su mamá y su tío Ruperto. La mamá saludó a la niña, le dio el almuerzo y le dijo que tenía que salir al centro para hacer unos trámites. La mamá le pidió a Violeta que se portara bien y que se quedara con su tío Ruperto porque él la iba a cuidar. La mamá salió y Violeta se quedó en la casa y empezó a jugar con sus muñecas. De repente, Violeta sintió que el tío Ruperto entró a su pieza, él se acercó y le preguntó ¿a qué estás jugando?. Violeta notó que el tío se acercaba más y más a ella, entonces Violeta comenzó a sentirse incómoda. No sabía porqué el tío se acercaba tanto a ella, si nunca antes lo había hecho. Entonces, el tío se acercó mucho, mucho a Violeta, la abrazaba y le empezó a hacer cariño en las piernas. Violeta se sentía rara, no quería que su tío le hiciera ese tipo de cariños, por eso Violeta se sentía muy incómoda y quería que esto no sucediera. El tío le dijo "Violeta, no tengas miedo, yo no te voy a hacer nada malo, pero esto tiene que ser un secreto entre los dos, no le cuentes a nadie lo que estamos haciendo, si tú le cuentas a alguien, le voy a hacer daño a tu mamá". (se estimula a interactuar a las niñas). Violeta muy asustada, se quedó tranquila, como paralizada, no sabía qué hacer. Entonces el tío le empezó a tocar todo su cuerpo, le tocó sus pechos, sus brazos, sus piernas y su vagina. Violeta se sentía muy rara. (se hace interactuar a las niñas)

Después, cuando llegó la mamá, Violeta estaba muy callada (se estimula a interactuar a las niñas), quería estar sola, no quería contarle a su mamá lo que había pasado, porque pensaba que había hecho algo malo y que la mamá la iba a retar. Violeta tenía vergüenza, se sentía culpable de lo que había pasado y le daba miedo contar lo que sentía, porque se acordaba de lo que le había dicho el tío "no le cuentes a nadie lo que estamos haciendo, si tú le cuentas a alguien yo le voy a hacer daño a tu mamá." (se estimula a interactuar a las niñas)

3. Dialogo grupal:

Objetivo: Que las participantes compartan los sentimientos, emociones y pensamientos relacionados con su propia experiencia de abuso sexual.

Que las participantes puedan expresar e integrar las experiencias compartidas acerca del abuso sexual.

Metodología: Verbal

Procedimiento: A partir de los contenidos expresados por las niñas en la actividad de títeres, las terapeutas orientan un dialogo grupal acerca de las vivencias relacionadas con la experiencia de abuso sexual y los sentimientos actuales relacionados con el abuso, buscando la expresión de sentimientos, pensamientos y emociones compartidos en relación a la experiencia de abuso sexual en un contexto protegido, favoreciendo la realización de una elaboración grupal de esta experiencia.

4. Evaluación personal
5. Evaluación grupal
6. Cierre de la sesión: Saludo al sol y despedida de las terapeutas

Materiales:

- Títeres
- Libreto del cuento
- Cuadernos personales
- Cuadernos grupales
- Lápices

Fase II: "Yo escucho mi cuerpo"

Eje: Sexualización traumática

Sesión nº4: "Mi cuerpo y sus sensaciones"

Objetivos:

- promover el conocimiento de los límites corporales
- adquirir una imagen positiva del propio cuerpo

Actividades:

1. Ritual de inicio: Saludo al sol
2. Diseño Corporal:

Objetivo: Que las participantes reconozcan su imagen corporal, identificando los límites y las características particulares de su propio cuerpo, expresándolo a través de un diseño gráfico de sí mismas.

Metodología: Expresión gráfica

Procedimiento: Cada niña se tiende de espaldas en el suelo sobre un pliego de papel craft y una de las terapeutas marca con un plumón el contorno corporal de cada niña. Luego se les pide a las niñas que completen la figura, dibujando y pintando las características personales y los detalles más relevantes para ella.

3. Presentación del diseño y dialogo grupal:

Objetivo: Que las participantes reconozcan y expresen las percepciones y características de su propio cuerpo.

Que las participantes puedan identificar y expresar sensaciones y cambios corporales asociados a la experiencia de abuso sexual, integrando esta experiencia a la propia corporalidad.

Que las participantes tengan una vivencia positiva del propio cuerpo.

Metodología: Verbal

Procedimiento: Cada niña presenta su diseño al grupo, nombrando cada parte del cuerpo con su vocabulario correcto, señalando su función. Además van describiendo cómo se sienten respecto a esa parte del cuerpo, empezando desde la cabeza a los pies.

Las terapeutas orientan sus intervenciones a que las niñas puedan identificar y expresar los aspectos que consideran positivos y negativos de su propio cuerpo, la percepción de cambios corporales posterior al abuso (partes del cuerpo dañadas) y la identificación de las sensaciones corporales asociadas a esto. Las terapeutas intervienen buscando que las niñas puedan reconocer, por un lado, si estos cambios y sensaciones corporales permanecen, y por otro, la posible relación de los aspectos considerados como negativos del propio cuerpo con la experiencia de abuso sexual, con el objetivo de que puedan integrarlos. Una vez que las niñas hayan logrado identificar los aspectos antes mencionados, las terapeutas intervienen hacia el reconocimiento y la valoración de los aspectos positivos del propio cuerpo.

4. Evaluación personal

5. Evaluación grupal

6. Cierre de la sesión: Saludo al sol y despedida de las terapeutas

Materiales:

- papel craft (un pliego por niña)
- plumón
- témperas
- pinceles
- cuadernos personales
- cuaderno grupal
- lápices

Sesión nº5: "Este es mi cuerpo":

Objetivos:

- proporcionar información directa acerca de la sexualidad, facilitando que las niñas reconozcan qué es apropiado en cuanto a ésta área
- desarrollo de una imagen positiva del propio cuerpo
- promover el reconocimiento de sensaciones corporales (agradables, desagradables)
- facilitar la identificación de necesidades y deseos

Actividades:

1. Ritual de inicio: saludo del sol

2. Cuento:

Objetivo: Que las participantes conozcan nociones básicas acerca de la sexualidad en general y del desarrollo psicosexual femenino en particular, reconociendo los comportamientos apropiados para la edad en esta área.

Metodología: Exposición verbal y visual de información.

Procedimiento: Las terapeutas relatan un cuento sobre una niña a diferentes edades, haciendo énfasis en el descubrimiento de su cuerpo y la sexualidad femenina, informándose también acerca de los límites adecuados al comportamiento sexual a cada edad. Al mismo tiempo se muestran láminas acerca de los diferentes aspectos de la sexualidad que va relatando la historia (por ejemplo, órganos sexuales, embarazo, nacimiento, etc). Las niñas pueden hacer preguntas que les vayan surgiendo respecto al tema.

Libreto del cuento: (Basado en "Manual de Sexualidad Infantil" de R. Cerda, 2001)

Para que Violeta viniera al mundo fue necesario que sus padres realizaran un acto de amor, que incluye besos, caricias, muestras de cariño, y que termina con la unión de sus cuerpos, en donde el papá introduce el pene en la vagina de la mamá, para depositar un líquido que al juntarse con un óvulo de la mamá, da inicio a la creación de un nuevo ser, en este caso, Violeta. De la unión de sus cuerpos nació Violeta, primero era un puntito, pero con el paso de los días y los meses fue creciendo en un lugar especial de su mamá, llamado útero. Durante nueve meses estuvo dentro de útero de la mamá, fue creciendo rápidamente, y luego de todo ese tiempo salió a este mundo a respirar fuera de la guatita de la mamá. A los pocos días de nacer, llevaron a Violeta a su casa. La mamá la mayoría de las veces la alimentaba con la leche que salía de sus pechos.

Pasaron los días, meses y años, Violeta crecía rápidamente, y cuando entró al jardín infantil empezó a hacerle muchas preguntas a la mamá ¿de donde vengo? ¿cómo nací?, etc., y también empezó a mirarse su cuerpo y a preguntarse las diferencias entre niños y niñas, jugando con sus amiguitos a conocer sus cuerpos. La mamá de Violeta le enseñó que los niños tienen pene y las niñas vagina, los niños seguirán creciendo y se convertirán en hombres, las niñas llegarán a ser mujeres.

Cuando Violeta estaba en el colegio todavía sentía curiosidad por conocer su cuerpo, a veces se tocaba, y generalmente le daba vergüenza que otros la vieran cambiarse de ropa

en la clase de educación física, pero lo que más le daba vergüenza, era conversar con otros acerca de su cuerpo. Algunas veces jugaba con sus compañeros y se divertía mucho con los juegos en que le tocaba darse besos con el niño que le gustaba. A la mayoría le gustaba el juego, pero si alguien no quería jugar, los otros no se enojaban ni lo obligaban, ¡¡quizás no le gustaba dar besos!!.

Violeta tiene ahora nueve años, sabe que su cuerpo va a cambiar y desarrollarse, la mamá le contó que luego comenzarán a crecer sus pechos, y que en algunas partes de su cuerpo aparecerán vellos. También en un tiempo más le va a pasar algo muy importante, le va a llegar la menstruación, lo cual a unas niñas les ocurre antes que a otras, y significa que la niña ya está creciendo y convirtiéndose en mujer. La menstruación ocurre porque todos los meses el cuerpo de la mujer se prepara para recibir a un bebé, cuando esto no ocurre, todos los colchoncitos y la casita que la mujer había preparado para el bebé tiene que salir de su cuerpo. Por esto la mujer bota sangre por su vagina, lo que no significa que ella esté enferma o que tenga una herida, sino que solamente está botando la casita del bebé, la que se comenzará a armar nuevamente el próximo mes, y así todos los meses. Ahora Violeta sabe que cuando tenga la menstruación se convertirá en mujer y de ahí su cuerpo estará preparado para tener una guaguita.

Además Violeta sabe que cuando tenga como 14 años, se va a empezar a fijar más en sus compañeros y le van a empezar a gustar más. Tendrá amigos e incluso podrá tener un pololo, con el cual le gustará darse besos y acariciarse, pero Violeta sabe que aunque sea su pololo, él no puede tocarla si ella no quiere y nadie puede obligarla a hacer algo que ella no quiera. Violeta sabe que cuando sea más grande puede encontrar a alguien con quien compartir toda su vida, y pueden realizar el mismo acto de amor que realizaron sus papás para tenerla a ella.

3. Dialogo grupal:

Objetivo: Que las participantes compartan sus experiencias acerca del desarrollo psicosexual, logrando conversar abiertamente las dudas y creencias al respecto.

Que las participantes incorporen de manera positiva la propia sexualidad al autoconcepto corporal.

Metodología: Dialogo

Procedimiento: Se realiza un dialogo entre las niñas, con el fin de discutir las principales dudas acerca de la sexualidad que surgieron a partir del cuento. Las terapeutas intervienen destacando los aspectos positivos del desarrollo psicosexual, principalmente del desarrollo actual de las niñas, dando énfasis a una imagen positiva del propio cuerpo.

4. Masaje con un globo

Objetivo: Que las participantes identifiquen diferentes sensaciones del propio cuerpo.

Que las participantes reconozcan e integren sensaciones corporales positivas en la interacción con otros, posibilitando una vivencia actual positiva del propio cuerpo.

Metodología: Ejercicio corporal

Procedimiento: Las niñas se juntan en parejas y se ubican en un lugar dentro de la sala. Por turnos una integrante de cada pareja se acuesta boca abajo en el suelo, estirando los brazos al costado del cuerpo. La otra niña se hinca a su lado, y con el globo de masaje realiza lentamente movimientos circulares, comenzando los masajes en la cabeza, y luego lentamente en hombros, brazos, manos, espalda, piernas, pies. La niña que recibe el masaje debe determinar en qué parte del cuerpo debe repetirse de nuevo el masaje. Una vez finalizado la pareja se intercambia roles. Este ejercicio es guiado por las terapeutas y se realiza con música de relajación.

5. Dialogo grupal

Objetivo: Que las participantes conozcan las diferentes formas de contacto físico, a través de la identificación de sus propias sensaciones corporales frente al contacto corporal con otro.

Que las participantes reconozcan, expresen e integren las sensaciones corporales asociadas al abuso, posibilitando una vivencia actual positiva del propio cuerpo.

Metodología: Verbal

Procedimiento: Posterior a la realización del ejercicio corporal se realiza un diálogo grupal, con el objetivo de que las niñas puedan verbalizar e integrar los aspectos reconocidos y vivenciados durante el ejercicio. Las terapeutas promueven la verbalización acerca de las sensaciones corporales experimentadas durante la actividad de masaje, realizando intervenciones orientadas a la discusión y elaboración de temas tales como la distinción entre sensaciones corporales agradables y desagradables, diferentes formas de contacto (tales como caricias, golpes, abrazos, etc.) por parte de distintas figuras (familiares, desconocidos, etc.), la distinción del contacto adecuado e inadecuado, a través de la identificación de las propias sensaciones corporales (comodidad-incomodidad) de cada niña ("yo escucho mi cuerpo"), identificación de las sensaciones corporales asociadas al abuso, y reacciones corporales normales ante la estimulación externa. Las terapeutas intervienen destacando la necesidad de escuchar y responder a las necesidades del propio cuerpo, y facilitan una diferenciación entre la vivencia corporal asociada al abuso y la vivencia presente del propio cuerpo, rescatando la posibilidad actual de vivenciar sensaciones corporales agradables.

6. Evaluación personal

7. Evaluación grupal

8. Cierre de la sesión: Saludo al sol y despedida de las terapeutas

Materiales:

- Libreto del cuento
- láminas
- Globos (o pelotas)
- lápices
- cuadernos personales
- cuaderno grupal

Fase III: "Yo puedo cuidarme"

Eje: Falta de poder

Sesión nº6: "Yo puedo decir que no"

Objetivos:

- facilitar el establecimiento de límites corporales
- promover un sentimiento de poder, autoconfianza y autoeficacia en las niñas
- facilitar el reconocimiento y experimentar un sentido de poder adecuado a la edad (decir no a un adulto)
- desarrollar la capacidad de identificar métodos coercitivos
- apoyar la adecuada expresión de sensaciones de incomodidad

Actividades:

1. Ritual de inicio: saludo del sol
2. Trabajo corporal de expresión de emociones:

Objetivo: Que las participantes reconozcan sus propias formas de expresar corporalmente las diferentes emociones.

Metodología: Ejercicio corporal

Procedimiento: Las terapeutas piden a las niñas que recorran la sala libremente, motivándolas a que se relajen y centren su atención en su propio cuerpo. Las terapeutas guían el ejercicio, pidiendo a las niñas que expresen corporalmente (a través de posturas corporales, expresión facial, etc.) las diferentes emociones (rabia, pena, alegría, miedo, etc).

3. Dramatización Emociones:

Objetivo: Que las participantes puedan experimentar concordancia entre lo que sienten y expresan corporalmente, de manera que otros puedan reconocer sus estados emocionales, y a su vez, ellas puedan reconocer los estados emocionales de otros.

Metodología: Dramatización

Procedimiento: Por turnos las terapeutas piden a las niñas que representen una emoción, buscando concordancia entre la emoción que sienten y su expresión, a nivel verbal y corporal. Las terapeutas intervienen, poniendo el énfasis en la representación de la expresión adecuada de sensaciones de incomodidad.

4. Dramatización metro cuadrado:

Objetivo: Que las participantes conozcan un sentido de espacio y de propiedad personal en el establecimiento de contacto corporal con otros, siendo posible que cada niña regule voluntariamente la distancia o cercanía física con otros.

Que las participantes reconozcan y experimenten su propio espacio personal o metro cuadrado.

Que las participantes ejerciten un sentido de espacio personal en el establecimiento de relaciones interpersonales, regulando voluntariamente la distancia o cercanía física con otros.

Metodología: Dramatización

Procedimiento: Las terapeutas exponen el concepto de "el metro cuadrado", que se refiere a la noción de un espacio personal imaginario que incluye un perímetro que va más allá de los límites corporales. Intervienen, señalando a las niñas que ellas tienen el poder para decidir quién entra o no a su espacio personal, y que pueden realizar acciones para evitar que alguien lo traspase si ellas no lo desean, orientando la discusión a que las niñas puedan identificar los posibles métodos coercitivos que otros pudieran utilizar o utilizaron para transgredir su espacio. Las terapeutas piden a cada niña que reconozca el espacio personal que las rodea, identificándolo como su espacio personal, correspondiendo a sus límites personales que van más allá del cuerpo, para lo cual se utiliza un aro de gimnasia (ula ula). Por turnos cada niña representa la posibilidad de que otras niñas ingresen al metro cuadrado de cada una, utilizando los métodos coercitivos identificados. Las terapeutas realizan intervenciones orientadas a que cada niña evite el ingreso de otros al espacio personal si no lo desea, a través de una expresión concordante de sus emociones y sentimientos de incomodidad (trabajado anteriormente), por medio de la expresión verbal, gestual y conductual, enfatizando en la expresión y elaboración de los sentimientos de las niñas respecto a la trasgresión de sus límites corporales.

5. Evaluación personal

6. Evaluación grupal

7. Cierre de la sesión: Saludo al sol y despedida de las terapeutas

Materiales:

- Aro de gimnasia (ula ula)
- cuadernos personales
- cuaderno grupal
- lápices

Sesión nº7: "Yo puedo cuidarme"

Objetivos:

- identificación y comprensión de situaciones de riesgo
- facilitar la búsqueda de diferentes soluciones alternativas de enfrentamiento ante situaciones de riesgo
- favorecer el aprendizaje de conductas autoprotectoras

Actividades:

1. Ritual de inicio: saludo del sol
2. Juego: "Cortocircuito"

Objetivo: Que las participantes interactúen de manera lúdica, y expresen afecto entre ellas.

Metodología: Juego

Procedimiento: Las terapeutas piden a las niñas que se ubiquen en un círculo, tomándose de las manos, y les dicen que imaginen que son una ampolleta y que entre todas forman un circuito eléctrico. Explican las terapeutas que dentro del circuito se definirá una ampolleta que no funciona, la cual al ser activada producirá un cortocircuito y una expresión de afecto por parte de todo el grupo. Por turnos una de las niñas del grupo saldrá fuera de la sala, mientras las otras acordarán quién será la ampolleta que no funciona. Luego la niña entra a la sala y hace accionar las diferentes ampolletas, cuando activa la ampolleta que no funciona las otras niñas le demuestran cariño de una forma previamente acordada.

3. Dialogo grupal:

Objetivo: Que las participantes exploren los sentimientos asociados con la posibilidad de un nuevo intento de abuso sexual.

Metodología: Dialogo

Procedimiento: A través del dialogo grupal se retoma el trabajo realizado la sesión anterior. Las terapeutas intervienen orientando la discusión acerca del concepto de espacio personal, los sentimientos asociados a la trasgresión de límites corporales, y los sentimientos asociados a la posibilidad de un nuevo intento de abuso sexual, con el fin de abordarlos terapéuticamente.

4. Dramatización:

Objetivo: Que las participantes se enfrenten a una situación hipotética de un nuevo intento de abuso sexual.

Que las participantes identifiquen situaciones de riesgo de abuso sexual y reconozcan sus propias emociones ante estas.

Que las participantes se ejerciten en la búsqueda de diferentes alternativas de solución ante situaciones de riesgo de abuso sexual.

Que las participantes analicen las consecuencias de las diferentes soluciones ante situaciones de riesgo de abuso sexual, eligiendo soluciones adecuadas ante éstas.

Metodología: Dramatización

Procedimiento: a) Las terapeutas en grupos pequeños plantearan ciertas situaciones riesgosas de abuso sexual.

b) Se solicita a los grupos que preparen una dramatización respecto a la situación planteada por las terapeutas en 2 actos: el problema y las posibles soluciones. Cada grupo elige los personajes que van a representar, los cuales son una hija, una madre y un adulto peligroso.

c) Cada grupo presenta su obra en 2 actos: el problema y las posibles soluciones.

d) Luego de la presentación de cada grupo, las terapeutas promueven la discusión entre las niñas, invitándolas a identificar cuál es el problema en esa situación, qué soluciones hay, qué podría haber hecho la niña, cuáles son las consecuencias de las diferentes posibles soluciones, si les ha ocurrido algo similar, etc. Las terapeutas intervienen reforzando las soluciones adecuadas (por ejemplo, siempre cuéntales a tus padres si alguien te hace sentir incómodo, jamás un adulto que toca o hace caricias a un niño le debe pedir que lo guarde como un secreto, no estás haciendo nada malo si le cuentas a tus padres un secreto, tus padres quieren saber si alguien te lastima o te hace sentir incómodo, etc.), acogiendo todas las alternativas entregadas por las niñas (hipotéticas o reales).

Situaciones de riesgo:

Algunas de estas situaciones planteadas en Ministerio Secretaría General de Gobierno, 1999, se utilizarán como estímulo en esta actividad y en otras actividades de esta y otras sesiones.

Situación n°1: Una mañana camino a la escuela, un niño ve a un hombre bien vestido, muy correcto, que ha visto varias veces en su barrio, con una correa para perros en las manos. El hombre se acerca y le dice que perdió a su perro. Le dice que tiene un hijo de la misma edad que él, que se pondrá muy triste porque el perro se perdió, y le pide que lo ayude a buscar el perro.

Situación n°2: Una mamá deja por pocos minutos solo en el automóvil a su hija mientras ella corre a la tienda. Una mujer toca la ventana del auto y le dice que su mamá lo está llamando, que lo necesita. La mujer trata de convencerlo para que salga del auto y vaya con ella.

Situación n°3: Un día Juan va saliendo de la escuela, con un compañero nuevo, Jaime. El papá de Jaime llega en automóvil a buscarlo. El quiere que Juan se suba al auto para llevarlo a su casa. Jaime también quiere que se suba al auto.

Situación n° 4: Un día una niña está jugando en el patio y José, un joven que la niña conoce porque vive en su barrio, llega en su nueva motocicleta. José para y le pregunta si quiere ver su nueva moto. Le dice que si se sube atrás y se agarra bien, lo llevará a dar una vuelta a la manzana.

Situación n°5: Un día de vuelta de la escuela una niña ve al Sr. Gómez trabajando en su jardín, como siempre. Al igual que todos los días el Sr. Gómez le sonríe y le saluda. Pero hoy se acerca y le dice que tiene una computadora en su casa con toda clase de juegos. Le dice que si quiere entrar a verla y jugar con ella.

Situación n°6: El niño acaba de tener una discusión con sus papás y está enojado con ellos. Se lo cuenta a un adulto (profesor del colegio o a alguien de la iglesia). Él le ofrece

llevarlo al cine y que vaya a su casa un rato. Le dice que sus papás ya no lo quieren y que ya no quieren que viva con ellos.

Situación n°7: Una niña vive cerca de la plaza, pero hay una regla en su casa: que no puede ir a la plaza si no hay alguien en casa que le pueda dar permiso. Un día regresa de la escuela y no hay nadie en casa, y piensa “voy a ir a jugar sólo un ratito, nadie lo va a saber”. Se va a la plaza y se encuentra con uno o dos niños mayores de su barrio, que le dicen que le darán \$1000 si se baja los pantalones.

Situación n°8: Una tarde una niña está en el living de su casa con un amigo de sus papás. Él trata de tocar las partes privadas de su cuerpo o de abrazarla haciéndola sentir incómoda. Cuando le dice que la deje de tocar, él le pide que sea un secreto que no le diga a sus papás.

5. Juego: Pelota de las soluciones

Objetivo: Que las participantes analicen las consecuencias de las diferentes soluciones ante situaciones de riesgo de abuso sexual, eligiendo soluciones adecuadas ante éstas.

Metodología: Juego

Procedimiento: Las niñas se ubican en un círculo. Las terapeutas plantean diferentes situaciones de riesgo de un posible nuevo abuso sexual. Los niños se tiran una pelota y por turnos van diciendo diferentes soluciones adecuadas ante la situación planteada.

6. Evaluación personal

7. Evaluación grupal

8. Cierre de la sesión: Saludo al sol y despedida de las terapeutas

Materiales:

- libreto de las situaciones riesgosas a representar
- pelota
- cuadernos personales
- cuaderno grupal
- lápices

Sesión n°8: "Cómo puedo protegerme"

Objetivos:

- favorecer el aprendizaje de conductas autoprotectoras
- facilitar la búsqueda de diferentes soluciones alternativas de enfrentamiento ante situaciones de riesgo
- fomentar la iniciativa para elaborar planes de acción

Actividades:

1. Ritual de inicio: saludo del sol

2. Juego: Representación de Animales

Objetivo: Que las participantes interactúen de manera lúdica, creando un clima grupal de confianza y cohesión que permita el trabajo posterior.

Metodología: Juego. Expresión corporal.

Procedimiento: Por turnos las niñas representan corporalmente las características de un animal. Las otras niñas deben adivinar que animal representa.

3. Cuento personal y presentación al grupo:

Objetivo: Que las participantes identifiquen y expresen temores específicos asociados a una situación concreta de riesgo de abuso sexual.

Que las participantes identifiquen posibles soluciones ante una situaciones concretas de riesgo de abuso sexual, seleccionando la más adecuada.

Que las participantes compartan en grupo los temores específicos y las soluciones asociadas a situaciones de riesgo de abuso sexual.

Metodología: Verbal escrito y dialogo

Procedimiento: a) Las terapeutas solicitan a cada niña que invente un cuento sobre una posible situación de riesgo de abuso sexual, identificando qué harían si se produce otro intento de abuso, cómo se sentirían y cómo lo expresarían. Se pide a cada niña que identifique tres actos en su cuento: la identificación del problema, búsqueda de diferentes soluciones, y selección de una solución, y lo escriba en su cuaderno.

b) Cada niña presenta al grupo su cuento.

4. Dramatización:

Objetivo: Que las participantes se ejerciten en la búsqueda de diferentes alternativas de solución ante situaciones de riesgo de abuso sexual.

Que las participantes analicen las consecuencias de las diferentes soluciones ante situaciones de riesgo de abuso sexual, eligiendo soluciones adecuadas ante éstas y elaboren un plan de acción.

Metodología: Dramatización. Dialogo grupal.

Procedimiento: Las niñas construyen grupalmente una historia que dramatizan, representándola en tres actos: el problema, luego dos soluciones, una buena y una mala, promoviéndose el análisis grupal de las consecuencias de estas soluciones, y finalmente se elabora un plan de acción para la solución escogida. Las terapeutas intervienen promoviendo la interacción entre las niñas y el dialogo grupal, preguntándoles que piensan, cómo se sienten, qué ideas se les ocurren para solucionar el problema, cuál solución elegirían, cómo la llevarían a cabo, etc.

5. Evaluación personal

6. Evaluación grupal

7. Cierre de la sesión: Saludo al sol y despedida de las terapeutas

Materiales:

- lápices
- cuadernos personales
- cuaderno grupal

Fase IV: "Cómo me pueden cuidar"

Eje: Pérdida de confianza

Sesión nº9 "Yo busco ayuda"

Objetivos:

- promover la capacidad de discriminar en quién se puede confiar
- posibilitar el reconocimiento de figuras protectoras (mi nueva red de apoyo)

Actividades:

1. Ritual de inicio: saludo del sol

2. Dibujo individual: La mano protectora

Objetivo: Que las participantes identifiquen figuras protectoras en su contexto de desarrollo.

Que las participantes puedan discriminar personas en las que pueden confiar y en las que no pueden confiar.

Metodología: Gráfica y Verbal escrita.

Procedimiento: Las terapeutas piden a cada niña que dibuje su mano en una hoja. En esa mano cada niña escribirá los nombres de la o las figuras que identifica como protectoras en su contexto de desarrollo, pudiendo acudir a éstas en situaciones de riesgo. Luego las terapeutas solicitan a cada niña que escriba una lista de las personas en las que pueden confiar y en las que no, identificando las razones en cada uno de los casos.

3. Dialogo grupal:

Objetivo: Que las participantes puedan identificar y expresar sentimientos y emociones asociadas a la falta de protección ante la situación de abuso sexual.

Que las participantes puedan reconocer las acciones protectoras realizadas por sus figuras significativas.

Metodología: Dialogo grupal

Procedimiento: Cada niña presentará al grupo su trabajo personal (lista y dibujo). Las terapeutas reforzarán la importancia de las figuras protectoras. Grupalmente se discute que acciones les hubiera gustado que realizaran sus figuras cercanas para protegerlas del abuso. Las terapeutas realizan intervenciones terapéuticas orientadas hacia la expresión de sentimientos (rabia, pena, otros) ante el padre/madre no protector, abordando el tema de la ambivalencia, definiendo y discutiendo este concepto (confusión de amar a alguien y estar enojado al mismo tiempo), y rescatando las acciones protectoras que realizaron sus figuras cercanas (por ejemplo, el compromiso de asistir a esta terapia), favoreciéndose así la elaboración de la experiencia abusiva.

4. Evaluación personal
5. Evaluación grupal
6. Cierre de la sesión: Saludo al sol y despedida de las terapeutas

Materiales:

- lápices
- hojas
- cuadernos personales
- cuadernos grupales

Sesión nº 10 "Cómo me pueden cuidar"

Objetivos:

- desarrollar en las niñas la capacidad de recurrir a sus figuras cercanas en situaciones de riesgo

Actividades:

1. Ritual de inicio: saludo del sol
2. Role playing: ¿qué puedo hacer yo para protegerme? ¿qué me gustaría que mi mamá hiciera para protegerme?:

Objetivo: Que las participantes identifiquen acciones que pueden realizar para autoprotgerse.

Que las participantes identifiquen sus necesidades y deseos de protección por parte de la figura materna, expresando acciones concretas.

Que las participantes reconozcan si las acciones previamente identificadas satisfacen las necesidades de protección por parte de la figura materna.

Metodología: Juego. Dramatización.

Procedimiento: Las terapeutas piden a cada niña que ante una situación percibida de potencial riesgo de abuso sexual, como es la descrita en el cuento elaborado por ellas mismas en la sesión nº8, escriba en un papel lustre una acción que ella podría realizar y una acción que desearía que su madre realizara ante la situación planteada. Se colocan los

papeles escritos por las niñas en el centro, y cada niña por turnos saca uno, nombra a la niña que lo escribió, y representa con ella las acciones escritas en el papel.

A través de dramatizaciones las niñas representan la sensación de incomodidad, y actúan la que les gustaría que su figura cercana respondiera ante esa situación. Se estimula a que la niña pueda identificar si la acción de la figura (representada por otra niña) satisface sus necesidades de protección o si requiere que realice otra acción. En este último caso se incentiva a que la niña exprese sus necesidades para que la figura pueda responder a éstas adecuadamente.

3. Dialogo grupal:

Objetivo: Que las participantes reconozcan y compartan sentimientos asociados a la confianza con otros significativos.

Metodología: Dialogo grupal

Procedimiento: Las terapeutas intervienen, estimulando la discusión grupal respecto a la dramatización, explorando sentimientos surgidos en ésta, especialmente en cuanto al sentimiento de confianza en otros significativos, con el fin de abordarlos terapéuticamente.

4. Evaluación personal

5. Evaluación grupal

6. Cierre de la sesión: Saludo al sol y despedida de las terapeutas

Materiales:

- lápices
- papeles lustre
- cuadernos personales
- cuadernos grupales

Sesión nº 11: "Despidiéndonos"

Objetivos:

- Evaluación e integración del trabajo de grupo
- Reforzar los principales temas del trabajo de grupo
- Cierre del proceso y preparación para el seguimiento

Actividades:

1. Ritual de inicio: saludo del sol

2. Evaluación grupal:

Objetivo: Que las niñas en conjunto evalúen el desarrollo de las sesiones de la terapia grupal.

Que las participantes puedan revisar e integrar los contenidos abordados durante la terapia grupal.

Metodología: Verbal escrito y oral. Dialogo grupal.

Procedimiento: Las niñas se sientan en círculo y las terapeutas les piden que evalúen grupalmente lo que ha significado para ellas la terapia grupal y lo que han aprendido. Lo escriben en el cuaderno grupal. Además, las terapeutas guían el dialogo grupal orientando a la recapitulación de los diferentes contenidos trabajados durante el proceso de psicoterapia grupal, lo cual puede realizarse a través de la discusión de situaciones concretas emergidas durante la terapia grupal (por ejemplo cuentos, experiencias, etc).

3. Trabajo individual:

Objetivo: Que cada niña evalúe su participación durante las sesiones de la terapia grupal.

Metodología: Verbal escrito

Procedimiento: Las terapeutas piden a cada niña que realice una evaluación de los logros, aprendizajes y lo que significó la terapia grupal para ellas y lo escriban en su cuaderno. Luego cada niña comparte con el grupo la evaluación realizada.

4. Mapa grupal:

Objetivo: Que las participantes compartan en grupo la evaluación personal de su participación en el proceso terapéutico grupal.

Que las participantes reciban retroalimentación por parte de las otras niñas de sus aportes y participación en la dinámica grupal.

Método: Verbal escrito y oral. Gráfico.

Procedimiento: Las terapeutas dibujan en un papelógrafo un círculo grande que representa al grupo. Por turnos cada niña dibuja un pequeño círculo que las representa a sí mismas y anota una palabra que identifique lo que significó el grupo para ellas (qué me aportó el grupo) y otra palabra que identifique que aportó cada una al grupo. Las otras niñas expresan por cada una palabras de afecto "me gustó compartir contigo porque...".

5. Despedida:

Objetivo: Cierre de la terapia grupal.

Procedimiento: Las terapeutas cierran la terapia grupal y entregan un certificado a cada niña de su participación en el proceso terapéutico grupal.

6. Convivencia

7. Ritual de cierre

Materiales:

- papelógrafo
- plumones
- lápices
- cuadernos personales
- cuaderno grupal
- certificados
- refrigerio

Sesión nº 12: "Contándole mi experiencia a mi mamá"

Dirigida a cada niña con su madre (sesión individual)

Objetivos:

- evaluación del proceso terapéutico grupal con la niña y la madre
- favorecer el fortalecimiento del vínculo madre-hija
- realización de evaluación post-intervención

Actividades:

1. Entrevista con la niña

Objetivo: Que las participantes puedan reconocer los logros y aprendizajes desarrollados a través del proceso de terapia grupal.

Que las niñas reciban retroalimentación por parte de las terapeutas acerca de su participación durante la terapia grupal.

Metodología: Verbal

Procedimiento: Las terapeutas realizan una entrevista individual con cada niña, estimulándolas a que recuerden los aspectos más significativos para ellas durante el proceso terapéutico grupal, enfatizando en los logros y aprendizajes obtenidos. Luego las terapeutas retroalimentan a las niñas respecto a su desempeño en el proceso terapéutico, reforzando principalmente los aprendizajes y logros observados, junto con las características positivas mostradas en el grupo. Las terapeutas piden a las niñas que recuerden las acciones que les gustaría que sus madres hicieran para protegerlas. Finalmente, las terapeutas realizan intervenciones orientadas a que las niñas en la entrevista con la mamá puedan expresarles los logros y aprendizajes percibidos, y las acciones protectoras que les gustaría que éstas realizaran.

2. Entrevista con la madre:

Objetivo: Que las madres conozcan los logros y aprendizajes desarrollados por sus hijas en el proceso de terapia grupal.

Que las madres reflexionen acerca de cambios observados en sus hijas durante el proceso de la terapia grupal.

Metodología: Verbal

Procedimiento: Las terapeutas expresan a la madre los logros y aprendizajes observados en su hija durante la terapia grupal, enfatizando la importancia de que ella lo valore y refuerze, para que se consoliden y permanezcan después de terminado el proceso terapéutico. Las terapeutas destacan a la madre la importancia de que ella se constituya en figura protectora de su hija. Se pide a la madre que reflexione acerca de cambios observados en la niña durante el proceso de terapia grupal.

3. Entrevista con la niña y su madre

Objetivo: Que las participantes expresen a sus madres la experiencia vivida durante el proceso de terapia grupal.

Que las madres conozcan y refuerzen los logros y aprendizajes transmitidos por sus hijas

Que las madres sean receptivas y responsivas ante las necesidades de protección expresadas por sus hijas.

Metodología: Verbal y de contacto físico entre madre e hija.

Procedimiento: Se realiza una entrevista con cada niña y su madre, en donde las terapeutas solicitan a la niña que le cuenta a su madre su experiencia en la terapia grupal, transmitiendo los aprendizajes y logros más significativos para la niña. Las terapeutas realizan intervenciones orientadas a que la madre acoja y refuerze, tanto el proceso como los logros de su hija de la terapia grupal. Las terapeutas piden a la niña que exprese a su madre la acción (identificada durante la terapia), que representa una forma concreta de cómo le gustaría que su madre la protegiera, interviniendo para que la madre pueda responder ante esta necesidad de protección de su hija, realizando la acción identificada. Las terapeutas refuerzan a las madres como figuras protectoras.

4. Despedida

Se entrega a cada niña su cuaderno personal y una copia del cuaderno grupal, con el objetivo de que conserven un testimonio concreto del proceso vivido en la terapia grupal.

Materiales:

- Cuaderno personal
- Copia del cuaderno grupal

X- RESUMEN

DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN PILOTO DE UNA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA GRUPAL PARA NIÑAS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL

Memoria para optar al título de Psicóloga

Autoras: Claudia Capella
Jenniffer Miranda

Profesora Patrocinante: Myriam George

Asesora Metodológica: Iris Gallardo

El presente estudio es una investigación de tipo piloto con un diseño pre-experimental, cuyo objetivo general ha sido generar una intervención grupal de carácter psicoterapéutico para niñas víctimas de abuso sexual, orientada hacia la reparación de la experiencia abusiva y la superación de los efectos psicológicos ocasionados por ésta.

Para cumplir con este objetivo, en un primer momento, se realizó una integración de los planteamientos teóricos acerca de abuso sexual infantil, victimología, psicología del desarrollo, tratamiento del abuso sexual y psicoterapia grupal, construyendo un marco desde el cual se fundamentó el diseño de la intervención. La terapia grupal se estructuró, principalmente, de acuerdo a los planteamientos teóricos de Finkelhor y Browne (1985), quienes proponen un modelo comprensivo explicativo de los efectos psicológicos ocasionados en los niños/as producto de la experiencia de abuso sexual, en base a cuatro dinámicas traumatizantes – aislamiento, sexualización traumática, falta de poder y pérdida de confianza -, las cuales se relacionaron con variables del estado psicológico de las niñas/os – autoconcepto social, autoconcepto corporal, sentimientos del propio poder, confianza relacional -. Estas últimas, constituyeron las subvariables del presente estudio.

Se diseñó una intervención psicoterapéutica grupal, de doce sesiones de 90 minutos de duración cada una, destinada a niñas entre 8 y 10 años víctimas de abuso sexual por parte de un adulto conocido. El objetivo general de la intervención fue desarrollar una dinámica grupal con niñas víctimas de abuso sexual, que posibilitara la superación de los efectos psicológicos ocasionados por la experiencia abusiva, favoreciendo el desarrollo de una identidad positiva e integrada y el fortalecimiento de recursos protectores personales y vinculares. Se establecieron cuatro fases de la intervención en relación a cada una de las dinámicas antes mencionadas.

El modelo de terapia grupal diseñado fue implementado de manera piloto en un centro de atención pública a víctimas de atentados sexuales (C.A.V.A.S.), por dos terapeutas capacitadas en el tratamiento de víctimas de abuso sexual infantil (las investigadoras), participando regularmente de la terapia grupal 6 niñas que recibían psicoterapia individual en dicho centro, las cuales configuraron la muestra del estudio.

Se evaluó de manera preliminar los resultados obtenidos de la aplicación del diseño construido. Se realizó una evaluación pre y post intervención con el objeto de evaluar cambios en las participantes de la intervención, a través de tres tipos de instrumentos: pruebas gráficas (dibujo de sí misma y dibujo de la familia), un test proyectivo verbal “Test de Margarita” (construido por las investigadoras), y una pauta de evaluación clínica para ser respondida por las terapeutas individuales de las niñas.

A través del análisis de las pruebas gráficas, y la aplicación de la prueba estadística del signo, se comprobaron las cuatro hipótesis planteadas en el presente estudio, en tanto todas las participantes de la psicoterapia grupal presentaron cambios positivos en las subvariables autoconcepto social, autoconcepto corporal, sentimientos del propio poder y confianza relacional, encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre la evaluación previa al tratamiento y la evaluación posterior a éste. Esta información se corroboró al incluir los datos aportados por la evaluación clínica realizada por las terapeutas individuales.

Lo anterior, confirmó la hipótesis general de la investigación: *la psicoterapia grupal en niñas víctimas de abuso sexual permite la reparación de la experiencia abusiva y la superación de los efectos psicológicos ocasionados por ésta.*

El análisis cualitativo del test proyectivo verbal, mostró que en las cuatro subvariables del estudio, todas las niñas presentan cambios entre los resultados entregados en la evaluación pre y post intervención, concluyéndose que este tipo de evaluación constituye una herramienta perfectible de gran valor clínico para evaluar efectos del abuso sexual infantil y cambios terapéuticos.

Además, se realizó una evaluación del proceso de implementación de la terapia grupal con el objetivo de evaluar la operabilidad del diseño en base a los resultados observados durante su aplicación. En términos generales, se constató que el diseño de intervención implementado resultó operativo, presentándose las actividades adecuadas para el logro de los objetivos de la intervención y el beneficio terapéutico de las niñas.

A partir de esta evaluación se propusieron modificaciones al diseño construido originalmente, para enriquecerlo desde su implementación práctica, integrando estas variaciones a un diseño final. En cada una de las sesiones, existen actividades que fueron consideradas adecuadas y permanecen sin modificaciones, otras actividades se suprimen por no considerarse operativas o por el exceso de actividades presentes en las sesiones, se agregan algunas actividades y otras se modifican principalmente en relación a la variación de sus metodologías o procedimientos, o la inclusión de más contenidos a abordar.

También se realizó una evaluación exploratoria de los cambios inmediatos en las participantes durante el proceso psicoterapéutico, con el fin de observar los efectos que las actividades implementadas tenían en éstas. Se apreció que los procesos generados y elaborados en el trabajo terapéutico, resultaron beneficiosos para las participantes, produciendo cambios significativos en éstas, que potenciaron la elaboración de la experiencia abusiva y el desarrollo de recursos protectores individuales y vinculares, lo cual en su conjunto permitiría la conformación de una identidad positiva e integrada, cumpliéndose de esta forma los objetivos planteados para la intervención.

Se concluyó que el trabajo terapéutico grupal realizado, implicó el desarrollo progresivo e interrelacionado de los logros terapéuticos que en su conjunto permitieron la reparación de la experiencia abusiva, en tanto las participantes lograron dar un nuevo significado a la experiencia de abuso vivida, en un contexto de interacción con pares, lo cual les posibilitaría continuar su proceso de desarrollo evolutivo normal. Se discutió acerca del rol fundamental que tuvo la integración de diferentes planteamientos teóricos y técnicos para definir los elementos que conformaron la terapia grupal como un espacio terapéutico particular que resultó beneficioso para sus participantes.

Por último, se discutieron las implicancias prácticas de la investigación, que se refieren principalmente al aporte del diseño de intervención construido para el tratamiento psicológico de víctimas infantiles de abuso sexual, ampliando las formas de intervención actualmente utilizadas en éste ámbito en nuestro país, pudiendo ser implementado en centros de atención a víctimas de abuso sexual, en el ámbito público y privado, aportando a la optimización de los recursos profesionales existentes en dichos centros para responder a las necesidades de los consultantes.