

Roles de los padres, madres y cuidadores en el proceso psicoterapéutico de niños, niñas y adolescentes (NNA) víctimas de violencia sexual desde la narrativa de psicólogos clínicos.

Claudia Milena Orozco Molina

Trabajo de grado para optar al título de Magíster en Salud Mental de la Niñez y la Adolescencia

Asesor:
PhD. Cristóbal Ovidio Muñoz Arroyave

Universidad CES
Facultad de Psicología
Maestría en salud Mental de la Niñez y la Adolescencia
2021

TABLA DE CONTENIDO

Resumen.....	8
Abstract	9
1. Problema de investigación	10
2. Justificación	18
3 Objetivos de la investigación.....	20
3.1 Objetivo general.....	20
3.2 Objetivos específicos	20
4. Análisis epistemológico	21
4.1 Paradigma	21
4.2 Metodología	21
4.3 Estrategia Metodológica	22
5. Análisis Teórico	23
5.1 Familia y niñez.....	23
5.1.1 Familia:	23
5.1.2 Funciones de la familia:	24
5.1.3 La familia en el desarrollo de los niños:	26
5.1.4 Familia y el desarrollo de la adolescencia:	26
5.2 Violencia Sexual	27
5.2.1 Factores de riesgo frente a la violencia sexual.....	33

5.2.2 Consecuencias en la salud mental de los NNA víctimas de violencia sexual	35
5.3 Psicoterapia.....	37
5.3.1 Fases de la psicoterapia.....	38
5.3.2 Actores en la psicoterapia	41
5.3.3 El lugar de la familia en la psicoterapia.....	42
5.3.4 Psicoterapias en abuso sexual	43
5.4 La teoría del Rol fundamentos y elementos constitutivos	47
5.4.1 Elementos constitutivos de un rol	50
5.4.2 Componentes del Rol.....	51
6. Estado del Arte.....	52
7. Marco Normativo.....	58
7.1 Marco normativo internacional.....	58
8. Análisis Metodológico.....	61
8.1 Estrategias de selección de la población.....	61
8.1.1 Selección de los casos.....	61
8.1.2 Categorías iniciales	62
8.2 Técnicas de generación de información.....	63
Proceso de obtención de la información	64
8.3 Técnicas de procesamiento y análisis de los datos	64
9. Análisis Ético.....	66

9.1 Consideraciones éticas	66
10. Presentación de resultados	69
10.1 Objetivo 1.....	69
Eje I Violencia sexual	69
Primera fase: Vinculación al espacio Terapéutico.....	69
Segunda Fase: Tratamiento.....	72
Tercera Fase: Evaluación y Cierre	74
Eje II Víctima de violencia sexual	75
Primera Fase: Vinculación al espacio terapéutico	75
Segunda Fase: Tratamiento.....	77
Tercera Fase: Evaluación y Cierre	79
Eje III La Psicoterapia	80
Primera Fase: Vinculación al espacio terapéutico	80
Segunda Fase: Tratamiento.....	82
Tercera Fase: Evaluación y Cierre	87
Eje IV El terapeuta.....	89
Primera Fase: Vinculación al espacio terapéutico	89
Segunda Fase: Tratamiento.....	90
Tercera Fase: Evaluación y Cierre	92
Eje V La Institución	93

Segunda Fase: Tratamiento.....	94
10.3 Objetivo 2.....	96
El rol prescrito:	97
El Rol subjetivo:	97
El Rol actuado:.....	99
10.4 Objetivo 3.....	100
Roles al inicio del proceso	100
El incrédulo:	100
El Naturalizador:	101
El Demandante:.....	101
Roles durante el proceso:	102
El Comprometido:.....	102
El normativo:	103
El Naturalizador:	103
Roles al final del proceso:.....	104
El contador de citas:.....	104
El empoderado:	104
10.5 Objetivo 4.....	105
11. Discusión.....	107
11.1 Creencias frente a la violencia Sexual infantil.....	107

11.1.1 Negación de la violencia sexual.....	107
11.1.2 La Naturalización.....	109
11.1.3 Aceptación y reconocimiento de la violencia sexual.....	111
11.2 Creencias frente a la víctima.....	112
11.3 Reacciones emocionales de los PMC frente a la violencia sexual infantil.....	114
11.3.1 Angustia.....	115
11.3.2 Culpa.....	116
11.3.4 Ambivalencia /Ira/ Búsqueda de venganza.....	117
11.3.5 Inseguridad/Frustración.....	118
11. 4 Comportamientos de los padres y cuidadores.....	118
11.4.1 Resistencia.....	118
11.4.2 Evitación.....	119
11.4.3 Deserción.....	120
11.4.4 Agresividad.....	120
11.4.5 Compromiso.....	121
11.5 Roles y su relación con la psicoterapia y la alianza terapéutica.....	122
11.5.1 El incrédulo:.....	122
11.5.2 El Naturalizador:.....	123
11.5.3 El Demandante:.....	125
12. Conclusiones.....	127

13. Lineamientos para la Intervención con Padres y Cuidadores	130
14. Análisis político	132
15. Análisis de aspectos formativos.....	134
16. Propuesta de transferencia de conocimiento.....	135
17. Referencias.....	136
ANEXO 1.....	155
Guía de entrevista semiestructurada	155
ANEXO 2.....	160
Formato de carta de invitación.....	160
ANEXO 3.....	162
Consentimiento informado Entrevista Semiestructurada.....	162

Índice de Tablas

Tabla 1.	Categorías	62
Tabla 2.	Creencias frente a la violencia sexual al inicio.....	70
Tabla 3.	Creencias sobre la violencia sexual durante el tratamiento	73
Tabla 4.	Creencias sobre la violencia sexual al final.....	74
Tabla 5.	Creencias frente a la víctima al inicio	75
Tabla 6.	Creencias frente a la víctima durante el tratamiento	78
Tabla 7.	Creencias frente a la Víctima al final	79
Tabla 8.	Creencias frente a la psicoterapia al inicio	81
Tabla 9.	Creencias sobre la psicoterapia durante el tratamiento	84
Tabla 10.	Creencias frente a la psicoterapia al final	88
Tabla 11.	Creencias frente al terapeuta al inicio.....	89
Tabla 12.	Creencias frente al terapeuta durante el tratamiento.....	91
Tabla 13.	Creencias frente al psicoterapeuta al final	92
Tabla 14.	Creencias frente a la Institución al inicio.....	93
Tabla 15.	Creencias frente a la Institución durante el tratamiento.....	95
Tabla 16.	Creencias frente a la Institución al final	96
Tabla 17.	Trayectoria de los roles en cada una de las fases del proceso	105

Resumen

Comprender cómo los roles que asumen los padres, madres o cuidadores no ofensores en la psicoterapia de violencia sexual infantil influyen en el proceso y el logro de los objetivos terapéuticos, desde la narrativa de los psicólogos clínicos constituyó el objetivo de este estudio. La investigación se enmarcó en un paradigma interpretativo con un enfoque cualitativo. Para la generación de la información se realizaron cuatro entrevistas semiestructuradas, a psicólogos clínicos con experiencia en la intervención con niños, niñas, adolescentes y sus familias. Para el proceso de análisis de la información se implementaron técnicas de la teoría fundamentada. Se construyeron tres tipos de roles, el incrédulo, el naturalizador y el demandante. Se elaboró la trayectoria que cada uno puede seguir en la psicoterapia y como estos roles pueden favorecer o afectar el proceso terapéutico y el logro de los objetivos. Se encontró que el rol que puede favorecer el proceso es el demandante, en el cual se presenta un reconocimiento del abuso sexual infantil como una problemática que requiere de una atención terapéutica, los padres y cuidadores que asumen este rol, tienen la tendencia a presentar compromiso y adherencia al tratamiento y tienen mayor probabilidad de alcanzar el cumplimiento de los objetivos terapéuticos. Se encontró que los roles más problemáticos en la intervención son el rol del incrédulo y el naturalizador, ya que no reconocen la problemática y la necesidad de la terapia, por lo que presentan un alto riesgo de deserción.

Palabras claves: Psicoterapia, violencia sexual infantil, psicólogos clínicos, rol de los padres.

Abstract

The present research aims to understand how the roles assumed by non-offending fathers, mothers or caregivers in child sexual violence psychotherapy affect the process and achievement of therapeutic objectives, from the narrative of clinical psychologists. The research is framed in an interpretive paradigm with a qualitative approach. To collect the information, the semi-structured interview was used, semi-structured interviews were carried out with 5 clinical psychologists with experience in the intervention with children, adolescents and their families. For the information analysis process, grounded theory techniques were implemented. Three types of roles were constructed, the unbeliever, the naturalizer and the plaintiff. The trajectory that each one can follow in psychotherapy was elaborated and how these roles can favor or affect the therapeutic process and the achievement of the objectives. It was found that the role that favors the process is the plaintiff, in which a recognition of child sexual abuse is presented as a problem that requires therapeutic attention, parents and caregivers who assume this role, show commitment and adherence to treatment and they achieve the fulfillment of the therapeutic objectives. It was found that the most problematic roles in the intervention are the role of the unbeliever and the naturalizer, since they do not recognize the problem and the need for therapy, which is why they present a high risk of desertion.

Keywords: Psychotherapy, child sexual abuse, clinical psychologists, rol of parents.

1. Problema de investigación

A continuación se desarrollan aspectos relevantes de la violencia sexual infantil, que permiten la comprensión de la problemática en el contexto Colombiano, por lo cual se presenta la definición, los tipos de violencia sexual y el protocolo de atención establecido según la ley, además, las consecuencias que llevan a que la violencia sexual se convierta en una problemática de salud pública que requiere ser atendida y los antecedentes sobre el tema.

Según la ley 1146 (2007), por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los NNA abusados sexualmente, en Colombia se entiende por violencia sexual contra NNA, todo acto o comportamiento de tipo sexual ejercido sobre un NNA, utilizando la fuerza o cualquier forma de coerción física, psicológica o emocional, aprovechando las condiciones de indefensión, de desigualdad y las relaciones de poder existentes entre víctima y agresor.

Se identifican varias formas en las que se puede presentar la violencia sexual, violación/asalto sexual, “El Código Penal incluye en el mencionado capítulo "De la Violación" conductas tales como: el acceso carnal violento, los actos sexuales violentos y el acceso carnal o el acto sexual cometido sobre una persona a la que el agresor ha puesto en una situación de incapacidad de resistir el acto (a través del uso de narcóticos, golpes, entre otros, que lleven a la víctima a perder el conocimiento o no comprender lo que ocurre a su alrededor)”; abuso sexual, “El Código Penal colombiano establece como delitos sexuales abusivos: los Actos sexuales o el acceso carnal con una persona menor de 14 años, estos dos delitos están definidos únicamente por la edad de la víctima, dejando establecido que cualquier conducta sexual cometida contra un

niño o niña menor de 14 años se constituye en delito”; explotación sexual, en este tipo de violencia el cuerpo de la víctima es cosificado, convertida en mercancía y utilizada sexualmente; trata de personas con fines de explotación sexual; explotación sexual de NNA, algunas manifestaciones de este tipo de violencia son la pornografía, la utilización de NNA en la prostitución, el matrimonio servil, la explotación sexual de NNA por parte de actores armados y la explotación sexual asociada al contexto del turismo; violencia sexual en el contexto del conflicto armado; acceso carnal violento/acto sexual violento con persona protegida; actos sexuales violentos con persona protegida; esclavitud sexual/prostitución forzada; embarazo forzado; tortura en persona protegida (resolución 0459 de 2012).

Las cifras en Colombia son alarmantes: en lo corrido del año 2018, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses practicó 26.065 valoraciones por presunto delito sexual de las cuales 22.794 corresponden a NNA, equivalente al 87,72 % de todas las valoraciones por delito sexual practicadas durante este periodo (Forensis, 2018).

De acuerdo al análisis de resultados por la distribución geográfica de Colombia, los departamentos con más casos registrados de violencia sexual infantil fueron; Bogotá D.C (4.169), Antioquia (3.302), Valle del Cauca (2.268), Cundinamarca (1.658) y Santander (1.358). Los cinco municipios con mayor número de casos fueron; Medellín (1.505), Bogotá (4.169), Cali (1.210), Cartagena de Indias (665) y Barranquilla (662) (Forensis, 2018).

Según el diario EL TIEMPO (2019) los delitos sexuales en el país se han mantenido por encima de los 21 mil casos anuales en los últimos 10 años, y en 2018 tuvieron una cifra récord de 26.059. Entre enero y marzo de 2019, ya van 6010 denuncias de violencia sexual contra menores, siendo los niños entre los 10 y los 14 años los más afectados por abusos. En total 4.514, de los cuales, 3.830 eran niñas y 684 niños.

De acuerdo a las cifras presentadas, se identifica que el abuso sexual infantil en el país es una situación que ocurre de manera frecuente y estas cifras ponen en evidencia la vulnerabilidad en la que se encuentran los NNA. El abuso sexual infantil es un problema de salud pública que requiere ser abordado para generar estrategias efectivas orientadas a la prevención y a la intervención, teniendo en cuenta que la afectación o consecuencias en los menores pueden ser devastadoras. El abuso sexual infantil puede generar consecuencias negativas para los menores tanto a corto como a largo plazo, y las consecuencias pueden ser diferentes en los niños y en las niñas. A corto plazo, las niñas tienden a presentar reacciones ansioso-depresivas; los niños, fracaso escolar y dificultades inespecíficas de socialización, así como comportamientos sexuales agresivos (Echeburúa & Corral, 2006). Las consecuencias a largo plazo son menos frecuentes y más difusos que las secuelas iniciales, pero pueden afectar, al menos, al 30% de las víctimas. Los problemas más habituales son las alteraciones en la esfera sexual -disfunciones sexuales y menor capacidad de disfrute, especialmente-, la depresión y el trastorno de estrés postraumático, así como un control inadecuado de la ira (en el caso de los varones, volcada al exterior en forma de violencia; en el de las mujeres, canalizada en forma de conductas autodestructivas) (Echeburúa & Corral, 2006, p. 79).

Las consecuencias pueden depender de varios factores asociados. La investigación ha mostrado que la gravedad de las consecuencias del abuso sexual infantil depende de varias características del abuso, incluyendo el tipo, el grado, la duración del abuso, la edad del niño al inicio; la relación del niño con el ofensor, el grado de violencia y la amenaza impuesta, la reacción de la familia frente a la revelación, la calidad de la ayuda brindada, y el significado que el niño le dé a la victimización, (Kerryann & Brandon, 2011). Según Cantón & Cortés (2015), el impacto del abuso sexual infantil en las víctimas está mediado por varios factores, en parte se

debe a las características propias del abuso, como el tipo de abuso, su frecuencia y duración, la relación con el agresor, el uso de la fuerza y la revelación del abuso (p.554).

De acuerdo a la Ley 1146 de 2007, en Colombia el Sistema General en Salud tanto público como privado, está en la obligación de prestar atención médica de urgencia e integral en salud a través de profesionales y servicios especializados. El protocolo a seguir en los casos de violencia sexual a NNA es el siguiente:

1. Los NNA víctimas de abuso sexual, serán atendidos en las Instituciones Prestadoras de Salud tales como EPS, IPS, ARS, de manera inmediata y en cumplimiento del principio de prevalencia de sus derechos, clasificando y atendiendo estos casos como de urgencia médica.
2. Examen y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual adquiridas con ocasión del abuso.
3. Provisión de antiretrovirales en caso de violación y/o riesgo de VIH/Sida.
4. Durante la atención de la urgencia se realizará una evaluación física y psicológica del NNA víctima del abuso, teniendo cuidado de preservar la integridad de las evidencias.
5. A que se recoja de manera oportuna y adecuada las evidencias, siguiendo las normas de la Cadena de Custodia.
6. Se dará aviso inmediato a la policía judicial y al ICBF.
7. Se practicarán de inmediato las pruebas forenses, patológicas y psicológicas necesarias para adelantar el proceso penal correspondiente.

Tomando como referencia la Resolución 0459 de 2012, por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, una vez terminada la primera consulta por psicoterapia breve realizada dentro del contexto de la atención médica de urgencia para la víctima de violencia sexual, la médica o el médico psiquiatra, la psicóloga o psicólogo clínico deben decidir si la víctima requiere ser derivada a la consulta externa para continuar un proceso de psicoterapia breve por psiquiatría o psicología clínica, o si más bien amerita que se le remita directamente para atención integral en salud a cargo de un equipo interdisciplinario de salud mental, en un contexto ambulatorio u hospitalario (Resolución 0459 de 2012).

En los casos en los que se requiera derivar a psicología clínica para dar inicio a un proceso de psicoterapia, se debe remitir a los contextos clínicos establecidos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, los cuales pueden ser fundaciones, asociaciones expertas, así como organizaciones y misiones humanitarias expertas (Resolución 0459 de 2012). El rol del psicólogo clínico es brindar psicoterapia a las víctimas, debe realizar la valoración psicoemocional para evaluar el estado de afectación de la víctima, los hallazgos de la valoración inicial, van a orientar el establecimiento de los objetivos terapéuticos. Es importante tener en cuenta en qué casos se recomienda derivar a tratamiento para evitar una revictimización:

El tratamiento está indicado en los niños afectados por síntomas psicopatológicos intensos, tales como ansiedad, depresión, pesadillas o alteraciones sexuales, o por un grado de inadaptación significativo a la vida cotidiana. En los demás casos, el apoyo familiar, las relaciones sociales y la reanudación de la vida cotidiana son suficientes como factor de protección al menor (Echeburúa & Guerricaechavarría, 2011, pp. 470-471)

Es importante aclarar que desde la ley es fundamental buscar la protección inmediata de las víctimas, para prevenir una situación de revictimización, por lo que en los casos en los que el agresor es uno de los padres, este ingresa al proceso de Justicia Penal Colombiana y no podrá tener cercanía con el menor, el proceso clínico se instalará con uno de los padres que no está involucrado o con un tercero, como un cuidador principal, encargado de los cuidados personales del NNA.

Para el caso de la atención psicoterapéutica a víctimas, la experiencia psicoterapéutica la configuran una serie de actores, en estos casos se identifican en el proceso psicoterapéutico la psicóloga o psicólogo clínico, los niños, niñas, adolescentes víctimas y los padres. Cuando el NNA ingresa a un proceso terapéutico en psicología generalmente atravesará una serie de fases que, independientemente del modelo teórico del psicólogo clínico en todos los casos son similares. Bados & García (2009) proponen como fases o momentos de todo proceso psicoterapéutico el contacto inicial y análisis del problema, formulación y contraste de hipótesis explicativas, establecimiento de objetivos, diseño del tratamiento, aplicación del tratamiento y evaluación.

La intervención psicológica con los padres, madres, no victimarios o cuidadores principales es imprescindible. La intervención terapéutica debe, por tanto, ir orientada a garantizar su capacidad para supervisar la evolución del menor, dotarle de seguridad y enseñarle estrategias de afrontamiento adecuadas, así como a superar los efectos psicológicos que ellos mismos padezcan. Estos padres, madres no victimarios o cuidadores principales también se ven afectados por la situación de violencia sexual, por lo cual en la atención terapéutica es necesario incluirlos, realizar una valoración psicológica para evaluar su nivel de afectación emocional, así como las estrategias de afrontamiento frente a la situación (Echeburúa & Guerricaecharría,

2011, p. 473), y más cuando se ha encontrado que esto puede favorecer la recuperación de las víctimas. Teniendo en cuenta que los padres, madres o cuidadores principales son los encargados de los cuidados personales de los niños, se deben fortalecer como figuras protectoras para prevenir situaciones de riesgo que puedan revictimizar a los menores.

Hay investigaciones que han encontrado casos en los que los padres utilizan estrategias inadecuadas de afrontamiento como la negación del abuso, sentimientos de culpa, de fracaso e incapacidad y de estigmatización, rabia, resentimiento y deseos de venganza, ansiedad, depresión y baja autoestima, deterioro en las relaciones familiares y de pareja (Echeburúa & Guerricaechavarría, 2011, p. 473). Por lo tanto, la intervención debe ser integral enfocada tanto en el menor como en los padres o los cuidadores principales, debe tener en cuenta estos aspectos que se pueden presentar en las familias, ya que si se intervienen se pueden tener mejores resultados en el tratamiento.

Siguiendo la línea del lugar de los padres, madres o cuidadores en la psicoterapia, se encuentran investigaciones en este tema que se orientan a evaluar el impacto que la situación de violencia sexual infantil genera en la salud mental de los padres no ofensores como víctimas secundarias (Kilroy, Egan, Maliszewska & Sarma, 2013, pp. 482-483; García & Peña, 2018). Otras investigaciones se han orientado a evaluar el impacto que tiene en los padres/madres no ofensores, las intervenciones grupales, Álvarez Zavala, Socorro & Capella Sepúlveda, (2012) encontraron un cambio positivo en las niñas y niños víctimas de violencia sexual cuyas madres participaron de una intervención grupal.

Lo anterior permite reconocer la importancia de investigar sobre el lugar de los padres, madres o cuidadores dado el reconocimiento de que estos afectan el proceso y logros

terapéuticos que se alcancen con los NNA víctimas, lo que los puede ubicar como un factor de riesgo o protector en la recuperación de los menores.

Frente a este panorama y dada la dificultad de nuestro contexto para acceder a información rápida, oportuna y específica con relación a los aspectos clínicos que pueden afectar o favorecer el proceso psicoterapéutico de NNA víctimas de violencia sexual, como los roles que asumen los padres, madres o cuidadores durante el proceso, se recurre a psicólogos clínicos con experiencia en la intervención de abuso sexual infantil, para que desde su mirada se pueda aportar tanto a la teoría como a la práctica clínica y generar de esta manera, intervenciones apropiadas y eficaces frente a esta problemática que tiene tanta prevalencia a nivel mundial y nacional.

Es por ello que la pregunta que orienta la presente investigación es ¿Cómo los roles que asumen los padres, madres o personas encargadas de los cuidados personales ¹de los NNA en los procesos terapéuticos influyen en el alcance de los objetivos propuestos en la intervención clínica?.

¹ A partir de este momento, a lo largo del texto se hace referencia a los Padres, Madres o Cuidadores utilizando las iniciales PMC.

2. Justificación

Las investigaciones en psicoterapia de NNA con padres de familia identifican que incluir a los padres en terapia influye de manera positiva en el avance de los niños y las niñas, teniendo en cuenta que hacen parte fundamental del contexto de los niños y las niñas. (Aznar, 2009; Álvarez Zavala, Socorro & Capella Sepúlveda, 2012; García & Peña, 2018), debido a esto, esta investigación busca un aporte a la práctica clínica, dado que los programas de intervención en el abuso sexual infantil se han orientado principalmente a la atención de las víctimas directas, dejando muchas veces en un segundo plano la intervención con los PMC situación que conduce a que no se cuente con mucha información sobre las diferentes posiciones que los PMC pueden asumir en el tratamiento y los modos en que éstas lo afectan o lo favorecen, por lo que la presente investigación se plantea identificar aquellos elementos que se deben tener presentes en la intervención con los PMC, que pueden llevar a obstaculizar el proceso con los NNA y finalmente a la deserción, tema de gran relevancia, debido a que las investigaciones han encontrado que el apoyo de los PMC es un factor externo mediador en la recuperación de las víctimas (Álvarez, Socorro & Capella, 2012; Capella et al., 2016).

Lo anterior, justifica la realización de este proyecto ya que permitirá realizar aportes teóricos y metodológicos, en tanto, con la realización de esta investigación se pretende reconocer desde la mirada subjetiva de los clínicos la reflexión que han instaurado sobre los modos cómo los PMC se posicionan en los procesos terapéuticos y el efecto que eso tiene para el logro de los objetivos clínicos con los NNA víctimas de violencia sexual.

La viabilidad y factibilidad de la presente investigación se garantiza ya que la investigación utilizará las relaciones que como investigadora he logrado establecer desde mi rol como psicóloga Clínica de la Fundación de Atención a la Niñez-FAN, la cual es una Fundación

de la Ciudad de Medellín que atiende NNA en condición de vulnerabilidad, cuenta con varias modalidades de atención, una de ellas es la atención psicológica especializada, que atiende NNA que llegan por presunta violencia sexual.

Así mismo, la investigación se realiza en el marco de la Maestría de Salud Mental de la Niñez y la Adolescencia, formación que implica la realización de la tesis. Se cuenta con la asesoría y el respaldo de la Universidad CES para su óptima realización.

Finalmente, la presente investigación pretende aportar conocimientos y elementos que favorezcan la intervención psicoterapéutica en el abuso sexual infantil. Los beneficiarios de esta investigación son los terapeutas en abuso sexual infantil, las familias, madres, padres no agresores, los cuales se consideran víctimas indirectas y los NNA, víctimas directas del evento traumático, las instituciones que atienden esta problemática, ya que podrán contar con elementos claros que influyen en la deserción del proceso psicoterapéutico y cuales favorecen la adherencia al tratamiento, para lograr mejores resultados en la recuperación de los NNA.

3 Objetivos de la investigación

3.1 Objetivo general

Comprender desde la narrativa de los psicólogos clínicos cómo los roles que asumen los PMC que asisten a consulta, influyen en el proceso psicoterapéutico de NNA víctimas de violencia sexual.

3.2 Objetivos específicos

- Describir las creencias, estados emocionales y comportamientos que han identificado los clínicos que asumen los PMC frente a la violencia sexual, la víctima de violencia, la psicoterapia, el psicoterapeuta y la institución, durante el proceso terapéutico.
- Caracterizar los modos en que los PMC de NNA víctimas de violencia sexual asumen el rol prescrito, subjetivo y actuado durante el proceso psicoterapéutico.
- Construir una tipología sobre los roles que asumen PMC de NNA víctimas de violencia sexual durante el proceso psicoterapéutico.
- Valorar los modos en que estos roles afectan positiva o negativamente el desarrollo del proceso y el cumplimiento de los objetivos en la psicoterapia de los NNA víctimas de violencia sexual.

4. Análisis epistemológico

4.1 Paradigma

Esta investigación se encuadra en el paradigma interpretativo, desde el cual la realidad es múltiple y es una construcción. Según Guba & Lincoln (2002), las realidades son comprensibles en la forma de construcciones mentales múltiples e intangibles, basadas social y experiencialmente, de naturaleza local y específica (aunque con frecuencia hay elementos compartidos entre muchos individuos e incluso entre distintas culturas), y su forma y contenido dependen de los individuos o grupos que sostienen esas construcciones. Este paradigma prioriza la comunicación con el otro como escenario para reconocer su experiencia y su interpretación, de modo que se logren comprensiones de un fenómeno complejo, como el del presente estudio, los roles de los PMC en el proceso terapéutico de NNA víctimas de violencia sexual, desde la narrativa de los clínicos, por tanto se fundamenta en la recolección de datos verbales, en los cuales se expresa el conocimiento y la visión que han construido sobre el tema los participantes. Por consiguiente, este tipo de información recolectada en el estudio compromete un enfoque cualitativo.

4.2 Metodología

La investigación cualitativa es un conjunto de métodos cuyo objetivo es llegar a la comprensión de un fenómeno particular. Krausen (1975) se refiere a cualidades de lo estudiado, es decir a la descripción de características, de relaciones entre características o del desarrollo de características del objeto de estudio. Por lo general prescinde del registro de cantidades, frecuencias de aparición o de cualquier otro dato reducible a números, realizándose la descripción de cualidades por medio de conceptos y de relaciones entre conceptos. Denzin & Lincoln (2012) la definen como un multimétodo focalizado, incluyendo interpretación y

aproximaciones naturalistas a su objeto de estudio. Esto significa que los investigadores cualitativos estudian las cosas en su situación natural, tratando de entender o interpretar los fenómenos en términos de los significados que la gente les otorga.

4.3 Estrategia Metodológica

La estrategia de investigación elegida es el estudio de caso múltiple. El estudio de caso como diseño de investigación “consiste en una forma de investigación empírica que aborda fenómenos contemporáneos, en términos holísticos y significativos, en sus contextos específicos de acontecimiento, orientada a responder preguntas de «cómo» y «por qué» suceden las cuestiones bajo examen” (Vasilachis et al, 2006). Se utilizó el diseño de estudio de caso múltiple, en el cual “las inferencias y las interpretaciones son diseñadas desde los grupos de casos. Este diseño es apropiado cuando el investigador está interesado en explorar el mismo fenómeno en una diversidad de situaciones o individuos (Urra, Núñez, Retamal & Jure, 2014). Desde esta concepción se planteó el objetivo del estudio en términos de definir, en la acepción que tiene esta palabra de hacer claridad sobre la significación que adquieren las categorías en las narraciones de los participantes y en las valoraciones que hacen de estas. El objetivo se concretó en la presentación de una construcción teórica que permitió dar cuenta de los roles que asumen los PMC en el proceso de atención terapéutica de los NNA víctimas de violencia sexual infantil.

5. Análisis Teórico

Los referentes teóricos que guiaron el desarrollo de la investigación son la familia y su importancia como grupo de apoyo primario que posibilita el desarrollo de los NNA, la violencia sexual infantil y las formas en que se puede presentar, las consecuencias que puede generar en la salud mental de los NNA, la psicoterapia y sus fases, el lugar de la familia en la psicoterapia, las diferentes psicoterapias en violencia sexual infantil, la teoría del rol sus fundamentos y elementos constitutivos. A continuación se presentan cada uno de los referentes mencionados.

5.1 Familia y niñez

5.1.1 Familia:

Se encuentran varias definiciones de familia, se presentan algunas:

Según Musitu (2001) La familia es para la mayoría de las personas, el primer contexto de desarrollo, un contexto en el que el niño modelará su construcción como persona, en el que establecerá las primeras relaciones con otros y en el que desarrollará una imagen de sí mismo y del mundo que le rodea y este desarrollo se producirá en un escenario de relaciones, intenciones y actuaciones en las que el niño desempeñará un papel protagonista y activo. La calidad y cualidad de las relaciones interpersonales que viva en este contexto dejarán sin duda una huella significativa en su esencia como ser individual y social (p.13).

De acuerdo con Martín & Tamayo (2013)

Es la institución social más antigua, estable, numerosa e importante de la humanidad. En ella se forma lo más complejo y valioso del universo, la vida de

las personas y las creaciones más trascendentes, los procesos, propiedades y formaciones psicológicas, la personalidad y sus elaboraciones culturales y socio históricas que han sido la base del progreso y la conservación de la propia especie humana y de la civilización que ha sido formada durante decenas de miles y quizás millones de años (pp. 60,61).

Se identifica que los autores coinciden en que la familia es el primer contexto de socialización de los niños y las niñas, en el que se empiezan a construir aspectos fundamentales del ser humano, como la identidad, aspectos de la personalidad, procesos psicológicos, los estilos de interacción con el entorno.

5.1.2 Funciones de la familia:

Una de sus principales tareas debe ser garantizar la satisfacción de las necesidades (afecto, educación, alimentación, vestuario, salud, protección etc.) de los niños y niñas durante cada una de las etapas del desarrollo, en especial durante los primeros años de vida, que se consideran las etapas críticas del desarrollo, en las que el niño se encuentra en un grado muy alto de vulnerabilidad.

La función de la familia es fundamental como primera instancia de socialización del niño, ya que la educación de los niños y niñas depende en mayor medida del sistema familiar y es en este entorno en el que se empiezan a configurar los significados del mundo, y se da la adquisición de los valores culturales. Su importancia es tal que se puede afirmar que es ella, según sus posibilidades y limitaciones, quien facilita o limita los procesos de desarrollo que afectan a sus integrantes. Si su acción es adecuada, los resultados favorecen a la propia sociedad (Amor & Díaz, 2013, p. 2). Tomando como referencia a Musitu (2001), se presentan las funciones que la familia debería asumir en la crianza de sus hijos:

a) Satisfacer las necesidades fundamentales del niño de cuidado, sustento y protección. b) Aportar un clima de afecto y seguridad, facilitando los lazos emocionales y el apego necesario que hagan nacer en el niño la propia estima y la confianza en los seres que le rodean. c) Contribuir y fomentar la socialización de sus hijos, promoviendo en ellos estrategias para la comunicación y el diálogo que les sirvan en sus futuros intercambios sociales. d) Actuar como fuente de información y transmisión de valores, que permitan al niño comprender e interpretar la realidad física y social y, posteriormente, adaptarse a ella. e) Ofrecer modelos de actuación e identificación en situaciones de naturaleza diversa: cómo afrontar las situaciones conflictivas, cómo ejercer el control o la autoridad, cómo vehicular los valores que dice promover, cómo reaccionar ante el sufrimiento de los otros, etc. f) Promover espacios y tiempos para la participación activa del niño en el escenario familiar, que le permitan vivir este contexto como una zona de intercambio y construcción conjunta en la cual él es también protagonista. g) Facilitar el tránsito del niño hacia otros contextos educativos y de socialización extrafamiliar que compartirán con la familia la tarea de educar, con el objeto de apoyar la continuidad y coherencia entre los diversos contextos en los que el niño está inmerso (p. 19).

De acuerdo con las anteriores funciones definidas por Musitú, se reconoce que la familia es la base fundamental que proporciona a los niños y niñas las herramientas necesarias y los prepara para la interacción posterior en otros contextos.

5.1.3 La familia en el desarrollo de los niños:

Tal como se ha venido señalando en los apartados anteriores, la familia favorece el proceso de desarrollo de los niños y las niñas, en especial de los niños pequeños, quienes requieren un apoyo sustancial de sus cuidadores para desarrollar una amplia gama de comportamientos y habilidades sociales, que forman la base de todos los demás aspectos de su funcionamiento, de formar buenos hábitos de salud, relaciones y amistades significativas, y con éxito adaptándose a la vida escolar, familiar y comunitaria (Yen Huang, Bornheimer, Dankiyi & Aikins, 2018, p. 833).

Así mismo Gómez (2006), plantea que la familia es “transmisora de nutrientes básicos, de las primeras experiencias emocionales y educativas, y su adecuado funcionamiento garantiza la seguridad y estabilidad necesarias para el normal desarrollo de los niños, desde las primeras edades” (p. 45).

5.1.4 Familia y el desarrollo de la adolescencia:

La adolescencia es una etapa en la que empiezan a buscar otros modelos por fuera de sus padres, pasan más tiempo con sus pares que con los padres, pero en esta etapa la familia debe ser esa base sólida y segura que les permita a los adolescentes explorar el mundo. La adolescencia temprana puede ser una etapa difícil para los adolescentes y sus familias, ya que debido a todos los cambios que experimenta el adolescente a nivel físico, social, afectivo, cognitivo, el conflicto familiar, la depresión y las conductas riesgosas pueden ser más comunes que durante otras etapas del ciclo vital (Papalia, Wendkos & Duskin, 2009). Se tiene la concepción generalizada de la adolescencia como una etapa que se caracteriza por un conflicto constante en el vínculo entre los adolescentes y sus familias, aunque las investigaciones han evidenciado que esta situación es menos frecuente de lo que se considera, ya que se ha encontrado que solo un porcentaje menor

de adolescentes requieren ayuda especializada, en esta etapa (Papalia, Wendkos & Duskin, 2009; Montañés, Bartolomé, Montañés & Parra, 2008; Oliva, 2006). Debido a que el adolescente enfrenta una multiplicidad de cambios en esta etapa del ciclo vital, la familia debe propiciar un entorno que favorezca el desarrollo y el ajuste adecuado del adolescente, la familia se presenta como una base que contiene al adolescente. Se presentan algunas dimensiones del contexto familiar que pueden influir en el ajuste del adolescente. El afecto y la comunicación, resolución adecuada de conflictos, el control, relacionado con la supervisión y el establecimiento de límites, el fomento de la autonomía (Oliva, 2006).

5.2 Violencia Sexual

La violencia sexual es uno de los ejes centrales de la presente investigación, por lo cual, se presenta de manera detallada su definición, de igual manera, se presenta una exposición detallada de los tipos de violencia sexual definidos según la ley en el contexto Colombiano. La violencia sexual según la OPS (2003) se define como:

Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo. La coacción puede abarcar una amplia gama de grados de uso de la fuerza. Además de la fuerza física, puede entrañar la intimidación psíquica, la extorsión u otras amenazas, como la de daño físico, la de despedir a la víctima del trabajo o de impedirle obtener el trabajo que busca. También puede ocurrir cuando la persona agredida no está en condiciones de dar su consentimiento, por ejemplo, porque está ebria,

bajo los efectos de un estupefaciente o dormida o es mentalmente incapaz de comprender la situación.

El abuso sexual infantil es un fenómeno que tradicionalmente se ha mantenido oculto y que, aunque en la actualidad despierta un creciente interés y una enorme preocupación, aún permanece invisible en la gran mayoría de los casos (Echeburua & Guerricaecharria, 2011). Según la OMS (1999) el abuso sexual infantil consiste en la participación de un niño o niña en una actividad sexual que no comprende plenamente, a la que no es capaz de dar un consentimiento informado o para la que por su desarrollo no está preparado y no puede expresar su consentimiento, o bien que infringe las leyes y los tabúes sociales. El abuso sexual de menores se produce cuando esta actividad tiene lugar entre un niño y un adulto, o bien entre un niño y otro niño que por su edad o desarrollo tiene con él una relación de responsabilidad, confianza o poder; la actividad tiene como finalidad la satisfacción de las necesidades de la otra persona (pp. 15-16). Estas actividades incluyen contacto oral-genital, genital-genital, genital-rectal, mano-genital, mano-rectal o mano-seno contacto; exposición de anatomía sexual; visualización forzada de anatomía sexual; y mostrar pornografía a un niño o usando a un niño en la producción de pornografía. Ver o tocar los genitales, las nalgas o el pecho por niños preadolescentes, separados por no más de 4 años de edad, en los que no ha habido fuerza o coerción, se denomina juego sexual (Johnson, 2004, p. 462). En Colombia desde la ley 1146 (2007) se entiende por violencia sexual contra NNA, todo acto o comportamiento de tipo sexual ejercido sobre un NNA, utilizando la fuerza o cualquier forma de coerción física, psicológica o emocional, aprovechando las condiciones de indefensión, de desigualdad y las relaciones de poder existentes entre víctima y agresor. A partir de esa definición se definen los sub tipos o formas en las que se presenta la violencia sexual así (resolución 0459 de 2012):

Violación/Asalto sexual: Según la OPS (2003) es “definida como la penetración forzada físicamente o empleando otros medios de coacción, por más leves que sean, de la vulva o el ano, usando un pene, otras partes corporales o un objeto”. En el código penal colombiano la violencia es la característica principal de los delitos de violación, “se entiende por violencia la fuerza, el constreñimiento, la presión física o psíquica -intimidación o amenaza que "el agente despliega sobre la víctima para hacer desaparecer o reducir sus posibilidades de oposición o resistencia a la agresión que ejecuta”. Según el código penal colombiano este tipo de violencia sexual incluye conductas como el acceso carnal violento, los actos sexuales violentos y el acceso carnal o el acto sexual cometido sobre una persona a la que el agresor ha puesto en una situación de incapacidad de resistir el acto (a través del uso de narcóticos, golpes, entre otros, que lleven a la víctima a perder el conocimiento o no comprender lo que ocurre a su alrededor) (resolución 0459 de 2012).

Abuso sexual: Se da en el marco de una relación asimétrica de poder entre un sujeto activo que es el agresor y la víctima. Las condiciones que ponen en desventaja a la víctima pueden ser la edad, incapacidad física o psicológica de la víctima. El código penal Colombiano establece como delitos sexuales abusivos los actos sexuales o el acceso carnal con persona menor de 14 años, este delito está definido por la edad de la víctima. (Resolución 0459 de 2012). Las actividades involucradas en el abuso sexual pueden consistir en:

Contacto físico sexual en forma de penetración vaginal, oral o anal, utilizando para ello cualquier parte del cuerpo del abusador, algún objeto o animal. El tocamiento intencionado de los genitales o partes íntimas, incluyendo los pechos, área genital, parte interna de los mismos o nalgas, o las ropas que cubren estas partes, por parte del perpetrador hacia el NNA.

Alentar, forzar o permitir al NNA que toque de manera inapropiada las mismas partes del perpetrador. Exponer los órganos sexuales a un NNA con el propósito de obtener excitación/gratificación sexual, agresión, degradación o propósitos similares. Realizar el acto sexual intencionadamente en la presencia de un menor de edad con el objeto de buscar la excitación o la gratificación sexual, agresión, degradación u otros propósitos semejantes. Auto-masturbación en la presencia de un NNA. Forzar a la pornografía (UNICEF, 2011)

Explotación sexual: la víctima es convertida por el agresor en una mercancía y es utilizada sexualmente (resolución 0459 de 2012). Según la ley 985 (2005) se entiende por explotación "el obtener provecho económico o cualquier otro beneficio para sí o para otra persona, mediante la explotación de la prostitución ajena u otras formas de explotación sexual, los trabajos o servicios forzados, la esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre, la explotación de la mendicidad ajena, el matrimonio servil, la extracción de órganos, el turismo sexual u otras formas de explotación". En el contexto de la explotación sexual, consiste en apropiación del cuerpo de una persona para obtener un beneficio (resolución 0459 de 2012).

Explotación sexual de NNA: Delito cometido contra una persona menor de 18 años de edad. La Declaración y Agenda para la Acción del I Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Comercial de la Niñez, la define así:

Es una violación de los derechos fundamentales de la niñez. Comprende el abuso sexual por parte del adulto y remuneración en dinero o especie para el niño o para una tercera persona o grupo de personas. El niño(a) es tratado(a) como objeto sexual y como mercancía. Constituye una forma de coerción y violencia y es considerada una forma contemporánea de esclavitud

(Plan de Acción Nacional para la Prevención y Erradicación de la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes menores de 18 años 2006-2011) La explotación sexual de NNA presenta varias modalidades, la pornografía, la utilización de NNA en la prostitución, el matrimonio servil, la explotación sexual NNA por parte de actores armados y la explotación sexual asociada al contexto del turismo.

La utilización de NNA en la prostitución: La prostitución infantil tiene lugar cuando alguien se beneficia con una transacción comercial en la que un NNA es ofrecido con fines sexuales. Es posible que los niños sean controlados por un intermediario que se ocupa de la transacción o la supervisa, o por un explotador que negocia directamente con el niño. Los NNA se pueden ver involucrados en la prostitución como consecuencia de las problemáticas estructurales como la inequidad social, para cubrir sus necesidades básicas (ECPAT Internacional, 2007).

La utilización de NNA en la pornografía: “por pornografía infantil se entiende toda representación, por cualquier medio de un niño dedicado a actividades sexuales explícitas, reales o simuladas, o toda representación de las partes genitales de un niño con fines primordialmente sexuales” (ONU, 2000)

Utilización sexual de NNA en actividades vinculadas al turismo o turismo sexual:
“Explotación sexual de un niño por una persona o personas que viajan fuera de su propio país o región y emprende actividades sexuales con el niño. Normalmente implica alguna forma de pago –ya sea en dinero o especie, como comida, ropa o baratijas”. (Declaración del Primer Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Comercial de los Niños, Estocolmo, Junio 1996, citado por UNICEF, 2011).

Trata de NNA con fines sexuales: En este delito el agresor engaña a la víctima con ofertas falsas con el objetivo de llevarla a otra ciudad, país para explotarla sexualmente. Este delito afecta a adultos, a NNA (resolución 0459 de 2012). La captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación (UNICEF, 2011)

Utilización de menores de 18 años en los matrimonios serviles: “algunos [niños-as] son obligados a esta unión, otros simplemente son demasiado jóvenes para poder tomar una decisión... El consentimiento lo da una tercera persona en representación de la niña, razón por la cual ella no tiene la oportunidad de ejercer su derecho a escoger. Por esto los matrimonios tempranos también son denominados matrimonios forzados” (Plan de Acción Nacional para la Prevención y Erradicación de la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes menores de 18 años 2006-2011).

Estos matrimonios pueden conllevar una considerable diferencia de edad y de poder entre una novia y su esposo, lo que socava la capacidad de actuación y la autonomía de las niñas y las jóvenes. En ese contexto, estas son objeto a menudo de violencia física, psicológica, económica y sexual, así como de restricciones a su libertad de circulación. Las mujeres y las niñas que han contraído un matrimonio infantil y forzado pueden sufrir en el matrimonio una situación que se corresponda con las definiciones jurídicas internacionales de esclavitud y prácticas análogas a la esclavitud, como matrimonio servil, esclavitud sexual, servidumbre infantil, trata de niños y trabajo forzoso (ONU, 2014, p. 9).

Utilización sexual de NNA por distintos grupos armados ilegales: Colombia es un País que se ha caracterizado por el conflicto armado interno, una de las poblaciones gravemente afectada por esta problemática han sido las NNA, ya que los grupos armados reclutan menores para someterlos a trabajos y en muchos casos a actividades sexuales en condiciones de explotación (Plan de Acción Nacional para la Prevención y Erradicación de la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes menores de 18 años 2006-2011).

5.2.1 Factores de riesgo frente a la violencia sexual

Se identifican varios factores que aumentan el riesgo de exposición a los NNA a la violencia sexual entre ellos se encuentran factores familiares, socioeconómicos, individuales:

Familiares: En todos los lugares donde la violencia sexual ha sido estudiada, se reconoce cada vez más que una proporción sustancial de los niños y niñas son hostigados y agredidos sexualmente por las personas más cercanas a ellos. (Pinheiro, s.f.).

La familia debe ser un entorno protector y que garantice los derechos de los NNA; sin embargo, también puede ser un contexto que represente un peligro, se han identificado factores que pueden estar asociados a mayor riesgo de ser víctima de violencia sexual en el hogar como la edad, el género, la etapa del desarrollo. Se ha encontrado que los bebés y los niños más pequeños son población altamente vulnerable, debido a que en estas etapas del desarrollo sus cuidados personales dependen en gran medida de sus cuidadores principales y otros integrantes de la familia. La vergüenza, la negación de las familias frente a las situaciones de violencia sexual al interior del hogar imponen un silencio frente a esta problemática, que lleva a que los niños no revelen alguna situación de peligro, a que las familias desconozcan qué medidas se deben tomar e ignoren el riesgo en el que se pueden encontrar los niños (Pinheiro, s.f). Otros factores de riesgo que se han identificado al interior de la familia son prácticas de crianza inadecuadas, el

uso de la violencia, la violencia intrafamiliar, desamparo afectivo, ausencia de los padres, familias monoparentales y reconstituidas con la presencia de un padrastro, madres con antecedentes de violencia sexual, presentan dificultad en las habilidades parentales, lo cual no les permite la identificación y reconocimiento de situaciones que puedan representar un riesgo. (Plan de Acción Nacional para la Prevención y Erradicación de la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes menores de 18 años 2006-2011). Finkelhor (1999) señala las siguientes condiciones que generan que los niños se encuentren en un riesgo alto de ser víctima de violencia sexual:

Los estudios en América del Norte han demostrado que ciertos grupos de niños parecen estar en mayor riesgo de abuso que otros. Entre ellos están los niños que han experimentado el divorcio o la separación de los padres o que han vivido por un tiempo prolongado sin uno de los padres; niños que viven con padrastros; niños cuyos padres son violentos u hostiles entre sí o hacia sus hijos; niños cuyos padres tienen un problema de abuso de alcohol, drogas o alguna condición psiquiátrica debilitante; niños que están discapacitados o impedidos debido al retraso mental o un problema físico como la ceguera. Parece haber dos elementos comunes importantes que subyacen a estos factores de riesgo. Primero, las condiciones que comprometen la cantidad y calidad de la supervisión adulta que reciben los niños, por ejemplo, los niños que viven con un padre soltero reciben menos supervisión. Segundo, hay condiciones que pueden crear privación emocional para los niños, por ejemplo, los niños cuyos padres rechazan serán emocionalmente vulnerables. Los delincuentes explotan ambas dinámicas, la

supervisión deficiente y la privación emocional, para obtener acceso y manipular a los niños en contacto sexual.

Socio-económicos: la pobreza, promiscuidad, aislamiento social, desprotección emocional, así como toda situación que produzca un ánimo depresivo bajo determinados modelos conceptuales, pueden significar mayor vulnerabilidad (Plan de Acción Nacional para la Prevención y Erradicación de la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes menores de 18 años 2006-201, p. 15), aceptación social de esta problemática, prácticas que avalen las relaciones abusivas de poder entre hombres y mujeres, naturalización del uso de la violencia, estereotipos de género.

Factores individuales: Se identifican como factores de riesgo a nivel individual, la edad, el género, se ha demostrado que las niñas tienen alto riesgo de ser víctimas de violencia sexual, las edades de mayor riesgo son entre los 10 y los 14 años de edad, edades en las cuales se empiezan a desarrollar algunas características físicas sexuales, algunas teorías explican este hecho porque los abusadores sexuales son mayoritariamente hombres heterosexuales. Otro grupo poblacional que presenta alto riesgo son los NNA con necesidades especiales, como discapacidad intelectual, debido a que presentan mayor dependencia a sus cuidadores y dificultad para la identificación y reconocimiento de personas y situaciones de riesgo que les puedan hacer daño. Otros factores son antecedentes de exposición a algún tipo de maltrato físico y negligencia en el hogar, desamparo afectivo, ausencia (UNICEF, 2011)

5.2.2 Consecuencias en la salud mental de los NNA víctimas de violencia sexual

El abuso sexual infantil puede generar consecuencias que afectan significativamente la vida de los NNA víctimas, consecuencias que han hecho que el abuso sexual se convierta en una problemática de salud pública que se debe atender y prevenir. El grado de afectación de los

menores víctimas depende de varios factores, de acuerdo con Echeburúa & Corral (2006) “el impacto emocional de una agresión sexual está modulado por cuatro variables: el perfil individual de la víctima (estabilidad psicológica, edad, sexo y contexto familiar); las características del acto abusivo (frecuencia, severidad, existencia de violencia o de amenazas, cronicidad, etc.); la relación existente con el abusador; y, por último, las consecuencias asociadas al descubrimiento del abuso” (p.80). Se ha identificado aparición de sintomatología en los niños asociada a la situación de violencia sexual tanto a corto plazo como a largo plazo que deteriora la calidad de vida de las víctimas. A corto plazo se pueden presentar cambios emocionales, físicos y comportamentales que afectan significativamente el desempeño del niño en su vida cotidiana, uno de los síntomas más característicos en los niños más pequeños son las conductas sexuales desbordadas. En los niños mayores pueden presentarse conductas sexuales de riesgo. También aparece sintomatología asociada a trastorno de estrés postraumático como miedo exacerbado, ansiedad, depresión, pesadillas, fobias, se reconoce también bajo rendimiento académico, dificultades en la atención, conductas agresivas. En los adolescentes puede aparecer consumo de sustancias psicoactivas, ideación e intento suicida. Las investigaciones han demostrado que las niñas tienden a presentar depresión y conductas autodestructivas y los niños comportamientos agresivos, disruptivos, dificultades en la interacción social (Finkelhor, 1999).

A largo plazo los adultos víctimas de abuso sexual en la infancia pueden presentar síntomas a nivel conductual como intentos de suicidio, consumo de drogas o alcohol, trastorno disociativo de identidad; emocionales, como depresión, ansiedad, baja autoestima, estrés postraumático, trastornos de personalidad, desconfianza y miedo de los hombres, dificultad para expresar o recibir sentimientos de ternura o de intimidad; sexuales, como fobias o aversiones sexuales, falta de satisfacción sexual, alteraciones en la motivación sexual, trastorno de la

actividad sexual y del orgasmo, creencia de ser valorada por los demás únicamente por el sexo; sociales como, problemas en las relaciones interpersonales, aislamiento, dificultad en la educación de los hijos (Echeburúa & de Corral, p. 80).

5.3 Psicoterapia

La psicoterapia es otro de los referentes teóricos centrales de la presente investigación, por lo que se presentan diferentes definiciones propuestas por algunos autores. En primer lugar se cita a Wolman, quien define la psicoterapia como:

Tratamiento psicológico de los desórdenes mentales en el cual una persona entrenada (psicoterapeuta) establece una relación con una persona (paciente, cliente) que presenta problemas emocionales, con el propósito de aliviar o modificar los síntomas o patrones conductuales, buscando como resultado la promoción del crecimiento de la personalidad y el mantenimiento de una salud mental (como se citó en Campo, 2004, p. 125).

De acuerdo con Argudín & de La Osa (2014) la Psicoterapia es un tipo de tratamiento psicológico que busca hacer modificaciones en los pensamientos inapropiados, en las emociones patológicas y en las alteraciones del comportamiento, que requiere se establezca una relación entre personas y se vale de diversos instrumentos para desarrollar una comunicación que sirva de enlace emocional y permita transmitir información del paciente hacia un profesional calificado y de éste hacia el paciente o pacientes mediante la comprensión de sus personalidades para superar conflictos y promover el desarrollo adecuado de la personalidad. Según Perez- Sánchez, Parra- Jiménez & Espinoza- Parra (2014) la Psicoterapia es el arte de utilizar técnicas y estrategias psicológicas para ayudar a las personas a encontrar soluciones eficaces a sus problemas desde la conversación y la colaboración entre cliente y terapeuta, en una relación marcada por el encuentro

y el descubrimiento personal de nuevas maneras de percibir y reaccionar ante la realidad que cada uno de nosotros construye continuamente. De acuerdo a las anteriores definiciones, existe un consenso, ya que varios autores se encuentran de acuerdo en que la psicoterapia es un encuentro interpersonal, en el que participan unos actores, bien sea un grupo o una persona, que tiene un papel de paciente y una persona que asume el papel de psicoterapeuta. La psicoterapia busca transformar emociones, pensamientos, comportamientos que afectan o deterioran la calidad de vida de la persona que consulta. El terapeuta emplea diversos medios para establecer conexión con el paciente, y de esta manera, favorecer la comprensión de aspectos de su personalidad y de las situaciones conflictivas que le están generando malestar subjetivo y afectación de la calidad de vida.

5.3.1 Fases de la psicoterapia

Teniendo en cuenta que en la investigación se analizan los roles de los PMC, en cada una de las fases del proceso terapéutico, a continuación se presenta una revisión de las mismas desde la mirada de varios autores.

Las fases de la psicoterapia van a variar dependiendo del enfoque, aunque las fases a seguir en todos los casos son similares.

Varios autores han planteado modelos de la psicoterapia desde una perspectiva general. A continuación se presenta el modelo planteado por Egan de 1986 (como se citó en Feixas & Morá, 1993), el cual consta de tres fases:

Fase I: Identificación y clarificación de las situaciones problemáticas y las oportunidades no utilizadas.

Primer paso I-A: ayudar a los clientes a contar su historia.

Segundo paso I-B: centramiento: la búsqueda de nivelación.

Tercer paso I-C: Puntos ciegos y nuevas perspectivas.

Fase II: establecimiento de metas y desarrollo y elección de escenarios preferidos.

- Paso II-A: construcción de un nuevo escenario.
- Paso II-B: evaluación de las metas de un nuevo escenario.
- Paso III-C: Elección y compromiso.

Fase III: acción, avance hacia el escenario preferido.

- Paso III-A: descubrir estrategias de acción.
- Paso III-B: elección de estrategias y desarrollo de un plan de acción.
- Paso III-C: implantación de planes y logro de metas.

Bados & García (2009) proponen como fases o momentos del proceso psicoterapéutico el contacto inicial y análisis del problema, formulación y contraste de hipótesis explicativas, establecimiento de objetivos, diseño del tratamiento, aplicación del tratamiento y evaluación del mismo y Evaluación final. A continuación, se describen de manera breve cada una de las fases:

Contacto inicial: Los objetivos de esta fase son explicar la confidencialidad de la información y sus límites; establecer una buena relación con el paciente; identificar, explorar y especificar los problemas de este; determinar cuáles son aquellas variables relacionadas con el surgimiento, desarrollo y mantenimiento de los mismos; y derivar al paciente en caso de no poder satisfacer adecuadamente sus demandas.

Análisis del problema: El terapeuta tiene en cuenta aspectos de tipo personal (conductas motoras, actividades cognitivas, respuestas autónomas y reacciones emocionales) y ambiental (físicos y sociales). También son importantes en muchos casos las exploraciones médicas realizadas por un profesional de la medicina y dirigidas a detectar la posible existencia de enfermedades y variables biológicas relacionadas con los problemas del cliente.

Formulación y contraste de hipótesis explicativas: En la fase que nos ocupa, la información previamente obtenida es organizada de modo que se establecen relaciones entre las distintas variables de un problema y/o entre los distintos problemas de un cliente. Se formulan así una o más hipótesis explicativas sobre el mantenimiento (hipótesis de mantenimiento) y sobre el origen y desarrollo del problema/s (hipótesis histórica), hipótesis que son contrastadas de distintos modos.

Establecimiento de objetivos terapéuticos: Teniendo en cuenta que se pueden presentar varios problemas, es necesario que el cliente los priorice, después se establecen los propósitos frente a los problemas. Los objetivos deben responder a las necesidades del cliente y ser, por lo tanto, individualizados. - Deben ser realistas, es decir, no deben plantearse metas cuya probabilidad de conseguirse sea muy baja. - Deben ser específicos. Es decir, hay que describir qué conductas (manifiestas o encubiertas).

Diseño del tratamiento: Se formula el plan de intervención a seguir y las técnicas que se van a implementar.

Aplicación del tratamiento y evaluación: Durante la aplicación del tratamiento se sigue llevando a cabo una evaluación continua de los resultados que se van obteniendo para comprobar si se producen o no los cambios en el sentido deseado. Esta evaluación requiere seguir recogiendo datos empleando alguno/s de los instrumentos pasados en la evaluación inicial, en principio aquel/los que sea/n más sensible/s a los cambios a corto plazo. Lo más común es utilizar la entrevista, cuestionarios y/o autorregistros. Conviene enfatizar que sin una evaluación continua, es frecuente que los terapeutas no se percaten de que un cliente no progresa.

Evaluación: Se trata de volver a aplicar los mismos instrumentos utilizados en la evaluación pretratamiento para valorar los cambios logrados y el grado en que se han conseguido los objetivos terapéuticos. (Bados & García, 2009).

5.3.2 Actores en la psicoterapia

El terapeuta: Se encuentra un consenso en la definición del psicoterapeuta, según Rodríguez (2019) el terapeuta es una persona que está formada en un modelo psicológico que le permite evaluar e intervenir utilizando técnicas propias de su modelo, los problemas que llevan al cliente a consultar. Gómez (1970) define el terapeuta como “profesional con estudios de la personalidad que le permiten ofrecer ayuda al paciente; quien confía en él, porque se supone lo va a ayudar” (p. 22).

El cliente: De acuerdo con Feixas & Morá (1993) el cliente, es la persona que acude a buscar apoyo psicoterapéutico, motivado por un malestar que puede estar interfiriendo en su desempeño en la vida cotidiana y que reconoce que una persona especializada en el tema la oriente. Gómez (1970) utiliza el término paciente, y lo define como “una persona con "problemas", o sea situaciones que le producen ansiedad en grado tal que lo ha llevado a buscar ayuda”. Se identifica que los autores citados coinciden en su definición de cliente o paciente, una persona que requiere ayuda para abordar situaciones problemáticas en diferentes ámbitos de su vida. En gran parte de la terapia para adultos, la evaluación y el tratamiento se centran en gran medida o exclusivamente en el cliente adulto individual. En la terapia infantil, por el contrario, hay al menos dos clientes cuyas preocupaciones pueden ser legítimas e importantes: el niño y los padres (Hawley & Weisz, 2003).

5.3.3 El lugar de la familia en la psicoterapia

Al realizar una revisión del lugar de la familia en la terapia infantil se encuentra que varios autores coinciden en que la relación con los padres es fundamental, aunque no se encuentra un consenso en cuanto a si la intervención debe hacerse con los niños y los padres, solo con los niños o solo con los padres, esto puede variar dependiendo de cada caso y cada enfoque de intervención. De acuerdo con Gómez (2006) las posibilidades de relación del terapeuta con los padres pueden ser: la primera posibilidad es excluir a los padres del tratamiento, ya que pueden ser considerados como un obstáculo en la intervención, por lo que esta va dirigida al niño únicamente; la segunda posibilidad es mantener a los padres informados, se brinda información general de cómo avanza el proceso; la tercera posibilidad es permitir a los padres participar de las sesiones, desde esta posibilidad el centro de la intervención es la relación padres-hijo, es una alternativa muy necesaria cuando se trabaja con bebés; una cuarta posibilidad es tratarlos de forma simultánea pero separados, esta opción se puede tener en cuenta cuando las características de los padres juegan un papel importante en la aparición y mantenimiento de la problemática; la quinta posibilidad es tratar a los padres por los trastornos del hijo en lugar de trabajar con el niño.

Según Morales et al. (2015) en cualquier caso, aunque el papel de los padres suele ser primordial en el proceso terapéutico, la decisión sobre si intervenir sólo con el niño, sólo con los adultos o con ambos va a depender de variables específicas del caso, no tanto de la edad sino más bien del tipo de problema y del desarrollo madurativo del niño.

El tipo de trabajo y participación de los padres en el proceso como se mencionó va a depender también del enfoque de intervención, por ejemplo, la intervención desde la terapia del juego planteada por Melanie Klein, los padres tienen un lugar secundario en el proceso, la

intervención se dirige a analizar la estructura intrapsíquica del niño que se representa en la transferencia con el analista, por lo que la relación con los padres se da únicamente para favorecer la alianza terapéutica. Ana Freud tenía en cuenta en la intervención tanto al niño, explorando su mundo interno, pero también a los padres, como parte de su realidad externa desde un abordaje educativo. En la segunda mitad del siglo XX con los aportes de la teoría del apego de Bowlby, se replantean los objetivos de la psicoterapia con niños y el papel de los padres. Los aportes de la teoría sistémica y la concepción grupal familiar han permitido tener elementos importantes para entender el funcionamiento familiar y han priorizado el papel de los padres en la intervención (Aznar, 2009).

5.3.4 Psicoterapias en abuso sexual

En la revisión de la literatura se reconocen los siguientes enfoques en abuso sexual:

Terapia Cognitivo-conductual centrada en el trauma: Este modelo de intervención está basado en la terapia cognitivo-conductual, cuenta con evidencia empírica a nivel internacional que indica que es el tratamiento más adecuado y eficaz para intervenir el abuso sexual, es un “modelo de psicoterapia originalmente diseñado por Cohen, Mannarino, & Deblinger (2006) para ayudar a niños, adolescentes y a sus padres a superar las consecuencias negativas de eventos traumáticos. En particular, la TF-CBT fue diseñada para reducir los síntomas de depresión, ansiedad y estrés postraumático” (Guerra & Barrera, 2017). “Implica la aplicación de diversas técnicas terapéuticas, entre las que se incluyen el modelado, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, la exposición gradual, el procesamiento cognitivo y afectivo y la educación sobre el abuso sexual, sexualidad sana y habilidades de seguridad personal” (Meca, Alcázar & López, 2011). De acuerdo con Márquez, Deblinger & Dovi, (2020) “incluir procedimientos de exposición gradual ayuda a los jóvenes y a su familias a

reconocer y procesar el trauma experimentado en un ambiente seguro mientras aprenden y usan habilidades de afrontamiento para disminuir el estrés postraumático y los síntomas relacionados”. Este modelo está compuesto por tres componentes: desarrollo de estrategias de afrontamiento, narración y procesamiento de traumas e integración y consolidación (Cohen, Mannarino, Kliethermes & Murray, 2012). Desarrollo de estrategias de afrontamiento: en este componente se afianza la alianza terapéutica y el vínculo de confianza, se realiza psicoeducación, orientado a que se puedan brindar elementos que permitan la comprensión del evento traumático; se realiza entrenamiento en habilidades parentales para que puedan brindar apoyo emocional adecuado a sus hijos; entrenamiento en estrategias de relajación, para regular la ansiedad en las diferentes etapas del tratamiento; expresión y regulación emocional, para que la víctima aprenda a expresar sus emociones de manera asertiva; estrategias de afrontamiento cognitivo, para que la víctima pueda evaluar y modificar los pensamientos disfuncionales. Narración y procesamiento de traumas: en este componente se busca que la víctima enfrente los recuerdos traumáticos y los integre a su historia de vida y la exposición en vivo a estímulos que le recuerden el trauma (Guerra & Barrera, 2017). Integración y consolidación: Sesiones conjuntas de jóvenes y padres, mejora de la seguridad y la futura trayectoria de desarrollo, componentes de duelo traumático como se indica (Cohen, Mannarino, Kliethermes & Murray, 2012).

Enfoque psicodinámico grupal e individual: “las etapas del tratamiento psicoterapéutico psicodinámico individual con sobrevivientes de abuso sexual deben estar focalizadas en el alivio de los síntomas y el dolor o sufrimiento personal generado. La exploración del trauma debe facilitar la construcción de un relato que permita describir lo ocurrido y contextualizarlo, conectando lo actual con lo ocurrido” (Vallejo & Córdoba, 2012).

Según Vallejo & Terranova (2009), la psicoterapia de grupo para los trastornos de estrés postraumático busca apoyar a los participantes para que puedan regular y elaborar en conjunto con el grupo las consecuencias que haya generado el trauma. La psicoterapia grupal ha funcionado ya que uno de sus principales resultados es la reestructuración de las relaciones interpersonales. De acuerdo a estos autores

“En la psicoterapia dinámica tradicional, la labor del terapeuta es unir los elementos separados del self de los miembros del grupo, manejando los sentimientos intensos que los afectan e integrar sus experiencias, contener sus energías y comportamientos destructivos y autodestructivos. En este orden de ideas, el terapeuta como agente terapéutico central ayuda a curar el trauma por medio de la contención y elaborando el recuerdo repetitivo del suceso” (Vallejo & Terranova, 2009).

Desde el modelo psicodinámico se han utilizado modelos basados en el psicodrama y en la terapia del juego.

Psicodrama:

Este enfoque se orienta a permitir que emerjan los contenidos inconscientes que generan malestar al sujeto, en un contexto de grupo controlado, donde los pueda pasar al plano de la consciencia en integrarlos a su experiencia, en palabras de Palazzesi (2014), se presenta así:

Se espera que, a través de la representación psicodramática, los impulsos, fantasías asociadas, recuerdos y proyecciones se conviertan en conscientemente explicitados, a la vez que se desarrolle simultáneamente una forma de autopercepción individual, pero compartida con el grupo. El método

psicodramático favorece la tendencia a la “actuación” pero dentro de una situación estructurada de grupo; la dramatización convierte los impulsos inconscientes en percepciones conscientes, logrando además integrar los aspectos de la experiencia, de las sensaciones e imágenes (p. 73).

Terapia de juego: En general, la terapia de juego debe ser una intervención adecuada y adaptable (por ser una fuente de descarga emocional que le permite a los niños y a las niñas hablar de lo sucedido sin tener en frente a la persona quien le causa conflicto) para la serie de problemáticas por las que pasan los menores de edad de hoy, y en lo particular para la atención especializada de los casos de abuso sexual (Velásquez, Delgadillo & González, 2013).

Psicoterapia humanista-existencial: “Desde el modelo humanista los tratamientos más utilizados han sido los basados en la terapia centrada en el cliente, desde los que se intenta potenciar la autoaceptación y autorrealización del menor” (Meca et al., 2011). La labor terapéutica consiste en adentrarse en el mundo fenoménico o en la realidad del cliente y a partir de ese lugar entender el impacto de lo que éste ha vivido y ayudar a reconstruir o simbolizar adecuadamente experiencias en extremo humillantes o dolorosas (Armenta, 2002, p. 3).

Terapia de reparación en víctimas: Desde esta terapia se considera que los efectos del abuso sexual son diversos y no se pueden definir dentro de una categoría unificada. Este enfoque cuenta con unas etapas definidas y con unos aspectos fundamentales que se deben dar durante el proceso psicoterapéutico. Llanos y Sinclair (2001) presentan las tres etapas definidas por Dolan (1997), la primera etapa reconocimiento como víctima, la cual consiste en desculpabilizar a la persona del evento traumático, responsabilizando al agresor de esta situación, quien abusó del poder que tenía y permitiéndole a la víctima comprender que fue una situación impuesta sobre la cual no tuvo ninguna posibilidad de control. La segunda etapa reconocerse como sobreviviente,

implica el reconocimiento y fortalecimiento de los recursos personales para lograr superar esta situación en el presente y la tercera etapa celebrar la vida, implica la recuperación de la autonomía y la posibilidad de decidir sobre la propia vida y el sentido de la misma. Algunos de los aspectos que deben estar presentes en el proceso psicoterapéutico son generar un ambiente de confianza y seguro, la relación debe estar basada en el respeto, el buen trato, se debe establecer un encuadre muy claro y mantener una escucha activa y empática (Llanos & Sinclair, 2001).

5.4 La teoría del Rol fundamentos y elementos constitutivos

La teoría del rol es otro de los referentes teóricos centrales que orientan el análisis de la información generada en la investigación, por lo cual, se desarrollan sus elementos más relevantes.

El interaccionismo simbólico tiene sus raíces en la tradición filosófica pragmatista, en el conductismo psicológico, en las bases teóricas propuestas por Herberd Mead en las primeras décadas del siglo XX y en las ideas de Herbert Blumer quien le asignó el término de interaccionismo simbólico y es considerado el fundador. Herbert Mead “afirma que la persona emerge de la interacción social a través, fundamentalmente, del lenguaje y en la forma de interacción simbólica (Pons, 2010). “El postulado metodológico fundamental de la escuela de Blumer es que cada individuo interpreta y construye cognitivamente el mundo en torno y actúa en consecuencia con la definición que da a una determinada situación” (Carabaña & Lamo de Espinosa, 1978).

A partir de los años sesenta del siglo XX el interaccionismo simbólico surgido desde los planteamientos de George Herbert Mead y Herbert Blumer, llevó a la aparición de tres ramificaciones, el acercamiento estructural, el interaccional y el microinteraccionista, las cuales

se caracterizan por la importancia que les otorgan a los diferentes elementos que hacen parte de la interacción social.

- **El acercamiento estructural:** representado por Sheldon Stryker, quien acentúa el papel de la sociedad en la determinación de los roles sociales, plantea que las estructuras significantes sociales limitan el grado en que los roles se construyen y se adoptan.

- **El acercamiento interaccional:** su principal representante es Ralph Turner, quien es parte del acercamiento estructuralista, pero enfatiza el papel de los actores, si bien la sociedad delimita los roles, son los actores quienes lo completan o elaboran a través de las interacciones con los otros y con el contexto.

- **El acercamiento microinteraccionista:** Goffman es su principal referente, tiene en cuenta dos elementos, uno de ellos es la forma en la cual los individuos se presentan a sí mismos frente a los demás en la vida cotidiana y el segundo es la forma en la que se manipula la impresión que se genera en los otros, para presentar una imagen lo más favorable posible de uno mismo, logrando de esta manera que las personas actúen en consonancia con esa imagen ofrecida (Inciarte, 2015).

La teoría del rol se sostiene en el interaccionismo simbólico, ya que como expresa Moraga (2011). “los roles se concretizan o materializan dentro de un marco de interacción” (p. 103). El rol comunica, vincula, es interaccional, en el sentido que se gesta y se ejerce en la interacción posibilitándola, el rol surge en el marco de la interacción con otro, no se puede pensar de una manera aislada y hay que analizarlo en su propio contexto (Podcamisky, 2006).

“La unión funcional entre la estructura social, conformada por la red de relaciones sociales y el actor, se presenta en el ejercicio de una forma de interacción a la que los sociólogos denominan rol social” (Moraga, 2011).

De acuerdo con Nelly Moraga (2011) la interacción es un proceso esencial en la vida del ser humano, se da a lo largo de toda la existencia y es en la interacción con otro o colectivo que surgen los roles, la interacción se presenta de una manera u otra, dependiendo del rol que el sujeto asuma.

La teoría del rol es una de las orientaciones de la psicología social, los principales representantes de la teoría del rol son Mead, Merton y Goffman. “Mead plantea una teoría de la interacción social que vincula la acción de los individuos y los roles sociales que han introyectado de otros agentes sociales” (García, 2013). Para Mead la base de la interacción es la comunicación simbólica, a partir de esta los individuos que comparten un contexto en común, adquieren unos roles específicos, de acuerdo a las normas o patrones sociales que hemos introyectado podemos anticiparnos a la conducta y reacciones de los otros y actuar con relación a esa respuesta esperada. (García, 2013). La interacción social se da a partir de la asimilación de un otro generalizado, el cual “es la organización de las actitudes de todos los otros, las normas o modelos de organización más generales y abstractos. Así la persona se convierte en un reflejo de la sociedad global” (Carabaña & Lamo de Espinosa, 1978). El otro generalizado es lo que Mead define como el “me”. Mead se interesa en comprender el proceso de asunción de los roles, para lo cual parte de la comprensión del sí mismo como un proceso configurado por el “me”, que es el conjunto de patrones y normas sociales que adopta el individuo y el “yo”, el cual es la parte activa del individuo que reacciona de manera singular y se incorpora al “me” (Carabaña & Lamo de Espinosa, 1978).

Merton se interesa en analizar el proceso a través del cual se construyen los roles socialmente. Según Merton, los sujetos en primer lugar adoptan un papel en un determinado contexto y ajustan su comportamiento de acuerdo a las expectativas sociales que se tiene del rol

adoptado. Por su parte Goffman se orienta a comprender de qué manera los sujetos asumen los roles en la cotidianidad y como es la interacción que establecen tanto a nivel individual como grupal ajustándose a los requisitos socialmente establecidos para cada rol asumido (De Grande, 2014).

5.4.1 Elementos constitutivos de un rol

Son la serie de características que conforman el rol. Nadel (1966) define los siguientes atributos estructurantes del rol y los organiza de manera jerárquica, en orden de relevancia, teniendo en cuenta cuáles tienen mayor peso en el rol. En primer lugar, ubica los atributos básicos o axiales, los cuales son la esencia del rol, validan los demás atributos y les dan sentido, en segundo lugar ubica los atributos relevantes, los cuales son patrones estables dentro del rol, están relacionados con el desempeño adecuado del rol de acuerdo a las expectativas sociales del mismo y con la percepción que tienen los demás actores participantes en la interacción y por último, ubica los atributos periféricos, los cuales son alternativos, su ausencia no modifica el desempeño ni la percepción del rol (como se citó en Moraga, 2011, pp. 109-110).

Los roles se pueden clasificar en prescritos, subjetivos y actuados. Los roles prescritos son aquellos que están definidos socialmente, la mayoría espera que la interacción se presente teniendo en cuenta los requisitos definidos para determinado rol, como por ejemplo, médico, enfermera, docente, entre otros. Estos roles no son estáticos se van modificando de acuerdo a los cambios sociales que se dan en cada época. Los roles subjetivos están relacionados con el significado que tiene para cada individuo el rol que desempeña y los roles actuados es la forma en la que se desempeña el rol, este puede coincidir o no con el rol subjetivo, lo cual puede generar una disonancia cognitiva (Herricko, s.f.).

5.4.2 Componentes del Rol

Creencias: La creencia desde una perspectiva psicológica se define como una disposición a la acción, cada sujeto va a actuar en una determinada situación dependiendo de la creencia que tenga hacia la misma, motivo por el cual las creencias se pueden inferir del comportamiento que asuman las personas frente a estas situaciones (Diez, 2017, p.136). Según Camacho (2003) las creencias son un conjunto de ideas que conforman un modelo de representaciones internas, a partir del cual los individuos le dan significado a su realidad (p. 5).

Emociones: Las emociones están presentes tanto en los animales como en las personas, son fundamentales en la interacción con el entorno, ya que permiten reaccionar de manera adecuada a los diferentes estímulos. Varios autores se han interesado por el estudio de las emociones como un elemento esencial en la comprensión del comportamiento. Uno de los primeros autores de la psicología que se interesó por comprender este tema fue William James, quien describe el proceso de la emoción de la siguiente manera, el organismo percibe un estímulo externo, aparece la acción y luego aparece la reacción emocional, es decir se responde de manera automática frente a un determinado estímulo y luego se reflexiona, se realiza un proceso consciente sobre el mismo, generando esto el estado emocional o sentimiento (como se citó en García, 2019, p. 48).

Otro autor que se ha dedicado a la investigación de las emociones desde las neurociencias es Damasio, para quien las emociones surgieron evolutivamente para garantizar la supervivencia de las especies, tal como lo expresa “Las emociones están constituidas a base de reacciones simples que promueven sin dificultad la supervivencia de un organismo, y de este modo pudieron persistir fácilmente en la evolución” (Damasio, 2005, p. 34.).

Las emociones también han sido estudiadas desde otros campos distintos a la psicología y a las neurociencias, se encuentra la sociología de las emociones, postura desde la cual toda emoción y afecto es producto de la cultura, las instituciones, una situación social, la interacción y la socialización” (García, 2019, p. 42).

Comportamientos: La conducta o el comportamiento, ha sido ampliamente estudiado en psicología desde diferentes enfoques para comprender que lleva a un ser humano a actuar de determinada manera. El conductismo es uno de los enfoques que para entender al ser humano, se limitó al estudio de su conducta y la define como “la acción que un individuo u organismo ejecuta” (Balash, 2007, p. 34). El conductismo en sus planteamientos iniciales consideraba que la conducta era consecuencia de estímulos externos, a partir de la década de 1950, se amplió la perspectiva del estudio de la conducta y se dejó de considerar como una simple reacción pasiva frente a los estímulos del medio, llegando a la comprensión de que involucra varios procesos internos que permiten transformar la información que se recibe de manera voluntaria y actuar (García & García, 2005, p. 386-388)

6. Estado del Arte

Se realiza una revisión del tema en diferentes bases datos de Psicología como Dialnet, Google Académico, EBSCO, Science Direct, J-STAGE, Scielo, la búsqueda inicialmente se hace utilizando el tema general abuso sexual infantil, luego se restringe más la búsqueda a palabras claves como psicoterapia infantil, psicoterapia y abuso sexual infantil, los padres en la psicoterapia. A partir de esta búsqueda se encuentran varias investigaciones y se seleccionan las siguientes investigaciones relacionadas específicamente con el tema de la presente investigación, la Psicoterapia en abuso sexual con NNA víctimas:

- Psicoterapia con niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales: sobre la reparación, la resignificación y la superación. Realizada por Claudia Capella y Carolina Gutiérrez desde la Universidad de Chile. (2014). El objetivo de la investigación es discutir el objetivo central de la psicoterapia con niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales, desde una perspectiva constructivista evolutiva. Se discute brevemente el concepto de reparación, en la investigación se profundiza en los aportes de los conceptos de resignificación y superación para comprender el objetivo central de la psicoterapia en estos casos. Investigación de carácter teórico que se fundamenta en la revisión bibliográfica y en resultados de investigaciones previas tanto nacionales como internacionales. A partir de la revisión teórica se plantea que el objetivo central de la psicoterapia con víctimas de agresiones sexuales se refiere a la “superación” y pasa por la resignificación de la experiencia y su integración a la identidad personal. Este artículo aporta a profundizar en los conceptos de resignificación y superación como objetivos centrales en la psicoterapia con niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales, contribuyendo especialmente con el concepto de superación, que resulta novedoso en nuestro contexto nacional.
- Ganar una carrera: narrativas de curación y psicoterapia en niños y adolescentes que han sido abusados sexualmente. Realizado por Claudia Capella, Ximena Lama, Loreto Rodríguez, Daniela Águila, Gretchen Beiza, Denise Dussert, y Carolina Gutiérrez. (2016). El objetivo de esta investigación es explorar el proceso de recuperación del abuso sexual de niños y adolescentes que han sido abusados sexualmente y que han completado con éxito la psicoterapia. La investigación tiene un enfoque cualitativo, utilizó como técnica la entrevista. Se realizó un muestreo intencional y se incluyeron 20 participantes. En los resultados emergieron tres temas centrales relacionados con qué se entiende por recuperación del abuso sexual, cómo es el proceso

de recuperación, qué factores influyen en la recuperación. Los resultados muestran que los niños y adolescentes coinciden que la recuperación del abuso sexual implica la comprensión de esta experiencia y la integración de la misma a la historia vital, coinciden además, que el proceso de recuperación implica varios factores personales pero también ambientales, tales como el apoyo familiar y psicoterapéutico. En cuanto a los aspectos familiares señalan el apoyo y credibilidad de los miembros de la familia, en especial de la madre. En la discusión se subraya el valioso papel de la psicoterapia para ayudar a los niños y adolescentes en su proceso de curación, cambiar el significado de la experiencia abusiva y desarrollar nuevas capacidades.

- Narrativas de terapeutas sobre el proceso de cambio psicoterapéutico en niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales. Realizado por Daniela Águila, Ximena Lama, Claudia Capella, Loreto Rodríguez, Denise Dussert, Carolina Gutiérrez & Gretchen Beiza. (2016). El objetivo de este estudio es comprender cómo los psicoterapeutas perciben el proceso de cambio en psicoterapia con niños y/o adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual y la influencia que tiene la alianza terapéutica en este tratamiento. La investigación se realiza con un enfoque cualitativo y la muestra fue intencional. La muestra estuvo compuesta por 13 psicólogos con orientación sistémica, congnitivo-constructivista y psicoanalítica. Estos/as terapeutas dieron cuenta de 24 niños/as y/ o adolescentes entre ocho y dieciocho años, que habían culminado procesos de psicoterapia exitosos. Se utilizó la técnica de la entrevista en profundidad para recolección de la información. De acuerdo a los resultados de la investigación, el cambio en psicoterapia con niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales, es visto por los/as terapeutas como un proceso gradual, que se da progresivamente. A su vez distinguen que se desarrolla en tres fases, la primera de vinculación con el espacio terapéutico, relacionada directamente con objetivos de protección y la

construcción de una alianza terapéutica; la segunda fase se vincula con la resignificación de la agresión sexual de la cual fueron víctimas; y la tercera fase de consolidación de los cambios, se asocia al cierre del proceso en que se produce una desvinculación progresiva y un empoderamiento del/a niño/a y/o adolescente al revisar su propio proceso de cambio. Se identifica que la alianza terapéutica es un aspecto central que favorece el cambio y que se presenta de distintas formas, de acuerdo a la fase.

- Narrativa de padres de niños, niñas y adolescentes que han finalizado psicoterapia por agresiones sexuales: un proceso de superación conjunta. Realizado por Denise Dussert, Claudia Capella, Ximena Lama, Carolina Gutiérrez, Daniela Águila, Loreto Rodríguez y Gretchen Beiza. (2017). El objetivo de la presente investigación fue describir de qué manera las figuras parentales narran la superación de las agresiones sexuales, tanto propia como de sus hijos, una vez finalizada la psicoterapia de estos. La investigación se realiza desde un enfoque cualitativo. La selección de la muestra fue intencionada. Los participantes del estudio fueron 18 padres. Se utilizó la entrevista en profundidad como técnica de recolección de datos. Los resultados permiten ampliar el conocimiento teórico relativo al fenómeno de la superación, además, los resultados permiten relevar la importancia de ampliar los espacios terapéuticos disponibles actualmente en Chile para los padres de quienes han sido víctimas indirectas.

- "Trauma sistémico": El impacto en los padres cuyos hijos han sufrido abuso sexual. Realizado por Sarah J. Kilroy y Jonathan Egan, Aneta Maliszewska y Kiran M. Sarma. (2015). Este artículo examina el impacto en los padres en un contexto irlandés cuyos hijos han sufrido abuso sexual y tiene como objetivo explorar los caminos hacia la angustia. Esto es para comprender qué factores facilitan o impiden que los padres apoyen a sus hijos de la mejor manera. La investigación se realiza desde un enfoque cualitativo, utilizaron técnicas de la teoría

fundamentada para el análisis de la información. Los participantes del estudio fueron 13 padres. Se realizaron entrevistas semiestructuradas para la recolección de la información. En el análisis de los resultados emergieron 8 categorías: contexto familiar, características de abuso, impacto emocional, cogniciones, sistemas de apoyo, impacto en la vida diaria, afrontamiento y dinámica familiar. La amplia "experiencia" central de tener un hijo que fue abusado sexualmente se incorpora en estos temas y puede conceptualizarse como "trauma sistémico". Este concepto ayuda a explicar la vía de desarrollo de las dificultades de salud mental en algunos padres, lo que potencialmente puede obstaculizar su capacidad para apoyar más eficazmente a su hijo.

- Influencia de una intervención grupal para madres en el cambio psicoterapéutico de sus hijos/as víctimas de agresiones sexuales. Realizado por Paulina Álvarez Zavala, Analía Socorro y Claudia Capella Sepúlveda. (2012). El objetivo de este estudio fue evaluar la influencia de una intervención psicoeducativa grupal para madres de niños/as de entre 10 y 12 años, víctimas de agresiones sexuales, que se encuentran en tratamiento, en el cambio psicoterapéutico de sus hijos/as, el estudio se realizó con las madres de los niños que se encontraban en proceso psicoterapéutico en el Centro De Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales, se organizaron con las madres de los 12 niños atendidos, dos grupos, un grupo control y grupo experimental. Las madres del grupo experimental participaron de un proyecto grupal de intervención psicoeducativa orientado a brindarles herramientas para la comprensión de la experiencia abusiva de sus hijos, durante tres meses. Los resultados de la investigación indican que se observa un cambio psicoterapéutico muy significativo en los niños/as cuyas madres participaron de la intervención grupal. De este modo, se puede hipotetizar que el cambio en las madres y la visualización de este por ellas, actuaría como un agente mediador del cambio psicoterapéutico en sus hijos/as.

- Reacción psicológica ante la experiencia de abuso sexual extrafamiliar en padres de niños abusados. Realizado por John Jairo García Peña y Erika Lucía Peña Londoño. (2018). El objetivo de la investigación fue analizar las reacciones psicológicas en padres de niños que han sufrido la experiencia de abuso sexual extrafamiliar-ASE, en esta investigación se identifican varios aspectos relacionados con la reacción de los padres, como por ejemplo, la presencia de abuso transgeneracional y secreto familiar, se encuentra que muchos de los padres habían vivido un evento de abuso sexual sin tramitar hasta el momento, lo cual disminuye su capacidad de asumir actitudes protectoras hacia sus hijos. Se encuentra que la mayoría de estos padres no dan credibilidad en la narración del niño o niña, situación que puede ser una defensa al pensar que fallaron como cuidadores, además que no pueden aceptar que al igual que ellos, sus hijos también hayan tenido que pasar por ese evento traumático, esos sentimientos suelen imposibilitar a los padres para asumir la responsabilidad moral de hacerse cargo de lo que conlleva social y jurídicamente un acto como el abuso. A los padres que vivieron una situación de abuso sexual en la infancia se les dificulta la identificación de las situaciones de riesgo en las que puedan estar sus hijos, por lo que sus hijos pueden ser más vulnerables a situaciones de violencia sexual. En síntesis, el abuso sexual contra un niño genera tantos traumas psicológicos y emocionales para sus víctimas que cuando llegan a la edad adulta, como estos padres, se evidencian secuelas insuperables, que influyen de forma marcada sus respuestas parentales y muy específicamente su reacción ante la historia de abuso de un hijo, quedando, con frecuencia inmersos en los sentimientos de culpa, dolor, impotencia, resentimientos, tristeza profunda, entre otras reacciones psicológicas devastadoras e incapacitantes.

7. Marco Normativo

Tanto a nivel Internacional como a nivel Nacional se han establecido unas normativas que buscan garantizar el reconocimiento de los derechos de los NNA, favoreciendo que se desarrollen en entornos que brinden protección, libres de todo tipo de violencia, discriminación y que les permita el desarrollo de su potencial.

7.1 Marco normativo internacional

La investigación se fundamenta los siguientes documentos reconocidos universalmente, en los que se busca promover el bienestar de los niños y las niñas, garantizando el cumplimiento de sus derechos, enfatizando especialmente el derecho a la protección social.

Declaración de Ginebra sobre los derechos del niño de 1924: En cinco artículos son reconocidas las necesidades fundamentales de los niños y las niñas. El texto se centra en el bienestar del niño y reconoce su derecho al desarrollo, asistencia, socorro y a la protección. (Humanium, s.f).

Declaración universal de los derechos humanos:

A continuación se presenta el artículo de la declaración universal de los derechos humanos que se relaciona específicamente con el tema de la protección a la infancia:

Artículo 25: La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Declaración de los derechos del niño de 1959: resalta la idea de que los niños necesitan protección y cuidado especial, “incluyendo una protección legal adecuada, antes del nacimiento y después del nacimiento” (Humanium, s.f.).

La Convención de los derechos del niño: a lo largo de sus 54 artículos, reconoce que los niños (seres humanos menores de 18 años) son individuos con derecho de pleno desarrollo físico, mental y social, y con derecho a expresar libremente sus opiniones. Además, la Convención es también un modelo para la salud, la supervivencia y el progreso de toda la sociedad humana.

Protocolo facultativo de la convención sobre los derechos del niño, relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y a la utilización de niños en la pornografía de 2000.

7.2 Marco normativo nacional

A continuación se presenta el marco normativo a nivel Nacional que garantiza los derechos de los NNA, reconociéndolos como sujetos de derechos:

- La Constitución Política de 1991.
- Ley 1146 de 2007, por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los NNA abusados sexualmente.
- Ley 51 de 1981, por medio de la cual se aprueba la Convención de la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de la ONU.
- Ley 12 de 1991, por medio de la cual se aprueba la Convención sobre los Derechos Del Niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989.
- Ley 248 de 1995, por medio de la cual se aprueba la Convención Internacional para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, suscrita en la ciudad de Belem Do Para, Brasil, el 9 de junio de 1994.
- Ley 765 de 2000, por medio de la cual se aprueba el “Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la

utilización de los niños en la pornografía”, adoptado en Nueva York, el veinticinco (25) de mayo de dos mil (2000).

- Ley 599 de 2000, Código Penal Colombiano, delitos contra la Libertad, la integridad, y formación sexuales.
- Ley 679 de 2001, por la cual se expide para prevenir y contrarrestar la explotación, la pornografía, y el turismo sexual con menores, en desarrollo del artículo 44 de la Constitución.
- Ley 1098 de 2006 por la cual se expide el código de la infancia y de la adolescencia.
- Ley 1652 de 2013, por medio de la cual se dictan disposiciones acerca de la entrevista y el testimonio en procesos penales de NNA víctimas de delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales.
- Ley 1719 de 2014, Por la cual se modifican algunos artículos de las Leyes 599 de 2000, 906 de 2004 y se adoptan medidas para garantizar el acceso a la justicia de las víctimas de violencia sexual, en especial la violencia sexual con ocasión del conflicto armado, y se dictan otras disposiciones.
- Ley 1878 de 2018, por medio de la cual se modifican algunos artículos de la Ley 1098 de 2006, por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia, y se dictan otras disposiciones.
- Ley 360 de 1997, por la cual se establecen los derechos de las Víctimas de violencia sexual.
- Ley 985 de 2005, por medio de la cual se adoptan medidas contra la trata de personas y normas para la atención y protección de las víctimas de la misma
-

8. Análisis Metodológico

8.1 Estrategias de selección de la población

La selección de los informantes o interlocutores en un proceso de investigación cualitativa tiene un carácter dinámico y continúa a lo largo de toda la investigación, valiéndose de estrategias diferentes. La elección de la muestra en la investigación cualitativa evoluciona a lo largo del proceso, la decisión sobre el mejor modo de obtener los datos y de quién o quiénes obtenerlos son decisiones que se toman en el campo, pues queremos reflejar la realidad y los diversos puntos de vista de los participantes, los cuales nos resultan desconocidos al iniciar el estudio” (Crespo & Salamanca, 2007).

Se utilizó la estrategia de muestreo de bola de nieve al momento de conformar los distintos casos que se utilizaron para la generación de la información. El *Muestreo Bola de Nieve*: Consiste en pedir a los informantes que recomienden a posibles participantes (Crespo & Salamanca, 2007). Identificada la primera clínica que cumplía con todos los requisitos establecidos en el presente estudio, surgieron nuevos contactos que permitieron el acceso a otros interlocutores válidos en el desarrollo de la investigación.

8.1.1 Selección de los casos

En la investigación con estudios de casos, la selección de la muestra es no probabilística e intencional, se realiza una selección orientada por la información. Este tipo de selección se da cuando se pretende maximizar la utilidad de la información desde pequeñas muestras y casos únicos. Los casos son seleccionados sobre la base de las expectativas acerca de su contenido informativo (Kazez, s.f.) y de acuerdo a las características del estudio. En este sentido, teniendo

como referencia los objetivos de la investigación, se analizaron la pluralidad de los clínicos contemplados como universo de población según el principio de cobertura máxima y saturación de información.

En el presente estudio participaron un total de cuatro psicólogos clínicos (tres mujeres y un hombre, con diferentes enfoques teóricos), tres de ellos pertenecientes a las ciudad de Bogotá y una a la ciudad de Medellín. Los clínicos entrevistados contaron con un promedio aproximado de 15 años de experiencia en la atención terapéutica directa con NNA y sus familias, así como también en la atención terapéutica con niños, niñas, adolescentes víctimas de violencia sexual y sus familias.

8.1.2 Categorías iniciales

A continuación, se presentan las categorías iniciales que operaron como conceptos orientadores de la fase de generación de la información.

Tabla 1.

Categorías

Categoría	Sub categorías	Observable
1. Psicoterapia:	Primera fase:	Pensamientos recurrentes
De acuerdo con la teoría del interaccionismo simbólico, el comportamiento de los seres humanos está asociado con el significado de las ideas en la mente, por lo cual es necesario identificar qué significado tiene para los padres y/o cuidadores la psicoterapia de abuso sexual infantil y la asistencia a la misma.	Vinculación al espacio terapéutico	Qué significado tiene para los padres asistir a terapia
	Creencias	Creencia frente al cambio
	Emociones	Prejuicios recurrentes
	Comportamientos	Como se sienten
		Cuáles son las expectativas que tienen frente al proceso
		Principales limitaciones
		Cómo es la asistencia
		Actitudes frente al tratamiento

2. Terapeuta: Identificar cuál es el significado que construyen los padres del psicoterapeuta que acompaña el proceso.	Segunda Fase:	Pensamientos frente al proceso
	Tratamiento	Interrumpe el proceso
	Creencias	Cómo se sienten
	Emociones	Actitudes durante el tratamiento
	Comportamientos	Cómo es la asistencia
3. Violencia sexual infantil: Se busca identificar el significado que tiene para los padres y/o cuidadores la situación de presunta violencia sexual por la que llegan a la institución.		Participación
		Significado que le dan a la terapia
	Tercera Fase:	Pensamientos recurrentes al finalizar el proceso
	Evaluación y cierre	Finaliza el proceso
	Creencias	Significado que le dan a la terapia
4. La Víctima: Cuál es la concepción que tienen los padres sobre la víctima de violencia sexual infantil.	Emociones	Actitudes frente al tratamiento
	Comportamientos	Reacciones o emociones al finalizar el proceso
		Asiste a la mayoría de citas
		Principales limitaciones para finalizar el proceso

8.2 Técnicas de generación de información

Teniendo presente la pregunta de investigación se optó por trabajar la generación de información desde un énfasis marcado por estrategias dialógicas, entendida como toda aquella acción regulada que tiende a favorecer la acción comunicativa y a generar conversaciones en un ambiente de seguridad lo que implica un diálogo creciente y gradual configurado como una de las fuentes principales de producción de información.

Estas estrategias favorecieron la relación intersubjetiva, la mirada desde la experiencia de los clínicos, desde su quehacer, de los roles que asumen los PMC en el proceso psicoterapéutico con NNA víctimas de violencia sexual.

La técnica que se utilizó fue la entrevista semiestructurada ya que, a partir de unas preguntas planeadas, brinda la posibilidad de ajustarse a los entrevistados. (Díaz-Bravo, Torruco-García, Martínez-Hernández & Varela-Ruiz, 2013). Se realizaron un total de cuatro entrevistas, teniendo como referencia el criterio de saturación de la información para determinar su número (**Anexo 1 instrumento**).

Proceso de obtención de la información

Para la obtención de la información se atravesaron los siguientes pasos:

Paso 1. Se estableció contacto con la primera clínica, quien brindó información acerca de otros psicólogos clínicos que podían estar interesados en participar de la investigación y que cumplían los requisitos. Con esta información de los contactos se estableció una base de datos.

Paso 2. Cada uno de los psicólogos clínicos se contactó telefónicamente, se les brindó información general sobre la investigación y se envió posteriormente invitación personalizada (**Anexo 2**) para participar como informantes claves en la investigación, junto con el consentimiento informado, a través de correo electrónico.

Paso 3. Aceptada la invitación, se estableció contacto telefónico para agendar las entrevistas y se envió vía correo electrónico el formato de entrevista centrada sobre las categorías iniciales: los PMC en relación con el abuso sexual infantil, la psicoterapia, el psicoterapeuta, la víctima de violencia y la institución, en los tres momentos del proceso psicoterapéutico, vinculación al espacio terapéutico, en el tratamiento y en el último momento de evaluación y cierre.

8.3 Técnicas de procesamiento y análisis de los datos

Se organizó la información de las fuentes primarias, las cuales fueron generadas mediante el diálogo y el intercambio de las percepciones y conocimientos que tienen los expertos, a quienes

se les asignó un seudónimo², en atención a la protección de la confidencialidad. Todas las entrevistas se transcribieron en Word, luego se utilizó el programas Atlas Ti en su versión 7.0 y utilizando técnicas de la teoría fundamentada se inició el proceso de codificación abierta, “proceso durante el cual los datos se descomponen en partes discretas, se examinan minuciosamente y se comparan en busca de similitudes y diferencias” (Strauss & Corbin, 2002, p. 111); el proceso de codificación axial, en donde se procedió a establecer relaciones entre las categorías que guiaron la recolección de la información (violencia sexual infantil, la víctima, la psicoterapia y el psicoterapeuta) y las subcategorías (creencias, emociones, comportamientos). Después se procedió a realizar un análisis manual de la información en Word, utilizando tablas y matrices que permitieron organizar la información de las creencias, las emociones y los comportamientos encontrados desde la mirada de los clínicos frente a cada una de las categorías en cada fase del tratamiento, proceso que permitió la caracterización de las formas en las que se presentan los roles prescrito, subjetivo y actuado en cada uno de los momentos de la psicoterapia y finalmente a partir del análisis de esta información se conceptualizaron los roles asumidos por los PMC en la psicoterapia de violencia sexual infantil y la trayectoria que pueden seguir en cada una de las fases del tratamiento.

² A cada uno de los psicólogos clínicos que participaron de la investigación se les asignó un seudónimo tal como se muestra a continuación: Participante 1- Marina; Participante 2- Roberto; Participante 3- Carolina; Participante 4- Roxana.

9. Análisis Ético

9.1 Consideraciones éticas

Las consideraciones éticas del presente estudio se formularon a partir de la Resolución 8430/93 del Ministerio de Salud (Colombia). La presente se clasificó dentro de la categoría de investigación “con riesgo mínimo”, ya que los participantes no fueron expuestos a procedimientos invasivos o de diagnóstico ni tampoco se manipuló su conducta. Durante la primera parte de la investigación, el investigador estableció contacto con los participantes con los cuales se realizó la investigación. No se realizó ningún tipo de filmaciones o registros fotográficos, únicamente se realizaron las grabaciones de audio de las entrevistas, por lo que previamente se solicitó consentimiento por escrito de los participantes (**Anexo 3**).

Se realizaron entrevistas individuales con los participantes. En dichas entrevistas no se solicitó información personal o íntima, se abordaron temas sensibles pero relacionados con el ejercicio profesional de los clínicos que participaron, para tal fin se pidió a los participantes el consentimiento informado por escrito para participar de la investigación.

En el consentimiento informado se informó a los participantes acerca de las formas de registro de la información (grabaciones de audio), los fines de dichas formas de registro, su custodia y su uso. En atención a la confidencialidad, los participantes autorizaron la divulgación de su saber sin los datos de autoría en las publicaciones, pero en ningún caso se hará uso de los mismos con fines distintos a la investigación ni tampoco serán objeto de explotación comercial. Los derechos morales corresponden a sus autores. A continuación, se exponen las consideraciones éticas del estudio.

a. Derecho a la información: Se brindó a los participantes información detallada con relación a los propósitos, procedimientos, instrumentos de recolección y análisis de los datos, en

el momento que lo estimaron conveniente. Se clarificaron todas las dudas expuestas por los participantes.

b. Derecho a la no participación: Los participantes tuvieron plena libertad para abstenerse de responder total o parcialmente las preguntas que les fueron formuladas. El investigador evaluó continuamente el deseo de los participantes para continuar en la investigación, de este modo garantizó la voluntariedad y la autonomía. No se ejerció ningún tipo de presión ni coacción para participar en la investigación por parte de los investigadores.

c. Confidencialidad: La investigación garantizó el anonimato de los participantes debido a la importancia y respeto a la dignidad y valor del individuo, además el respeto por el derecho a la privacidad. La investigadora se comprometió a no informar en sus publicaciones o actividades de divulgación, ninguno de los nombres de los participantes, ni otra información que permitiera su identificación.

d. Compromiso de proporcionar información actualizada obtenida durante el estudio: La investigadora se comprometió a socializar los resultados de la investigación con los participantes y con las comunidades. Para tal fin se desarrollaron las estrategias que permitan la apropiación social del conocimiento generado.

e. Remuneración: Los fines de la presente investigación fueron eminentemente académicos y profesionales y no tuvieron ninguna pretensión económica. Por tal motivo, la colaboración de los participantes fue totalmente voluntaria y no tuvo ningún tipo de contraprestación económica ni de otra índole.

f. Divulgación: Los resultados de la investigación serán divulgados mediante su presentación en eventos académicos nacionales e internacionales, y a través de artículos publicados en revistas académicas. No obstante, en estos procesos de divulgación el secreto

profesional se mantendrá sin que se pudiera dar lugar al reconocimiento de la identidad de los participantes.

g. Disponibilidad de tratamiento: Dado que la investigación no contempló ningún tipo de diagnóstico o intervención y que no se modificó la conducta de los participantes ni se abordaron temas relacionados con la intimidad que puedan afectar emocionalmente a los participantes, la investigación no contó con la disponibilidad de ningún tipo de tratamiento.

h. Molestias o riesgos esperados: La investigación no contempló ningún tipo de riesgo físico, psicológico o de otra índole para los participantes. Es posible que durante el desarrollo de las actividades de recolección de datos, los participantes experimentaran algunas molestias relacionadas con el cansancio, pero estas molestias no implicaron ningún riesgo para la seguridad e integridad de los participantes y tuvieron un carácter transitorio.

i. Beneficios que puedan obtenerse: Los resultados de esta investigación pueden ser útiles para direccionar estrategias de intervención en psicoterapia, lo que tendrá un efecto indirecto para los participantes.

j. Custodia de la información: La información física derivada de la generación de datos con los participantes (grabaciones, transcripciones, consentimientos, etc.) serán almacenados en un archivo de la institución investigadora, bajo llave, con acceso restringido al equipo de investigación. La información digital se guardará encriptada y las contraseñas solo las tendrán los investigadores del proyecto. Tanto la documentación física como la digital se conservarán por un periodo de 10 años; luego se destruirá y se realizará el acta de destrucción.

k. Aval de la institución: Ninguno de los participantes tuvo una filiación Institucional.

10. Presentación de resultados

10.1 Objetivo 1.

- *Reconocer las creencias, emociones y comportamientos que tienen los PMC que asisten a consulta como responsables de los cuidados personales de los NNA sobre: la violencia sexual, la víctima de violencia, la psicoterapia, el psicoterapeuta y la institución.*

Eje I Violencia sexual

Primera fase: Vinculación al espacio Terapéutico

En el momento inicial frente al eje de la violencia sexual se identifican tres creencias: la primera creencia aglutina un grupo de PMC que llegan a consulta en una posición de negación y no creen que la situación de abuso sexual ocurrió, en especial cuando hay abuso sexual intrafamiliar, las razones que ofrecen radican en la baja credibilidad en el niño o en otros casos la alta idealización de la familia y su dinámica; la segunda creencia, la representan aquellos PMC que reconocen que la situación de violencia sexual en efecto ocurrió, sin embargo, debido a las representaciones sociales, mitos o creencias culturales se presenta en ellos un fenómeno de naturalización del tema, por lo que no lo ven como un problema y la tercer creencia la representan los PMC que reconocen la situación de violencia sexual y la ven como un problema que afecta seriamente a los NNA. La función de estas creencias es dirigir las formas de comportamiento que van a asumir los PMC, de este modo, se podría recrear una unidad informacional compuesta por creencias, estados emocionales y comportamientos. En la siguiente tabla se reconocen las creencias, las emociones que se asocian a ellas y los comportamientos que surgen de estas, según como los clínicos las ven representadas en sus pacientes.

Tabla 2.*Creencias frente a la violencia sexual al inicio*

1. Creencias- Negación	Emociones	Comportamientos
<p>Hay un grupo de padres que llega en una posición de negación y no cree que la situación de abuso sexual ocurrió, en especial cuando hay abuso sexual intrafamiliar- hay negación porque hay baja credibilidad en el niño e idealizan la familia y su dinámica.</p> <p>Cita: “La negación es una emoción con la cual llegan, porque es desestructurar toda una dinámica familiar, todo lo que esos padres o esas madres o esos cuidadores habían construido alrededor de los miembros de la familia, entonces hay una negación, ah yo no creo que eso haya ocurrido, porque esta persona era muy buena persona, muy especial con el niño, siempre estaba pendiente” (P1-Marina).</p>	<p>Ira, malestar</p> <p>Cita: “Hay negación inicialmente, eso es una pérdida total, eso es un duelo, hay rabia” (P3-Carolina).</p>	<p>Resistencia, no apoyan, no toman medidas preventivas, juzgan, presentan evitación.</p> <p>Cita: “Son padres que no acompañan, en algún momento volvemos a encontrar que estos niños vuelven a ser víctimas de abuso sexual en otras circunstancias, porque esa familia no ayudó a reconocer los factores de riesgo” (P1-Marina).</p>

2. Creencias- Naturalización	Emociones	Comportamientos
<p>Creen que la situación de violencia sexual ocurrió, pero debido a la influencia de representaciones sociales, mitos se presenta una naturalización del tema.</p> <p>Cita: “Por ejemplo, la gente en el campo hay personas que creen que es normal que el papá sea el que introduzca la sexualidad en la hija y lo ven como normal” (P3-Carolina).</p> <p>Cita: “Entonces uno de los mitos es que si los niños o los adolescentes hablan de abuso sexual no van a poder avanzar como en el proceso, entonces se crea como una especie de silencio y es no se habla de abuso sexual, porque al no hablar de algo desaparece eso de mi entorno” (P1-Marina).</p> <p>Cita: “Si por el contrario encontramos a un padre de familia que no logra hacer un reconocimiento de la situación de abuso sexual como un problema, de que es algo que se aborda dentro de la familia, un extraño no tiene que ver y simplemente esa es la posición que le van a brindar a ese niño, niña o a ese adolescente, de que eso no es algo que se tenga que hablar y que no es necesario, no van a brindar apoyo” (P1-Marina).</p>	<p>Desinterés</p>	<p>Resistencia, presentan dificultad para agendar la cita, justificaciones para no asistir.</p> <p>Cita: “Yo no necesito, a mí no me pasó, yo no tengo nada que ver, yo no tengo porque estar ahí, yo estoy muy ocupado” (P1.Marina).</p>

3. Creencias- Reconocimiento	Emociones	Comportamientos
<p>Creen que la situación de violencia sexual ocurrió y la reconocen como un problema porque hubo un cambio en las áreas funcionales de los niños, personal, escolar, familiar, además se han tenido que enfrentar a instancias legales.</p> <p>Cita: “Los padres en algunos casos, de entrada ellos te dicen que ven cambios en el niño cambios conductuales, cambios emocionales, cambios en el</p>	<p>Ansiedad</p> <p>Cita: “De entrada ellos llegan muy angustiados, muy ansiosos, con una necesidad rápida de saber qué hacer” (P4-Roxana).</p>	<p>Receptivos e invitan a hablar al niño.</p> <p>Cita: “Encuentras el padre de familia que viene súper comprometido y dice, es que esto pasó, pero juemadre le creo a mi hijo y vamos a hacerlo, son unos procesos en donde tú logras avanzar impresionante, porque es un padre que escucha, es un</p>

<p>colegio, en su rendimiento, pero efectivamente cuando su niño constantemente tiene pesadillas, cuando ven que su funcionamiento está alterado es que reconocen que esto no es normal, esto es una problemática y que hay que atenderla y que se escapa de mis posibilidades como papá, ese niño que tiene 6, 7 años está mojándose en la cama, o que de pronto de la noche a la mañana iba rindiendo muy bien y de repente baja el rendimiento muy bruscamente y no le interesa nada y hay alguien a quien no quiere ver especialmente, ya los padres empiezan a tener un sentido intuitivo de que algo está mal” (P4-Roxana).</p> <p>Cita: “Yo me atrevería a decir que en un 90% de los casos, ya las familias han tenido contacto con Fiscalía, con ICBF, con medicina legal, entonces desde ahí esas familias ya tienen un contexto legal que les ha indicado que esa situación es un problema grave” (P2-Roberto).</p>		<p>padre que reflexiona, es un padre que te permite otro punto de vista”. (P1-Marina).</p>
---	--	--

Segunda Fase: Tratamiento

En el segundo momento, durante el tratamiento, se identificaron dos creencias, la primera, un reconocimiento de que el abuso sexual infantil es un problema serio que puede dejar consecuencias graves en la vida de los NNA y familias, la emoción más marcada es la ansiedad de los PMC, que empujan a unos comportamientos marcados por el compromiso y una posición activa. La segunda creencia recoge a aquellos PMC que continúan en una posición de negación o naturalización, en donde se evidencia que lo normativo aparece como directriz de articulación y mantenimiento de estos PMC en el proceso terapéutico. Emociones de desinterés, apatía e ira, llevan en muchos casos a dilatar el proceso, e incluso desertar. Se presenta en la tabla 3 con las palabras de los clínicos.

Tabla 3.*Creencias sobre la violencia sexual durante el tratamiento*

1. Creencias	Emociones	Comportamientos
<p>Hay un reconocimiento de que el abuso sexual infantil es un problema serio que puede dejar consecuencias graves en la vida de los niños, niñas, adolescentes y familias.</p> <p>Cita: “Cuando tú les muestras todo lo que ha estado ocurriendo lo asumen con responsabilidad y seriedad y se dan cuenta, que es un problema, que si no le ponemos una, intervención a tiempo, pues vamos a tener unas consecuencias graves. El abuso sexual es algo serio que deja secuelas a nivel emocional, a nivel relacional en los niños y en los adolescentes y que hay que enfrentarlo” (P1-Marina).</p>	<p>Ansiedad que moviliza</p>	<p>Se habla de abuso sexual, son receptivos, comienzan a comprometerse con los objetivos del tratamiento, diseñar estrategias de cuidado y no repetición del problema.</p> <p>Cita: “Hablamos de abuso sexual, no es algo que no volvemos a tocar, hablamos de abuso sexual, porque hablar de abuso sexual no es hablar de lo que ocurrió, hablar de abuso sexual es hablar de factores de protección, hablar de situaciones de riesgo” (P1-Marina).</p>

2. Creencias	Emociones	Comportamientos
<p>En esta línea se mantienen los padres y cuidadores que continúan en una posición de negación y los que creen que no es un problema, los cuales se mantienen vinculados desde lo normativo, hay que cumplir con la asistencia.</p> <p>Cita: “Es una situación que es ordenada por un ente legal, ese proceso fue ordenado por un fiscal, por un comisario, o por un defensor de familia, entonces estos padres llegan porque es una obligación. En mi experiencia en muy bajo porcentaje los padres llegan porque han buscado la ayuda directamente, por lo general es una situación que se dan cuenta en el colegio o ha sido denunciado por otras personas, entonces, los</p>	<p>Desinterés, apatía</p>	<p>Indiferentes, evitación, constantemente presentan excusas para agendar las citas.</p> <p>Cita: “Los padres dicen que no pueden asistir porque se están ausentando mucho del trabajo, los niños están perdiendo las clases en el colegio” (P1-Marina).</p>

padres no llegan como eh vengo acá para que me ayude, sino, vengo acá porque me obligaron a venir al proceso terapéutico” (P1-Marina).		
--	--	--

Tercera Fase: Evaluación y Cierre

En el momento final, fase de evaluación y cierre se identificó una creencia, el abuso sexual no es el único problema al interior de la familia hay otras problemáticas que hay que abordar, los PMC reconocen la necesidad de la terapia en su proceso de sanación y continúan en su vida con una posición activa y de cuidado.

Tabla 4.

Creencia sobre la violencia sexual al final

1. Creencias	Emociones	Comportamientos
<p>El abuso sexual no es el único problema al interior de la familia hay otras problemáticas que hay que abordar.</p> <p>La violencia sexual se presenta como un síntoma de la dinámica familiar.</p> <p>Cita: “Es una realidad, pasa en las familias” (P1-Marina).</p> <p>Cita: “Ya se empiezan a dar cuenta que además de la situación de abuso sexual, la familia, la dinámica y pues los mismos niños tienen otro tipo de situaciones y problemáticas a que se deben enfrentar, entonces empiezan también a quitarle el peso, porque eso es súper importante, tanto a los padres como a los niños de no darle todo el peso a la situación del abuso sexual, porque ahí sí es victimizar, y empiezan digamos a cambiar (P1-Marina).</p> <p>Cita: “Que una familia logre decir oiga ya identifiqué unas herramientas, ya identifiqué aspectos positivos, ya esta situación problemática, esa situación que se vivió no es para quedarnos ahí, sino que nos permitió otras cosas, ese es el éxito de la terapia”. (P2-Roberto).</p>	Alegría	Continúan aplicando las estrategias brindadas durante el proceso para fortalecer los factores de protección y reconocer situaciones de riesgo.

Eje II Víctima de violencia sexual

Primera Fase: Vinculación al espacio terapéutico

En este segundo eje se identificaron tres creencias en el momento inicial, la primera está representada por aquellos PMC que creen que el NNA se inventó la situación de violencia sexual, creencia que lleva a estos PMC a esperar que el NNA se retracte de lo que ha dicho; la segunda, está dada por los PMC que reconocen que la violencia sexual daña psicológicamente al NNA, frente a esta creencia los clínicos identificaron dos tipos de posiciones, de un lado la de comprensión y apoyo, sin embargo también se da la posición en la que los PMC tienden a culpabilizar a los NNA de lo sucedido. Finalmente, la tercera creencia la representan los PMC que piensan que el abuso sexual no deja daños psicológicos en los NNA. Emociones como la ira o la apatía van transitando por los PMC que no reconocen al niño como víctima, mientras que dolor, lástima, tristeza, angustia y esperanza acompañan a los PMC que reconocen que sus hijos han sido víctimas de violencia, tal como se presenta en la tabla 5 desde la voz de los clínicos.

Tabla 5.

Creencias frente a la víctima al inicio

1. Creencias	Emociones	Comportamientos
<p>Creen que el niño, niña o adolescente se inventó la situación de violencia sexual.</p> <p>Cita: “Cuando estamos en una postura de negación, entonces no reconocemos que ocurrió una situación de abuso sexual, no reconocemos que hay una víctima de abuso sexual o un sobreviviente de abuso sexual, sino que estamos hablando de que el niño se lo inventó, porque no quiere ir a ese lugar, que es un mentiroso, que no quiere a esa persona, que está engañando, que es un manipulador... (P1-Marina)</p>	Ira, apatía	<p>Juzgan al NNA, no apoyan ni protegen.</p> <p>Cita: “No reconozco que lo que dijo esta personita, este niño o este adolescente es verdad, porque no creo, entonces, asumo una postura de juzgar, de sacrificar” (P1-Marina).</p>

2. Creencias	Emociones	Comportamientos
<p>La violencia sexual daña psicológicamente al niño frente a lo cual los padres y cuidadores asumen una postura comprensiva y de apoyo.</p> <p>Cita: “Cuando el padre de familia ve al niño como una víctima, lo minimiza, lo pobretea, subestima, piensa que el niño o el adolescente después de vivir una situación de abuso sexual, no tiene las capacidades para continuar con su vida, entonces no continua con las rutinas del día. Entonces cuando el padre de familia ve al niño como una víctima, lo minimiza y entonces no ve recursos en el niño y no logra sacar al niño de ese lugar en donde está que es el del miedo, el del el chiquitico, el de estoy pequeño y no puedo reconocer de pronto como que puedo avanzar, pobrecito mi niño que le pasó eso”. (P1-Marina).</p> <p>Cita: “Los niños llegan con comportamientos sexualizados, llegan erotizados, entonces parte de las expectativas que muchos padres tienen es yo quiero volver a recuperar la inocencia de mi niño, yo quiero que mi niño vuelva a ser inocente, yo quiero que mi niño sea feliz, que en mucha parte es quiero que olvide” (P1-Marina).</p>	<p>Tristeza, miedo, preocupación, lástima</p> <p>Cita: “Tal vez no lo dicen así, más o menos es como pobrecitos le pasó esto, si bien es cierto, no es su intención victimizarlos más, pero siempre el padre llega con unas gafas de víctima, entonces, este es el niño víctima y a él le pasó la situación, él es el paciente, él es el que necesita la ayuda” (P4-Roxana).</p>	<p>Constantemente victimizan al niño, definiéndolo a partir de la situación de violencia sexual.</p> <p>Cita: “Empiezan como a confundir la situación de violencia sexual con la identidad del niño, hay que abordar eso para poder separar esas cosas, esto es parte de la historia del niño pero eso no es la identidad de su niño, ni tampoco es la víctima porque pudiera entonces incluso representar un cambio de actitud hacia el trato con el niño, prácticamente no puedo ponerle límites, ahora no puedo ni decirle nada, ahora va a ser muy frágil” (P4-Roxana).</p>

<p>Los padres y cuidadores tienen la creencia de que la violencia sexual daña psicológicamente al niño, niña o adolescente, pero los culpabilizan de la situación.</p>	<p>Ira, malestar</p> <p>Cita: “Hay una postura de rabia en donde hay una rabia de porque no te defendiste, yo te enseñé, yo te dije que nadie podía tocarte, que tenías que contarme, entonces hay una postura un poco más rígida y fuerte con este niño víctima o sobreviviente” (P1-Marina).</p>	<p>Constante reproches y no permiten la expresión de emociones.</p> <p>Cita: “El padre de familia tiene una postura de no mostremos emociones, tienes que ser fuerte, tienes que sobrevivir, vamos a salir adelante, tú eres súper fuerte, tú eres súper valiente” (P1-Marina).</p>
--	---	--

3. Creencias	Emociones	Comportamientos
<p>El abuso sexual no deja daños psicológicos en los niños, niñas o adolescentes.</p> <p>Cita “Llegan con la expectativa de todo va a volver a ser como antes, que va a ser rápido, que el niño no va recordar y que no van a ver como secuelas o consecuencias de la situación” (P1-Marina).</p>	Apatía	Negligentes, indiferentes

Segunda Fase: Tratamiento

En el segundo momento, durante el tratamiento, se identifican dos creencias, la primera creencia es que los NNA son valientes, y los PMC se ven como quien brinda apoyo y contención emocional y la segunda creencia es que al no generarse consecuencias de la situación de violencia sexual en los niños, por lo tanto, no hay una víctima y no se hace necesario un tratamiento. En la primera creencia se espera que el hijo en terapia supere la situación de violencia sexual, por lo que los PMC se muestran comprometidos, mientras que, para los otros PMC, asistir a la consulta tiende a considerarse como una pérdida de tiempo por lo que es muy común que no cumplan las indicaciones terapéuticas, como se presenta en la tabla 6, desde la voz de los clínicos.

Tabla 6.*Creencias frente a la víctima durante el tratamiento*

1. Creencias	Emociones	Comportamientos
<p>Los NNA son valientes, necesitan que como padre o cuidador les brinde apoyo, los contenga emocionalmente.</p> <p>Cita: “Que son muy valientes, entonces, los empiezan a ver como empoderados, que pueden lograr muchas cosas” (P1-Marina).</p> <p>Cita: “Porque mi niño, mi niña, adolescente, requiere de una persona que lo escuche, que lo entienda, reconocen su función como auxiliar emocional externo de los niños” (P:A)</p> <p>Cita: “Yo quiero que mi niño sea feliz y que vuelva a tener la inocencia, vuelven a ver a esos niños inocentes porque muchos niños víctimas de abuso sexual asumen posturas seductoras en las relaciones porque eso es lo que el agresor sexual le ha enseñado para relacionarse y eso es muy claro cuando mencionan, Doctora volvió a jugar, volvió a jugar con muñecas, ya no está triste, lo volví a ver como era antes de lo que ocurriera y eso es algo importante, porque lo empiezan a ver nuevamente como niños o como adolescentes” (P1-Marina).</p>	<p>Esperanza, compasión</p>	<p>Los padres y cuidadores son más comprensivos con sus hijos.</p> <p>Cita: “Es volver a mirarlo con unos ojos más compasivos, más amorosos, entonces dejan de verle con lastima para empezar a ver al niño real que tengo al frente de mí y con su historia y desde el amor” (P4-Roxana).</p>
2. Creencias	Emociones	Comportamientos
<p>En algunos se mantiene la creencia de que no se presentan consecuencias de la situación de violencia sexual y por lo tanto no hay una víctima.</p> <p>Cita: “El padre de familia llega y dice no, mira es que el niño no tiene esos síntomas que usted me está diciendo, él está bien, están en el colegio, no cambió, no pasó nada, entonces, esa es una dificultad porque</p>	<p>Ira, malestar, disgusto</p>	<p>Cumplen con llevar al niño a la terapia, pero no se vinculan al proceso y no son receptivos frente a las indicaciones o en algunos casos pueden abandonar el proceso.</p>

creen que el niño no requiere de un proceso terapéutico” (P1-Marina).

Tercera Fase: Evaluación y Cierre

Al final, fase de evaluación y cierre se identifica la creencia, de que los NNA son resilientes, son sujetos de derechos dignos, que cuentan con las capacidades para seguir con sus vidas, si reciben el apoyo necesario, esta creencia genera emociones de tranquilidad y comportamientos de cuidado por parte de los PMC, como se observa en la tabla 7, desde la voz de los clínicos.

Tabla 7.

Creencias frente a la Víctima al final

1. Creencias	Emociones	Comportamientos
<p>Diferencian que el NNA es resiliente, un sujeto de derechos digno, que cuenta con las capacidades para seguir con su vida, si recibe el apoyo necesario.</p> <p>Cita: “Los padres lo logran ver más empoderado, más sobreviviente, que logra hacerlo, que logró recuperar sus materias, que se siente mucho mejor lo ven mucho feliz” (P1-Marina).</p>	<p>Alegría, tranquilidad</p> <p>Cita: “Es una reacción de recuperar algo que en algún momento perdieron, porque cuando tú tienes un niño víctima de abuso sexual o un adolescente, de una u otra forma tú pierdes ese niño que en algún momento era antes, entonces el niño triste, el niño distraído, o el niño agresivo, o el niño que no le importa nada y empiezas a recuperarlo, entonces es una reacción de alegría, de conexión, de felicidad, de esto sí funciona” (P1-Marina).</p>	<p>Brindan apoyo, acompañan, siguen construyendo una relación cercana y de confianza con sus hijos.</p>

Eje III La Psicoterapia

Primera Fase: Vinculación al espacio terapéutico

En este tercer eje se identifican cuatro creencias en el momento inicial, la primera creencia está representada por los PMC que consideran que el proceso terapéutico es para los niños, ya que fueron ellos quienes vivieron el evento traumático, por lo que creen que con llevar al niño a la terapia es suficiente, esta creencia genera una baja participación. Este grupo de PMC siente culpa porque creen que no protegieron lo suficiente a sus hijos. La segunda creencia se presenta en un grupo de PMC que equiparan el proceso terapéutico con el proceso legal, la emoción que acompaña esta creencia es ira, son PMC que llegan buscando justicia, esperan que desde el proceso terapéutico se tomen acciones legales en contra del agresor. La tercera creencia está dada por los PMC que consideran que la psicoterapia es relevante y les puede ayudar, por lo que asumen de manera comprometida el proceso y la cuarta creencia se presenta en los PMC que no creen en la necesidad de la psicoterapia, creencia que está acompañada de apatía y baja participación, tal como se presenta en la tabla 8 desde la perspectiva de los clínicos.

Tabla 8.*Creencias frente a la psicoterapia al inicio*

1. Creencias	Emociones	Comportamientos
<p>El proceso terapéutico es para los NNA.</p> <p>Cita: “Otros casos consideran que el niño es el que fue abusado, el niño es el que tiene el problema, ellos no tienen el problema, por lo tanto no tienen toda la intención de poder participar o de querer participar inicialmente en los procesos terapéuticos” (P2-Roberto).</p>	<p>La Culpa</p> <p>Cita: “La culpa de porque no me di cuenta, porque no reconocí que eso era un síntoma, que el niño había cambiado porque algo estaba ocurriendo” (P1-Marina).</p>	<p>No acompañan a los niños o participan poco del proceso.</p> <p>Cita: “Me sucedió en algunos casos que mandaban los niños con una vecina o una tía” (P2- Roberto).</p>
2. Creencias	Emociones	Comportamientos
<p>El proceso terapéutico es lo mismo que el proceso legal.</p> <p>Cita: “Los padres mezclan todo esto y descargan sus malestares frente a todo lo que tiene que hacer jurídicamente o a lo que no se hace nivel legal” (P1-Marina).</p> <p>Cita: “Llegan queriendo saber, diga, diga, porque es que esto lo vamos a llevar a la justicia” (P1-Marina).</p>	<p>Ira</p> <p>Cita: “Imaginario como sobre venganza, sobre conceptos de tomar la justicia por mano propia” (P2-Roberto).</p>	<p>Llegan a la defensiva y agresivos, cansados, presentan asistencia intermitente, llegan dispersos.</p> <p>Cita: “Ellos están totalmente a la defensiva, porque todo el mundo los está señalando y culpando” (P3-Carolina).</p>

3. Creencias	Emociones	Comportamientos
<p>La psicoterapia les puede ayudar.</p> <p>Cita: “Hay otros padres que llegan con bastante expectativa en relación con los procesos de abordaje, consideran que son procesos salvadores” (P2-Roberto).</p> <p>Cita: “Entonces llegan como con ese querer saber qué fue lo que en realidad, lo que pasó con detalles” (P1-Marina).</p> <p>Cita: “Hay otro porcentaje en el cual llegan con esa motivación de querer ayudar a su niño y hay un interés de querer saber qué fue lo que pasó” (P1-Marina).</p>	<p>Ansiedad</p> <p>Cita: “Hay algunos que vienen con mucha angustia y de una empiezan como que a contar todo lo que están sintiendo en el momento” (P4-Roxana).</p>	<p>Los padres y cuidadores presentan asistencia voluntaria.</p> <p>Cita: “Si el papá asiste como de manera voluntaria, porque efectivamente cree y está convencido de que el niño requiere un apoyo porque esta situación se escapa de mí, mi rol como padre, necesita un apoyo profesional, el compromiso va a estar mucho mejor desde el inicio” (P4-Roxana).</p>

4. Creencias	Emociones	Comportamientos
<p>La psicoterapia no es necesaria.</p> <p>Cita: “No vienen creyendo que este proceso les va a ayudar a mejorar” (P1-Marina).</p> <p>Cita: “Sí tú llegas con una negatividad frente al proceso, tú vas a llegar incrédulo frente a esa primer sesión y vas a decir no es necesario” (P1-Marina)</p> <p>Cita: “Padres y cuidadores muy resistentes, con una creencia de tener que poder con todo y de no necesitar ayuda de nadie”. (P3-Carolina).</p>	<p>Apatía hacia el tratamiento, producto de la negación de la situación.</p> <p>Cita: “No, no a mí no me pasó nada, no, estamos súper bien, no pasó nada” (P1-Marina).</p>	<p>Baja receptividad, indiferencia, negación a lo propuesto por el clínico, deserción.</p> <p>Cita: “Estoy muy ocupado para participar de la psicoterapia, presentan alta inasistencia la primer consulta o no vuelven después de la primera” (P1-Marina).</p>

Segunda Fase: Tratamiento

Durante el tratamiento, se identifican cinco creencias, la primera creencia es la psicoterapia como fuente de cambio para el desarrollo del NNA o como promotora de bienestar, esta creencia está representada por los PMC que empiezan identificar cambios en sus hijos, como

disminución de la sintomatología a medida que avanza el proceso, situación que les genera tranquilidad y los lleva a vincularse al proceso de manera comprometida, al ver que la terapia si funciona. La segunda creencia es la violencia es un asunto privado de las familias, creencia que aparece en contextos familiares permeados por el machismo y donde generalmente existen otros tipos de violencias, son PMC que presentan altos niveles de desconfianza y resistencia frente al tratamiento, situación que los puede llevar a presentar deserción. La tercera creencia es la psicoterapia es para todos, tanto para los niños como para la familia, estos PMC reconocen que la psicoterapia no solo beneficia a los NNA, sino que les ayuda también a ellos, razón por la cual se empiezan a vincular participativamente. La cuarta creencia está representada por ese grupo de PMC que asisten por cumplir, que se vinculan desde la norma y desde el encuadre y la quinta creencia está dada por los PMC que rompen el secreto familiar y reconocen la necesidad de hablar del abuso sexual infantil, esta posición que asumen les permite ser más empáticos y comprensivos con sus hijos, tal como se muestra en la tabla 9, desde la voz de los clínicos.

Tabla 9.*Creencias sobre la psicoterapia durante el tratamiento*

1. Creencias	Emociones	Comportamientos
<p>La psicoterapia como fuente de cambio para el desarrollo del niño o como promotora de bienestar.</p> <p>Cita: “Logran, digamos, ya darse cuenta de que hay unos cambios, porque eso es súper importante como los niños y adolescentes empiezan a tener cambios significativos, también los padres de familia empiezan a identificar que esos cambios son favorables tanto para ellos como para la familia” (P1-Marina).</p> <p>Cita: “Entonces empiezan a emerger otros problemas que a veces se pueden abordar dentro del proceso, pero que no son el objetivo del proceso terapéutico, entonces se empiezan a dar cuenta que más allá de todo lo ocurrido pues habían otras problemáticas. Los padres y cuidadores empiezan a relacionarse de una forma diferente con su niño, con su adolescente, éste empieza a cambiar, entonces empiezan a reconocer que ellos también son importantes dentro del proceso y que esa parte emocional de ellos también es muy importante, que la terapia no solamente es para los niños, empiezan a verse cambios en ellos mismos” (P1-Marina).</p>	<p>Alegría, Tranquilidad</p> <p>Cita: “Tú ya ves un padre de familia menos ansioso, menos culposos, porque se da cuenta que de pronto no pudo ver eso que estaba ocurriendo, porque el mismo o ella misma había vivido una situación de abuso y no había reconocido la situación” (P1-Marina).</p>	<p>Se comprometen con el proceso y se encuentran más empoderados y fuertes.</p> <p>Cita: “Pero también empiezas a ver una mamá menos ansiosa en la recepción, menos demandante, menos quejosa, sino más proactiva” (P1-Marina).</p>

2. Creencias	Emociones	Comportamientos
<p>El machismo, la existencia de otras violencias, la creencia de que la violencia es un asunto privado de las familias.</p> <p>Cita: “Cuando hay violencias al interior de la familia, es decir, cuando hay maltratos, abusos, el lograr que estos padres logren hablar de esto, pues es complicado y frena mucho los procesos terapéuticos en la medida en que como esos problemas son parte de sus secretos no trascienden en otros escenarios” (P2-Roberto).</p> <p>Cita: “Realmente siempre llegaban con los mitos de es una violencia, esas violencias no pueden pasar, no las pueden soportar a pesar de que al interior de esos hogares posiblemente mantenían pautas de violencia, ¿no?, entonces maltratos verbales, maltratos físicos, pero la violencia sexual no, entonces, por ser violencia sexual se volvía mucho más monstruoso, pero las otras violencias entorno eran mucho más llevaderas y que ese es el mito en relación al abuso sexual, es como si fuera, pues por eso también lo dibujan como un monstruo, es un monstruo realmente” (P2-Roberto).</p>	<p>Desconfianza</p> <p>Cita: “Entonces, sí hay un estilo de padres donde imperan violencias, donde tienen imaginarios sobre machismo, sobre maltrato, sobre yo no le cuento mi vida a cualquiera, sobre nadie tiene porque saber lo que yo vivo, siento, pienso, etcétera, eso pues limita, ese es, es lo que yo siento que limita los procesos terapéuticos” (P2-Roberto).</p>	<p>Hay resistencia y evitación, no hablan del abuso sexual.</p> <p>Cita: “En otros está la evitación, evitar hablar del tema, evitar incluso nombrarlo en la misma sesión, porque es como, bueno si yo hablo de esto como que voy a abrir una caja de pandora, entonces, incluso lo tratan de pedir, usted no va a hablar de esto con el niño, por ejemplo, porque saben que el niño ya habló de esto a lo mejor en medicina forense o con otros actores del sistema” (P3-Carolina).</p> <p>Cita: “En muchos casos pues, no están dispuestos a colaborar en la medida en que los procesos de violencia sexual al interior de los hogares o cuando ocurre con un niño, pues terminan siendo secretos y estos secretos no son fáciles de develar” (P2-Roberto).</p>

3. Creencias	Emociones	Comportamientos
<p>Hay padres que se vinculan participativamente. La psicoterapia es para todos, tanto para los niños como para la familia.</p> <p>Cita: “Ahí es donde la gente logra decir ya todos nos subimos al bus, porque no solamente es para el menor, sino que la familia también logra entender que es un proceso que le va ayudar a ella misma” (P2-Roberto).</p> <p>Cita: “Los padres se dan cuenta que ellos también hacen parte del proceso, porque necesitan estar mucho más atentos, y mucho más conectados con las emociones y los comportamientos de sus niños, (P1-Marina).</p> <p>Cita: “Funciona si me comprometo y estoy ahí pendiente, funciona la situación” (P1-Marina).</p>	<p>Interés</p>	<p>Escuchan al psicólogo y siguen las indicaciones, aplican en casa las estrategias que se les brindan.</p> <p>Cita: “Empiezas a ver a un padre de familia que te trae resultados y te dice Doctora, mira que hice lo que me dijiste la semana pasada, ya no lo mando a la tienda solo, establecimos una rutina, etc., entonces ahí te das cuenta que no solamente está llevando al niño, sino que te está escuchando, porque está poniendo en práctica en casa lo que se le ha enseñado y el niño ha avanzado súper bien, ahí te das cuenta que ese padre está participando dentro del proceso y que te está escuchando que es lo más importante” (P1-Marina).</p>

4. Creencias	Emociones	Comportamientos
<p>Hay padres que se vinculan desde la norma y el encuadre.</p> <p>Cita: “Hay procesos en los cuales tú cierras proceso y ese padre de familia dice que tú no le enseñaste nada y vino a 20 sesiones” (P1-Marina).</p> <p>Cita: “Van donde el comisario y allá les preguntan, ah ven ¿Y tú fuiste al proceso terapéutico?, ¿cómo se llama tú psicóloga?, y los padres de familia responden ay yo no sé” (P1-Marina).</p>	<p>Reactividad, culpa y negatividad</p> <p>Cita: “Entonces durante todo el proceso vine a veinte sesiones pero nunca cambié mi posición de víctima, de culpa, sigo teniendo culpa, nunca logré soltar la culpa, nunca logré soltar los apegos pues la posición que voy a tener con mi niño va a ser la misma del principio y es que pobrecito mi niño que le pasó eso, no tenía que pasarle” (P1-Marina).</p>	<p>No brindan apoyo a sus hijos</p> <p>Cita: “El abuso sexual es algo que se aborda dentro de la familia, un extraño no tiene que ver y simplemente esa es la posición que le van a brindar a ese niño, niña o a ese adolescente, de que ese no es algo que se tenga que hablar y que no es necesario, no van a brindar apoyo” (P1-Marina).</p>

5. Creencias	Emociones	Comportamientos
<p>Se rompe el secreto familiar, los padres y cuidadores reconocen la necesidad de hablar del abuso sexual infantil.</p> <p>Cita: “Al final del proceso el significado es que es algo serio, es algo que tiene consecuencias en la vida de los niños y en la vida de ellos como padres de familia, que hay que trabajarle a la situación. Muchas veces al principio llegan como ay es que nos mandaron, pero ya cuando tú les muestras todo lo que ha estado ocurriendo lo asumen con responsabilidad y seriedad y se dan cuenta que es un problema si no le ponemos una, una intervención a tiempo, pues vamos a tener unas consecuencias graves, entonces los padres empiezan a ver el abuso sexual como algo serio que deja secuelas a nivel emocional, a nivel relacional en los niños y en los adolescentes y que hay que enfrentarlo” (P1-Marina).</p>	<p>Ansiedad</p>	<p>Son más comprensivos y empáticos con sus hijos.</p> <p>Cita: “Entonces ya luego entienden que cuando el niño no quería dormirse, o cuando el adolescente estaba presentando algún comportamiento, era porque estaba manifestando una situación que estaba ocurriendo” (P1-Marina).</p>

Tercera Fase: Evaluación y Cierre

En el momento final, la fase de evaluación y cierre se identifican dos creencias, la primera creencia es los PMC resignifican la experiencia de violencia sexual y reconocen la responsabilidad frente a ello, lo cual les genera confianza y seguridad en sí mismos y la segunda creencia es la psicoterapia es un espacio de cuidado y de protección en el que se puede encontrar ayuda, empiezan a tener una concepción positiva de la salud mental y que en algún momento cuando se les presente alguna dificultad saben que pueden buscar apoyo, tal como se muestra en la tabla 10, según la voz de los clínicos.

Tabla 10.*Creencias frente a la psicoterapia al final*

1. Creencias	Emociones	Comportamientos
<p>Los padres y cuidadores resignifican la experiencia de violencia sexual y reconocen la responsabilidad frente a ello.</p> <p>Cita: “Empieza a ver un significado frente al abuso sexual mucho más claro, que no es algo que ocurre afuera de la familia, con un extraño, sino que están dentro de la familia, que no es algo que ocurre una vez, sino que pasan muchas veces, que ha ocurrido en nuestras familias durante muchos años, entonces empieza un cambio en el significado, que el abuso sexual no es penetración o no es violación, es todo lo que conlleva la amenaza, la culpa, los secretos, la revelación tardía, los factores de protección” (P1-Marina).</p>	<p>Confianza tranquilidad gratitud</p> <p>Cita: “Cuando se llega al cierre y se da un alta y se da todo este proceso, usualmente están muy agradecidos, muy fortalecidos, confiados” (P4-Roxana).</p>	<p>Seguridad en sí mismos.</p> <p>Cita: “Me siento mucho mejor, más tranquilo, ya pude observar otras cosas, recuperé mucha de mi seguridad a nivel personal, entonces, se dieron el tiempo de identificar, se dieron el tiempo de reconocer que el proceso era algo favorable y que al final el proceso terapéutico era absolutamente necesario porque solos no iban a lograr esos cambios que de pronto tenían en el momento” (P1-Marina).</p>

2. Creencias	Emoci ones	Comportamientos
<p>La psicoterapia es un espacio de cuidado y de protección en el que se puede encontrar ayuda. Empiezan a tener una concepción positiva de la salud mental.</p> <p>Cita: “Este proceso no es para locos, es algo con lo que ellos pueden contar, no solo ahora, sino en el futuro” (P4-Roxana).</p> <p>Cita: “Empiezan a creer que si ellos tienen un problema o están preocupados, etcétera, tienen una herramienta que pueden utilizar, es decir, buscar apoyo, esa me parece a mí que es una cosa muy importante, que ellos</p>	<p>Tranquilidad, nostalgia</p> <p>Cita: “En general lo sentían como perder un espacio que les había proporcionado cosas buenas” (P3-Carolina).</p>	<p>Compromiso</p> <p>Cita: “Hay un cambio digamos favorable, si al principio pensaban que era para locos, luego se dan cuenta que muchas personas vivieron la situación de abuso sexual y que no es para locos, que las personas necesitan un espacio para poder hablar de eso que en algún momento vivieron” (P1-Marina).</p>

salen con el reconocimiento de que uno puede buscar apoyo y no pasa nada, eso no es vergonzoso”. (P3-Carolina).		
--	--	--

Eje IV El terapeuta

Primera Fase: Vinculación al espacio terapéutico

En este cuarto eje se identifican dos creencias en el momento inicial, la primera creencia está representada por los PMC que consideran que el terapeuta es una persona especializada en el tema, lo cual les genera confianza y la expectativa de que esta persona les va a ayudar y la segunda creencia está dada por los PMC que ven al terapeuta como alguien que es persecutor, son PMC a quienes el terapeuta les genera desconfianza, ya que es una persona externa que no debe saber de sus problemas familiares, porque los puede juzgar, como se presenta en la tabla 11, desde la voz de los clínicos.

Tabla 11.

Creencias frente al terapeuta al inicio

1. Creencias	Emociones	Comportamientos
<p>El terapeuta es una persona especializada en el tema.</p> <p>Cita: “En muchos casos los padres y cuidadores ven al terapeuta como el salvador, aquí te lo traigo, usted es el que le va a ayudar con la situación, como que bueno aquí le dejo el problema, usted es el que sabe, usted es el especialista, usted es el capacitado para eso, entonces, mire a ver qué puede hacer” (P2-Roberto).</p> <p>Cita: “Si la persona viene el imaginario del especialista y la persona que está ahí también sentada le refuerza esa idea, pues digamos que el imaginario se mantiene, entonces, el especialista me dice que hay que hacer” (P2-Roberto).</p>	Confianza	<p>Trato respetuoso</p> <p>Cita: “Yo creo que inicialmente todo padre pues llega respetuoso, con cierta disposición para escuchar la voz del especialista” (P2-Roberto).</p>

2. Creencias	Emociones	Comportamientos
<p>Ven al terapeuta como alguien que es persecutor.</p> <p>Cita: “Algunos padres y cuidadores ven al terapeuta como su enemigo” (P1-Marina).</p> <p>Cita: “Una de las limitaciones es la percepción que ellos tienen de que uno va juzgarlos. De alguna manera en el desarrollo pues se va desvaneciendo y se van dando cuenta que aquí el asunto no es culparlo” (P3-Carolina).</p>	<p>Irritabilidad, disgusto, desconfianza</p> <p>Cita: “Simplemente que no le guste el psicólogo y eso es algo que no se presenta únicamente en la psicoterapia de abuso sexual infantil. No hay un enganche, no hay un clic, no hay una, no hay conexión entre el psicólogo y el padre de familia” (P1-Marina).</p> <p>Desconfianza</p> <p>Cita: “La situación de abuso ocurre dentro de la dinámica familiar, entonces contarle a alguien que no sea un miembro de la familia pues no es necesario” (P1-Marina).</p>	<p>Llegan a la defensiva y agresivos.</p> <p>Cita: “Entonces llegan agresivos, incluso agresivos con el psicoterapeuta” (P1-Marina).</p>

Segunda Fase: Tratamiento

Durante el tratamiento se identifican dos creencias, la primera de ellas, está representada por un grupo de PMC que consideran que el terapeuta es una persona que acompaña y busca promover el bienestar tanto del NNA como de la familia, situación que les genera confianza, ya que logran ver que el terapeuta es comprensivo frente a lo que vivieron y esto los lleva a asumir un trato respetuoso. El otro grupo de PMC mantiene una concepción negativa del terapeuta, ya que tienen la idea de que esta persona los va a juzgar, tal como se observa en la tabla 12, desde la perspectiva de los clínicos.

Tabla 12.*Creencias frente al terapeuta durante el tratamiento*

1. Creencias	Emociones	Comportamientos
<p>El terapeuta es una persona que acompaña y busca promover el bienestar tanto del niño, niña adolescente, como de la familia.</p> <p>Cita: “Nos ve como sus aliados” (P1-Marina).</p> <p>Cita: “Entonces los padres y cuidadores consideran que el terapeuta es persona de confianza que realmente los puede apoyar y acompañar en ese proceso” (P4-Roxana).</p>	<p>Confianza, tranquilidad</p> <p>Cita: “Se va haciendo más positivo, o sea, ellos, primero van entendiendo que el rol que tenemos es mucho más de apoyo, que no vamos a competir con ellos como figura de apego, sino que vamos a facilitar las condiciones para que ellos puedan ser unos adultos más protectores y brinden una base más segura, entonces en ese sentido, su actitud obviamente va siendo mucho más proactiva y con más confianza, yo creo que eso es fundamental, si los padres tienen más confianza, pues el niño, obviamente va a poder también responder mejor a lo que vamos trabajando” (P4-Roxana).</p>	<p>Son amables, respetuosos en el terapeuta</p> <p>Cita: “Entonces el trato cambia, los padres bajan esas barreras y esas defensas. Los cambios son muy evidentes en la relación con nosotros, porque entonces dejan de ser demandantes o dejan de ser fríos y agresivos y empiezan a asumir otras posturas mucho más equilibradas, ya más tranquilos o por primera vez empiezan a participar contándote de situaciones que han observado dentro de la dinámica y comparten los cambios que identifican (P1-Marina).</p>

2. Creencias	Emociones	Comportamientos
<p>En algunos casos se mantiene una concepción negativa frente al terapeuta.</p> <p>Cita: “Pero si dentro del proceso terapéutico es una persona que no escuchó, o estaba en una negativa y tú dices no puede haber contacto con el presunto agresor porque ves los cambios en el niño, vas a encontrar a una persona que al final del proceso te va a ver como su enemigo” (P1-Marina).</p>	<p>Desconfianza, negatividad</p>	<p>No son receptivos frente a las indicaciones del terapeuta.</p> <p>Cita: “También encontramos una barrera y es que a veces hay personas que no son receptivas por más de que tu brindes un 100% de tu profesión de lo que tú haces como psicólogo terapeuta, si el padre de familia no está receptivo, está negativo, yo no creo que fulanito de tal o tal persona haya hecho esto, él no va a escuchar, él no va a estar atento a lo que tú como psicólogo terapeuta le estas manifestando” (P1-Marina).</p>

Tercera Fase: Evaluación y Cierre

En el momento final de evaluación y cierre se identifican dos creencias, la primera es el terapeuta está en los momentos en los que se necesite y podrá brindar ayuda, lo cual les genera seguridad y confianza. La segunda creencia está dada por los PMC que creen que el terapeuta es un empleado más de la institución, este grupo de PMC y cuidadores esperan no tener que volver a consultar con otro profesional de la salud mental, tal como se observa en la tabla 13, desde la voz de los clínicos.

Tabla 13.

Creencias frente al psicoterapeuta al final

1. Creencias	Emociones	Comportamientos
El terapeuta está en los momentos en que se necesite y podrá brindar ayuda.	Seguridad y gratitud Cita: “Cuando se llega al cierre y se da un alta de todo este proceso, usualmente están muy agradecidos, muy fortalecidos, confiados, saben que ya pues los psicólogos ayudan a la gente, que este proceso no es para locos, este que es algo con lo que ellos pueden contar, no solo ahora, sino en el futuro” (P4-Roxana).	Respetuosos, afectuosos
2. Creencias	Emociones	Comportamientos
El terapeuta es un empleado más de la institución.	Molestia, desinterés, apatía Cita: “A pesar de que tu posición es proteger al niño y has logrado cambios emocionales como terapeuta y la psicoterapia ha logrado brindar herramientas maravillosas en el proceso, al final del proceso el padre de familia no te quiere, porque tu lograste ayudar a develar una dinámica familiar del cual él como persona no está cien por ciento satisfecho”. (P1-Marina).	Indiferentes, no reconocen aprendizajes, reproches al terapeuta porque consideran que no hizo bien su trabajo.

Eje V La Institución

En este eje se identifican dos creencias en el momento inicial, la primera está representado por los PMC que consideran que la institución es un lugar especializado, que tiene una trayectoria y reconocimiento, la segunda creencia está representada por los PMC que asocian la institución con las otras entidades legales por las que han tenido que pasar como la Fiscalía, Medicina Legal, Comisaría de Familia. Estas creencias generan dos expectativas, la primera es la institución como un lugar que los va a salvar y la segunda, esperan que en la institución se hará justicia, tal como se observa en la tabla 14, desde las representaciones que han construido los clínicos de sus pacientes.

Tabla 14.

Creencias frente a la Institución al inicio

1. Creencias	Emociones	Comportamientos
<p>La institución es un lugar especializado, que tiene un reconocimiento.</p> <p>Cita: “Bueno entiendo que es como aquí me van a ayudar, ellos son los que tienen experiencia en esto, todas las esperanzas empiezan a ponerlas en la institución, por lo general, bueno las expectativas son altas, para que rápidamente sean atendidos y son creencias generalmente de tipo positivas, si han visto su trabajo o la trayectoria que llevan, pues eso les da confianza, pero generalmente es una actitud de esperanza” (P4-Roxana).</p>	<p>Seguridad, confianza</p>	<p>Respetuosos, siguen las normas, cumplen los horarios.</p>

2. Creencias	Emociones	Comportamientos
<p>Asocian la institución con las otras entidades legales por las que han tenido que pasar como Fiscalía, medicina legal, Comisaría de familia.</p> <p>Cita: “Entonces toda la institucionalidad tiene cierto rechazo, al principio los padres vienen como cargados o culpados, juzgados por la instituciones que brindan el restablecimiento de derechos de los niños, entonces llegan a la institución con esa perspectiva de que en este lugar, se va a hacer justicia, que en este lugar se van a meter a la cárcel a las personas o que en este lugar se va juzgar a las personas” (P1-Marina).</p>	<p>Ira, malestar frente a la no operancia de la Institución desde el ámbito legal.</p>	<p>Resistentes, indiferentes, cancelan o aplazan la cita.</p>

Segunda Fase: Tratamiento

Durante el tratamiento se identifican tres creencias, la primera está representada por un grupo de PMC que creen que la institución es el lugar con experiencia en la atención del abuso sexual infantil, que les brinda acompañamiento, lo cual los lleva a asumir una posición comprometida. La segunda creencia está dada por un grupo de PMC que ven la institución como el lugar al que deben asistir para evitar sanciones legales, lo cual los lleva a presentar resistencia y la tercera creencia está presente en un grupo de PMC que creen que la institución es lo mismo que las otras entidades legales por las que han tenido que pasar como Fiscalía, medicina legal, Comisaría de familia, esta creencia los puede llevar a presentar deserción al no ver los resultados que esperan desde el ámbito legal, tal como se observa en la tabla 15, desde la perspectiva de los clínicos.

Tabla 15.*Creencias frente a la Institución durante el tratamiento*

1. Creencias	Emociones	Comportamientos
<p>La institución como el lugar con experiencia en la atención del abuso sexual infantil, que les brinda acompañamiento.</p> <p>Cita: “Logran entender que es una institución especializada, una institución que le va a ayudar, que le va a resolver” (P2-Roberto).</p>	Desafío, reto	Receptivos, atentos, comprometidos.
2. Creencias	Emociones	Comportamientos
<p>Como el lugar al que deben asistir para evitar sanciones legales.</p> <p>Cita: “Había padres que tenían los hijos o en una institución o en un hogar sustituto y ese era uno por ejemplo, de los móviles que hacían que los papás fueran y asistieran” (P3-Marina).</p>	Cansancio, disgusto, enojo	Resistentes, poco receptivos, conductas evitativas.
3. Creencias	Emociones	Comportamientos
<p>Se mantiene la creencia de que la institución es lo mismo que las otras entidades legales por las que han tenido que pasar como Fiscalía, Medicina Legal, Comisaría de familia.</p> <p>Cita: “Hay padres que dicen aquí no han hecho nada, yo tengo todas las pruebas de que mi hijo vivió esa situación y el agresor sigue en la calle como si nada, a pesar de que de manera constante se les había explicado que las acciones legales no era competencia de la Institución” (P1-Marina).</p>	Ira, porque no ven resultados desde el ámbito legal	Resistentes, abandonan el proceso.

Tercera Fase: Evaluación y Cierre

En el momento final de evaluación y cierre se identifica una creencia, la institución como el lugar en el cual se brinda atención de manera profesional a los problemas de violencia sexual y el lugar que les permitió otras posibilidades, esta creencia les genera a estos padres y cuidadores gratitud y esperan poder seguir contando con la institución, tal como se observa en la tabla 16, desde la voz de los clínicos.

Tabla 16.

Creencias frente a la Institución al final

1. Creencias	Emociones	Comportamientos
La Institución como el lugar en el cual se brinda atención de manera profesional a los problemas de violencia sexual y el lugar que les permitió otras posibilidades.	Gratitud y orgullo Cita: “Los padres se van muy agradecidos con la institución por todo el apoyo que les brindaron durante el proceso tanto a ellos como a sus hijos” (P4-Roxana).	Personas que hablan bien de la institución, se vuelven personas garantes de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, divulgan el mensaje de la importancia de la prevención de la violencia sexual infantil. Cita: “Los padres comparten con sus familiares las estrategias de autocuidado que se les enseñaron en las sesiones y en muchos casos otros integrantes de la familia las empiezan a aplicar” (P1-Marina).

10.3 Objetivo 2

Caracterizar los modos en que los PMC de NNA víctimas de abuso sexual asumen el rol prescrito, subjetivo y actuado en cada una de las fases del proceso terapéutico.

Para los clínicos los PMC, van asumiendo diferentes posturas a medida que el proceso terapéutico va avanzando. Para describir estos lugares se asumió la teoría del rol, desde tres tipos de rol: el prescrito, el subjetivo y el actuado, como modo de poder articular las expectativas que los clínicos esperan desde sus encuadres y objetivos terapéuticos y la manera

como las creencias y estados emocionales de los PMC, van determinado sus modos de comportamiento en la situación.

El rol prescrito: Se define a partir de los encuadres institucionales, las directrices normativas y el saber de experto que el clínico tiene sobre la intervención terapéutica, los cuales determinan como se debe actuar, en este caso en el contexto de la psicoterapia se espera por parte de los clínicos que los PMC en su posición de pacientes presenten las siguientes características:

- Comprender que la violencia sexual le pasó tanto al NNA como a la familia y es un problema que requiere atención.
- Tomar todas las medidas de protección necesarias para evitar una situación de revictimización.
- Asistir cumplidamente a las citas.
- Participar de manera activa del proceso.
- Ser receptivo frente a las orientaciones.
- En caso de no poder asistir, reprogramar la cita.
- Es respetuoso con el terapeuta y con la institución.
- Se compromete con la terapia y cumple con las tareas asignadas.
- Expresa sus emociones y sentimientos en la sesión.

El Rol subjetivo: Este rol está relacionado con el significado que tiene para cada individuo el rol que desempeña. Este rol se caracterizó a partir de las creencias y las emociones encontradas en los PMC con respecto a la situación de violencia sexual, ya que estas creencias y emociones determinan su postura frente a la psicoterapia y al psicoterapeuta. Este rol se caracterizó por presentar las siguientes creencias y emociones en los distintos momentos del proceso terapéutico:

Al inicio del proceso:

- No creen que la situación de violencia sexual ocurrió, por lo que no creen en la necesidad de la terapia y las emociones que se vinculan son desconfianza e ira hacia el terapeuta y apatía hacia la terapia.
- Creen que la situación de violencia sexual ocurrió, pero no la reconocen como un problema, no reconocen que hay una víctima, por lo que no creen en la necesidad de la terapia. Las emociones presentes son desinterés hacia la terapia, apatía hacia la víctima, desconfianza e ira hacia el terapeuta.
- Reconocen el problema, pero culpan a la víctima y asocian el proceso terapéutico al proceso legal, las emociones vinculadas son ira.
- Reconocen el problema y la víctima, consideran que la psicoterapia es para los niños y les puede ayudar, se encuentran emociones como ansiedad frente a la violencia sexual y hacia la psicoterapia, y confianza hacia el terapeuta y la institución.

Durante el tratamiento:

- Reconocen el abuso sexual infantil como un problema grave, reconocen que los NNA son valientes y requieren de apoyo, creen que la psicoterapia promueve el bienestar de toda la familia y reconocen en el terapeuta una figura de apoyo, que comprende la situación, las emociones vinculadas son ansiedad frente a la violencia sexual, esperanza y compasión hacia la víctima, tranquilidad hacia la psicoterapia, confianza hacia el terapeuta.
- No logran un reconocimiento de la situación de violencia sexual y no reconocen que hay una víctima, se vinculan a la psicoterapia desde la norma, presentan una concepción negativa del terapeuta y asisten para evitar sanciones legales. Las emociones vinculadas son ira, malestar, disgusto.

- No logran reconocer como un problema la situación de violencia sexual infantil, no hay un reconocimiento de la víctima, por lo cual, no creen que requieren la terapia porque la violencia es un asunto privado de las familias, asisten desde lo normativo. Las emociones que se vinculan son desconfianza, cansancio, malestar, ira.

Al final del tratamiento:

- Comprenden que la violencia sexual se presenta como un síntoma de la dinámica familiar, reconocen a los NNA como resilientes. Logran resignificar la experiencia de violencia sexual y reconocen la responsabilidad frente a ello. Ven al terapeuta como alguien que está en los momentos en los que lo necesiten para brindarles ayuda. Las emociones vinculadas son confianza, seguridad, alegría, tranquilidad, gratitud y orgullo.

El Rol actuado: es la forma en la que se desempeña el rol, para lo cual se tuvieron en cuenta los comportamientos encontrados en los PMC durante todas las fases de la psicoterapia.

Al inicio del proceso:

- Presentan negación, resistencia, no apoyan, no toman medidas preventivas, juzgan a la víctima y son evitativos.
- Resistencia, presentan dificultad para agendar la cita, justificaciones para no asistir, faltas frecuentes y alto riesgo de deserción.
- Piden que se haga justicia, llegan a la defensiva y agresivos, cansados por el desgaste que les genera las diligencias legales, asisten de manera intermitente.
- Presentan asistencia voluntaria, son receptivos frente a las indicaciones y participan de manera activa del proceso.

Durante el tratamiento:

- Se habla de abuso sexual, son receptivos, comienzan a comprometerse con los objetivos del tratamiento, diseñar estrategias de cuidado y no repetición del problema.
- Evitación, constantemente presentan excusas para agendar las citas, faltan a las citas, alto riesgo de deserción o abandonan el proceso.
- Indiferentes, no siguen las indicaciones que se brindan, no toman medidas de protección, faltan a las citas, presentan excusas para no asistir, presentan alto riesgo de deserción o abandono del proceso.

Al final del tratamiento:

- Actúan como figuras protectoras y garantizan los derechos de los NNA.
- Continúan aplicando las estrategias brindadas durante el proceso para fortalecer los factores de protección y reconocer situaciones de riesgo.

10.4 Objetivo 3

Construir una tipología de roles que asumen los PMC de NNA víctimas de violencia sexual durante el proceso psicoterapéutico.

A continuación, se presentan los roles que los PMC asumen en cada fase o momento de la psicoterapia.

Roles al inicio del proceso

El incrédulo: Se caracteriza por llegar con un pensamiento de negación frente a la situación de violencia sexual, no cree que una situación de este tipo pueda ocurrir en su familia, pues presentan una idealización de la dinámica familiar, por lo que hay baja credibilidad en el relato del NNA. Esta creencia genera una emoción de ira y confusión frente a la violencia sexual, que desencadena comportamientos de negligencia, no toman medidas de protección, presentan

resistencia frente a la psicoterapia, porque consideran que no es algo necesario, desestiman y juzgan a la víctima porque creen que se inventó esta situación. Presentan una concepción negativa del terapeuta, consideran que es alguien persecutor, por lo que sienten desconfianza hacia esta persona, se encuentran la mayor parte del tiempo a la defensiva y presentan comportamientos agresivos. Frente a la institución, asocian este lugar con las otras entidades legales por las cuales han tenido que pasar, lo cual les genera ira, malestar y comportamientos de resistencia y evitación como aplazar las citas, faltar de manera constante.

El Naturalizador: Se caracteriza por llegar con un pensamiento de negación frente a la situación de violencia sexual, no cree que una situación de este tipo pueda ocurrir en su familia, pues presentan una idealización de la dinámica familiar, por lo que hay baja credibilidad en el relato del niño, niña o adolescente. Esta creencia genera una emoción de ira y confusión frente a la violencia sexual, que desencadena comportamientos de negligencia, no toman medidas de protección. Con respecto a la víctima, la desestiman y juzgan porque creen que se inventó esta situación. Estas creencias frente a la violencia sexual y a la víctima los conducen a presentar resistencia frente a la psicoterapia, porque consideran que no es algo necesario. En cuanto al terapeuta, presentan una concepción negativa de este, ya que consideran que es alguien persecutor, por lo que sienten desconfianza hacia esta persona, se encuentran la mayor parte del tiempo a la defensiva y presentan comportamientos agresivos. Frente a la institución, asocian este lugar con las otras entidades legales por las cuales han tenido que pasar, lo cual les genera ira, malestar y comportamientos de resistencia y evitación como aplazar las citas, faltar de manera constante.

El Demandante: Este rol se caracteriza por presentar creencias de aceptación frente a la situación de violencia sexual infantil, reconociéndola como un problema porque generó cambios

en las áreas funcionales de los NNA, áreas como la personal, familiar, escolar y además, porque, se han tenido que enfrentar con instancias legales. Se identifican dos momentos puntuales de este rol. En un primer momento los PMC pueden creer que la víctima es culpable de lo que le ocurrió lo cual les genera una emoción de ira, porque no logró protegerse, cuidarse y contar a tiempo lo que estaba pasando. Los comportamientos que esta postura los conduce a presentar frente a la víctima son constantes reproches y no les permiten la expresión de emociones, les piden que sean fuertes. Frente a la psicoterapia inicialmente estos PMC consideran que el proceso es para los NNA, ya que ellos son los que vivieron la violencia sexual, lo cual los lleva a presentar baja participación y a brindar poco acompañamiento en el proceso. En un segundo momento de este rol, los PMC consideran frente a la víctima que la violencia sexual daña psicológicamente al NNA, lo cual les genera emociones como tristeza, miedo, preocupación, lástima y presentan comportamientos de apoyo, acompañamiento, aunque también constante victimización, confundiendo la identidad del NNA con la situación de violencia sexual que vivieron. Frente a la psicoterapia creen que es algo que les puede ayudar y les va a permitir saber qué fue lo que pasó, lo cual les despierta ansiedad. Los PMC que asumen este rol presentan una asistencia voluntaria y se comprometen con el proceso. Presentan una concepción del terapeuta como una persona especializada en el tema que les puede ayudar, creencia que les genera confianza y ven a la institución como un lugar especializado que los va a salvar.

Roles durante el proceso:

El Comprometido: Este rol se caracteriza por presentar creencias frente a la situación de violencia sexual como: hay un reconocimiento de que el abuso sexual es un problema serio que puede dejar consecuencias graves en la vida de los NNA y familias, lo cual los lleva a despertar un interés en el tema y una necesidad de aprender del mismo. Frente a la víctima hay un

reconocimiento de los NNA como sobrevivientes de esta situación que requieren de apoyo. Presentan una concepción positiva de la psicoterapia y consideran que busca promover el bienestar tanto de los NNA como de las familias, la psicoterapia es para todos, ven al terapeuta como alguien que acompaña, comprende y apoya, lo cual les genera confianza y los lleva a presentar comportamientos como hablar de abuso sexual, receptividad frente a las indicaciones, comienzan a comprometerse con los objetivos del tratamiento, diseñan estrategias de protección para evitar la repetición del problema, asistencia constante.

El normativo: Este rol se caracteriza por presentar creencias de negación frente a la situación de violencia sexual, a pesar de que el proceso ha avanzado continúa desestimando la víctima, por lo cual la emoción hacia la misma es de apatía, tampoco logra un reconocimiento de la problemática, por lo cual continúan con su creencia sobre la psicoterapia de que no es algo necesario; sin embargo, continúan asistiendo porque es algo que desde lo legal les exigieron cumplir, lo cual les genera altos niveles de malestar y presentan comportamientos como resistencia, excusas para agendar las citas, faltan a las citas, no son receptivos frente a las orientaciones, por lo que no implementan las estrategias brindadas y no toman medidas de protección para evitar una situación de revictimización.

El Naturalizador: Continúa naturalizando la situación de violencia sexual y no reconoce a la víctima, por lo que sigue considerando que la terapia no es necesaria, creencia que se fundamenta en la idea de que las violencias son un asunto privado de las familias, por lo que no es necesario contarle a nadie lo que pasa al interior del hogar, esto se puede presentar en contextos marcados por el machismo y en los que hay presencia de otro tipo de violencias. Presentan una concepción negativa del terapeuta y les genera desconfianza, ven la institución como el lugar al que deben asistir para evitar sanciones legales. Presentan comportamientos

como evitación, tratan de no hablar del tema de la violencia sexual, baja receptividad y poco compromiso, faltan de manera frecuente a las citas o desertan del proceso psicoterapéutico.

Roles al final del proceso:

El contador de citas: Asiste a un total de citas definidos para dar cumplimiento al tratamiento como un requisito que le impusieron, no se logra comprometer de manera comportamental ni actitudinal con el tratamiento, pues no considera que valga la pena esforzarse, razón por la cual se logra el cumplimiento de los objetivos de manera parcial. Con relación al terapeuta espera no tener que consultar con un terapeuta en otra oportunidad y considera que es un empleado más de la institución que cumple con su trabajo. Al final pueden presentar comportamientos como indiferencia, no reconocen aprendizajes del proceso, reproches al terapeuta porque no consideran que hizo bien su trabajo, a pesar de que nunca cooperaron con el tratamiento más allá de la asistencia al mismo y cumplir con llevar NNA para cumplir con el total de citas.

El empoderado: Este rol se caracteriza por presentar creencias como: el abuso sexual no es el único problema al interior de la familia, hay otras problemáticas que se deben abordar y la violencia sexual se presenta como un síntoma de la dinámica familiar. En cuanto a la concepción que tienen de la víctima consideran que los NNA son resilientes. Frente a la psicoterapia logran presentar una concepción positiva de la salud mental, resignificar la experiencia de violencia sexual y reconocer su responsabilidad frente al tema. Con respecto al terapeuta, consideran que es una persona de apoyo que estará en los momentos en que lo necesiten y ven a la institución como el lugar en el cual se brinda atención de manera profesional a los problemas de violencia sexual. Las emociones que presentan son de gratitud, confianza, tranquilidad. A estas creencias y emociones se vinculan comportamientos como continuar aplicando las estrategias brindadas

durante el proceso para el fortalecimiento de los factores de protección y el reconocimiento de situaciones de riesgo, se convierten en garantes de los derechos de los NNA.

10.5 Objetivo 4

Valorar los modos en que estos roles afectan positiva o negativamente el desarrollo del proceso y el cumplimiento de los objetivos en la psicoterapia de los NNA víctimas de violencia sexual.

A continuación, se presentan los roles construidos que pueden asumir los PMC en la psicoterapia de violencia sexual con NNA víctimas y la trayectoria que pueden seguir en cada una de las fases del tratamiento:

Tabla 17.

Trayectoria de los roles en cada una de las fases del proceso

Roles	Evaluación y Dx	Devolución y Objetivo	Tratamiento	Evaluación Cierre
Incrédulo	No cree que haya ocurrido la situación de violencia sexual, no considera que el tratamiento sea necesario.	Riesgo de deserción.	Incrédulo Deserción	
			Normativo. Continúa y cumple con asistir, pero no se involucra de manera participativa en la terapia.	Contador de citas. Asiste a un total de citas definidos para cumplir con el tratamiento como requisito impuesto, se logran el cumplimiento de objetivos de manera parcial, ya que no se logra comprometer de manera emocional

				con el tratamiento, nunca reconoció que esforzarse en el tratamiento valía la pena.
			Comprometido Reconoce la necesidad de la psicoterapia como un espacio que les puede ayudar, hay interés, coopera y participa de manera activa.	Empoderado Coopera y se involucra en el tratamiento, se logran cumplir los objetivos terapéuticos.
Naturalizado	Naturalizan todo tipo de abusos al interior del hogar. Alto riesgo de deserción	Deserción		
Demandante	Reconoce que el abuso sexual infantil es un problema serio y que la psicoterapia le puede ayudar.	Establecimiento adecuado de la alianza terapéutica	Comprometido Presenta adherencia al tratamiento, presenta compromiso, se involucra, coopera y participa de manera activa.	Empoderado Coopera y se involucra en el tratamiento, se logran cumplir los objetivos terapéuticos.

11. Discusión

11.1 Creencias frente a la violencia Sexual infantil

La creencia desde una perspectiva psicológica se define como una disposición a la acción, cada sujeto va a actuar en una determinada situación dependiendo de la creencia que tenga hacia la misma, motivo por el cual las creencias se pueden inferir del comportamiento que asuman las personas frente a estas situaciones (Diez, 2017, p.136). Según Camacho (2003) las creencias son un conjunto de ideas que conforman un modelo de representaciones internas, a partir del cual los individuos le dan significado a su realidad (p. 5).

Se identifican tres creencias presentes en los PMC con respecto a la situación de violencia sexual infantil:

11.1.1 Negación de la violencia sexual

La negación desde la psicología es uno de los mecanismos de defensa que utilizan las personas generalmente en situaciones de peligro o amenazantes, cuyo fin es evadir dicha situación y no reconocerla como una realidad, debido a la alta carga de angustia, dolor, que puede generar (Acevedo, Canchilla y Páez, 2020, p. 39). La negación se ha identificado por varios autores como uno de los principales mecanismos de defensa que utilizan algunas personas cuando no quieren reconocer una realidad; el resultado de esta actitud es que, cuando las víctimas vencen el temor de hablar, no se les cree, negándoles así la posibilidad de recibir ayuda (Rodríguez, 2003, p.61).

Gene G. Abel M.D. y Nora Harlow en su libro *Detener el abuso de menores*, han encontrado en sus investigaciones sobre la caracterización de los abusadores, que en general los abusadores presentan unos rasgos generales como ser personas de una familia normal,

trabajadores responsables, casados con hijos, religiosos, con altos estándares morales, lo cual lleva a la familia a pensar que su vida familiar, sus actos de responsabilidad, su educación y sus valores morales los protegen de convertirse en abusadores y generalizan esta creencia a toda la familia, creen que esas mismas cosas protegen a sus hijos y a su familia de cualquier vínculo con el abuso sexual infantil (p. 37). García y Peña (2018) encontraron que la reacción psicológica que aparece con mayor frecuencia en los padres con hijos víctimas de abuso sexual extrafamiliar es la no credibilidad al relato que hace el NNA de la situación, lo cual según los autores aparece como una forma de defensa frente a los señalamientos sociales y juzgamientos por no haber cumplido con su rol de figura protectora. Se identifica entonces, que se presenta baja credibilidad en el niño, debido a una idealización de cada uno de los miembros de la familia y su dinámica.

Se han estudiado los factores que influyen en que los PMC no ofensores creen o no en el relato de sus hijos y les brinden apoyo y protección, uno de ellos es la relación que tenga la madre con el agresor (Eliot & Carnes, 2001; Leifer, Kilbane & Grossman, 2001). Los estudios sugieren que las madres no ofensoras brindan menos apoyo y protección en las siguientes condiciones: cuando el agresor es su pareja actual y sostiene con este una relación íntima y dependiente, cuando conviven con esta persona, cuando dependen económicamente del agresor. Se ha encontrado que en los casos de violencia sexual extrafamiliar, en el cual el agresor es otro miembro de la familia o alguien externo, los PMC tienden a creer con mayor frecuencia en el relato de sus hijos y a tomar acciones protectoras.

Otro factor estudiado (Eliot & Carnes, 2001; Gutiérrez & Lefèvre, 2019) es la historia maternal de abuso en la infancia como predictor de apoyo y soporte por parte de los PMC, ya que se ha encontrado que este aspecto interfiere y disminuye la capacidad de los PMC para hacer lectura de las situaciones de riesgo y responder de manera protectora frente a las mismas.

Coohey & Leary (2008) encontraron que las madres que estaban inmersas en una relación violenta doméstica con su pareja presentaban más altas probabilidades de no creer la situación de abuso sexual y no tomar acciones protectoras para cuidar a sus hijos de forma consistente (p. 256).

11.1.2 La Naturalización

Entendida como el reconocimiento de la situación de violencia sexual como algo que no es problemático, los PMC normalizan esta situación debido a la influencia de representaciones sociales, mitos, prejuicios, lo cual se presenta en especial en casos de violencia sexual intrafamiliar, en familias que el abuso sexual infantil ha sido algo que se repite de generación en generación. Al respecto se encuentra en Barudy (1998) que esta actitud se presenta en los casos de incesto, situación que genera en los adultos de la familia una emoción de vergüenza que los lleva a ejercer una presión sobre la víctima para que no hable de lo que pasó, la silencian, por lo que no le ofrecen una ayuda terapéutica, puesto que creen que mientras menos se hable del tema es mejor y que con el paso del tiempo se podrá olvidar esta situación. Uno de los mecanismos que puede estar presente en los PMC que presentan normalización de la violencia sexual infantil puede ser el mecanismo de disociación, según Intebi (s.f.).

El predominio de los mecanismos disociativos contribuye a la transmisión intergeneracional de la violencia hacia los/as hijos/as, tanto los malos tratos por comisión como los malos tratos por omisión: la negligencia. La disociación no sólo obstaculiza el acceso a los recuerdos dolorosos que podrían actuar como freno para adultos/as impulsivos/as sino que también bloquea la posibilidad de registrar situaciones de riesgo e impide la puesta en marcha de actitudes protectoras (p. 5).

Se encuentra en la literatura factores que influyen en la naturalización e invisibilización de las diferentes formas de violencia al interior de la familia. Corsi (1994), aborda el tema de la violencia familiar y expone desde un enfoque ecológico como factores presentes en el macrosistema, como la cultura patriarcal inciden en la naturalización de la violencia al interior de la familia, ya que si bien reconoce que en todas las familias hay tendencia al conflicto, la aparición y naturalización de la violencia se da en contextos en los cuales están presentes relaciones desiguales de poder, valores marcados de obediencia, sumisión, respeto unidireccional, en el cual la dirección es desde abajo hacia arriba, valores que legitiman múltiples formas de abuso familiar. En cuanto a los factores que favorecen la invisibilización de la violencia en la familia se refiere a los mitos, creencias erróneas que la gente acepta sin cuestionar, lo que impide conocer cómo se presenta el fenómeno en realidad.

Siguiendo en esta línea, González (2011), coincide con lo planteado por Corsi, ya que según la autora la violencia en las familias tiene como fundamento el modelo cultural del patriarcado, a partir del cual se establecen unas dinámicas, relaciones desiguales de poder que definen de manera rígida los roles de hombres y mujeres, en donde hay una admiración por lo masculino y una desvaloración de lo femenino, considerado como débil, afectando esta mirada a grupos poblacionales como mujeres, niños y niñas. Estas representaciones sociales permean el grupo familiar configurando ciertas estructuras, roles y dinámicas rígidas. Es en la familia que se transmiten de generación en generación unas formas de relación, estilos de vida, creencias, mitos, comportamientos aprendidos. La autora analiza estas dinámicas que se dan al interior de las familias desde la perspectiva transgeneracional y afirma que en las familias con dinámicas violentas y abusivas, estas dinámicas son aprendidas y repetidas sin ningún cuestionamiento, llevando esta situación a la normalización de las expresiones de violencia (pp. 121-125)

11.1.3 Aceptación y reconocimiento de la violencia sexual

Finalmente se encuentran los PMC que reconocen que la situación de violencia sexual ocurrió y la problematizan debido a las consecuencias que ha generado en la vida de sus hijos en las diferentes áreas como la emocional, comportamental, física, familiar, académica, social, además, porque se han tenido que enfrentar a diferentes instancias legales. Estos PMC que dan credibilidad al relato del NNA, que los apoyan y toman medidas de protección, se ven enfrentados a múltiples señalamientos, con mayor prevalencia en los casos de abuso sexual intrafamiliar, en ocasiones por otros miembros del entorno familiar que no creen que la situación haya ocurrido, o que creen que es algo de lo cual no debe hablarse por fuera del hogar, de igual manera, se ven expuestos a recriminaciones sociales de personas que los juzgan y culpabilizan por permitir que un suceso tan monstruoso le ocurriera a sus hijos o por no haberse dado cuenta a tiempo (Reyes & Cantera, 2019, p. 60). Dora-Jofré (2017) afirma que

Crear el relato, la denuncia de la víctima de un delito sexual es fundamental como primer paso para su recuperación, la validación de su padecimiento como verdadero, es respeto a su dignidad humana. Escuchar y no creerle es fatídico para la víctima. Si esa víctima es un/a niño/a y su victimario es su padre y no se le cree cuando ha podido relatar el abuso sexual estos efectos serán devastadores (p. 125).

De acuerdo con Leifer et al. (2001) “recientes investigaciones han documentado que la creencia de la madre en el abuso sexual infantil y la capacidad para brindar apoyo juega un papel importante en la capacidad del niño para resolver la experiencia abusiva” (p. 353). Las investigaciones de Gutiérrez & Lefèvre (2019) coinciden con lo anterior y demostraron que “los PMC que dan valor al relato del niño asumen estrategias de protección, para que este se apropie

de los recursos necesarios para enfrentar la situación abusiva” (p. 12). Siguiendo en esta línea de la de la relevancia que tiene que los PMC den credibilidad al relato del NNA para su recuperación y adaptación psicológica después de la experiencia de abuso sexual vivida, Cooley & Leary (2005) encontraron que las madres que dieron validez y credibilidad al relato de sus hijos y no buscaron contrastar la información con el agresor o con otras fuentes, fueron más propensas a tomar medidas de protección para sus hijos (p. 256). Feiring, Taska y Lewis (1998), encontraron que la percepción de apoyo de los padres por parte de los menores víctimas de violencia sexual, estaba relacionada con la no aparición de angustia como consecuencia de la culpa y la baja autoestima (p. 254).

11.2 Creencias frente a la víctima

La víctima, según la ONU (1985) “personas que, individual o colectivamente, hayan sufrido daños, inclusive lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de los derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal vigente en los Estados Miembros, incluida la que proscribe el abuso de poder”.

En cuanto a la víctima de violencia sexual infantil, aparecen tres creencias, una creencia que desestima a la víctima, PMC que creen que el niño está engañando y se inventó la situación de violencia sexual. Esta situación pasa con mucha frecuencia, García, Blázquez & Morales (s.f.) hacen un recorrido de la percepción del abuso sexual a través de la historia y afirman “a las víctimas de abuso sexuales se les acostumbra decirles que mienten, están mal aconsejadas, son vengativas, se lo imaginan, lo desean o simplemente están locas de atar” (p. 39). Algunas investigaciones han encontrado que uno de los factores asociados a que la madre no crea en el relato de su hijo, es cuando busca al agresor como fuente de información y éste niega el abuso y

se justifica, por ejemplo, explicando que estaba jugando lucha libre, en ese momento la madre no reconoce ninguna situación de abuso sexual, porque basada en el relato del agresor, asume que éste no tocó al niño sexualmente (Coohey & Leary 2008, p.248).

La segunda creencia que aparece en los PMC es que el abuso sexual no deja daños psicológicos en los NNA, se presenta una negación de la víctima. Según Pereda (s.f.) en familias en las que se presentan altos niveles de violencia, problemáticas como el consumo de sustancias, dificultades en la comunicación y resolución de conflictos, lo más común es que no se brinde apoyo al niño quedando esta situación como un secreto y en silencio (p. 108). Autores como Martínez-Bustos, Calvo-Mejía & Sánchez-Jiménez (2018) encontraron en su investigación que uno de los factores que está asociado a que las familias consideren que el abuso sexual infantil no es algo grave y que no deja secuelas en los niños, niñas y adolescentes es que en la mayoría de los casos no deja señales o marcas físicas en el cuerpo, ya que una de las formas de abuso que más se presenta son tocamientos de carácter sexual llevando esto a que las familias le resten importancia a los síntomas emocionales, cognitivos, comportamentales que no se observan en el cuerpo pero que afectan las diferentes áreas funcionales como la personal familiar, escolar y social (p. 26)

Incluso en la práctica clínica se encuentra que las familias no consideran las caricias sexuales como una situación de abuso sexual, debido a que solo asocian esto con una situación de acceso carnal.

La tercera creencia que aparece en los PMC tiene que ver con el reconocimiento de la víctima, es decir, reconocen que la violencia sexual deja consecuencias negativas en la vida de los NNA, frente a lo cual los PMC asumen una postura protectora y de apoyo. Cuando los niños perciben una relación positiva y de apoyo con sus madres frente a la develación del abuso sexual

infantil esto se relaciona con un mejor ajuste psicológico y comportamental (Lovett, 1995, p. 736). De acuerdo con lo encontrado por Elliot & Carnes (2001), la literatura indica que la mayoría de las madres no ofensoras creen al menos un aspecto del relato de sus hijos, independientemente si es abuso sexual infantil intrafamiliar o extrafamiliar; sin embargo, un número considerable de padres no dan credibilidad al relato de sus hijos o solo cree una parte del mismo (p. 327). En esta línea del impacto positivo que tiene para los NNA la percepción de apoyo recibido por parte de sus PMC en su recuperación, Tremblay, Herbert y Piche (1999), encontraron que los niños presentan menos dificultades comportamentales, una mejor autoestima cuando sienten apoyo y cuidado por parte de sus padres (p. 941). Autores como Echeburua & P. De Corral (2006) confirman la importancia de que tiene dar credibilidad al relato del niño y señalan:

El apoyo parental -dar crédito al testimonio del menor y protegerlo-, especialmente de la madre, es un elemento clave para que las víctimas mantengan o recuperen su nivel de adaptación general después de la revelación.

Probablemente la sensación de ser creídos es uno de los mejores mecanismos para predecir la evolución a la normalidad de los niños víctimas de abuso sexual (p. 81).

11.3 Reacciones emocionales de los PMC frente a la violencia sexual infantil

A partir del análisis de las entrevistas realizadas a los clínicos se encontró que de las creencias anteriores se desprenden unas reacciones emocionales en los PMC.

Las reacciones emocionales generales encontradas en los PMC frente a la violencia sexual son ansiedad, culpa, ira, miedo, tristeza, lástima hacia la víctima, búsqueda de venganza, Según Echeburua & Corral (2006), las emociones vivencias por los padres/madres después de la

revelación del abuso sexual infantil algunas veces pueden ser más intensas que las de sus hijos pueden ser vergüenza, culpa, cólera y pena, miedo, ansiedad (p.81).

11.3.1 Angustia

La angustia es una emoción comúnmente vivenciada por el ser humano, paraliza y no permite responder de manera adecuada frente a determinadas situaciones que se presentan como amenazantes para el sujeto, ya que éstas desbordan toda su capacidad para organizar de manera voluntaria su acción (Sierra, 2003, p. 27).

Fong et al. (2020) investigaron el impacto emocional generado a partir del descubrimiento del abuso sexual infantil desde las voces de los cuidadores no ofensores y encontraron que estos experimentaron altos niveles de angustia relacionada con aspectos como las consecuencias que el evento traumático pudiera dejar en sus hijos a futuro, sentir que fallaron como padres porque no lograron proteger a sus hijos y evitar que una situación como esas ocurriera, altos niveles de preocupación y angustia por las reacciones que los integrantes de la familia pudieran tener frente al agresor y sentimientos negativos porque la vivencia de abuso de sus hijos les actualizó sus propias historias de maltrato en la infancia (p. 4209). Los resultados encontrados por Davies (1995) también coinciden con que los padres no ofensores presentan niveles significativos de angustia tras la revelación del abuso sexual, en unos casos intentaban ocultarla frente a sus hijos, pero en otros casos esta angustia los desbordó a tal nivel que todas sus relaciones familiares se vieron afectadas negativamente, incrementando esto los niveles de tensión, generando relaciones poco armoniosas con sus hijos, con sus parejas.

11.3.2 Culpa

La culpa es un afecto doloroso que surge de la creencia o sensación de haber transgredido las normas éticas personales o sociales, sobre todo cuando de la conducta (u omisión) de una persona ha derivado un daño a otra (Echeburua, Corral & Amor, 2001, p.908). Esta emoción está generalmente presente en los PMC tras la revelación de abuso sexual infantil, una emoción que está dirigida hacia ellos en forma de recriminación, al haber fallado en su rol de figuras protectoras y permitir que algo así les pasara. Regehr (1990), describe las emociones de los padres hacia sí mismos, señalando la culpa como una de ellas, los padres se recriminan no haber cuidado lo suficiente, no haber estado más presente o evaluar detalladamente las personas que rodean a sus hijos, este sentimiento de culpa es reforzado por los señalamientos sociales, lo cual lleva frecuentemente a que los padres sientan vergüenza de compartir que sus hijos fueron agredidos, para evitar las críticas a sus habilidades parentales. Los padres también pueden sentir culpa por denunciar al agresor, debido al impacto que tendría esto en todos los ámbitos de su vida social, laboral, familiar (pp-114-115).

11.3.3 Miedo

El miedo, una de las emociones primarias del ser humano, constituye una amplia familia emocional compuesta por sentimientos como la preocupación, la ansiedad, el pánico, el terror o el horror, que difieren tanto en contenido como en intensidad, que aparece generalmente frente a una amenaza (Bericat, 2012, p. 8). Se identifica que en los PMC de los NNA víctimas de violencia sexual que el miedo aparece asociado a varios factores, uno de ellos son las consecuencias que la situación de violencia sexual pueda tener en sus vidas a largo plazo, como que la víctima en el futuro se vuelva agresora sexual, o un temor especialmente relacionado con

el género de la víctima, si es niño o adolescente, que la situación de violencia sexual pueda influir en su orientación sexual y se vuelva homosexual, otro temor que aparece es que la vida de los NNA siempre va a estar marcada por ese evento traumático y no van a poder continuar con sus vidas. Una de las consecuencias de la violencia sexual es que expone a los NNA frente a un conocimiento de la sexualidad que no es adecuado para su etapa en el desarrollo, este conocimiento inapropiado de la sexualidad genera miedo en los papás, debido a que la sexualidad es un tema tabú en nuestra sociedad. Otro de los factores que les puede generar miedo es el hecho de realizar la denuncia y el impacto que el proceso judicial pueda tener en su hijo, entonces puede estar presente un impulso de dejar pasar el tema (Regehr, 1990, p. 114-115).

11.3.4 Ambivalencia /Ira/ Búsqueda de venganza

La ira, una de las emociones primarias, para Schieman “es el nodo de una extensa familia emocional que va desde el simple enfado hasta la furia, pasando por la rabia o la indignación. Sus estímulos más comunes implican el insulto real o percibido, la injusticia, la traición, la falta de equidad, los obstáculos al logro, las acciones incompetentes o las agresiones físicas de los demás (Cómo se citó en Bericat, 2012, p. 8). La ira es otra emoción que se encuentra prevalente en los PMC no ofensores dirigida hacia el agresor y su familia (Davies, 1995, p. 406).

Para los PMC, recibir una noticia inesperada como que su hijo ha sido víctima de un evento tan monstruoso como la violencia sexual, genera una confusión de emociones y sentimientos, estas emociones pueden desbordar a los PMC en el momento posterior al descubrimiento y pueden llevarlos a incluso hasta culpabilizar a sus hijo de lo sucedido o a sentir ira, enojo porque no lograron contar la situación a tiempo.

Regehr (1990) describe las reacciones emocionales de los padres en casos de abuso sexual infantil extrafamiliar señalando que los padres presentan unos sentimientos de ambivalencia hacia el niño como también hacia el agresor. En cuanto a las reacciones emocionales de ambivalencia hacia sus hijos, pueden sentir ira porque dejaron que eso pasara, y les cambió la dinámica familiar, reacción que es más frecuente hacia los hijos adolescentes. En cuanto a los sentimientos hacia el agresor son ira, deseos de venganza (pp. 114-115).

11.3.5 Inseguridad/Frustración

La situación de abuso sexual infantil puede llevar a generar inseguridad en los PMC no ofensores como lo afirman Sinclair & Martínez (2006) después de la revelación en la madre “predominan sentimientos de inadecuación y fracaso en su rol materno, lo cual contribuye a que se invalide a sí misma como figura protectora, se sienta poco capaz de cuidar a su hijo(a) y apoyarlo en la superación de los efectos del abuso”.

11. 4 Comportamientos de los padres y cuidadores

Los comportamientos que se encontraron en los PMC son:

11.4.1 Resistencia

La resistencia en psicoterapia es entendida como los esfuerzos constantes que realizan los pacientes por mantener su estado actual, hay cierto rechazo al cambio, al bienestar que le puede posibilitar el proceso terapéutico, por lo cual no cooperan y no se involucran de manera comprometida (Feixas, Sánchez, Laso & Gómez, 2002, p. 236-237). La resistencia se identificó en este estudio en comportamientos como: no cumplir con las tareas asignadas para la casa, no

expresar emociones y sentimientos en la sesión, la no implementación de las estrategias orientadas a fortalecer los factores protectores y a reducir la exposición a factores de riesgo.

11.4.1 Falta de apoyo a la víctima

Autores como “Rollins & Thomas definen el apoyo de los padres como el comportamiento manifestado por un padre hacia un hijo que hace que [éste](#) se sienta cómodo en presencia de los padres y confirma en [su](#) mente que es básicamente aceptado y aprobado como persona por los padres” (Como se citó en Esparza, 1993, p. 86). Se encuentra en este estudio que los PMC que no reconocen la situación de violencia sexual como una problemática o los que la naturalizan, generalmente no tienden a tomar medidas protectoras para prevenir una nueva situación de revictimización, no brindan contención ni apoyo a la víctima.

11.4.2 Evitación

El afrontamiento evitativo se define como todas aquellas estrategias cognitivas, comportamentales que el individuo usa para escapar de un problema que le genera estrés (Rodríguez, Pastor & López, 1993, p. 353). Se conocen también como respuestas de abandono, respuestas de huida, cuyo objetivo es desviar la atención del problema y no centrarse en resolverlo de manera directa (Estévez, Oliva & Parra, 2012, p. 41).

Las conductas evitativas que se identificaron en algunos PMC fueron: presentar dificultades para agendar las citas, sacar excusas para no asistir, faltas frecuentes, que interfieren de manera constante con el desarrollo del proceso.

11.4.3 Deserción

La deserción se ha definido en varios estudios (Capella et al. 2020; Johnson & Mellor, 2008) desde la valoración del psicoterapeuta, y se entiende como la terminación del tratamiento antes del logro de los objetivos planteados, desde la mirada del terapeuta el paciente aún requiere más tratamiento. Gopalan et al. (2010), demuestran que:

Los hallazgos recientes identifican adicionalmente que familias cuyos hijos tienen trastornos de conducta disruptiva, adolescentes sin hogar, familias donde padres e hijos no están de acuerdo con los objetivos del tratamiento, familias con relaciones hostiles entre padres e hijos y familias con múltiples problemas psicosociales son particularmente difícil de participar y retener en el tratamiento (p. 191).

11.4.4 Agresividad

La agresión es un comportamiento básico y primario que está presente en todos los seres vivos (Carrasco & González, 2006, p. 8). Castillo (2006) define la agresividad desde su origen, “la palabra agresividad se deriva del latín *aggredior*, que significa “ir o cometer contra otro. La agresividad implica provocación o ataque (p.166). En este estudio se encontró que algunos PMC llegan buscando justicia, con sed de venganza, con una emoción intensa de ira que dirigen al terapeuta, lo cual los lleva a presentar conductas agresivas hacia el terapeuta como: estar a la defensiva frente a las indicaciones, ser poco empáticos, trato irrespetuoso, hacer exigencias propias del campo legal que no le corresponden desde el rol clínico y hacerle constantes reproches por la no operancia en este ámbito.

11.4.5 Compromiso

Prinz y Miller definen el compromiso como la “participación necesaria para obtener beneficios óptimos de una intervención” (como se citó en Staudt, 2007, p. 184).

De acuerdo a autores como Mc y Bannon (2004) el compromiso en psicoterapia infantil por parte de los padres, atraviesa unas fases, la primera es el reconocimiento que tengan los padres de la problemática del niño, segunda la búsqueda del servicio de atención en salud mental y tercera llevar a los niños a los centros de salud mental para que sean atendidos (como se citó en Gopalan et al., 2010, p. 183). En el presente estudio se identifica compromiso con el tratamiento en algunos PMC, el cual se identifica en comportamientos como asistir de manera cumplida a las citas, seguir las indicaciones que el terapeuta brinda, tomar medidas de protección para prevenir una nueva situación de revictimización, participar de manera activa del proceso, hablar del tema de abuso sexual infantil e interés por aprender estrategias para prevenirlo, se fortalecen en su rol de figuras protectoras y se convierten en garantes de los derechos de los NNA.

La asistencia a las sesiones es fundamental para que se pueda dar el proceso psicoterapéutico, pero este factor no es el único que se debe tener en cuenta para evaluar el nivel de compromiso en el tratamiento, porque no abarca toda su definición (Gopalan et al., 2010, p. 183), pues hay personas que asisten a muchas citas, pero solo lo hacen por cumplir el requisito, no se involucran en el proceso (Staudt, 2007, p. 186).

Según Staudt (2007) para evitar que se confunda el significado del compromiso en psicoterapia con la sola asistencia, es necesario distinguir entre los componentes actitudinales y comportamentales del compromiso. En el componente comportamental se incluye cumplir las responsabilidades orientadas al logro de los objetivos terapéuticos, la asistencia constante a las citas, expresar las emociones y sentimientos, realizar las tareas asignadas para la casa. El

segundo componente es actitudinal y está relacionado con el grado de inversión emocional que se desprende de creer que el tratamiento es importante, vale la pena invertir tiempo en él, porque consideran que les puede traer beneficios para sus vidas (p. 185).

11.5 Roles y su relación con la psicoterapia y la alianza terapéutica

A partir de estas creencias, emociones y comportamientos encontrados en los PMC de NNA víctimas de violencia sexual, en este estudio se configura una lógica de roles que se llevó al proceso terapéutico, lo cual permitió identificar como estos afectan de manera positiva o negativa el proceso, el cumplimiento de los objetivos y a la relación con el terapeuta, construyéndose los siguientes roles:

11.5.1 El incrédulo: Afecta de manera negativa la intervención terapéutica en el plano de los objetivos y de la relación con el terapeuta. Este rol puede afectar la vinculación inicial al proceso de manera significativa, debido a que estos PMC no creen que la situación de violencia sexual ocurrió, desacreditan al NNA, poniendo en duda su relato, dándole valor al relato del agresor, esto los lleva a considerar que la psicoterapia no es necesaria, por lo que presentan en el momento inicial del proceso una alta resistencia a participar del mismo, no siguen las indicaciones, no acompañan al menor ni toman medidas de protección para evitar una nueva situación de revictimización, en algunos casos no hay adherencia al tratamiento y hay una alta probabilidad de que abandonen el proceso.

Capella, Nuñez, Vasquez y Fuentes (2020) en su investigación sobre adherencia y deserción de adolescentes en psicoterapia de abuso sexual desde las voces de los psicoterapeutas, encontraron que en los casos en los que las familias presentaban ambivalencia o negación frente a la situación de abuso, asumían una postura pasiva o poco protectora y fueron padres más propensos a presentar deserción, lo cual dificultó el proceso psicoterapéutico (132-134).

Según Echéburua & Guerricaechavarria (2011), uno de los ejes en el tratamiento con los familiares debe ser la negación inicial frente al abuso sexual, ya que esta es una estrategia inadecuada de afrontamiento que no va a permitir que el tratamiento avance, por lo que en un primer momento se debe buscar que la familia acepte la situación (p. 473) para que puedan tener una adecuada disposición y apertura frente a la psicoterapia.

En cuanto al plano de la relación con el terapeuta, los PMC presentan una concepción negativa del terapeuta, consideran que es alguien persecutor, por lo que sienten desconfianza hacia esta persona, se encuentran la mayor parte del tiempo a la defensiva y presentan comportamientos agresivos, situación que dificulta o no permite que haya un establecimiento adecuado de la alianza terapéutica.

De acuerdo con Barudy (2001), el trabajo terapéutico con las familias en las que se presentan violencias, abusos, “solamente se logra cuando los adultos tienen capacidad de aceptar una alianza con los profesionales, aceptando que existen problemas de abuso y de violencia y que tienen responsabilidad en la génesis de estos”. Capella et al. (2020) encontraron que la alianza terapéutica con los padres responsables se veía afectada en los casos en los que se presentaba deserción, los terapeutas expresaron la presencia de sentimientos negativos, desaprobación, relación distante y de desconfianza frente a estos adultos responsables frente al hecho de que no tomaran medidas protectoras hacia los adolescentes (p. 132-134).

11.5.2 El Naturalizador: Afecta de manera negativa el proceso terapéutico y el alcance de los objetivos, así como la relación con el terapeuta. Como se mencionó arriba en las creencias frente al abuso sexual infantil, estos PMC son los que naturalizan el abuso sexual infantil y no creen que deja consecuencias en los NNA víctimas, ya que hay una dinámica al interior de la familia caracterizada por establecer relaciones desiguales de poder, obediencia de los niños y las

mujeres hacia esa figura que está más alto en la jerarquía del hogar, que generalmente es el padre, sumisión, respeto unidireccional, características que legitiman el uso de diversas formas de abuso familiar. En familias con estas dinámicas se considera que el tema de las violencias es algo del ámbito de lo privado, es un tema que se convierte en un secreto familiar, que se repite de generación en generación, son familias cerradas y aisladas que no permiten la entrada de agentes externos como el estado, cualquier tipo de intervención la ven como invasiva, ya que consideran que es un tema que no les incumbe, por lo que los PMC que asumen este rol están completamente cerrados a la posibilidad de cualquier intervención psicoterapéutica, son PMC con los que por lo general no se logra iniciar un proceso, que pueden asistir forzosamente a la primera cita y desertar (Mainá, 2015, p. 16).

Esta poca apertura para participar del espacio del proceso terapéutico genera interferencia en el establecimiento de la alianza terapéutica, ya que estos PMC están a la defensiva frente al terapeuta, consideran que es alguien que no debe interferir en la dinámica familiar, por lo que esta relación va a estar marcada por la desconfianza.

Siguiendo el modelo de limitaciones frente al tratamiento de Kazdin, se reconoce que el encuentro de la familia con la terapia genera resistencias en la participación que están asociadas a deserción del tratamiento, entre estas se encuentran factores que interfieren con la participación, como que uno de los integrantes de la familia no esté de acuerdo con la asistencia al tratamiento, factores específicos de la terapia, como la percepción de que el tratamiento es muy demandante o no es relevante y factores asociados con una mala relación con el terapeuta (Como se citó en en Ormhaug & Jensen, 2016, p. 2).

Ormhaug & Jensen (2016), lograron resultados en la línea del modelo de Kazdin y encontraron que los factores relacionados con el tratamiento y con la relación terapéutica identificados en la primera cita se relacionaron con el abandono del mismo (p. 9).

11.5.3 El Demandante: Afecta de manera positiva la intervención terapéutica en el plano de los objetivos y de la relación al terapeuta. En el plano de la terapia porque cree que la situación de violencia ocurrió, reconoce que los NNA son víctimas, lo cual lo lleva a reconocer la necesidad de la psicoterapia y lo ven como un proceso que les puede ayudar, presentando adherencia, compromiso y receptividad frente al tratamiento. En cuanto al plano de la relación con el terapeuta, se encuentra que los PMC presentan una concepción positiva del terapeuta que permite que se establezca una alianza terapéutica adecuada, llevando esto a que los PMC trabajen en conjunto con el terapeuta para lograr el bienestar de sus hijos. Los resultados de la investigación demuestran que la creencia inicial de los PMC respecto a la situación de abuso sexual infantil va a tener un impacto positivo en la apertura que ellos puedan tener hacia la psicoterapia, en esta línea Reyes & Cantera (2019) reconocen el impacto que tiene en el proceso terapéutico que una madre le crea a su hijo, ya que asume una posición activa durante el proceso que beneficia de manera significativa la recuperación del niño, niña y a su grupo cercano (p. 60). Hooper se refiere al buen pronóstico que tiene en el proceso terapéutico que la madre de credibilidad al relato y coopere en el tratamiento para que su hijo pueda recuperarse y señala, además, una tendencia de los profesionales a vincularse con estas madres para lograr una intervención exitosa en la que se dé respuesta tanto a las necesidades de los niños, niñas como a las necesidades de las madres (como se citó en Jofré, 2017, p. 125). Capella et al. (2020), encontraron que en los casos en que los padres daban credibilidad a la situación de violencia sexual, asumían un rol de figura protectora, lo cual se relacionó con impacto positivo

en el proceso psicoterapéutico, estos padres presentaron adherencia, logrando finalizar el tratamiento con los objetivos terapéuticos cumplidos, además, estos casos de padres que presentaron adherencia, tuvieron una relación positiva con el terapeuta (p.132-134).

De acuerdo con lo anterior, se identifica que varios autores coinciden en el impacto positivo que tiene para el proceso psicoterapéutico que los PMC reconozcan que la situación de violencia sexual realmente les ocurrió a sus hijos, esto lo lleva a cooperar en el proceso y a fortalecerse como figuras protectoras.

12. Conclusiones

La presente investigación permitió hacer un reconocimiento de las creencias, emociones y comportamientos que asumen los PMC frente a la violencia sexual, la víctima de violencia, la psicoterapia y el psicoterapeuta, a partir de la perspectiva de los psicólogos clínicos, en las diferentes fases del tratamiento.

En la fase inicial del tratamiento se presentan tres tipos de creencias sobre el eje de la violencia sexual: La primera creencia es Negación, esta creencia se acompaña de emociones como ira y malestar que llevan a que los PMC asuman comportamientos de resistencia frente al tratamiento y de baja cooperación. La segunda creencia reconocida fue naturalización de la violencia sexual, creencia que lleva a que los PMC presenten desinterés y comportamientos evasivos frente a la psicoterapia, como excusas y justificaciones para no asistir. La tercera creencia fue reconocimiento de la situación de violencia sexual, creencia acompañada de ansiedad, llevando a presentar comportamientos de cooperación frente a la psicoterapia. Se identifica que las creencias que presentan los PMC sobre el tema de la violencia sexual influyen en las creencias, emociones y comportamientos que asumen frente a la víctima, la psicoterapia el terapeuta y la institución, por ejemplo, los padres que reconocen que la violencia sexual ocurrió, creen que esta situación daña psicológicamente al NNA, creencia que les genera emociones como miedo, tristeza y preocupación y los lleva a presentar comportamientos protectores, pero también caen en victimizar al niño definiéndolo a partir de ese evento. Frente a la psicoterapia estos PMC, creen que es algo que les puede ayudar y tienden a presentar adherencia al tratamiento y cooperación. Frente al terapeuta presentan creencias positivas, que es una persona

especializada en el tema y que los puede ayudar, les genera confianza y el comportamiento que asumen es respetuoso y receptivos frente a las orientaciones.

Por su parte los PMC que presentan negación o naturalización de la violencia sexual, no reconocen la existencia de una víctima, las emociones que les genera esta creencia son apatía, ira, presentando comportamientos poco protectores. Frente a la psicoterapia, como no identifican un problema, no reconocen la necesidad de la atención y los comportamientos que presentan son resistencia, baja cooperación y deserción. Frente al psicoterapeuta, presentan creencias negativas, emociones como desconfianza y pueden estar a la defensiva.

A partir de estas creencias, emociones y comportamientos reconocidos, se logra hacer una caracterización de los modos en que los PMC de los NNA víctimas de violencia sexual asumen el rol prescrito, subjetivo y actuado, en cada uno de las fases del tratamiento.

La información anterior permitió la construcción de la siguiente tipología de roles que pueden asumir los PMC durante cada una de las fases del tratamiento.

Al inicio del tratamiento se puede presentar el rol del incrédulo, el naturalizador y el demandante. Durante el tratamiento se puede presentar el rol comprometido, el normativo y naturalizador. Al final del tratamiento se puede presentar el rol del contador de citas y el empoderado.

Con esta tipología de roles construida, se realiza una valoración de la manera en que estos roles pueden afectar positiva o negativamente el desarrollo del proceso y el cumplimiento de los objetivos en la psicoterapia, a partir de la trayectoria que puede seguir cada uno en el proceso. El incrédulo afecta negativamente el proceso ya que puede presentar deserción del proceso o puede

seguir el proceso pero asumiendo el rol normativo y al final el rol de contador de citas, solo cumple con asistir a las citas pero no se presenta un alcance de los objetivos terapéuticos. El rol del naturalizador, es el rol que representa mayor riesgo para el proceso, ya que tienden a desertar en etapas tempranas del mismo. El rol demandante, durante el proceso puede asumir el rol de comprometido y al finalizar el rol del empoderado. Se identifica que este rol influye positivamente durante el proceso y en el logro de los objetivos terapéuticos, ya que logran terminar el proceso por cumplimiento de los mismos.

13. Lineamientos para la Intervención con Padres y Cuidadores

Los resultados de este estudio permiten reconocer los siguientes elementos importantes que deben ser tenidos en cuenta en la intervención con PMC de NNA víctimas de violencia sexual.

Lineamiento 1. Se reconoce la necesidad de que los terapeutas evalúen en el momento inicial cuáles son los roles que asumen los PMC en el proceso psicoterapéutico de violencia sexual infantil, a partir de la identificación de las creencias que tienen sobre la violencia sexual, sobre la víctima, las creencias y expectativas que tienen sobre el tratamiento y sobre el terapeuta, ya que esto le va a permitir al terapeuta identificar a tiempo en qué punto están las principales resistencias y generar estrategias para intervenirlas, de esta manera lograr prevenir el abandono y posibilitar que el tratamiento avance de manera adecuada hasta lograr el cumplimiento de los objetivos.

Lineamiento 2. Los roles identificados son incrédulo, naturalizador y demandante. Los roles que se identifican con mayor dificultad en la adherencia al tratamiento y con alta probabilidad de deserción son el rol del incrédulo y del naturalizador. La intervención terapéutica dirigida a los PMC que asumen el rol del incrédulo, debe ir orientada a la aceptación de la situación de violencia sexual infantil para que puedan tener una disposición adecuada frente a la psicoterapia y el terapeuta, además, para que logren reconocer la necesidad de tomar medidas protectoras y prevenir una nueva situación de revictimización. Si no se logra que estos PMC asuman el rol comprometido durante el proceso, es probable que se presente deserción o que sean padres y cuidadores que asuman un rol normativo y asistan a un total de citas por cumplir un requisito.

Lineamiento 3. Es importante señalar que los terapeutas deben evaluar las sensaciones, emociones que les generan estos PMC que están en una posición de negación, ya que como encontró Capella et al. (2020), pueden presentarse en ellos sentimientos de rechazo frente a estos padres y cuidadores que no cuidan y protegen, con el fin de que estos sentimientos no interfieran en la intervención que realicen.

Lineamiento 4. En cuanto a los PMC que asumen el rol naturalizador, la intervención debe ir dirigida a identificar la dinámica familiar e informar a la entidad correspondiente la necesidad de realizar intervención psicosocial y seguimiento a esta familia, debido a que por ser generalmente una familia hermética, en la que se aceptan las violencias y abusos como formas de interacción normalizadas, difícilmente van a permitir la intervención psicoterapéutica, lo cual puede llevar probablemente a que no se vinculen al proceso.

14. Análisis político

Los resultados del presente estudio, basados en las narrativas de psicólogos clínicos con experiencia en la atención psicoterapéutica de violencia sexual de NNA y sus familias, permitieron reflexionar acerca elementos importantes que se deben tener presentes en la intervención con los PMC para favorecer el desarrollo del proceso y el alcance los objetivos terapéuticos, como por ejemplo el reconocimiento de las creencias y emociones que presentan los PMC frente a la situación de violencia sexual, debido a que estas van a llevar a que los PMC asuman unos comportamientos que pueden favorecer el proceso o que pueden interferir durante el mismo, llevando en algunas ocasiones a presentar deserción.

De esta manera, a partir de estos elementos centrales, los clínicos van a contar con una tipología de roles que les va a permitir evaluar el trayecto que pueden seguir durante el proceso los PMC, teniendo en cuenta el rol que asuman en la fase inicial del tratamiento y de esta manera contar con herramientas claras en la intervención que les permitan evaluar el riesgo que tienen los PMC de presentar deserción.

Esta situación también favorece a las instituciones y programas que brindan la atención terapéutica especializada a víctimas de violencia sexual, debido a los altos costos que invierten en procesos que no finalizan de manera adecuada. Por esta razón, la presente investigación genera lineamientos puntuales que puedan ser utilizados por los terapeutas de las instituciones que brindan atención especializada en violencia sexual infantil, ya que se identifica que la intervención terapéutica con las familias en este tema que es tan sensible social y culturalmente, que está rodeado de tantos mitos que continúan ocultando esta problemática con tan alta prevalencia y que implica uno de los temas tabú en nuestra sociedad como lo es la sexualidad se

convierte en todo un reto y como tal requiere de intervenciones y estrategias especializadas que favorezcan la permanencia comprometida de las familias en los procesos.

15. Análisis de aspectos formativos

La presente investigación en el marco de la Maestría de la Salud Mental de la Niñez y la Adolescencia permitió profundizar en una de las problemáticas que tiene mayor prevalencia en la infancia y la adolescencia como lo es la violencia sexual, la cual es una temática que se requiere conocer ya que está relacionada con muchas afecciones en la salud mental, que interfieren con la calidad de vida de las personas. Esta investigación permitió, un acercamiento a esta temática desde la intervención clínica, favoreciendo el aprendizaje desde la conceptualización teórica de aspectos fundamentales para tener en cuenta en el momento de la intervención, así como también desde la práctica clínica, a través de la experiencia de los clínicos que participaron, quienes con su trayectoria en este campo logran dar una perspectiva completa del objeto de estudio de la presente investigación.

A nivel de la formación como investigadora posibilitó el acercamiento al enfoque cualitativo, a la comprensión de sus fundamentos epistemológicos y metodológicos, de igual manera, se logró el aprendizaje de los aspectos que se deben tener en cuenta en la formulación de proyectos de investigación, el desarrollo de competencias como análisis de la información, desarrollo de habilidades en la escritura y la lectura que favorecen la elaboración de informes y redacción de artículos de investigación. Este proceso contó con el acompañamiento comprometido de la Universidad CES en representación del asesor, quien de manera constante estuvo realizando orientaciones y devoluciones puntuales que afianzaron los aspectos conceptuales y metodológicos de la investigación.

16. Propuesta de transferencia de conocimiento

Se definieron los siguientes productos: Documento con lineamientos que guíen a los terapeutas en la intervención clínica con PMC en la psicoterapia de violencia sexual con NNA víctimas.

Para la socialización de resultados se proponen los siguientes productos:

- Participación en evento académico, que permita llevar los hallazgos y propuestas para la intervención clínica en violencia sexual con NNA y sus familias desde el enfoque de roles a distintos escenarios académicos.
- Artículo de investigación para ser publicado en una revista indexada.

17. Referencias

- Abel, Gene. G., Harlow, Nora. (2001). Stop Child Molestation. Estados Unidos: Xlibris Corporation.
- Almuneef, M. (2019). Long term consequences of child sexual abuse in Saudi Arabia: A report from national study.
- Amor Pérez, N., Díaz Martínez, M. V. (3013). La familia vía fundamental en el desarrollo socio-afectivo del niño de primer año de vida. 11(43), 1-6. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6320816>.
- Ardila, R. (1965). Behaviorismo: hacia una psicología científica. Revista de Psicología (Bogotá), 10 (2), 85-91.
- Arias Gallegos, W. L. (2015). Carl R. Rogers y la Terapia Centrada en el Cliente, 23(2). Recuperado de https://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2015_2/W.Arias.pdf
- Armenta, Mejía, J. (2002). DOLOR, CAOS RECUPERACIÓN: UN ENFOQUE EXPERIENCIAL APLICADO AL ABUSO SEXUAL. (31), 1-13. Recuperado de http://bibliotecaparalapersona-epimeleia.com/greenstone/collect/ecritos2/import/DOLOR_Y_CAOS..._abuso_sexual.pdf.
- Aznar Bolaño, M. (2009). Intervención con Padres en clínica de Niños. 20(3), 291-300. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v20n3/v20n3a10.pdf>.
- Bados López, Arturo & García Grau, E. (2009). El proceso de evaluación y tratamiento [en línea]. <https://www.researchgate.net/publication/39033765> El Proceso de evaluacion y tratamiento

Balash, J. R. (2007). *Conducta y Conducta, Acta Comportamentalia*, 15. 33-43.

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/actac/v15nspe/v15nspea03.pdf>

Barudy, J. (1998). El Dolor Invisible de la Infancia. *Una Lectura Ecosistémica del Maltrato Infantil*. Recuperado de: <https://bauldelibroses.files.wordpress.com/2016/02/el-dolor-invisible-de-la-infancia-jorge-barudy.pdf>

Barudy, J. (2001). El tratamiento de las familias en donde se producen abusos y malos tratos infantiles [en línea]. http://www.buentrato.cl/pdf/est_inv/violen/vp_barudy.pdf

Bericat, E. (2012). Emociones, *sociopedia.isa*. 1-13.

https://www.researchgate.net/publication/289533967_Emociones/citation/download

Bonilla-Jimenez F, Escobar J. (2017). Grupos focales: una guía conceptual y metodológica. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 9(1), 51-67. Recuperado de <http://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/jspui/bitstream/123456789/957/1/Gupos%20focales%20una%20gu%C3%ADA%20conceptual%20y%20metodol%C3%B3gica.pdf>

Botero, P. A., Garzón, S. M., Ostos, D & Ramírez, A. (2003) Desarrollo moral en la infancia: aspectos básicos. 1-5.

http://abacolombia.org.co/biblioteca_virtual/desarrollo/desarrollo02.pdf.

Burga, R. (1981). Terapia Gestáltica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 13(1), 85-96. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80513106.pdf>

Camacho, M. J. (2003). El ABC de la terapia cognitiva. [En línea]. Recuperado de: <https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>

Campo, M., S. (2004). Epistemología y Psicoterapia. *Opción*, 20(44),120-137. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31004407>.

Cantón-Cortés, D. & Cortés, M. R. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: Una revisión de las variables intervinientes. *Anales de psicología*, 31 (2), 552-561. <http://revistas.uin.es/analeps>

Capella, C. & Gutiérrez, C. (2014). Psicoterapia con niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales: Sobre la reparación, la resignificación y la superación. *Psicoperspectivas*, 13(3). 93-105. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/psicop/v13n3/art09.pdf>

Capella, C., Núñez, L., Vásquez, V., & Fuentes, S. (2020). Adherencia o deserción de adolescentes en psicoterapia por agresiones sexuales: la perspectiva de sus terapeutas. *Rev. CES Psico*, 13(3), 124-141. <https://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/5356/3254>

Carabaña, J. & Lamo de Espinosa, E. (1978). La teoría social del interaccionismo simbólico: Análisis y valoración crítica. *Reis*, 1(1), 159-203. doi: [10.2307/40176726](https://doi.org/10.2307/40176726)

Carabaña, J., Lamo de Espinosa, E. (1978). La teoría social del interaccionismo simbólico: análisis y valoración crítica. *REIS. Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (1), 160-303. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=666889>

Carrasco, M. A., González, Calderón, M. J. (2006). ASPECTOS CONCEPTUALES DE LA AGRESIÓN: DEFINICIÓN Y MODELOS EXPLICATIVOS, *Acción Psicológica*, 4(2). 7-38. <https://www.redalyc.org/pdf/3440/344030758001.pdf>

Castillo Ledo, I., Ledo González, H. I., Ramos Barroso, A. A. (2012). Psicoterapia Conductual en niños: estrategia terapéutica de primer orden. *Norte de salud mental*, 43, 30-36. Recuperado de [file:///C:/Users/Personal/Downloads/Dialnet-PsicoterapiaConductualEnNinosEstrategiaTerapeutica-3969924%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Personal/Downloads/Dialnet-PsicoterapiaConductualEnNinosEstrategiaTerapeutica-3969924%20(2).pdf)

Cohen, J., Mannarino, A. p., Kliethermes, M., Murray, L. A. (2012). Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. *Child Abuse & Neglect*, 36(6), 528-541. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.03.007>.

Cooley, C., O'Leary, P. (2008). Mothers' protection of their children after discovering they have been sexually abused: an information-processing perspective. *Child Abuse & Neglect*, 32(2). 245-259. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.06.002>

Corsi, J. (1994). Una Mirada Abarcativa sobre el problema de la violencia familiar en J. Corsi, *Violencia Familiar, una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. https://catedraunescodh.unam.mx/catedra/SeminarioCETis/Documentos/Doc_basicos/5_biblioteca_virtual/7_violencia/16.pdf

Damasio, A. (2005). *En Busca de Spinoza, Neurobiología de la Emoción y de los Sentimientos*.

Davies MG. Parental distress and ability to cope following disclosure of extra-familial sexual abuse. (1995). *Child Abuse & Neglect*, 19(4).399-408. doi: 10.1016/0145-2134(95)00010-6. PMID: 7606519.

De Grande, P. (2014). Robert K. Merton, Erving Goffman, y el recurso del rol. *Journal de Ciencias Sociales*, (3), 55-65. <https://www.aacademica.org/pablo.de.grande/39.pdf>

Del Rio, A. R. (2012). La perspectiva sistémica. Diferentes modelos y formas de intervención. En L. Lutereau (comp.), *Variantes de la cura y formas de tratamiento en Psicología*. Actas de las X Jornadas de Psicología UCES (pp. 78-90). Buenos Aires: EditUCES.

Delgado Losada, M. L. (2014). Fundamentos de Psicología Para Ciencias Sociales y de la Salud. Recuperado de <http://www.herrerobooks.com/pdf/pan/9788498352535.pdf>

Denzin, N. K. & Lincoln, S. Y. (1994). Manual de investigación cualitativa: Introducción Ingresando al campo de la investigación cualitativa. En Denzin, N. K., Lincoln (eds.) *Handbook of Qualitative Research*. California: Sage.

Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, (2)7, 162-167. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3497/349733228009.pdf>

Diez, Patricio, A. (2017). Más sobre la interpretación (II) Ideas y Creencias, *Rev. Asoc. Esp. Neurosiq*, 37(131). 127-143. doi: 10.4321/S0211-57352017000100008

Echeburúa, E. y De Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de violencia sexual en la infancia. 12(43-44), 75-82.

Echeburua, E., Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia, *Cuad Med Forense*, 12(43-44). 75-82. <https://scielo.isciii.es/pdf/cmfn43-44/06.pdf>

Echeburúa, E., De Corral, P., Amor, P. J. (2001). Estrategias de Afrontamiento ante los sentimientos de culpa, *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(116). 906-929. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7061554>

Echeburúa, E., Guerricaechavarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. *Psicología Conductual*, 19(2). 469-486.

ECPAT Internacional. (2007). Preguntas y Respuestas sobre la Explotación Sexual de Niños, Niñas y Adolescentes [en línea]. Recuperado de https://www.ecpat.org/wp-content/uploads/2016/04/faq_spa.pdf

El Tiempo. (2019). La violencia sexual un delito que se ensaña con las niñas en Colombia [en línea]. Recuperado de <https://www.eltiempo.com/mundo/latinoamerica/cifras-de-violencia-sexual-contra-menores-de-14-anos-en-colombia-2018-367806>

Elliot, A. N., Carnes, C. N. (2001). Reactions of Nonoffending Parents to the Sexual Abuse of Their Child: *A Review of the Literature*, 6(4), 314-331. Doi: <https://doi.org/10.1177/1077559501006004005>

enero de 2008): 380-380-83. <https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2008.07.004>.

Esparza, D. (1993). Maternal Support and Stress Response in Sexually Abused Girls Ages 6–12, *Issues in Mental Health Nursing*, 14(1). 85-107, DOI:10.3109/01612849309006892

Estévez, Campos, R. M., Oliva, Delgado, A., Parra Jiménez, A. (2012). Acontecimientos vitales estresantes, estilo de afrontamiento y ajuste adolescente: un análisis longitudinal de los efectos de moderación, *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(2). 39-53. <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v44n2/v44n2a04.pdf>

Feiring, C., Taska, L. S., Lewis, M. () Social Support and children's and adolescents' adaptation to sexual abuse, *Journal of interpersonal violence*, 13(2). 240-260. <https://doi.org/10.1177/088626098013002005>

Feixas, G. & Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Recuperado de <https://doku.pub/documents/aproximaciones-a-la-psicoterapia-feixas-y-miro-4qz3k8de2g0k>

Feixas, Viaplana, G., Sanchez, Rodríguez, V., Laso, E., Gómez-Jarabo, G. (2002). La resistencia en psicoterapia: el papel de la reactividad, la construcción del sí mismo y el tipo de demanda, *Análisis y Modificación de Conducta*, 28(118). 236-286.

Felzen Johnson, C. (2004). Child Sexual Abuse. 364, 462-470. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16771-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16771-8)

Finkelhor, D. (1997,1999). Child Sexual Abuse Challenges Facing Child Protection and Mental Health Professionals. En E. Ullman, W.Hilweg. (Eds.). *Childhood and Trauma – Separation, Abuse, War*. 101-115. England: Ashgate Publishing Ltd.

Fong H, Bennett CE, Mondestin V, Scribano PV, Mollen C, Wood JN. (2020). The Impact of Child Sexual Abuse Discovery on Caregivers and Families: A Qualitative Study. *Journal of Interpersonal Violence*. 35(21-22). 4189-4215.

doi:[10.1177/0886260517714437](https://doi.org/10.1177/0886260517714437)

García Peña, J. J. & Peña Londoño, E. L. (2018). Reacción psicológica ante la experiencia de abuso sexual extrafamiliar en padres de niños abusados *Psicogente* 21(40), 124-148. <https://doi.org/10.17081/psico.21.40.3079>

García, Andrade, A. (2019). Neurociencia de las emociones: la sociedad vista desde el individuo, *Sociológica*, 34(96). 39-71. <http://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v34n96/2007-8358-soc-34-96-39.pdf>

García, Jiménez, M., Blanquez, Fernández, M. S., Morales, García, M. L., (2002). Abuso sexual infantil. Credibilidad del testimonio, *Eúphoros*, (5). 37-60. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1181495>

García, Peña, J. J., Peña, Londoño, E. L. (2017). Reacción psicológica ante la experiencia de abuso sexual extrafamiliar en padres de niños abusados. *21(40)*, 378-402. Doi: <https://doi.org/10.17081/psico.21.40.3079>

García-Meraz, M. (2013). George Herbert Mead: sobre el gesto como inicio de la interacción social y el desarrollo de las interacciones sociales saludables. [En línea]. <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/727/3741>

García-Vega, L., García-Vega, Redondo, L. (2005). Conducta y conciencia. Origen histórico de dos alternativas contrapuestas en los comienzos de la psicología científica, *Universitas Psychologica*, 4(3). 385-391. <https://www.redalyc.org/pdf/647/64740312.pdf>

Gimeno-Bayon Cobos, A. (2017). Experiencia y Existencia en las psicoterapia humanistas, 28(107), 207-229. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6524251>

Giraldo Giraldo, Y. (s.f.). Desarrollo sexual y de identidad de género en niños, niñas y adolescentes [en línea]. Recuperado de <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/6eadb036-02b9-44ec-a72e-c8cf785bfc02/120+Desarrollo+sexual+y+de+identidad+de+g%C3%A9nero+en+ni%C3%B1os+y+adolescentes.pdf?MOD=AJPERES&CVID=ISuJ6IJ>

Gómez Arango, Ana Cristina (2006). Los padres en la psicoterapia de los niños. *Pensamiento Psicológico*, 2(6),103-113.[fecha de Consulta 9 de Agosto de 2020]. ISSN: 1657-8961. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=801/80100609>

Gómez Leyva, Inalvis (2006). El entorno familiar y comunitario del niño con autismo. *VARONA*, (43),45-50.[fecha de Consulta 19 de Julio de 2020]. ISSN: 0864-196X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3606/360635563011>

Gómez, F. L. (1970). La naturaleza del proceso psicoterapéutico [en línea]. Recuperado de <http://cidbimena.desastres.hn/RMH/pdf/1970/pdf/Vol38-1-1970-5.pdf>

González, Borvarán, M. E. (2001). Mujeres y violencia transgeneracional: mitos y creencias que naturalizan el maltrato en los sistemas familiares, *Revista Perspectivas*, (22). 119-137. <http://190.96.76.12/index.php/Perspectivas/article/view/451/401>

Gopalan, G., Goldstein, L., Klingenstein, k., Sicher, C., Blake, C., McKay, M. M. (2010). Engaging Families into Child Mental Health Treatment: Updates and Special Considerations, *J*

Can Acad Child Adolesc Psychiatry, 19(3). 182-196.

<https://pubmed.cesproxy.elogim.com/20842273/>

Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. 2018. Exámenes médicos legales por presunto delito sexual. Recuperado de:

<https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/386932/Forensis+2018.pdf/be4816a4-3da3-1ff0-2779-e7b5e3962d60>

Guba, E. & Lincoln, Y. (2002). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En Denman, C & J.A. Haro (comps.), Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social. El Colegio de Sonora. Hermosillo, Sonora, 2002. Pp. 113-145.

Guerra, C. & Barrera, P. (2017). Psicoterapia con víctimas de abuso sexual inspirada en la terapia cognitivoconductual centrada en el trauma. *Revista de Psicología*, 26(2), 1-13. <http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2017.47952>

Guerra, C. & Barrera, P. (2017). Psicoterapia con víctimas de abuso sexual inspirada en la terapia cognitivoconductual centrada en el trauma. *Revista de Psicología*, 26(2), 1-13. <http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2017.47952>

Gutiérrez, López, C., Lefèvre, F. (2019). Descubrimiento del abuso sexual del niño: revelación o silencio. *Revista Cubana de Salud Pública*, 45(1), 1-18. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v45n1/1561-3127-rcsp-45-01-e1320.pdf>

Hawley, K. M & Weisz, J. R. (2003). Child, Parent, and Therapist (Dis) Agreement on Target Problems in Outpatient Therapy: The Therapist's Dilemma and Its Implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 62-70. DOI: 10.1037/0022-006X.71.1.62

Hebert, M., Tremblay, C., Parent, N., Daignault, I., & PichE, C. (2006). Correlates of Behavioral Outcomes in Sexually Abused Children. *Springer*, 2, 287-299. DOI 10.1007/s10896-006-9026-2.

Henao Osorio, M. C. (enero-junio, 2013). Del surgimiento de la psicología humanística a la psicología humanista-existencial de hoy. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(1), 83-100.

Herriko Uniberstsitea, E. (s.f.). Teoría del Rol Profesional. [En línea].
<http://www.ehu.eus/xabier.zupiria/liburuak/relacion/2.pdf>

<https://gredos.org/Varios/Damasio%20Antonio%20%20En%20Busca%20De%20Spinoza.pdf>

<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/5695/1/Maina%2C%20Alvaro.pdf>

Huang, K. Y., Bornheimer, L. A., Dankyi, E. & Aikins, A. (2018). *Child Psychiatry & Human Development*, 49, 833-841 <https://doi.org/10.1007/s10578-018-0799-3>

Humanium. (s.f). Declaración de Ginebra sobre los derechos del niño [en línea].
 Recuperado de [https://www.humanium.org/es/ginebra-1924/#:~:text=La%20Declaraci%C3%B3n%20de%20Ginebra%20\(versi%C3%B3n%20franc%C3%A9s\)%20de%201924%20establece,mejor%20que%20%20%C3%A9sta%20puede%20darle.%20BB&text=El%20texto%20se%20centra%20en,asistencia%2C%20socorro%20y%20a%20la%20protecci%C3%B3n.](https://www.humanium.org/es/ginebra-1924/#:~:text=La%20Declaraci%C3%B3n%20de%20Ginebra%20(versi%C3%B3n%20franc%C3%A9s)%20de%201924%20establece,mejor%20que%20%20%C3%A9sta%20puede%20darle.%20BB&text=El%20texto%20se%20centra%20en,asistencia%2C%20socorro%20y%20a%20la%20protecci%C3%B3n.)

Humanium. (s.f.). Declaración de los derechos del niño, 1959. [en línea]. Recuperado de <https://www.humanium.org/es/declaracion->

1959/#:~:text=El%2020%20de%20noviembre%20de,la%20Resoluci%C3%B3n%201386%20(XIV).

ICBF - UNICEF - OIT - IPEC FUNDACIÓN RENACER. (2006). Plan de Acción Nacional para la Prevención y Erradicación de la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes menores de 18 años 2006-2011 [en línea]. Recuperado de <https://www.unicef.org/colombia/media/2446/file/Plan%20de%20Acci%C3%B3n%20contra%20la%20explotaci%C3%B3n%20sexual%20de%20ni%C3%B1os.pdf>

Inciarte, V. (2015). Simbología de la violencia verbal [en línea]. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Victor_Inciarte2/publication/328007044_SIMBOLOGIA_DE_LA_VIOLENCIA_VERBAL/links/5bb2848c299bf13e6059f5a5/SIMBOLOGIA-DE-LA-VIOLENCIA-VERBAL.pdf#page=4

Intebi, I. V. (s.f.). Estrategias y modalidades de intervención en abuso sexual infantil intrafamiliar [En línea]. Recuperado de: http://www.edumargen.org/docs/curso27-17/unid04/apunte08_04.pdf

Jahayra Paola Acevedo, Lambraño, J. P, Canchilla, Pérez, S. A., Páez, León, Y. R. (2020). *Revisión sistemática sobre los Mecanismos de defensa en la adolescencia*. (Tesis de Pregrado). Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín, Antioquia.

Jofré, G. D., (2017). Abuso sexual paterno-filial. Apoyo, credibilidad y protección a niñas, niños y sus madres protectoras como víctimas del delito. *Revista Electrónica Instituto de Investigaciones Jurídicas y Sociales*, (19). 118-137. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7158955>

Johnson, E., Mellor, D. (2008). Differences in Dropout between Diagnoses in Child and Adolescent Mental Health Services, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(4). 515-530.
DOI: 10.1177/1359104508096767

Kazez, Ruth. (s.f). Los estudios de casos y el problema de la selección de la muestra aportes del sistema de matrices de datos [en línea]. Recuperado de https://www.uces.edu.ar/institutos/iaepcis/8_jornada_desvalimiento/kazez.pdf

Kilroy, S. J., Egan, J., Maliszewska, A., Sarma, K. M. (2014). Implications of child sexual abuse on parents “systemic trauma”: the impact on parents whose children have experienced sexual abuse, *Journal of child sexual abuse*, 23. 481-503.
<https://doi.org/10.1080/10538712.2014.920458>

Krause, M. (1995). La Investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. *Revista temas de educación*, (7), 19-39. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/215561167_La_investigacion_cualitativa_Un_campo_de_posibilidades_y_desafios

Leifer M, Kilbane T, Grossman G. A Three-Generational Study Comparing the Families of Supportive and Unsupportive Mothers of Sexually Abused Children. *Child Maltreatment*. 2001;6(4):353-364. doi:[10.1177/1077559501006004008](https://doi.org/10.1177/1077559501006004008)

Ley 1098 de 2006. Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. Noviembre 8 de 2006. DO. N° 46.446.

Ley 1146 de 2007. Por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes. Julio 10 de 2007. DO. N° 46685.

Llanos, T.M. & Sinclair, C. A. (2001). Terapia de Reparación en Víctimas de Abuso Sexual Aspectos Fundamentales. 10(2), 1-22. Recuperado de http://www.buentrato.cl/pdf/est_inv/violen/vp_llanos.pdf .

Lovett BB. (1995). Child sexual abuse: the female victim's relationship with her nonoffending mother. *Child Abuse Neglect*, 19(6):729-738. doi: 10.1016/0145-2134(95)00030-c. PMID: 7552841.

Mainá, A. (2003). ABUSO SEXUAL INFANTIL INTRA-FAMILIAR EN UN SISTEMA QUE SISTEMATIZA EL ABUSO ¿Naturalización de lo impensable? (Tesis de Pregrado). Universidad de La República, Montevideo-Uruguay.

Martín- Cala, Martín, & Tamayo- Megret, Minervy (2013). Funciones básicas de la familia. Reflexiones para la orientación psicológica educativa. *EduSol*, 13(44),60-71.[fecha de Consulta 11 de Agosto de 2020]. ISSN: . Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4757/475748683007>

Martínez Carazo, P. C. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y Gestión*, 20, 165-193. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64602005>

Martínez-Bustos, N.M., Calvo-Mejía, G.I. y Sánchez-Jiménez, M.H. (2019). Familia, abuso sexual infantil y proceso de afrontamiento psicosocial. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 11(1), 11-29. [http://vip.ucaldas.edu.co/revlatinofamilia/downloads/Rlef11\(1\)_2.pdf](http://vip.ucaldas.edu.co/revlatinofamilia/downloads/Rlef11(1)_2.pdf)

Messent, Philip. «The place of family therapy in modern British child psychiatry». *Psychiatry* 7, n.º 9 (1 de

Montañés, M., Bartolomé, R., Montañés, J., Parra M. (2008). Influencia del contexto familiar en las conductas adolescentes. *Ensayos*, (17), 391-407. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3003557>

Moraga, V. N. (2011). La conducta interaccional desde la perspectiva el concepto rol social. [En línea]. <http://repositoriodigital.uct.cl/handle/10925/109>

Morales Pillado, C., García Tabuyo, M., Alvarez Ortiz, C., Gervás Sanz, M., Pardo Cebrián, R., Pérez Cabrero, O., ... Santacreu Ivars, M. (2015). GUIA DE INTERVENCIÓN CLINICA INFANTIL. 1-113.

Murillo, J. (s.f.). Teoría fundamentada o grounded Theory [en línea]. Recuperado de <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2016/01/Teoriafundamentada.-Una-sintesis.-pdf.pdf>

Musitu, G., Cava, M. J. (2001). La Familia como contexto educativo. En J. M. Steve & A. L. Pérez. (Eds.), *La Familia y la Educación* (pp 13-66). Barcelona: Ediciones Octaedro, S.L.

Oliva, A. (2006). Relaciones familiares y desarrollo adolescente. *Anuario de psicología*, (37)3, 209-223. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=97012834001>

Onofrio, G. B. (2014-2016). Manual de Psicoterapias. Importancia de las psicoterapias en Psiquiatría desde diferentes perspectivas. Recuperado de <http://www.apalweb.org/docs/manualpsicoterapias.pdf>

ONU. (1985). Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder [en línea]. <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/victimsofcrimeandabuseofpower.aspx>

ONU. (2014). Prevención y eliminación del matrimonio infantil, precoz y forzado [en línea]. Recuperado de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2014/9585.pdf>

Organización de las Naciones Unidas. (2000). Protocolo facultativo de la convención sobre los derechos del niño relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía [en línea]. Recuperado de <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/S2002080506-00332271.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (1999). Informe de la Reunión consultiva sobre el Maltrato de Menores [en línea]. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66734/WHO_HSC_PVI_99.1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Panamericana de la Salud. (2003). Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud [en línea]. Recuperado de https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/Informe_Mundial_Salud.pdf

Ormhaug, S. M., Jensen, T. K. (2016). Investigating treatment characteristics and firstsession relationship variables as predictors of dropout in the treatment of traumatized youth, *Psychotherapy Research*. DOI: 10.1080/10503307.2016.1189617

Palazzesi, A. (2014). Tratamientos psicoterapéuticos brindados a víctimas de violencia sexual en Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 11(1), 69-77. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4835/483547665009>

Papalia, D., Wendkos Old, S., Duskin Feldman, R. (2009). *Psicología del Desarrollo. De la infancia a la adolescencia*. Recuperado de <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2019/04/Papalia-y-Otros-2009-psicologia-del-desarrollo.-Mac-GrawHill.-pdf.pdf>

Pereda, N. (2011). Resiliencia en niños víctimas de abuso sexual: el papel del entorno familiar y social, *Educación Social*, (49), 103-114.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3829414>

Perez- Sánchez, L., Parra- Jiménez, E. L. & Espinoza- Parra, I. M. (2014). Introducción a la psicoterapia. Recuperado de

Piaget, J. (1991). Seis estudios de psicología. España, Barcelona: EDITORIAL LABOR, S.A.

Pinheiro, P. S. (s. f.). Informe Mundial sobre la violencia contra los niños y las niñas [en línea]. Recuperado de
[https://www.unicef.org/republicadominicana/Informe_Mundial_Sobre_Violencia_1\(2\).pdf](https://www.unicef.org/republicadominicana/Informe_Mundial_Sobre_Violencia_1(2).pdf)

Podcamisky Garber, M. (2006). El rol desde una perspectiva vincular. Reflexiones, 85(1-2), 179-187. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72920817012>.

Pons Diez, X. (2010). La aportación a la psicología social del interaccionismo simbólico: Una revisión histórica. *eduPsykhé*, 9(1), 23-41. Recuperado de
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3268858>

Psiquiatría Clínica: Aspectos clínicos y terapéuticos de los trastornos mentales., Capítulo: Introducción a la psicoterapia., Publisher: Aula Médica. Madrid., Editors: Hidalgo, R. Díaz, pp.403-420.

Regehr C. (1990). Parental responses to extrafamilial child sexual assault. *Child Abuse & Neglect*. 14(1).113-120. doi: 10.1016/0145-2134(90)90086-9. PMID: 2310966.

Resolución 0459 de 2012. Por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. Marzo 6 de 2012.

Reyes Legaza, C., y Cantera Rey, C. (2019). La “carrera moral” de las madres que sobreviven al abuso sexual de sus hijos/as. *Revista de Treball Social*, 217, 55-71. DOI: 10.32061/RTS2019.217.03

Rodríguez Cely, Leonardo Alberto (2003). Intervención interdisciplinaria en casos de abuso sexual infantil. *Universitas Psychologica*, 2(1), 57-60. [fecha de Consulta 6 de Noviembre de 2021]. ISSN: 1657-9267. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64720108>

Rodríguez Morejón, A. (2019). *Manual de Psicoterapias Teorías y Técnicas*. España: Herder.

Rodríguez, Marín, J., Pastor, M. A., López, Roig, S. (1993) .Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad, *Psicothema*, 5. 349-372. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7199/7063>

Salamanca Castro, A. B & Martín-Crespo Blanco, C. (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. *Nuere investigación*, (27), 1-4. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/290779618> El muestreo en la investigación cualitativa

Sánchez-Mecal, J., Rosa-Alcázar, A. I. & López-Soler, C. (2011). The psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: A meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), 67-93. Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-371.pdf

Sierra, J. C. (2003). Ansiedad, Angustia y Estrés: Tres conceptos a diferenciar, *Revista Mal-estar e subjetividade/fortaleza*, 3(1). 10-59. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v3n1/02.pdf>

Stassen Berger, Kathleen. (2006). *Psicología del Desarrollo Infancia y Adolescencia*. Recuperado de https://books.google.com.co/books?hl=en&lr=&id=sGB87-HX-HQC&oi=fnd&pg=PR13&dq=psicologia+del+desarrollo+infantil&ots=cJty9j9irx&sig=resCLTnLFmcN_CPIAt7Zwc9UHeE#v=onepage&q&f=false

Staudt, M. (2007). Treatment Engagement with Caregivers of At-risk Children: Gaps in Research and Conceptualization, *J Child Fam Stud*, 16. 183-196. DOI 10.1007/s10826-006-9077-2

Strauss A, Corbin J. (2002). Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada [En línea]. Medellín (Antioquia, Colombia): Universidad de Antioquia y SAGE; 354 p. Recuperado de: <https://diversidadlocal.files.wordpress.com/2012/09/bases-investigacion-cualitativa.pdf>

Strauss, A., Corbin, J. (2002). *Bases de la Investigación Cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.

The National Child Traumatic Stress Network. (s.f.). Desarrollo Sexual y conducta de los niños [en línea]. Recuperado de <http://www.ncsby.org/sites/default/files/Spanish-%20Sexual%20Development%20and%20Behavior%20in%20Children%20--%20NCTSN%20NCSBY.pdf>

Tremblay C, Hébert M, Piché C. (1999). Coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims. *Child Abuse & Neglect*, 23(9).929-945. doi: 10.1016/s0145-2134(99)00056-3. PMID: 10505906.

UNICEF. (2011). Guía Clínica. Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años víctimas de abuso sexual [en línea]. Recuperado de <https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/Guia%20Clinica%20ABUSO%20SEXUAL.pdf>

UNICEF. (2011). Manual para la prevención de la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes desde el sector turismo [en línea]. Recuperado de https://www.unicef.org/republicadominicana/MANUAL_ESC_Turismo_IMPONENT-18-11-2011.pdf

Universidad del País Vasco. (s.f.). Teoría del Rol. Rol profesional [en línea]. <http://www.ehu.eus/xabier.zupiria/liburuak/relacion/2.pdf>

Urrea Medina, E., Núñez Carrasco, R., Retamal Valenzuela, C. & Jure Cares, L. (2014). Enfoques de estudio de casos en la investigación de enfermería. *Ciencia y enfermería*, 20(1), 131-142.

Vallejo Samudio, A. R. & Córdoba Arévalo, M. I. (2012). Abuso sexual tratamientos y atención. *Revista de psicología*, 30(1), 19-46. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/psico/v30n1/a02v30n1.pdf>

Vallejo Samudio, A. R. & Terranova Zapata, L. M. (2009). Estrés Postraumático y Psicoterapia de Grupo en Militares. *Terapia Psicológica*, 27(1), 103-112. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v27n1/art10.pdf>

Vasilachis de Gialdino, I., Ameigeiras, A. R., Chernobilsky, L. B., Béliveau, V. G., Mallimaci, F., Mendizábal, N., ... Soneira, A. J. (2006). Estrategias de investigación cualitativa (falta referencia del libro estrategias de la investigación cualitativa). Barcelona, España: Editorial Gedisa, S.A.

Velázquez Velázquez, M., Delgadillo Guzmán, L. G. & González Villanueva, L. (2013). Abuso sexual infantil, técnicas básicas para su atención. *Rev. Reflexiones*, 92(1), 131-139. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/729/72927050010.pdf>

Zapata, V. (1995). Historia del niño. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia

ANEXO 1

Guía de entrevista semiestructurada

Instrumentos de generación de información:

Diseño de la entrevista

A continuación, se presenta la estructura sobre la que se construyó la entrevista.

Primera fase Vinculación al espacio terapéutico

Eje I Psicoterapia: De acuerdo con la teoría del interaccionismo simbólico, el comportamiento de los seres humanos está asociado con el significado de las ideas en la mente, por lo cual es necesario identificar qué significado tiene para los padres, madres y/o cuidadores la psicoterapia de abuso sexual infantil y la asistencia a la misma.

- ¿Cómo llegan los padres al inicio del proceso psicoterapéutico?
- ¿Cuáles son las creencias más frecuentes?
- ¿Con cuáles mitos llegan los padres y cuidadores sobre la psicoterapia?
- ¿Cuáles son los prejuicios?
- ¿Cuáles son las principales expectativas frente al proceso?
- ¿Cuáles son las principales resistencias que ponen los papás y cuidadores al inicio del proceso?
- ¿Cómo es la asistencia de los padres y cuidadores al inicio del proceso?
- ¿Cuáles son las emociones con las que llegan los padres y cuidadores?
- ¿Cuál es la actitud de los padres y cuidadores frente al proceso?
- ¿Cuáles son las funciones de los padres y cuidadores en ese momento inicial?

Eje II Terapeuta: identificar cuál es el significado que construyen los padres del psicoterapeuta que acompaña el proceso.

- ¿Cuáles son las principales limitaciones en el establecimiento de la empatía?
- ¿Qué aspectos favorecen la empatía con los padres, madres o cuidadores?
- ¿Cuáles son las creencias que los padres, madres o cuidadores tienen sobre el terapeuta?
- ¿Cuáles son las expectativas que los padres, madres o cuidadores tienen sobre el terapeuta?
- ¿Cuál es la posición de los padres, madres o cuidadores frente al encuadre?
- ¿Cuáles son los prejuicios más comunes que tienen los padres, madres o cuidadores frente al terapeuta?
- ¿Cuál es la actitud de los padres, madres o cuidadores frente al terapeuta?
- ¿Qué barreras se identifican en el establecimiento de la alianza terapéutica?
- ¿Cómo es el trato de los padres, madres o cuidadores hacia al terapeuta?
- ¿Cuáles son las reacciones emocionales más frecuentes de los padres, madres o cuidadores frente al terapeuta?
- ¿Cómo identifica usted que los padres, madres o cuidadores sienten contención por parte del terapeuta?

Eje III Violencia sexual infantil: se busca identificar el significado que tiene para los padres, madres o cuidadores la situación de presunta violencia sexual por la que llegan los niños, niñas y adolescentes a la institución.

Primera fase: Vinculación al espacio terapéutico

- ¿Cuáles son los pensamientos más frecuentes que tienen los padres, madres o cuidadores sobre el abuso sexual infantil?
- ¿Cuáles son los mitos más recurrentes que se identifican en los padres, madres o cuidadores sobre la situación de violencia sexual infantil?
- ¿Cuáles son las reacciones emocionales más comunes en los padres, madres o cuidadores frente a la situación de violencia sexual infantil?
- ¿Cómo reconocen los padres, madres o cuidadores la situación de violencia sexual infantil como un problema?
- ¿Cuáles son las actitudes de los padres, madres o cuidadores frente a la situación de violencia sexual infantil?
- ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento más frecuentes que emplean los padres, madres o cuidadores?

Eje IV Institución: Identificar que significados tiene para los padres, madres o cuidadores la institución a la que asisten a psicoterapia desde la perspectiva de los clínicos.

Primera fase: Vinculación al espacio terapéutico

- ¿Cuáles son los pensamientos que identifican con mayor frecuencia en los padres, madres o cuidadores acerca de asistir institución (lugar de apoyo psicoterapéutico)?
- ¿Cuáles son los prejuicios que identifican en los padres, madres o cuidadores sobre asistir a la institución?

- ¿Cuáles son las creencias que identifican en los padres, madres o cuidadores sobre la institución?
- ¿Cuáles son las reacciones que identifican que les genera a los padres, madres o cuidadores asistir a la institución?
- ¿Qué significado tiene para los padres, madres o cuidadores asistir a la institución?
- ¿Qué tipo de actividades favorecen la vinculación de los padres, madres o cuidadores al proceso?
- ¿Cómo es la asistencia de los padres, madres o cuidadores a grupos terapéuticos o talleres grupales?
- ¿Cómo las actividades que ofrece la institución favorecen el tratamiento?
- ¿Cuáles son los pensamientos recurrentes que ha identificado tienen los padres, madres o cuidadores sobre la institución?
- ¿Cuáles son las reacciones recurrentes en los padres, madres o cuidadores relacionadas con la asistencia a la Institución?

Eje V Frente a la víctima de violencia sexual: cuál es la concepción que tienen los padres, madres o cuidadores sobre la víctima de violencia sexual infantil.

Primera fase: Vinculación al espacio terapéutico

- ¿Cuál es la concepción que tienen los padres, madres o cuidadores sobre el niño, niña o adolescente víctima de violencia sexual?
- ¿De qué forma los padres, madres o cuidadores creen o no en el relato de la víctima o aceptan la situación de violencia sexual?
- ¿Cómo apoyan los padres, madres o cuidadores al niño, niña, adolescente víctima?

- ¿Cuáles son las reacciones emocionales más frecuentes en los padres, madres o cuidadores frente a la víctima?

- 2. ¿Todo esto que hemos, los padres, madres y cuidadores en relación con los cinco ejes, la psicoterapia, el psicoterapeuta, la situación de violencia sexual, la institución y la concepción sobre la víctima, cómo cambia durante el proceso?

- 3. ¿Cómo cambia todo lo que hemos hablado durante el final, Cómo se finaliza el proceso clínico que evidencie los cambios en cada una de las relaciones que se establecieron?

¿Cómo se dan esos cambios una a una las relaciones?

- 4. Para concluir ¿cuáles son las principales características de los padres de los padres que afectan el tratamiento como tal?

- 5. ¿Tiene algún comentario para agregar?

ANEXO 2

Formato de carta de invitación

Fecha:

Doctor(a)

Nombre del Psicoterapeuta

Asunto: Invitación

Cordial saludo,

Dada su trayectoria profesional, usted han sido seleccionada para participar como experta del sector salud en el tema de psicoterapia en abuso sexual infantil en la realización de una entrevista dentro de la investigación *“Roles de los padres, madres y cuidadores en el proceso psicoterapéutico de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual desde la narrativa de los clínicos”*, proyecto realizado como requisito de investigación en el marco de la Maestría en Salud Mental de la Niñez y la Adolescencia de la facultad de la universidad CES, y que cuenta con el respaldo teórico y metodológico del grupo de investigación de Psicología, Salud y Sociedad de la facultad de psicología de la misma universidad. La investigación tiene como objetivo comprender como los roles que asumen los padres, madres y cuidadores principales afectan el proceso psicoterapéutico de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual.

Le estamos invitando a participar de una entrevista de 60 minutos aproximadamente, que tiene como propósito identificar información relevante respecto a los siguientes ejes:

- Psicoterapia
- Psicoterapeuta
- Motivo de consulta
- Institución
- Concepción sobre la víctima

La sesión será grabada, para lo cual se les solicitará, si están de acuerdo firmar un consentimiento informado, que se le enviará adjunto con la presente carta de invitación.

Para finalizar reiteramos nuestro agradecimiento por sus valiosos aportes, igualmente le informamos que, como parte de los compromisos del proceso de investigación, le compartiremos un resumen de los resultados y procuraremos su socialización en alguno de los encuentros nacionales organizados por Ministerio de Salud y Protección Social los hallazgos más relevantes del proceso investigativo.

Si requiere más información sobre la investigación se puede comunicar con la investigadora principal, Claudia Milena Orozco Molina al teléfono 3193236952 y al correo electrónico orozco.claudia@uces.edu.co o con el asesor de la investigación Cristóbal Ovidio Muñoz al teléfono 3176848355 o al correo omunoz@ces.edu.co.

De antemano, agradecemos su tiempo y colaboración ya que sus respuestas serán de gran utilidad para los fines de esta investigación.

Cordialmente,

Claudia Milena Orozco Molina
Investigadora Principal

ANEXO 3

Consentimiento informado Entrevista Semiestructurada

Consentimiento informado

Nombre del participante _____

Fecha _____ Lugar _____

1. **TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:** Roles de los padres, madres y cuidadores en el proceso psicoterapéutico de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual desde la narrativa de los clínicos

2. EXPLICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

a. **Justificación y objetivos:** El abuso sexual infantil es una problemática que se presenta con alta prevalencia en el departamento, por lo cual requiere buscar aportar a la solución. La presente investigación pretende aportar conocimientos y elementos que favorezcan la práctica clínica en abuso sexual infantil. Su objetivo principal es comprender como los roles que asumen los padres, madres y cuidadores afectan el proceso psicoterapéutico de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual.

b. Procedimientos:

Primero se contactará a los participantes de la investigación, se presentará la investigación.

Se presentaran a cada uno los consentimientos informados y se brindaran recomendaciones a tener en cuenta durante las entrevistas.

Se realizarán entrevistas semiestructuradas y grupos focales.

Se realizará el procedimiento de análisis de datos descrito en el proyecto.

a. **Riesgos e incomodidades:** Es posible que durante el desarrollo de las entrevistas o los grupos focales se pueda presentar incomodidad en los participantes relacionada con el cansancio o con las preguntas acerca de su ejercicio profesional.

b. **Beneficios:** La participación en el estudio puede favorecer el ejercicio de los psicólogos clínicos y a las instituciones que atienden esta problemática, ya que puede generar factores

comprendidos del mismo, entre ellos contar con elementos claros que influyen en la deserción del proceso psicoterapéutico y cuáles favorecen la adherencia al tratamiento, para lograr mejores resultados en la recuperación de los niños, niñas y adolescentes.

c. Responsabilidades que asumen los investigadores frente a los riesgos e incomodidades que genere la participación en la investigación: Si se observa incomodidad en alguno de los participantes se suspende la entrevista.

d. Consideraciones éticas:

La investigación garantiza el anonimato de los participantes debido a la importancia y respeto a la dignidad y valor del individuo, además el respeto por el derecho a la privacidad. La investigadora se compromete a no informar en sus publicaciones, ninguno de los nombres de los participantes ni otra información que permitiera su identificación, por lo que se utilizarán seudónimos. Los derechos morales corresponden a sus autores.

La participación suya en este estudio es completamente voluntaria. Usted tiene plena libertad para abstenerse de responder total o parcialmente las preguntas que le sean formuladas y a terminar su colaboración cuando a bien lo considere.

Los fines de la presente investigación son eminentemente académicos y profesionales y no tienen ninguna pretensión económica. Por tal motivo, la colaboración de los participantes es totalmente voluntaria y no tiene ningún tipo de contraprestación económica ni de otra índole.

Usted podrá solicitar la información que considere necesaria con relación a los propósitos, procedimientos, instrumentos de recopilación de datos y cualquier otra información sobre la investigación, cuando lo estime conveniente.

Los investigadores se comprometen a clarificar oportunamente cualquier duda sobre la investigación que usted tenga. Para esto usted podrá comunicarse con **Claudia Milena Orozco Molina**, correo: orozco.claudia@uces.edu.co

e. Observaciones adicionales:

Declaro que he leído o me fue leído este documento en su totalidad y que entendí su contenido e igualmente, que pude formular las preguntas que considere necesarias y que estas me fueron respondidas satisfactoriamente. Por lo tanto decido participar DE MANERA LIBRE Y VOLUNTARIA EN esta investigación. Por lo anterior autorizo a Claudia Milena Orozco Molina (estudiante de la Maestría en Salud Mental de la niñez y la adolescencia) para realizar los anteriores procedimientos.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
C.C.

FIRMA INVESTIGADOR PRINCIPAL
C.C.

FIRMA TESTIGO

NOMBRE

C.C.

DIRECCION

RELACION CON EL PARTICIPANTE

FIRMA TESTIGO

NOMBRE

C.C.

DIRECCION

RELACION CON EL PARTICIPANTE