



Psicoterapia grupal para adolescentes expuestos a violencia interpersonal en lista de espera en centros especializados: aplicabilidad en Chile

Group psychotherapy for adolescents exposed to interpersonal violence on the waiting list in specialized centers: applicability in Chile

Cristóbal Guerra^{1a} <https://orcid.org/0000-0003-1827-0634>

Emily P. Taylor² <https://orcid.org/0000-0001-5888-7239>

Edgardo Toro³ <https://orcid.org/0000-0001-8502-1844>

Cristián Pinto-Cortéz⁴ <https://orcid.org/0000-0003-4311-9135>

Yulitza Godoy-San-Martín^{1b} <https://orcid.org/0009-0009-1972-8388>

Génesis Parra-Maldonado^{1b} <https://orcid.org/0009-0003-2364-6461>

Simone Quiroga-Letelier^{1b} <https://orcid.org/0009-0005-6881-0469>

Javiera Toro-Lobos⁵ <https://orcid.org/0009-0009-1157-3801>

¹ Universidad Santo Tomás, ^a Facultad de Ciencias Sociales, ^b Escuela de Psicología, Viña del Mar, Chile. E-mail: cristobalguerra@santotomas.cl; yuli.bgs8601@gmail.com; ps.genesisparra@gmail.com; quirogapsico23@gmail.com

² University of Edinburgh, School of Health in Social Science, Edimburgo, Reino Unido. E-mail: emily.taylor@ed.ac.uk

³ Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Escuela de Trabajo Social, Valparaíso, Chile. E-mail: edgardo.toro@pucv.cl

⁴ Universidad de Tarapacá, Escuela de Psicología y Filosofía, Arica, Chile. E-mail: cpinto@academicos.uta.cl

⁵ Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Antropología, Santiago, Chile. E-mail: jatoro2@uc.cl

RESUMEN

Antecedentes: En Chile existen grandes listas de espera de adolescentes víctimas de violencia interpersonal que requieren atención especializada. Un reciente estudio piloto entrega evidencia preliminar en favor de psicoterapias grupales poco invasivas (centradas en la estabilización de síntomas) durante el tiempo de espera. Sin embargo, queda pendiente conocer más sobre su proyección en el contexto nacional. **Objetivo:** Evaluar la aceptabilidad y aplicabilidad de las intervenciones grupales con adolescentes de lista de espera en el contexto chileno. **Método:** Por medio de una encuesta de preguntas abiertas y de una entrevista semiestructurada se obtuvo el testimonio de 85 personas involucradas en la experiencia piloto de intervenciones grupales (pacientes, adultos responsables, terapeutas y profesionales de centros especializados). Las respuestas de los participantes fueron sometidas a un análisis cualitativo temático. **Resultados:** Los y las participantes tienen una valoración favorable de estas intervenciones, sin embargo, se destaca que su implementación en el contexto chileno presenta desafíos clínicos y a nivel contextual. Estos desafíos incluyen aspectos operativos, técnicos, presupuestarios y vinculados a la generación de políticas públicas. **Conclusiones:** Pese a la evidencia preliminar de utilidad de las intervenciones es necesario resolver problemas de implementación antes de su aplicación más frecuente en Chile.

Palabras clave: psicoterapia grupal, violencia interpersonal, adolescencia

ABSTRACT

Background: In Chile, there are long waiting lists for adolescents who are victims of interpersonal violence and require specialized care. A recent pilot study provides preliminary evidence in favour of minimally invasive group psychotherapies (focused on symptom stabilization) during the waiting period. However, more needs to be learned about their impact in the national context. **Objective:** To evaluate the acceptability and applicability of group interventions with adolescents on the waiting list in the Chilean context. **Method:** Using a open ended survey and a semi structured interview, the testimony of 85 people involved in the pilot experience of group interventions (patients, responsible adults, therapists, and staff at specialized centres) was obtained. The data were analysed qualitatively thematic analysis. **Results:** The participants have a favourable evaluation of these interventions; however, it is noted that their implementation in the Chilean context presents clinical and contextual challenges. These challenges include operational, technical, budgetary, and public policy-making aspects. **Conclusions:** Despite the preliminary evidence of the usefulness of the interventions, implementation problems must be resolved before their more widespread application in Chile.

Keywords: group psychotherapy, interpersonal violence, adolescent



©2025
Terapia
Psicológica

Recibido: 27 de febrero de 2025 – Aceptado: 12 de agosto de 2025

Introducción

La violencia interpersonal (VI) corresponde a la violencia infligida por uno o más individuos en contra de otros (Kilpatrick, 2004), reconociéndose como un problema de salud pública, dado que afecta a miles de millones de personas anualmente (World Health Organisation, 2022). En Chile, la última encuesta nacional de victimización aplicada a 13.385 adolescentes reporta la prevalencia de distintos tipos de VI en el último año: 46% para violencia por delitos comunes, 39% para violencia por parte de cuidadores, 36% para violencia de pares, 21% para violencia online y 18% para violencia sexual (Subsecretaría de Prevención del Delito, 2023).

Las víctimas de VI pueden desarrollar estrés postraumático (TEPT), TEPT complejo, trastornos ansiosos y del estado del ánimo (Sachser et al., 2017). Asimismo, la VI aumenta los costos de los servicios de salud, sociales y judiciales, debido al amplio volumen de personas que requieren de atención (Heredia- Martínez y Bergonzoli, 2023).

Los modelos de intervención para tratar las consecuencias de la VI históricamente han sido individuales y han tendido a ser largos y desestructurados. No obstante, en los últimos veinte años, se ha desarrollado una base de evidencia en Norteamérica y Europa que respalda enfoques estructurados y breves, focalizados en el trauma y en el afrontamiento de recuerdos traumáticos, entre los que destacan la terapia de exposición y la terapia de desensibilización por movimiento ocular (ej. Gilboa-Schechtman et al., 2010; Karadag et al., 2019).

El avance en el estudio de las consecuencias de la VI y el reconocimiento del TEPT complejo han obligado a desarrollar modelos más prácticos e innovadores (de Jongh et al., 2016). Personas expuestas a traumas interpersonales sostenidos y graves, o bien personas expuestas a polivictimización, presentan síntomas complejos que incluyen autolesiones, tendencias suicidas, dificultades para desarrollar y mantener relaciones interpersonales saludables y una baja autoestima que interfiere con la confianza en su capacidad para beneficiarse de la terapia, en la capacidad de confiar en los terapeutas y de adherir a las intervenciones (Cloitre, et al., 2012; van der Kolk, 2005; World Health Organisation, 2019).

En respuesta a esto, se ha sugerido utilizar enfoques basados en tres fases, a diferencia de las terapias tradicionales únicamente centradas en la exposición (Greenberg, 2020). La primera fase está centrada en generar seguridad y estabilización para que la persona sienta suficiente confianza en la relación terapéutica y desarrolle habilidades básicas de regulación emocional y afrontamiento para una posterior exposición a los recuerdos traumáticos (Cloitre et al., 2014). La segunda fase -que coincide con las intervenciones típicas para el TEPT- se centra en la exposición y elaboración de recuerdos traumáticos, mientras que la tercera fase prepara a la persona para la vida después de la terapia (Cloitre et al., 2011; Herman, 1997). Una reciente revisión sistemática encontró que las intervenciones centradas en fases

aplicadas a niños, niñas y adolescentes tendrían una efectividad levemente superior que las únicamente centradas en la exposición (Darby et al., 2023), aunque aún la evidencia es preliminar.

Los modelos centrados en fases con mayor evidencia son la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma (TF-CBT), la terapia dialéctica conductual para el TEPT, el entrenamiento de habilidades en regulación afectiva e interpersonal y la terapia de procesamiento cognitivo (Darby et al., 2023; Dorsey et al. 2011; Gillies et al., 2013; Konanur et al., 2015; Morina et al., 2016). Sin embargo, aun siendo efectivas, las terapias psicológicas son costosas de administrar, e incluso en los países de altos ingresos no se logra satisfacer la demanda (Ansell et al., 2017).

Los adolescentes en lista de espera tienden a perder la confianza en el sistema, por lo que disminuiría su posterior compromiso con los tratamientos (Ansell et al., 2017; Crouch et al., 2019; Westin et al., 2014) y aumentarían los síntomas de estrés, ansiedad, sentimientos de tristeza, conductas autolesivas y problemas de adaptación escolar (Fernández et al., 2024; Subotic-Kerry et al., 2023).

En Chile, las víctimas de VI que tienen menos de 18 años son atendidas por centros dependientes del Servicio Nacional de Protección a la niñez y adolescencia. Aunque cada año se abren nuevos centros especializados (llegando a atender anualmente a 198,326 niños, niñas y adolescentes) el sistema no cumple con la demanda (Inostroza-Araos, 2019; Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, 2023), generándose largas listas de espera (alrededor de 14.301 casos anuales), destacándose que el 70,7% espera entre 7 y 8 meses por un cupo de atención (Defensoría de la Niñez, 2022a; Defensoría de la Niñez, 2022b).

En este escenario, las intervenciones grupales aparecen como una alternativa para tratar a un mayor número de pacientes a un menor costo y así reducir las listas de espera (Black et al., 2012). Cada vez hay más evidencia en favor de las intervenciones grupales para los adolescentes expuestos al trauma (Grassetti et al., 2015; Guerra et al., 2023; Habib et al., 2013; Habigzang et al., 2016), en parte porque favorecen el apoyo entre pares que han vivido situaciones similares (Batkin-Khan y Aronso, 2007), aunque se advierte que se debe evitar la sobreexposición en el grupo para que no se reproduzcan interacciones revictimizantes (Deblinger et al., 2016; Guerra et al., 2022).

Experiencia piloto en Chile

Guerra et al. (2024) evaluaron el efecto de intervenciones grupales centradas en la fase 1 (seguridad y estabilización) en adolescentes en lista de espera para centros especializados en reparación del maltrato infantil grave dependientes de una ONG de la Región de Valparaíso. Estas intervenciones fueron diseñadas siguiendo lineamientos de la evidencia

internacional y las sugerencias de profesionales chilenos que trabajan en centros especializados (Guerra et al., 2022). El objetivo fue que, en lugar de mantenerse en lista de espera pasiva, los adolescentes participen en una intervención poco invasiva para estabilizar su sintomatología.

Se invitó a 117 adolescentes de los cuales 67 (57,3%) asistieron a uno de tres modelos de intervención grupal entre mayo de 2022 y octubre de 2023. Quienes declinaron participar aludieron a dos razones: temor a contagiarse de COVID-19 y no sentirse cómodos en un espacio grupal. Las intervenciones fueron TF-CBT, terapia interpersonal (IPT) y arteterapia (AT) (Guerra et al., 2024). En todos los casos se realizó una sesión individual con cada adolescente y su adulto/a responsable, 12 sesiones grupales semanales con los adolescentes (1,5 a 2 horas, en grupos de 8-10 adolescentes, facilitadas por dos terapeutas) y cuatro sesiones psicoeducativas con los/as adultos responsables (realizadas en la semana 1, 6, 7 y 12 por dos terapeutas adicionales). En los tres modelos se trabajó en el reconocimiento, manejo de emociones y estrategias de afrontamiento. Se evaluó el cambio en la sintomatología de TEPT, depresión, problemas interpersonales y problemas de autorregulación. Al finalizar las intervenciones grupales, los adolescentes ingresaron a los centros especializados a continuar con la intervención reparatoria tradicional.

Los tres modelos lograron mantener estables los síntomas, e incluso existió reducción de sintomatología. El grupo de TF-CBT presentó una disminución significativa de TEPT, depresión y problemas de autorregulación, que se mantuvo en el seguimiento de dos meses. El grupo IPT presentó disminución significativa de TEPT y problemas de autorregulación, también hasta el seguimiento. El grupo de AT disminuyó el TEPT y los problemas interpersonales, aunque solo los cambios en el TEPT se mantuvieron en el seguimiento (Guerra et al., 2024).

De las 67 personas que iniciaron la intervención 52 la terminaron, por lo que la tasa de abandono fue del 22%. En la mayoría de los casos este abandono fue asociado a decisiones clínicas (adolescentes que revelaron nuevas situaciones de abuso que hicieron necesario acelerar su ingreso a intervención individual) o razones prácticas (contagio de COVID-19, imposibilidad para asistir por horario o dificultades de desplazamiento). Solo en tres casos no se conoció una razón de peso para dejar de asistir (uno en cada grupo). El estudio incluyó un protocolo de revelación de experiencias adversas y de gestión de riesgos, sin notificarse eventos adversos (Guerra et al., 2024).

Los resultados del estudio piloto recién expuesto son alentadores en un contexto como el chileno, sin embargo, queda pendiente conocer más sobre los obstáculos y recomendaciones para su implementación. Por esta razón, en el presente estudio se realizó una profundización cualitativa de los resultados del estudio de Guerra et al. (2024) con el objetivo de evaluar la aceptabilidad y aplicabilidad de las intervenciones grupales con adolescentes víctimas de VI en lista de espera para recibir tratamiento especializado en Chile.

Para el cumplimiento de este objetivo se realizó una consulta a los mismos/as adolescentes, adultas responsables, terapeutas y profesionales de los centros que participaron en el estudio de Guerra et al. (2024). Aunque la falta de cobertura de los centros especializados (y la consecuente alta lista de espera), es una realidad a nivel nacional, este estudio se centró en la Región de Valparaíso debido a que se trata de una aproximación inicial de la evaluación cualitativa que se realiza de una intervención piloto.

Método

Participantes

Participaron 85 personas involucradas en intervenciones grupales en diferente rol.

Pacientes adolescentes: 56 adolescentes que participaron de las intervenciones grupales (13 a 17 años; $M=14.52$; $DE=1.06$; 42,9% de género femenino, 30,4% género masculino, 26,8% género no binario). Estas personas estaban en lista de espera para recibir atención en un centro especializado por haber sufrido VI¹ (53,6% abusos sexuales, 23,2% maltrato físico severo; 17,9% testigo de violencia intrafamiliar grave y crónica; 3,6% maltrato psicológico severo, 1,8% violencia de pareja). Residían en Viña del Mar (39,3%), Quillota (30,4%) y La Calera (30,4%).

Adultas responsables: 15 adultas (madres, tías, abuelas o hermanas mayores de los/las adolescentes) que participaron en cuatro sesiones grupales en paralelo a las sesiones de adolescentes (26,6% de Viña del Mar, 46,7% de Quillota y 26,6% de La Calera). No se consultó por su edad.

Terapeutas: 10 psicólogas a cargo de las intervenciones grupales con adolescentes y adultas responsables. Sus edades fluctuaron entre los 30 y 53 años ($M=43,40$; $DE=6,34$), tenían entre 6 y 23 años de experiencia profesional ($M=15,9$; $DE=5,20$) y entre 2 y 20 años de experiencia atendiendo a adolescentes víctimas de VI ($M=11,9$; $DE=6,37$).

Profesionales de la ONG: Seis integrantes de la ONG donde se realizaron las intervenciones grupales (una de las directoras de la ONG, tres directores/as de los centros especializados donde se ejecutaron las intervenciones y dos trabajadoras sociales a cargo de monitorear las listas de espera). El 83,3% era de género femenino y el 16,7% de género masculino. Sus edades fluctuaron entre 35 y 51 años ($M=42,17$; $DE=5,74$).

¹ En Chile, las víctimas de VI que tienen menos de 18 años son atendidas por centros especializados que otorgan atención psicológica y social. Estos centros son administrados por diferentes organizaciones no gubernamentales que reciben financiamiento del Servicio Nacional de Protección a la niñez y adolescencia.

Métodos de recolección de datos

Con los y las pacientes adolescentes y sus adultas responsables se utilizó una encuesta escrita de preguntas abiertas en la que se les consultó qué les gustó y qué no les gustó de la intervención, qué aspectos se podrían mejorar y si recomendarían la intervención grupal a otras adolescentes víctimas de VI. Esta encuesta fue previamente sometida a validación de contenido mediante la evaluación de jueces expertos.

Con las terapeutas y profesionales de la ONG se utilizó una entrevista semiestructurada individual en modalidad online dirigida a conocer su opinión sobre las intervenciones grupales (ej. ¿Cómo valora la implementación de estas intervenciones? ¿Cómo cree que ha sido para los adolescentes y sus familias?, ¿Cómo ha sido para el centro? ¿Qué opina usted de que estas intervenciones se implementen frecuentemente como parte de la oferta de los centros para los adolescentes en lista de espera?). Esta entrevista fue previamente sometida a validación de contenido mediante la evaluación de jueces expertos.

Procedimiento

Este estudio fue aprobado por el comité de ética zona Centro-Norte de la Universidad Santo Tomás (resoluciones N°129/2020-N°797/2023). Se solicitó asentimiento informado a adolescentes y consentimiento informado a las adultas responsables, terapeutas y profesionales de la ONG. En el caso de los y las adolescentes, respondieron la encuesta escrita dos veces durante la participación en las intervenciones grupales (sesiones 6 y 12). Las adultas responsables respondieron la encuesta al finalizar las sesiones grupales psicoeducativas (sesión 4). En el caso de terapeutas y profesionales, participaron de las entrevistas online luego de que todas las intervenciones grupales finalizaron.

Análisis de datos

Las respuestas de los y las participantes fueron sometidas a análisis temático donde se reconocieron los temas emergentes en sus respuestas (Braun & Clarke, 2006). Para evitar sesgos, se trianguló el análisis, de forma que cada encuesta y entrevista fue analizada independientemente por dos integrantes del equipo y cualquier divergencia fue discutida con un tercer integrante. Se realizó un análisis diferenciado para pacientes (adolescentes y adultas), para terapeutas y para profesionales de la ONG externos a la intervención (encargadas de lista de espera, directivos de los centros). Se decidió agrupar a los pacientes adolescentes y a sus adultas responsables debido a dos razones: 1. Ambos participaron de una intervención integrada que incluía sesiones grupales con los adolescentes (12 sesiones) y con sus adultas responsables (4 sesiones); 2. Las respuestas de adolescentes y adultas eran coincidentes. Así mismo, se decidió agrupar a los profesionales de la ONG externos a la intervención (encargadas de lista de espera, directivos de los centros) precisamente porque estos profesionales entregaban una visión externa sobre la forma en que perciben los alcances

de la intervención. Se construyó un mapa temático jerárquico para favorecer la integración de los resultados en cada uno de estos grupos.

Resultados

Valoración de pacientes adolescentes y adultas responsables

El análisis reconoce dos grandes temas: “Utilidad de la intervención grupal” y “consideraciones para la implementación” (figura 1).

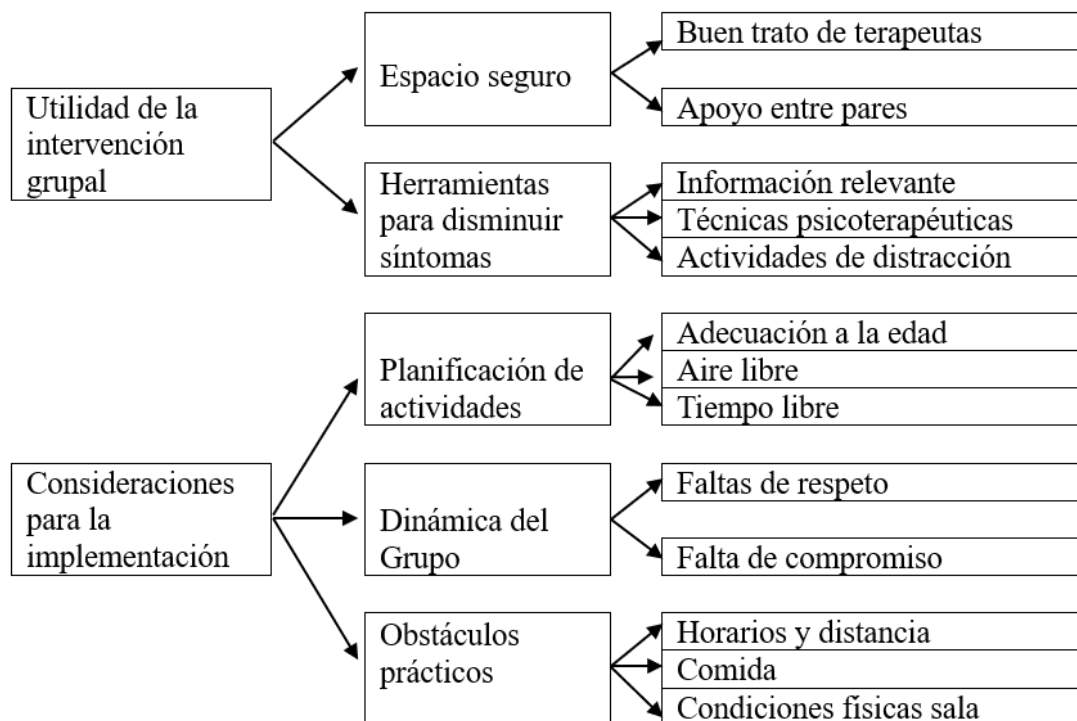


Figura 1. Temas en las respuestas de adolescentes y adultas responsables

Tema 1. “Utilidad de la intervención grupal”

Este tema describe la valoración positiva que adolescentes y adultas responsables realizan de las intervenciones grupales. Se divide en dos subtemas: “Espacio seguro” y “Herramientas para disminuir síntomas”.

El subtema “Espacio seguro” agrupa las respuestas referidas al reconocimiento del espacio grupal como un espacio libre de malos tratos. Un adolescente del grupo de IPT lo expresa como: “*es como un lugar seguro en medio de la tormenta*”. Este subtema a su vez puede subdividirse en temáticas referidas al “buen trato entregado por las terapeutas” (ej. “*me gusta que las psicólogas nos hacen sentir en un ambiente cálido y tranquilo*”,

adolescente AT), a la generación de un espacio de “apoyo entre pares (ej. *“Me ha gustado la amabilidad, el ambiente logrado en el grupo. A mi hija le ha servido para convivir con pares que han vivido situaciones similares, y que están saliendo adelante... la unión hace la fuerza”*, Adulta AT).

Respecto a las “herramientas para la disminución de síntomas”, tanto adultas, como adolescentes refieren que las intervenciones grupales favorecen la disminución de sintomatología. Mientras las adultas asocian esta mejora con la entrega de “información relevante” para poder apoyar mejor a los/as adolescentes (ej. *“El taller me ha permitido seguir comprendiendo las etapas de mi hija para poder apoyarla mejor”*, Adulta IPT), los/as adolescentes la vinculan al complemento entre el uso de “técnicas psicoterapéuticas” específicas (ej. *“me ha gustado por porque me dan ideas para sentirme mejor”*, Adolescente TF-CBT) con “actividades de distracción”, lúdicas y recreativas (ej. *“Me gusta mucho que venir significa una distracción del mundo real”*, adolescente AT).

Tema 2. Consideraciones para la implementación

Este tema da cuenta de aspectos que debieran ser cuidados a nivel de la “planificación de actividades”, de la “dinámica del grupo” y de algunos “obstáculos prácticos”. En lo referido a la “planificación de actividades” se advierte sobre la necesidad de cuidar que todas las actividades sean adecuadas para adolescentes ya que no hacerlo atenta contra la motivación por participar y promueve la deserción (ej. *“a veces las actividades son para niños chicos y no había motivación de los demás para hacerlo”*, adolescente AT), mientras que otros proponen que se incluyan más actividades al “aire libre” (ej. *“que se pueda hacer cosas al aire libre”*, adolescente IPT) y más “tiempo libre”, con una estructura flexible que permita la interacción espontánea entre adolescentes (*“más tiempo libre para que podamos conversar más entre nosotros y conocernos mejor”*, adolescente TF-CBT).

Respecto a la “dinámica del grupo”, aunque la gran mayoría de las respuestas dan cuenta de un clima de respeto, algunas advierten sobre la necesidad de tener cuidado con la sobre exposición y con las faltas de respeto entre pares (ej. *“que mientras una persona está hablando, los otros hablen o se rían”*, adolescente IPT). Otras respuestas refieren “falta de compromiso” de algunos participantes que se refleja en baja asistencia o deserción (ej. *“no me gusta que algunos falten o que dejen de venir”*, adolescente TF-CBT).

Finalmente, se destacan algunas consideraciones prácticas. La primera corresponde a dificultades para asistir a las sesiones debido al “horario y distancia” (ej. *“me complico porque para venir a la hora al taller tengo que andar corriendo y luego salimos muy tarde”* adolescente AT). En segundo lugar, algunos/as adolescentes solicitan que se proporcione más alimentación ya que, pese a que se entregaba una colación, esta era considerada insuficiente dado el horario de la intervención (de 16.30 a 18.30 aproximadamente) (ej. *“lo único que mejoraría es que haya algo más para comer...”*, adolescente TF-CBT). Finalmente,

algunos/as adolescentes consideraron que la infraestructura en la que se realizaron las intervenciones no era apropiada, ya sea por encontrarse en mal estado o por ser un espacio reducido (ej. “no me gustó el ambiente físico de la sala, olía mal y era deprimente”, adolescente IPT).

Pese a lo anterior, la mayoría de adolescentes y adultas manifiesta su deseo de que las intervenciones grupales tengan una mayor duración (ej. “fueron muy pocas sesiones, me hubiera gustado que el taller fuera más largo”, adulta AT”; “no quiero que se acabe el taller, los voy a extrañar”, adolescente TF-CBT). De hecho, el 100% de las adultas responsables tienen una valoración positiva de las intervenciones grupales (n=15) y el 94,64% de los adolescentes (n=53) recomienda su implementación en el futuro.

Valoración de terapeutas

Se reconocen dos temas: “beneficios de la intervención grupal” y “requisitos para su implementación” (figura 2).

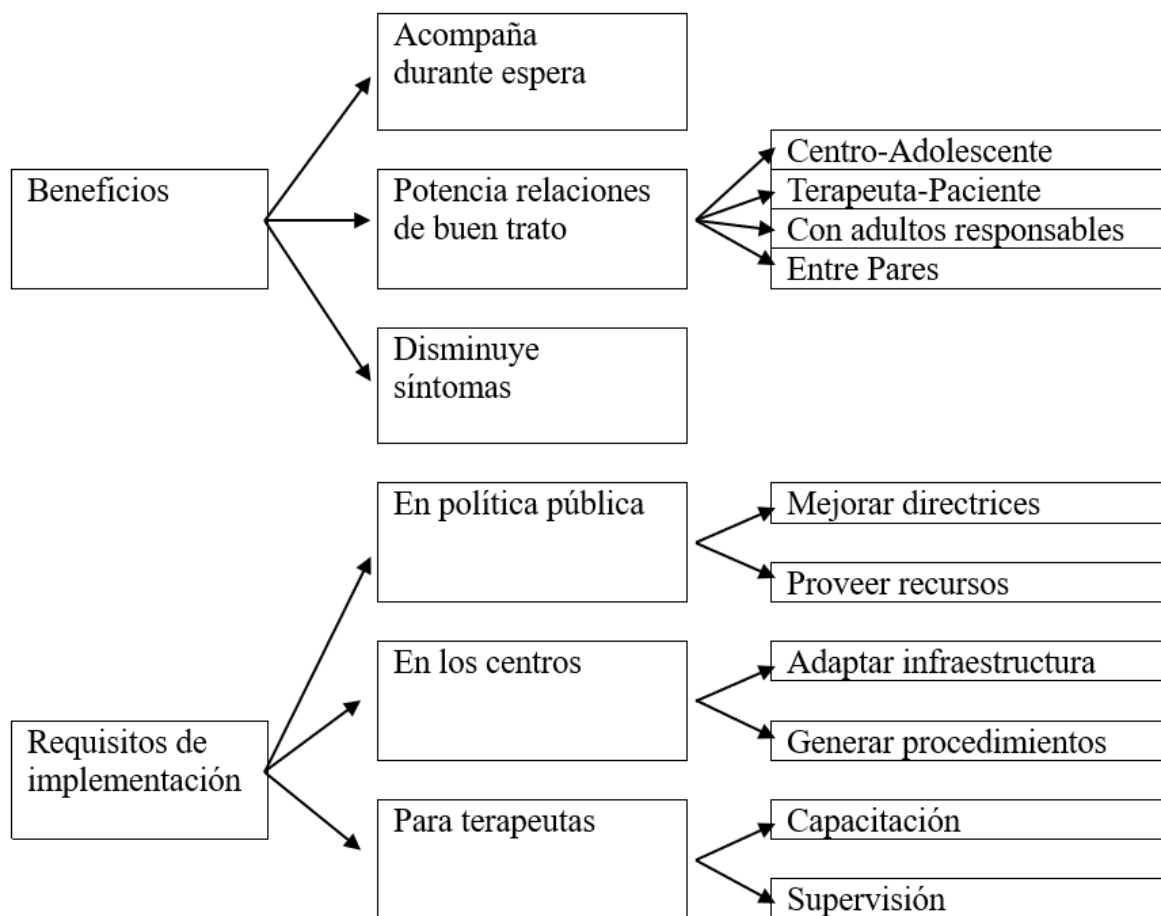


Figura 2. Temas en las respuestas de las terapeutas

Tema 1. Beneficios de la intervención grupal

Los beneficios de la intervención se operacionalizan en tres subtemas. El primero referido a lo beneficioso de “acompañar a los adolescentes durante el tiempo en que están en lista de espera”. Las terapeutas indican que el que los adolescentes tengan una actividad estructurada de apoyo y contención durante el período de espera es en sí mismo positivo. Ej.: *“yo creo que es súper necesario, sobre todo por la lista de espera, porque tenemos una larga lista de espera, hay chicos que esperan más de un año, y el acercarse a un tipo de taller grupal genera un impacto positivo”* (Terapeuta 10).

El subtema “potencia relaciones de buen trato” refiere a que el espacio de intervención grupal permite desarrollar relaciones interpersonales positivas, radicalmente diferentes a sus experiencias de VI.

Este subtema reconoce cuatro variantes: i. “Relaciones de buen trato entre el centro y adolescentes”: se refiere al proceso de familiarización de los/as adolescentes con los centros especializados que permite la disminución de los temores y resistencias iniciales a la intervención (ej. *“es importante participar de las intervenciones grupales porque después, al momento de que ellos ingresan a la intervención individual al centro, ya tienen un camino recorrido, tienen una conexión con el centro”*, Terapeuta 2). ii. “Relaciones de buen trato entre terapeutas y pacientes”: corresponde al reconocimiento de que las intervenciones grupales potencian la alianza terapéutica, con los beneficios que eso tiene para el proceso terapéutico (ej. *“en las experiencias grupales que me tocó participar, rápidamente se produce una confianza en este espacio, en términos del respeto, de la contención y de sentir que en este espacio hay un cuidado”*, Terapeuta 1). iii. “Relaciones de buen trato con adultos responsables”: Este tema refiere a los beneficios de la incorporación adultos responsables ya que permite que estos tengan un espacio donde reciben orientación, favoreciendo que los logros terapéuticos se extiendan al entorno familiar. De hecho, las terapeutas manifiestan la necesidad de que en el futuro se considere una mayor cantidad de sesiones destinadas al trabajo con adultos responsables: *“mientras más herramientas tengan los adultos para contener de manera efectiva a los adolescentes, va a haber una sensación de apoyo para los adolescentes ... yo creo que sería importante agregar más sesiones con los padres”* (Terapeuta 3). iv. “Relaciones de buen trato entre pares”: corresponde al reconocimiento de que el espacio grupal es un espacio de autoayuda entre personas que han sufrido experiencias similares: *“muchos adolescentes han tenido por primera vez un lugar donde han hecho amigos, se han sentido aceptados, respetados y han tenido la oportunidad de conocer nuevos compañeros, aprender nuevas formas de resolver conflictos, de enfrentarse a una manera distinta de comunicarse o expresar sus emociones”* (Terapeuta 5).

El tercer subtema referido a los beneficios de la intervención tiene que ver con la “disminución de síntomas” en los adolescentes: *“creo que es importante porque se entregan*

herramientas concretas para poder autorregular la sintomatología que presentan..." (Terapeuta 3).

Tema 2. Requisitos para su implementación

Las terapeutas advierten que la implementación exitosa de las intervenciones grupales tiene ciertos requisitos: "Para la política pública", "En los centros" y "Para terapeutas".

Los requisitos "para la política pública" se refieren a la necesidad de que, para la implementación futura de estas intervenciones grupales, se requiere que se "mejoren las directrices técnicas" de los programas especializados en maltrato, de manera que la intervención grupal preliminar con pacientes en lista de espera se articule con el resto de la intervención ofrecida por estos programas. A lo anterior se suma la necesidad de "proveer recursos económicos" que permitan contratar recursos humanos y adquirir recursos materiales para realizar estas intervenciones: *"Para poder implementarlo debería aparecer en las orientaciones técnicas..., pero también tener mayores recursos para contratar un equipo que se dedique a realizar los talleres grupales"* (Terapeuta 4).

Los requisitos "para los centros" incluyen "adaptar la infraestructura" (espacio y materiales apropiados) (ej. *"el centro tiene hartos desafíos, porque implica que nos ceden un espacio y a veces es pequeñito o de un espacio que es más grande, pero con mala ventilación"*, Terapeuta 5) y "generar procedimientos" que permitan considerar a la intervención grupal con pacientes de lista de espera como el inicio de la intervención reparatoria y no como una intervención completamente independiente. Esto implica formular objetivos integrados para la intervención individual y grupal, y supervisar el avance de los adolescentes durante todo el proceso: *"es súper importante hacer el traspaso del caso de lo grupal a lo individual... es decir, cuando la dupla psicosocial que realizará la intervención individual recibe el caso desde la intervención grupal.... decirles qué se realizó en la instancia grupal...como un monitoreo constante"* (Terapeuta 6).

Los requisitos "para terapeutas" se refieren a que estos estén dispuestos a "capacitarse" en protocolos de intervenciones grupales bien estructurados y a participar en espacios de "supervisión" regular que permitan la fidelidad al modelo implementado, el cumplimiento de los objetivos terapéuticos y el abordaje oportuno de imprevistos: *"Es fundamental que los terapeutas, estén calificados... tengan la suficiente formación para poder llevarlos a cabo"* (Terapeuta 1); *"yo creo que es importante la supervisión... dejar un espacio para analizar lo que sucedió en la sesión"* (Terapeuta 8).

Valoración de profesionales de la ONG (directores/as y encargadas de lista de espera)

Se reconocen tres temas: “bondades del espacio grupal”, “condiciones para la implementación” y “proyección” (figura 3).

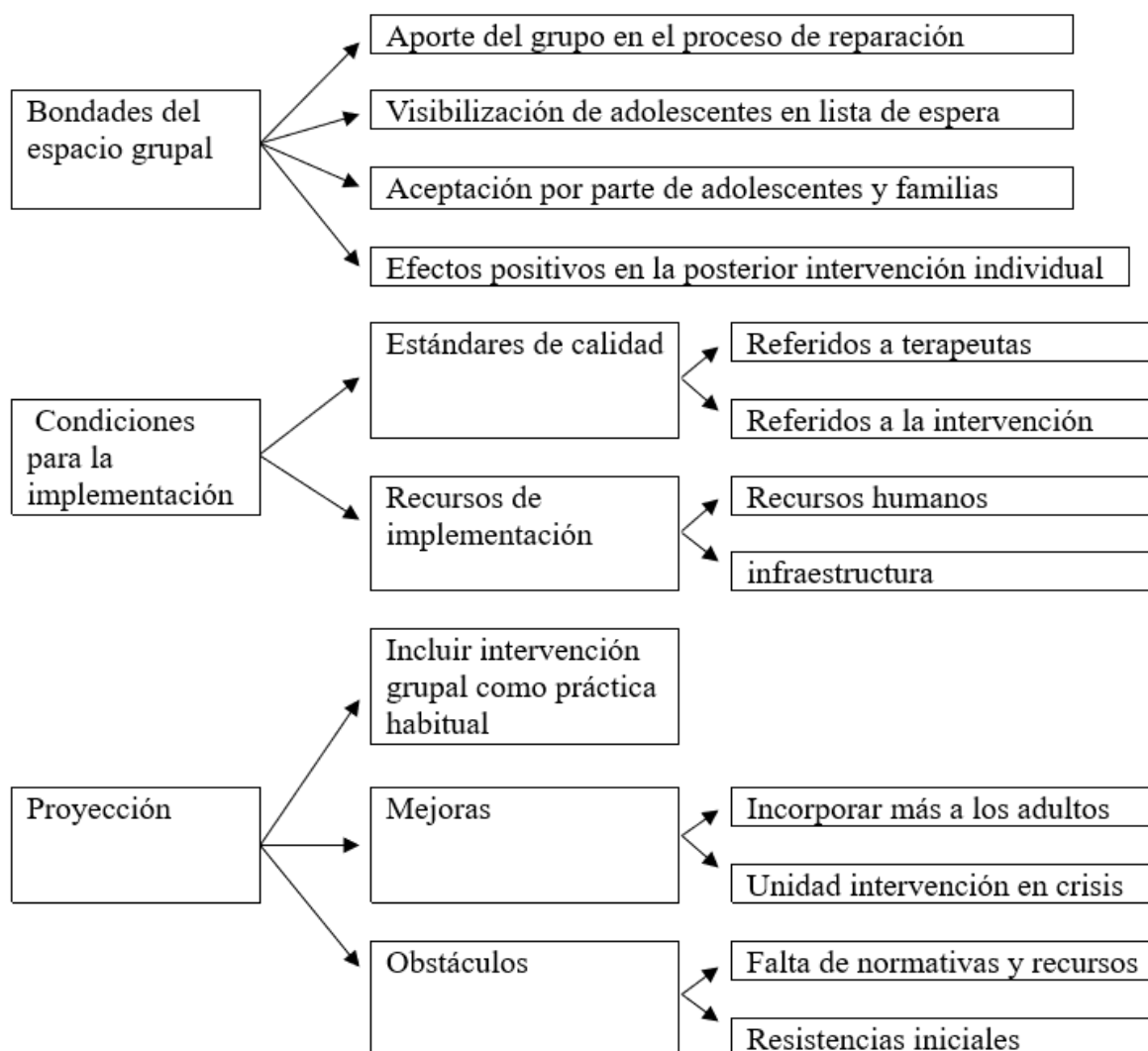


Figura 3. Temas en las respuestas de directores/as de centros y encargadas de lista de espera.

Tema 1. bondades del espacio grupal

Este tema describe los beneficios que la intervención grupal tiene en el contexto del trabajo previo a la intervención habitual con adolescentes en lista de espera. Se reconocieron cuatro subtemas.

El primer subtema es el “aporte del grupo en el proceso de reparación”. Se indica que los/as adolescentes que participan de las intervenciones grupales generan una identidad de

grupo y conforman un espacio seguro que favorece la estabilización de los síntomas. Una profesional indica: “...esas chicas...las veía participar y las veía ser parte de un grupo, hicieron amigos, se conocieron, se dieron cuenta de que no solo ellas estaban pasando por estas mismas situaciones” (Profesional 2, psicóloga, directora).

El segundo subtema “visibilización de los adolescentes durante el tiempo de espera” da cuenta de que el espacio grupal, estructurado y de frecuencia semanal, permite monitorear a los adolescentes que se encuentran en lista de espera, que de otro modo quedarían invisibilizados durante ese tiempo. Por ejemplo: “...el impacto es muy potente, porque nosotros tenemos mucha lista de espera y la gestión es solamente administrativa o algunas acciones de intervención en crisis, pero, muchas veces se nos pasan muchas cosas. Hay niños que quedan invisibilizados. Creo que el taller ha permitido visibilizar a aquellos niños que necesitaban más urgente la atención” (Profesional 2, psicóloga, directora).

En el tercer subtema, los/as profesionales dan cuenta de la “aceptación de la intervención grupal por parte de los adolescentes y sus familias”, quienes habrían valorado positivamente el espacio grupal. Un profesional señala: “...las familias quedaron muy contentas, reportaron mucha satisfacción al momento del término de la intervención” (Profesional 1, psicólogo, director).

El cuarto subtema “efectos positivos en la posterior intervención individual” visualiza que la intervención grupal durante la lista de espera permite que los/las adolescentes posteriormente inicien la intervención reparatoria individual con buena disposición y confianza. Esto contrastaría con los/las adolescentes que deben esperar pasivamente por largos períodos de tiempo y que llegarían a la atención individual con más resistencia y con menos confianza en el sistema. Una directora señala: “...posteriormente, a mí me tocó atender casos que estuvieron en los talleres... tanto la familia como los adolescentes llegaban con menos estrés a la intervención, ya conocían el espacio... los adultos lograban reflexionar de mejor manera, a diferencia de cuando tú estás recién intentando generar el vínculo... eso ya estaba, con el espacio [grupal], entonces ellos se sentían mucho más cómodos y esto generaba también que ellos reflexionaran... ellos ya venían con una idea de lo que estábamos haciendo en el programa” (Profesional 6, Trabajadora social, encargada de lista de espera).

Tema 2. Condiciones para la implementación

Este tema refiere a los requisitos para el éxito de este tipo de intervenciones. Este tema tiene dos subtemas: “estándares de calidad” y “recursos de implementación”.

Dentro de los “estándares de calidad” se reconocen dos variantes: i. estándares de calidad “referidos a terapeutas”: Los/las profesionales entrevistados indican que para el éxito de las intervenciones grupales se requiere de terapeutas en constante capacitación y supervisión: “la calidad de los profesionales, la experiencia de los profesionales, las

capacitaciones que podemos tener...” (Profesional 2, psicóloga, directora). ii. estándares de calidad “referidos a la intervención grupal”: los/las profesionales señalan que estas intervenciones deben ser estructuradas y deben incluir modelos y procedimientos apropiados para trabajar con adolescentes que han sufrido experiencias traumáticas. Ej. “...se requiere una calidad técnica especializada. Y yo creo que, el formato de los talleres era acorde a lo que exige el Servicio” (Profesional 1, Psicólogo, director).

El subtema “recursos para la implementación” se refiere a los procedimientos e infraestructura necesarias para la ejecución de las intervenciones grupales. Se destaca la necesidad de contar con “recursos humanos” que permitan la coordinación interna de los grupos, así como la coordinación con el centro que los alberga. Ej. “*fue importante que hubiera una persona a cargo de la logística, para que no se vieran dificultades en el proceso*” (Profesional 4. Trabajadora social, encargada de lista de espera). Desde este punto de vista de la “infraestructura”, los profesionales advierten que se necesitan espacios físicos con capacidad para realizar las intervenciones grupales. Ej. “*en nuestro programa tenemos una sala muy gigante... entonces considero que el espacio estaba súper bien*” (profesional 6, trabajadora social, encargada de lista de espera).

Tema 3. Proyección de las intervenciones grupales

Este tema describe la percepción de los/las profesionales sobre la forma en que estas intervenciones podrían implementarse en el futuro. Se reconocen tres subtemas. El primero refiere a la posibilidad de “incluir este tipo de intervenciones como práctica habitual”. Se señala que estas intervenciones podrían formar parte de la oferta de atención estándar de los centros especializados. Una directora dice: “*Sería ideal implementarlas masivamente y que todos los niños que están en lista de espera puedan tener este tipo de atenciones*”. (Profesional 2, psicóloga, directora).

El subtema “necesidad de mejoras” da cuenta de los cambios que podrían aumentar el impacto positivo de las intervenciones grupales. Refieren la “necesidad de que se incorpore a adultos responsable de manera más activa” en las intervenciones grupales: “*Que se involucre un poquito más a las familias...ellos solo asistían, si no me equivoco unas 3 o cuatro veces...*”. (Profesional 6, trabajadora social, encargada de lista de espera). Los profesionales también indican que es necesario dar mayor soporte al espacio grupal. Se sugiere “generar una unidad de intervención en crisis” que este atenta a las necesidades de los adolescentes que se encuentren en lista de espera que son detectadas el interior del espacio grupal: “*Una unidad de crisis... de manera de ir pesquisando a tiempo situaciones críticas*” (profesional 5, psicóloga, directora).

El tercer subtema da cuenta de los “obstáculos para la implementación de intervenciones grupales”. Reconocen que “faltan normativas y recursos” que permitan su implementación. Actualmente las intervenciones grupales no están dentro de las directrices

vigentes y por lo tanto no tienen presupuesto asignado. Una directora dice: “...*hoy día con este marco regulatorio es muy difícil que se pueda desarrollar algo así en forma más masiva porque lo que sucede en preingreso o en la lista de espera no es subvencionado*” (profesional 5, psicóloga, directora). Se reconoce que otro obstáculo tiene que ver con que algunos/as adolescentes presentan resistencias iniciales para participar en un espacio grupal: “*igual al principio encuentras resistencias... algunos no quieren relacionarse con otros... pero después eso iba bajando*” (profesional 4, trabajadora social, encargada de lista de espera).

Discusión

En Chile existe una alta prevalencia de VI contra niños, niñas y adolescentes (Subsecretaría de Prevención del Delito, 2023). Las dificultades en satisfacer la demanda de atención especializada resultan en largas listas de espera (Defensoría de la Niñez, 2022a; Defensoría de la Niñez, 2022b), lo que tiene consecuencias negativas para la recuperación de las víctimas (Fernández et al., 2024; Subotic-Kerry et al., 2023). Guerra et al. (2024) realizaron un estudio piloto que mostró que las intervenciones grupales bien estructuradas ayudaron a reducir los síntomas de los adolescentes durante el período de espera, sugiriendo que las intervenciones grupales podrían ser una alternativa válida para la atención de adolescentes que han sufrido VI. El objetivo de este estudio fue evaluar la aceptabilidad y aplicabilidad de estas intervenciones grupales desde la perspectiva de pacientes adolescentes, sus adultas responsables, terapeuta y profesionales de centros especializados.

Los/las participantes indicaron que las intervenciones grupales ayudaron a estabilizar los síntomas de adolescentes y empoderaron a adultos/as responsables en su rol protector. Esto es meritorio considerando que las intervenciones grupales fueron mínimamente invasivas, centradas en una fase preliminar (fase 1 de seguridad y estabilización), sin profundizar en las historias traumáticas de los adolescentes, siguiendo la lógica de intervención por fases (Cloitre et al., 2011; Herman, 1997).

Los/las participantes indican que este acompañamiento durante el período de espera es positivo ya que ocurre en un espacio seguro, de buen trato, en el que se potencian relaciones satisfactorias entre las personas involucradas. Se entendió que las intervenciones grupales en el período de espera permitieron que los/las adolescentes comprendieran mejor el entorno terapéutico (un objetivo de las intervenciones de la primera fase; Greenberg, 2020). Terapeutas y profesionales de centros especializados informaron que los/las adolescentes que participaron en estas intervenciones grupales mostraron una mayor disposición y menor resistencia al ingresar al tratamiento individual habitual de los centros especializados en comparación con aquellos que enfrentan largas esperas, los cuales tienden a desarrollar una mayor desconfianza en la capacidad del sistema para ayudarlos (Ansell et al., 2017; Crouch et al., 2019; Westin et al., 2014). Estos hallazgos coinciden con estudios previos que sugieren

que los beneficios terapéuticos aumentan y las tasas de deserción disminuyen cuando se realizan intervenciones centradas en la fase 1 previo a las intervenciones de la fase 2 (centradas en la exposición a recuerdos traumáticos) (Cloitre et al., 2014).

Los beneficios percibidos de las intervenciones fueron más allá de un acompañamiento durante el período de espera. Los/las participantes valoraron el potencial del entorno grupal para ayudar a adolescentes a adquirir habilidades que les permitieran comprender sus experiencias y desarrollar estrategias de afrontamiento junto a otros que habían enfrentado situaciones similares, aunque destacaron la importancia de monitorear constantemente el cumplimiento de las normas de respeto entre sus integrantes. Experiencias previas muestran que el espacio grupal puede crear oportunidades para favorecer la ayuda entre pares, reduciendo el estigma y la sensación de soledad (Batkin-Khan y Aronso, 2007).

Los/las participantes destacan la importancia de que el espacio grupal incluya tanto aspectos terapéuticos (psicoeducación, reconocimiento y manejo de emociones, desarrollo de habilidades de afrontamiento y relaciones interpersonales), como en aspectos normales de la edad (distracción, recreación, socialización). Esto ha sido observado en estudios previos, donde se encontró que la combinación de estrategias de afrontamiento activas y dirigidas a la distracción promueve un mejor ajuste psicológico en víctimas de VI (Guerra et al., 2017).

Los/las profesionales entrevistados dan cuenta de que no cualquier intervención grupal es recomendable. Destacan que las intervenciones grupales deben poseer estándares de calidad, que sean intervenciones estructuradas, compatibles con la evidencia, con espacios de capacitación y supervisión frecuente a los terapeutas. Esto va en la línea de los postulados de la psicoterapia basada en la evidencia, en la que se destaca la necesidad de implementar tratamientos estructurados y con sustento empírico de efectividad (Cuevas et al., 2017). Destacan también que para la implementación exitosa de este tipo de intervenciones se requiere que formen parte de las directrices técnicas nacionales, de forma de que tengan una mayor integración con el trabajo habitual de los centros y con la posterior intervención individual. Los/las profesionales indican que esto permitiría contar con recursos económicos para dotar a los centros de la infraestructura adecuada y de personal especializado para realizar las intervenciones.

Los/las participantes ahondan en factores contextuales que podrían obstaculizar la aplicación de estas intervenciones grupales en el futuro. En primer lugar, se criticó la calidad del espacio físico donde se realizaban las intervenciones. Esto ha sido mencionado por otros autores, quienes describen a los servicios de salud mental infantojuveniles como “servicios de cenicienta” – en alusión al cuento infantil- debido a la falta de financiamiento en comparación a otros servicios (Collins et al., 2017), pese a la evidencia de que las instalaciones de salud tienden a afectar los resultados de las intervenciones (Iyendo et al., 2016). En segundo lugar, los/las profesionales sugirieron que las intervenciones grupales para adolescentes sean complementadas con trabajo sistemático con sus adultos responsables

y con una unidad de intervención en crisis para abordar los requerimientos psicológicos, sociales y legales durante el período de espera. Aunque a nivel internacional la investigación no encuentra beneficios consistentes en involucrar a los tutores en el tratamiento de salud mental de niños y adolescentes (Cardy et al., 2020), investigaciones chilenas sugieren que los/las adultos responsables son agentes clave en el proceso de reparación de los niños, niñas y adolescentes víctimas de VI (Sanhueza-Díaz, 2022; Sinclair y Martínez, 2006).

Los resultados son alentadores respecto a la aplicabilidad de las intervenciones grupales con adolescentes en lista de espera, lo que es coherente con estudios realizados a nivel global que indican que las intervenciones grupales estructuradas tienen un efecto similar o incluso superior a los tratamientos individuales (Correll et al., 2021; Das et al., 2016). No obstante, hay que destacar que en este estudio presenta limitaciones. Primero, se evaluó la aplicabilidad de intervenciones grupales en base a una experiencia exitosa (Guerra et al. 2024), pero a escala reducida y en una sola región del país. Se requiere de mayor evidencia de su efecto en los síntomas antes de promover el uso de intervenciones grupales de forma masiva en Chile. De hecho, aunque los/las profesionales plantean que este tipo de intervenciones podría formar parte de la oferta de intervención estándar en Chile, dan cuenta de que las intervenciones grupales generan resistencia en un porcentaje de adolescentes. En el estudio de Guerra et al. (2024) solo el 57,3% de los adolescentes invitados accedieron a participar de las intervenciones grupales. Aunque el estudio fue realizado en el contexto del COVID-19 -aspecto que influyó en la disposición a participar por el miedo al contagio- igualmente estas cifras hacen reflexionar respecto a la aceptabilidad de este tipo de intervenciones en adolescentes. Junto con requerir de más estudios que den cuenta de sus efectos en los síntomas, se requiere actualizar las cifras de aceptación en períodos actuales (sin el factor contextual condicionante de la pandemia). Asimismo, el estudio no profundizó en las diferencias de aceptabilidad considerando variables demográficas como el género y edad de los participantes. Futuros estudios debieran realizar un análisis más profundos sobre como las variables demográficas pueden influir en la aceptación de este tipo de intervenciones.

Conclusiones

Las intervenciones grupales centradas en la fase 1 son valoradas positivamente por pacientes y profesionales de centros especializados como una alternativa válida para reducir la lista de espera y favorecer el proceso de reparación de adolescentes que han sufrido VI.

Sin embargo, antes de sugerir su implementación masiva se requiere mayor evidencia de su efectividad y aceptabilidad en Chile.

Su implementación requiere de recursos estatales y nuevas políticas que permitan el cumplimiento de estándares técnicos, de infraestructura, así como la contratación de recurso humano capacitado.

Reconocimientos

ONG Paicabí. Este estudio fue financiado por ANID / Fondecyt Iniciación / N° 11200071.

Referencias

- Ansell, D., Crispo, J.A., Simard, B., Bjerre, L.M. (2017). Interventions to reduce wait times for primary care appointments: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 17(295),1-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2219-y>
- Bhatia, A., Fabbri, C., Cerna-Turoff, I., Turner, E., Lokot, M., Warria, A., Tuladhar, S., Tanton, C., Knight, L., Lees, S., Cislighi, B., Bhabha, J., Peterman, A., Guedes, A. y Devries, K. (2021). Violence against children during the COVID-19 pandemic. *Bulletin of the World Health Organization*, 99(10), 730–738. <https://doi.org/10.2471/BLT.20.283051>
- Batkin-Khan, G. y Aronso, S. (2007). Group treatment for traumatized adolescents: Special considerations. *Group*, 31(4), 281–292. <https://www.jstor.org/stable/41719166>
- Black, P., Woodworth, M., Tremblay, M., & Carpenter, T. (2012). A review of trauma-informed treatment for adolescents. *Canadian Psychology- Psychologie Canadienne*, 53(3), 192–203. <https://doi.org/10.1037/a0028441>
- Braun, V. y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Cardy, J. L., Waite, P., Cocks, F. y Creswell, C. (2020). A Systematic Review of Parental Involvement in Cognitive Behavioural Therapy for Adolescent Anxiety Disorders. *Clinical child and family psychology review*, 23(4), 483–509. <https://doi.org/10.1007/s10567-020-00324-2>
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C. y Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*, 24(6), 615–627. <https://doi.org/10.1002/jts.20697>
- Cloitre, M., Courtois, C.A., Ford, J.D., Green, B.L., Alexander, P., Briere, J. y van der Hart, O. (2012). *The ISTSS expert consensus treatment guidelines for complex PTSD in adults*. <https://tinyurl.com/muh2kvex>
- Cloitre, M., Henn-Haase, C., Herman, J. L., Jackson, C., Kaslow, N., Klein, C., Mendelsohn, M. y Petkova, E. (2014). A multi-site single-blind clinical study to compare the effects of STAIR Narrative Therapy to treatment as usual among women with PTSD in public

- sector mental health settings: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15(1), 197. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-197>
- Crouch, L., Reardon, T., Farrington, A., Glover, F. y Creswell, C. (2019). Just keep pushing: Parents' experiences of accessing child and adolescent mental health services for child anxiety problems. *Child: Care Health Development*, 45, 491–499. <https://doi.org/10.1111/cch.12672>
- Collins, R., Notley, C., Clarke, T., Wilson, J. y Fowler, D. (2017). Participation in developing youth mental health services: “Cinderella service” to service re-design. *Journal of Public Mental Health*, 16(4), 159-168. <https://doi.org/10.1108/JPMH-04-2017-0016>
- Correll, C. U., Cortese, S., Croatto, G., Monaco, F., Krinitski, D., Arrondo, G., ... & Solmi, M. (2021). Efficacy and acceptability of pharmacological, psychosocial, and brain stimulation interventions in children and adolescents with mental disorders: an umbrella review. *World Psychiatry*, 20(2), 244-275. <https://doi.org/10.1002/wps.20881>
- Cuevas Corona, P., Talallero, P., Villarreal, A. M. y Ayala, M. (2017). Psicoterapia basada en la evidencia. Situación actual. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 45(1), 32–38. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=74673>
- Das, J. K., Salam, R. A., Lassi, Z. S., Khan, M. N., Mahmood, W., Patel, V. y Bhutta, Z. A. (2016). Interventions for adolescent mental health: an overview of systematic reviews. *Journal of adolescent health*, 59(4), S49-S60. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.020>
- Darby, R., Taylor, E.P. y Segovia-Cadavid, M. (2023). Phase based psychological interventions for complex post-traumatic stress disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders Reports*, 14, 100628. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100628>
- Defensoría de la Niñez. (15 junio 2022a). *Defensoría de la Niñez presenta Recurso de Protección a raíz de más de 14 mil niños, niñas y adolescentes en lista de espera para ingresar a programas ambulatorios de protección de sus derechos*. <https://tinyurl.com/ye4w79rm>
- Defensoría de la Niñez (abril 2022b). *Lista de espera en programas ambulatorios de protección de derechos, Observatorio de Derechos de la Defensoría de los Derechos de la Niñez*. <https://tinyurl.com/bddaj57c>
- De Jongh, A. D., Resick, P. A., Zoellner, L. A., Van Minnen, A., Lee, C. W., Monson, C. M., ... & Bicanic, I. A. (2016). Critical analysis of the current treatment guidelines for complex PTSD in adults. *Depression and anxiety*, 33(5), 359-369. <https://doi.org/10.1002/da.22469>
- Deblinger, E., Pollio, E. y Dorsey, S. (2016). Applying trauma-focused cognitive-behavioral therapy in group format. *Child Maltreatment*, 21(1), 59–73. <https://doi.org/10.1177/1077559515620668>
- Dorsey, S., Briggs, E. C. y Woods, B. A. (2011). Cognitive-behavioral treatment for posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Child and adolescent*

- psychiatric clinics of North America, 20(2), 255–269.
<https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.01.006>
- Fernández, L., Vera, C. y Arredondo, V. (2024). *Adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual: experiencia piloto de monitoreo de sintomatología presente en condición de lista de espera para la intervención en el Centro Aliwe, La Ligua, Región de Valparaíso Chile*. Viña del Mar: ONG Paicabi
- Gilboa-Schechtman, E., Foa, E. B., Shafran, N., Aderka, I. M., Powers, M. B., Rachamim, L., Rosenbach, L., Yadin, E. y Apter, A. (2010). Prolonged exposure versus dynamic therapy for adolescent PTSD: A pilot randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescence*, 49(10):1034-1042.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.07.014>
- Gillies, D., Taylor, F., Gray, C., O'Brien, L. y D'Abrew, N. (2012). Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Evidence-Based Child Health A Cochrane Review Journal*, 8(3), 1004–1116.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006726.pub2>
- Grassetti, S. N., Herres, J., Williamson, A. A., Yarger, H. A., Layne, C. M. y Kobak, R. (2015). Narrative focus predicts symptom change trajectories in group treatment for traumatized and bereaved adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(6), 933–941. <https://doi.org/10.1080/15374416.2014.913249>
- Greenberg, T. M. (2020). *Treating Complex Trauma: Combined Theories and Methods*. Springer Nature. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-45285-8>
- Guerra, C. y Pereda, N. y Guilera, G. (2017). Poly-victimization and Coping Profiles: Relationship with Externalizing Symptoms in Adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(3-4), 1865,1882. <https://doi.org/10.1177/0886260517744184>
- Guerra, C., Taylor, E. P. y Arredondo, V. (2024). Effect of three group interventions on psychosocial functioning in adolescents exposed to interpersonal violence in Chile: A pilot clinical trial. *Child Abuse & Neglect*, 157, 107073.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.107073>
- Guerra, C, Taylor, E.P., Meza, C., Otazo, M., Urrutia, K., Cáceres, C., Limbergher, J., Rodríguez, V., Sepúlveda, M., Barraza, C. y Miranda, K. (2023). Psychotherapy to treat consequences of interpersonal violence suffered during childhood and adolescence in Latin America: A systematic review. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 55, 274-286. <https://doi.org/10.14349/rlp.2023.v55.30>
- Guerra, C., Toro, E., Taylor, E.P., Lobos, P. y Pinto-Cortez, C. (2022). Design considerations for group interventions for adolescent victims of interpersonal violence in Chile. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 31(10), 1318-1336
<https://doi.org/10.1080/10926771.2022.2089864>
- Habib, M., Labruna, V. y Newman, J. (2013). Complex histories and complex presentations: Implementation of a manually guided group treatment for traumatized adolescents.

- Journal of Family Violence*, 28(7), 717–728. <https://doi.org/10.1007/s10896-013-9532-y>
- Habigzang, L.F., Pinto-Pizarro de Freitas, C., Von Hohendorff J. y Koller, S. (2016). Cognitive-behavioral group therapy for girls victims of sexual violence in Brazil: Are there differences in effectiveness when applied by different groups of psychologists? *Anales de Psicología*, 32(2), 433–440. <https://tinyurl.com/22wnnn74>
- Heredia Martínez, H. L. y Bergonzoli, G. (2023). Mortalidad por violencia interpersonal en adolescentes y jóvenes en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 47, e91. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.91>
- Herman, J. (1997). *Trauma and recovery: The aftermath of violence - From domestic abuse to political terror*. Basic Books.
- Hiller, R. M., Meiser-Stedman, R., Fearon, P., Lobo, S., McKinnon, A., Fraser, A. y Halligan, S. L. (2016). Research Review: Changes in the prevalence and symptom severity of child post-traumatic stress disorder in the year following trauma—A meta-analytic study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(8), 884–898. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12566>
- Inostroza-Araos, M. (2019). *Análisis de policy frames de la implementación del programa de protección especializada en maltrato y abuso sexual infantil en la niñez rural. Tesis para optar al grado de Magister*. Universidad de Chile. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/170238>
- Iyendo, T. O., Uwajeh, P. C. y Ikenna, E. S. (2016). The therapeutic impacts of environmental design interventions on wellness in clinical settings: A narrative review. *Complementary therapies in clinical practice*, 24, 174–188. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.06.008>
- Karadag, E., Gokcen, C. y Sarp, A. S. (2019). EMDR therapy in children and adolescents who have post-traumatic stress disorder: A six-week follow-up study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 24(1):77–82. <https://doi.org/10.1080/13651501.2019.1682171>
- Kilpatrick, D. G. (2004). Interpersonal violence and public policy: what about the victims?. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 32(1), 73–81. <https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2004.tb00463.x>
- Konanur, Sh., Muller, R. T, Cinamon, J. S., Thornback, K. y Zorzella, K. P. M. (2015). Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy in a community-based program. *Child Abuse & Neglect*, 50, 159–170. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.07.013>
- Morina, N., Koerssen, R. y Pollet, T. (2016). Interventions for children and adolescents with posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Clinical Psychology Review*, 47, 41–54. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.006>

- Sanhueza-Díaz, L.O. (2022). Narrativas de profesionales en torno a las intervenciones con madres de niños(as) abusados sexualmente en Araucanía, Chile. *Prospectiva*, 34, 271-286. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i34.11566>
- Sinclair, C. y Martínez, J. (2006). Culpa o Responsabilidad: Terapia con Madres de Niñas y Niños que han Sufrido Abuso Sexual. *Psyke*, 15(2), 25-35. <https://doi.org/10.4067/S0718-22282006000200003>
- Subsecretaría de Prevención del Delito. (2023). *Principales resultados 2ª Encuesta Nacional de Polivictimización*. <https://tinyurl.com/eyy3aje3>
- Sachser, C., Keller, F. y Goldbeck, L. (2017). Complex PTSD as proposed for ICD-11: Validation of a new disorder in children and adolescents and their response to Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(2), 160-168. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12640>
- Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia. (2023). *Informe de gestión 2022*. <https://tinyurl.com/2a5tuuzp>
- Subotic-Kerry, M., Borchard, T., Parker, B., Li, S. H., Choi, J., Long, E. V., Batterham, P. J., Whitton, A. E., Gokiert, A., Spencer, L. y O'Dea, B. (2023). While they wait: A crosssectional survey on wait times for mental health treatment for anxiety and depression for Australian adolescents. *MedRxiv*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1101/2023.08.21.23294348>
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S. y Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: the empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 389–399. <https://doi.org/10.1002/jts.20047>
- Westin, A. M., Barksdale, C. L. y Stephan, S. H. (2014). The effect of waiting time on youth engagement to evidence-based treatments. *Community Mental Health Journal*, 50(2), 221–228. <https://doi.org/10.1007/s10597-012-9585-z>
- World Health Organisation. (2019). *ICD-11: International classification of Diseases, 11th revision*. <https://icd.who.int/>
- World Health Organisation. (2 de septiembre 2022). *World Health Organisation Violence Prevention Unit: Approach, Objectives and Activities, 2022-2026*. <https://tinyurl.com/vfvmubsc>

Para citar en APA 7

Guerra, C., Taylor, E. P., Toro, E., Pinto-Cortéz, C., Godoy-San-Martín, Y., Parra-Maldonado, G., Quiroga-Letelier, S., y Toro-Lobos, J. (2025). Psicoterapia grupal para adolescentes expuestos a violencia interpersonal en lista de espera en centros especializados: aplicabilidad en Chile. *Terapia Psicológica (En línea)*, 43(3), 323-344. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082025000300323>



© 2025 Terapia Psicológica