



Universidad de Concepción
Dirección de Postgrado
Facultad de Ciencias Sociales
Programa de Magister en Intervención Familiar.

Significados que le atribuyen las duplas psicosociales de Programas de reparación de Maltrato y Abuso sexual Infantil, a la Alianza Terapéutica que construyen con usuarios/as víctimas de abuso sexual.

Estudiante: Fernando Luengo Lavados

Tesis presentada a la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Concepción para optar al grado académico de Magíster en Intervención Familiar

Profesora guía: Carmen Gloria Jarpa Arriagada

11 de noviembre del 2024.

Índice

1

Índice	2
Índice de Ilustraciones	6
Agradecimientos	7
1-Introducción	9
2- Planteamiento Del Problema.....	13
3- Marco Conceptual.....	20
3.1- Alianza Terapéutica (AT)	20
3.2- Alianza Terapéutica desde la mirada del Trabajo Social.....	24
4- Marco Teórico.....	26
4.1- Teoría de la identidad social.	26
4.2- Interaccionismo simbólico.....	27
5- Contexto de la investigación	28
5.1- SENAME- Servicio Protección Especializada a la niñez y adolescencia	28

5.1- Programas de Reparación de Maltrato Grave y Abuso Sexual Infantil (PRM) ..	30
6- Marco empírico	34
7- Preguntas y objetivos de la investigación	39
7.1- Pregunta de investigación.....	39
7.2- Objetivo General	39
7.3- Preguntas Específicas	39
7.4- Objetivos específicos	39
8- Marco metodológico	41
8.1- Enfoque Epistemológico	41
8.2- Método: Estudio de casos.....	43
8.3- Perfil de los sujetos de estudio y criterios de inclusión.	45
8.3.1- Criterios de inclusión	45
8.4) Trabajo de Campo.	46
8.5) Criterios de calidad y rigor metodológico.	47
8.6) Aspectos éticos.....	50
8.7) Técnica de recolección de datos	52
8.8) Técnica de Análisis de datos	53
Análisis de datos	55
Categoría vínculo	57
Subcategoría: Marco Institucional	59
Código: Dificultad de adherencia	59

Código: Ambiente terapéutico	61
Subcategoría temporalidad del vínculo	63
Código: Alianza de tipo 1	64
Código Alianza de tipo 2	66
Subcategoría interaccional.....	69
Lenguaje y comunicación	69
Código comunicación no verbal	71
Código relación humana	73
Código retroalimentación al terapeuta.....	75
Código disposición del usuario/a	77
Subcategoría Aspectos personales del/la terapeuta.....	80
Código Responsabilidad del terapeuta.....	80
Código Características de el/la terapeuta.....	82
Código disposición de el/la terapeuta.....	84
Código Resonancia.....	86
Código límites y cuidado de el/la terapeuta.....	88
Código Satisfacción	90
Categoría Metas.....	92
Sub categoría: Dificultades para el cumplimiento	93
Código dificultad de tiempo.....	94
Código dificultad de reparación	95

Subcategoría objetivos del proceso terapéutico en PRM	98
Código co-construcción de objetivos	98
Código: Objetivos de el/la terapeuta.....	100
Código evaluación de los objetivos	102
Código Cumplimiento de objetivos	104
Código reparación/resignificación.....	105
Categoría Tareas	108
Subcategoría participación	110
Código informar	111
Código Acuerdo en la forma	113
Subcategoría formas de trabajo	115
Código trabajo en equipo	115
Estrategias de intervención.....	117
Código enfoque de recursos.....	119
Conclusiones.....	121
Propuestas de la investigación.	129
Anexos:	132
Consentimiento informado	132
Guión de entrevista.	136
Bibliografía	139

Índice de Ilustraciones

Tabla 1: Categoría Vínculo	58
Tabla 2 Categoría Metas	92
Tabla 3 Categoría Tareas	109

Agradecimientos

De manera previa al desarrollo de la investigación, y como es costumbre en este tipo de trabajos, quiero partir agradeciendo a la gran cantidad de personas que creyeron en mí y que de alguna u otra forma han aportado a mi desarrollo personal y profesional, que, en parte, se ve reflejado en este trabajo.

En primer lugar, agradezco a mi madre Miriam Lavados Becerra, por fomentarme y motivarme a cursar el estudio de postgrado que hoy culmina junto a esta investigación. A mi padre Milton Luengo Caro por heredarme un espíritu de crecimiento y mejora permanente, y a mi hermana Natalia Luengo Lavados que desde siempre ha sido un ejemplo de responsabilidad y dedicación.

Quiero agradecer especialmente a Karina Cerda Olivas, el amor hecho mujer, sin su apoyo y constante compañía no hubiese sido posible culminar este proceso de investigación y estudio. Gracias por creer en mí y potenciarme mediante el amor que me entregas día a día, sin duda, este mérito nos corresponde a ambos, ya que sin sus escuchas, conversaciones y apoyo no hubiese podido culminar este trabajo.

Así también, quiero agradecer a las personas relacionadas al mundo académico que estuvieron presentes para apoyarme y permitirme cursar y culminar mis estudios de Magister, en particular agradezco a la profesora Ximena Méndez por su cariño y dedicación al momento de conversar conmigo y orientarme en este proceso. A mi profesora, una verdadera maestra en mi desarrollo profesional, la Dra. Carmen Gloria Jarpa Arriagada, por ser esa persona crucial que no permitió que yo me rindiera y me obligó a continuar persiguiendo mis sueños. Así también quiero hacer explícita la enorme gratitud hacia Alejandra Seguel, por ser una persona que siempre se mostró afable, cordial y eficiente para apoyarme en mis reiteradas solicitudes y orientaciones durante el desarrollo de mis estudios de postgrado.

Quisiera agradecer a los/as maestros/as que la vida puso en mi camino para enseñarme valores a nivel personal y profesional, quiero agradecer a mi gran amigo y ejemplo Emiliano Santander Llanos, por inculcarme desde la infancia valores de humanidad, respeto y compromiso hacia mí mismo y hacia todo aquello que vive fuera de mí. A don

Raúl Vidal, por darme la oportunidad de trabajar en su equipo de trabajo y permitirme mirarlo como un referente en mi labor profesional, a Miriam Rebolledo por ser la guía de práctica que acompañó mis primeros pasos en el mundo del trabajo social y la infancia y a Pamela Castillo, por enseñarme la sencillez, vocación y ejemplo que implica el desarrollo de esta profesión.

Quiero agradecer a Alex Ruminot, por complejizar mi manera de ver el mundo, por creer en mí y darme las oportunidades de aprender y diversificar el conocimiento mediante su apoyo y conversación. A Carolina Azocar, por creer en mí, por ser una persona crucial en mi desarrollo profesional, desafiándome y mostrándome un camino de trabajo con base en el corazón y la buena fe. A todos/as mis amigos/as que son parte de mi construcción como persona y al igual que todas las demás aquí mencionadas, viven en mí, ya que han sido parte de mi historia, mi crecimiento y formación personal.

Junto con los agradecimientos, quiero dedicar este trabajo a mi hijo Joaquín Luengo Cerda, para que sepa que no importa cuánto demore y cuánto cueste, hay que continuar y esforzarse hasta lograr nuestros propósitos, deseos y sueños. Que nada es realmente imposible cuando uno se lo propone. Así también, este trabajo va dedicado a el/la: Moisés, Belén, Olaya, Escarleth, Cristian, Celia, Yamileth, Patricio, Héctor, Luís, Damaris, Ignacio, Patricia, Carolina, Nayeli, Cristina, Sabka, Zulema, entre otras personas que durante el ejercicio de mi profesión han confiado en mí y compartido su historia y su dolor conmigo, por siempre, tendrán un espacio importante en mi corazón. Les dedico todo este trabajo, con la firme esperanza que cada vez sean menos las personas afectadas en sus derechos, integridad y honor.

1-Introducción

La presente investigación surge con la intención de generar un aporte al conocimiento existente respecto a la Alianza Terapéutica (en adelante AT) que existe entre duplas psicosociales de los Programas de Reparación de Maltrato grave y Abuso Sexual Infantil (en adelante PRM) y sus usuarios/as víctimas de Abuso Sexual Infantil (en adelante ASI) y sus respectivas familias. Para esto es primordial entender el fenómeno del ASI como una transgresión grave a los derechos de los niños, niñas y adolescentes, que afecta a la salud y el bienestar mental y físico tanto de la víctima directa como de la familia de esta. Teniendo un impacto en el deterioro de las relaciones sociales y favoreciendo una serie de trastornos o problemas de salud mental que pudiesen acontecer en la vida adulta de la víctima (Guerra et al., 2017; Katherine & Paz, 2022; Murillo et al., 2021). Dada la gravedad de estas afectaciones y el impacto en la calidad de vida de las víctimas y sus familias, la presente investigación pretende efectivamente configurarse como un aporte en esta materia, esperando aportar conocimiento que favorezca los procesos terapéuticos o de intervención en esta materia.

Desde un punto de vista jurídico, la Convención Internacional de los Derechos del Niño, Niña y/o Adolescente (en adelante CIDN) es un tratado internacional ratificado por Chile en 1990. El artículo 19, alude justamente al derecho que tienen los NNA de ser protegidos de cualquier “perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual” (Unicef, 1990, P. 11) siendo obligación del Estado velar por el ejercicio de este derecho. De igual forma, en el inciso 2 del ya citado artículo, se declara como responsabilidad del Estado crear procedimientos eficaces para la

“prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento...” (Pág. 11, CIDN, 1990) del NNA víctima de vulneración a este derecho.

Dado el contexto explicado en párrafo anterior, es que el Estado a través del Servicio Nacional de Menores (en adelante SENAME), crea los PRM, como forma de dar respuesta tanto a su obligación con la CIDN, como también, en razón de las cifras y denuncias existentes de este tipo de vulneraciones o delitos hacia la infancia. En este punto es importante relevar que actualmente el SENAME, solo atiende situaciones que tienen que ver con responsabilidad penal adolescente, mientras que su rol de protección, ejercicio de derechos y tratamiento es continuado por el Servicio de Protección Especializado en infancia y adolescencia (en adelante SPE), configurándose desde el 1° de octubre del 2021 como sucesor o continuador legal del SENAME, siendo entonces hoy los programas PRM diseñados, orientados y supervisados por el SPE.

Los PRM tienen por objetivo “Contribuir al proceso reparatorio del niño, niña o adolescente que ha sufrido maltrato físico o psicológico grave, constitutivo de delito, y/o agresión sexual infantil” (SMN, 2022, P. 6). Mediante el ejercicio de la Ley 20.032, el Estado licita la ejecución de estos programas en Organismos Colaboradores Acreditados (en adelante OCAS) quienes posterior al debido concurso se encargan de ejecutar los lineamientos y orientaciones técnicas respectivas. Para efectos de la presente investigación, es de especial relevancia el organismo colaborador Agencia Adventista de Desarrollo y Recursos Asistenciales (en adelante ADRA), ya que los PRM que participarán de la investigación corresponden a los proyectos ejecutados por esta institución, siendo 5 PRM distribuidos en tres regiones distintas del país. En estos programas existe un equipo multidisciplinario para la intervención con usuarios/as de tal espacio, siendo las duplas psicosociales las encargadas de brindar atención directa al NNA y su grupo familiar, favoreciendo el proceso de “resignificación de la experiencia de maltrato o abuso en NNA y el adulto responsable” (SMN, 2022, P. 6).

Los PRM son espacios públicos privados, diseñados y dispuestos para dar atención terapéutica reparatoria a NNA víctima de ASI. Sin embargo, en la revisión documental fue posible precisar que, pese a que existe todo un aparataje para brindar atención

reparatoria a NNA víctimas de ASI, existe escasa documentación empírica que permita profundizar acerca de los procesos de intervención que en estos programas se realizan. Este vacío de conocimiento se acrecienta en lo que respecta a la relación o alianza terapéutica que se genera en estos espacios, siendo una dimensión de gran relevancia, especialmente considerando que el ASI es una transgresión de derechos que acontece justamente en la interacción con un otro u otra, que sobrepasa las confianzas, generando una dinámica abusiva donde las víctimas suelen presentar confusión, culpa, estigmatización, sentimientos depresivos, aislamiento social, entre otras repercusiones.

La teoría es enfática en posicionar a la AT como un elemento importante y de gran relevancia para cualquier proceso terapéutico, independiente el modelo de intervención y se configura como un predictor del éxito o fracaso de un proceso terapéutico (Escudero, 2009; Gabriel-Vacher et al., 2022; Goic Ziegele, 2020; Santibáñez, 2003). Por la relevancia que tiene la AT es de suma importancia poder explorar las vivencias que las duplas psicosociales de PRM pueden referir respecto a la generación de AT, con usuarios/as que justamente han sido afectados/as en una dimensión vincular con un otro u otra, que lamentablemente transgredió los límites, morales, corporales y de derecho. Esta investigación no solo puede ser insumo para la generación de conocimiento, sino también, mediante el desarrollo de esta, de forma implícita se dispone de un espacio de reflexión y autoanálisis para las duplas psicosociales, respecto a sus propios procesos o vivencias en torno a la construcción de una AT con sus usuarios/as.

Desde el paradigma cualitativo, se desprende el estudio de caso como la metodología idónea para indagar en el problema que la presente tesis estudia, dicho método ofrece una estrategia dinámica, sencilla y versátil, que se ajusta de manera muy eficaz a los propósitos y características de esta investigación (E. Stake, 1999). Al mismo tiempo el acercamiento al caso se realizará desde un enfoque sociofemenológico, el cual entiende que la realidad es subjetiva a cada persona, que está determinada por los significados individuales y la intersubjetividad que se genera respecto de las cosas y las experiencias (Leal Riquelme, 2006) . De esta forma es que la técnica de recolección de datos corresponde a la entrevista semi estructurada, ya que nos ofrece la posibilidad de profundizar en aspectos previamente consensuados por ambos participantes (Ruiz-

Olabuenálaga, 2007) y se espera poder contar con el insumo necesario para abordar las interrogantes que surgen del problema.

Para la construcción del guión de entrevista, se trabajó en base a dos test, uno de autoreporte para el terapeuta correspondiendo al Inventario de Alianza de Trabajo (Santibáñez, 2003) y otro que radica en la observación de la interacción terapéutica siendo este el Sistema para la Observación de las Alianzas en la Terapia Familiar (Friedlander et al., 2009). Posteriormente, en base a la definición teórica de AT propuesta por Bordín es que se establecieron dimensiones y categorías, en las cuales fueron agrupadas las preguntas de estos test. Posteriormente, fueron confeccionadas preguntas que permitieron profundizar en las temáticas propuestas por ambos test. Finalmente, el bosquejo del guión fue compartido por un grupo compuesto de tres expertos/as en la materia, quienes aportaron con sugerencias y comentarios que fueron considerados para el guion final del trabajo.

Se realizaron 10 entrevistas semi estructuradas a 5 psicólogos/as y 5 trabajadores/as sociales, pertenecientes a los programas PRM ADRA Curacaví, PRM ADRA Calera de Tango, PRM ADRA Melipilla, PRM ADRA Yungay y PRM ADRA Temuco. Estas entrevistas fueron grabadas, posteriormente transcritas y revisadas mediante lo dispuesto por el análisis de contenido. Posteriormente los resultados fueron transparentados con los participantes y con la institución ADRA Chile.

2- Planteamiento Del Problema

La AT ha sido identificada como un elemento central e importante de los procesos psicoterapéuticos e intervención psicosocial. Es un constructo que permite predecir el éxito o fracaso terapéutico, ya que variadas investigaciones relacionan significativamente una buena alianza terapéutica con un exitoso proceso terapéutico, evidenciando efectividad en diversos motivos de consulta y siendo favorablemente utilizada desde diferentes orientaciones metodológicas (Arredondo, Ríos & Salinas, Ruíz, 2005; Escudero, 2009; Friedlander et al., 2009; Goic Ziegele, 2020; Santibáñez et al., 2009; Santibáñez, 2003). Estas características de AT han cautivado el interés de diversos/as investigadores/as y desde distintas disciplinas, generándose consenso en la relevancia que alberga dicho constructo en los procesos de terapia o intervención.

Pese a la relevancia internacional que se la ha brindado a la AT, en Chile existen escasas investigaciones dirigidas hacia este tema. En efecto, Suarez & Zapata (2021) señalan que Chile produce solo el 10% de la información existente respecto a la AT, lo cual genera un vacío de conocimiento, que se acrecienta aún más cuando se refiere a la población infanto juvenil. Las investigaciones nacionales, se han enfocado principalmente en la AT con adultos/as, resultando el rango etario infanto juvenil invisibilizado en esta materia (Gallegos et al., 2015; Goic Ziegele, 2020; Guerra et al., 2017; Santibáñez, 2003). Esta omisión a la AT en población infantil juvenil se acrecienta en el contexto específico de procesos de intervención, tratamiento y/o terapia destinada a población víctima de ASI. Procesos de suma importancia, tanto por el daño o dolor de las víctimas, como también, por el problema de salud pública que reviste este tipo de agresiones a la infancia y sus consecuencias a largo plazo.

El ASI es una transgresión de derechos grave hacia un NNA, que se caracteriza por tener una alta prevalencia y se entiende como cualquier interacción o actividad sexual en la que participa un NNA, en contra de su voluntad, existiendo un contexto de asimetría de poder o coacción entre víctima y victimario que favorece o permite la transgresión, siendo importante señalar que el ASI puede ser perpetrado por un adulto, adulta y/u otro

NNA (Arredondo, Ríos & Salinas, Ruíz, 2005; Guerra et al., 2017; Murillo et al., 2021). Existen distintas definiciones respecto a esta transgresión de derechos, sin embargo, la mayoría coincide en el contexto de asimetría que caracteriza la relación entre víctima y victimario, siendo un elemento común en estos casos. Del mismo modo, existe consenso respecto del daño emocional, físico y psicológico que las experiencias de ASI generan en las víctimas.

Se han documentado diversas consecuencias, individuales, familiares y sociales respecto del ASI, abarcando sintomatología, que va desde el dolor físico, hasta enfermedades de salud mental, tales como ansiedad, depresión, esquizofrenia, abusos de sustancias, problemas comportamentales e interpersonales, estrés post traumático, enuresis, encopresis, ideación y conducta suicida, entre otras (Katherine & Paz, 2022; Murillo et al., 2021). Del mismo modo, Cantón-Cortés & Cortés (2015) señalan que personas adultas víctimas de abuso sexual en su infancia, tienen mayor probabilidad de padecer trastornos emocionales tales como depresión, ansiedad, baja autoestima o problemáticas en sus relaciones sexuales. Coincidentemente, Estrada (2022) señala que el ASI genera secuelas a corto y/o largo plazo, que pueden afectar significativamente el desarrollo de la persona y que podrían presentarse en cualquier etapa del rango evolutivo.

Considerando estas evidencias, resulta muy necesario desarrollar procesos de investigación, que permitan ampliar el conocimiento acerca de los tratamientos que hoy se ejecutan para las víctimas de ASI, con la intención de aportar insumos que sirvan de orientación a estos mismos procesos terapéuticos y/o las políticas públicas que se diseñan como medida de afrontamiento a este fenómeno. Se pretende a través del presente estudio aportar de alguna forma al bienestar y a la superación del trauma de las personas víctimas de ASI. Generando conocimiento específico, respecto a la AT que se establece con usuarios/as víctimas de ASI sus respectivas duplas psicosociales, quienes encarnan el papel de terapeuta en estos espacios.

Al momento de investigar y reflexionar acerca de los tratamientos de ASI, es importante considerar el impacto y eventual tratamiento que podrían requerir los/as

cuidadoras de NNA víctimas de esta vulneración. Ellos/as ejecutan un rol fundamental para el tratamiento del NNA. Ya que desde el momento de la revelación y durante el tratamiento, el adulto/a debe posicionarse como un factor de apoyo importante para el NNA y su proceso terapéutico, teniendo muchas veces que lidiar con sus propios dolores (Miranda González, 2021; Pizarro et al., 2021; Sinclair & Martínez, 2006). El apoyo, contención, credibilidad, escucha, entre otras actitudes de los padres y/o madres hacia el NNA víctima de ASI es un factor clave que puede determinar la mejoría a nivel terapéutico del NNA y puede influenciar la forma de operar del trauma (García Peña et al., 2018; Miranda González, 2021; Pereda, Beltrán, 2011; Sinclair & Martínez, 2006). De esta forma, se considera esencial que la intervención en casos de ASI considere a los adultos/as significativos del NNA como sujetos/as de atención, construyendo con ellos/as una AT que les apoye en su proceso para posicionarse como un factor de apoyo saludable para el NNA. Pese a la relevancia de lo ya mencionado, hoy existe escasa información o sistematización acerca de la AT que se establece con adultos/as cuidadores/as de NNA víctimas de ASI (Miranda González, 2021).

Con la intención de generar conocimiento, la presente investigación pretende analizar los significados que se generan de las vivencias que las duplas psicosociales, construyen respecto de la AT que establecen con los NNA, como también con las familias y/o adultos/as responsables que acompañan estos procesos reparatorios. Se ha evidenciado la existencia de un vacío de conocimiento acerca de este objeto de estudio, especialmente en los procesos de intervención o tratamiento en casos de ASI. Es por esta razón que el contexto de la investigación corresponde a proyectos de atención ambulatoria, denominados PRM. Programas que tienen como objetivo “Contribuir al proceso reparatorio del niño, niña o adolescente que ha sufrido maltrato físico o psicológico grave, constitutivo de delito, y/o agresión sexual infantil” (SMN, 2022, P. 6). Es importante precisar que los PRM fueron creados el año 2017 como respuesta a las altas tasas de ASI y maltrato grave del país, así también acorde a las obligaciones del Estado con la Convención Internacional de los derechos del NNA (Retamales, 2019; SMN, 2022; Sotomayor, 2021).

El ASI, es un fenómeno que se aborda desde un enfoque transdisciplinario, por lo mismo, es importante precisar que desde el punto de vista jurídico el ASI es una vulneración al artículo 19 de la CIDN (Convención Internacional de los derechos del NNA) documento que busca promocionar y preservar el ejercicio de derechos de los NNA en el mundo, y fue ratificado en Chile el 14 de agosto de 1990 (Unicef, 2019). Desde este momento el ASI empieza a generar mayor importancia para la justicia penal chilena, ya que durante los años 1999 y 2003 se promulgaron las leyes 19.917 y 19.927 que criminalizan este tipo de transgresión a la infancia y aumenta las penas para este delito (Reveco, 2013). Por tanto, la mirada al ASI, se ha ido nutriendo desde diferentes modelos y paradigmas, siendo de suma relevancia, el contexto jurídico que aquí se señala. Podemos afirmar que la CIDN no solo establece los criterios y obligaciones del Estado respecto a la promoción y reparación de derechos de los NNA, sino que también corresponde al marco jurídico que alberga el origen de los PRM.

La CIDN, en el artículo 19 refiere dos apartados que definen el derecho del NNA a ser protegido contra malos tratos y define la responsabilidad que le convoca al Estado cuando algún NNA es vulnerado en este derecho. En su inciso 1° señala que el Estado tiene que “adoptar medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual” (Unicef, 1990, p.9). Por su parte, el inciso 2 del mismo artículo, señala que el Estado debe realizar procedimientos para la creación de programas sociales, “con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño (Unicef, 1990, pág. 9).

En el contexto descrito en el párrafo anterior, es que el año 2017 el Estado chileno, mediante el SENAME crea los Programas de Reparación de Maltrato. Los PRM son ejecutados, previo proceso de licitación, por OCAS, quienes previo a concursar deben acreditarse frente al Estado, en concordancia con lo estipulado por la Ley, 20.032. Esta ley establece un sistema de atención y subvención, que fija el marco normativo para la

relación entre el Estado y sus colaboradores privados, en lo que respecta a la ejecución de las políticas públicas de infancia, en este caso específico lo que concierne a la ejecución de los programas PRM. En las bases de los concursos públicos de licitación, el Estado, mediante el SPE entrega las orientaciones técnicas que las OCAS deben respetar y considerar al momento de presentar cada propuesta de licitación.

En las orientaciones técnicas, anteriormente señaladas, el proceso reparatorio que el Estado define para los PRM considera tres ejes esenciales, estos son, la restitución de los derechos, la superación de las secuelas psico-afectivas y la reelaboración del trauma, entregando criterios, orientaciones y metas para abordar este proceso de intervención. Dentro de otras cosas, señala que la intervención terapéutica del NNA debe ser desarrollada por profesionales de la psicología, mientras que profesionales del trabajo social, son quienes están orientados a la atención familiar y/o de los/as adultos/as responsables (SPE, 2022). Se asume, de esta forma, que efectivamente existe un trabajo diferenciado entre la atención del NNA y el adulto o adulta cuidadora.

Las orientaciones técnicas definen metas cuantificables para la medición del logro en la intervención. Estas metas se expresan en porcentajes referentes al tiempo de permanencia del NNA en el proyecto PRM, al no reingreso de NNA egresados de PRM a alguna red de protección de infancia, satisfacción usuaria respecto de la atención recibida, porcentaje respecto a la interrupción del maltrato, porcentaje acerca de la disminución de sintomatología asociada al ASI y porcentaje de adultos/as que fortalezcan sus pautas relacionales y protectoras. Si bien, el documento procura abordar diferentes dimensiones del proceso de intervención, no se puntualiza en la AT, ni como aspecto a relevar ni evaluar dentro de los procesos terapéuticos. Esta omisión a la AT se contradice con la basta evidencia teórica y empírica acerca de las potencialidades de este constructo y su relevancia en diferentes tratamientos y/o modelos de intervención. La presente investigación pretende visibilizar la importancia de este constructo y problematizar la omisión que existe tanto a nivel académico, como en lo referente a las orientaciones técnicas de PRM.

Durante el desarrollo de la presente tesis se fundamenta la importancia y relevancia que la AT tiene para cualquier proceso de terapia, independiente inclusive al modelo, enfoque y/o estilo del terapeuta. Así también se pretende visibilizar que pese a haberse demostrado de manera empírica y en diversas instancias la relevancia de la AT en el éxito o fracaso de una terapia (Botella & Corbella, 2011; Corbella & Botella, 2003a; Escudero & Muñiz de la Peña, 2010; Friedlander et al., 2009), no existe alusión a este constructo en las orientaciones técnicas de PRM, problematizando esta situación y entregando un insumo que permita aportar al vacío de conocimiento que hay respecto a esta materia.

Para comprender el problema que implica la invisibilización de la AT en la política pública (Giaroli et al., 2020), es importante tener en cuenta que este constructo ha tenido un destacable desarrollo en psicología, enfermería, psiquiatría, trabajo social, entre otras disciplinas. La AT es un constructo complejo que ha generado interés prácticamente de manera transversal desde los inicios de la atención terapéutica, causando gran relevancia y atención debido a la predicción que este constructo puede representar acerca del éxito o fracaso de un proceso terapéutico (Corbella & Botella, 2003a; Escudero & Muñiz de la Peña, 2010; Gallegos et al., 2015; Giaroli et al., 2020). La relevancia que se la ha brindado en diversas corrientes epistemológicas le ha dado la característica de ser un constructo en constante definición y redefinición. Ha sido investigado, tanto como concepto en si mismo, como en su relación con otras variables, tales como tratamientos o trastornos específicos de la salud mental y física.

La versatilidad del concepto se debe a que desde muchas corrientes teóricas se han realizado aportes para su definición, existiendo cierto consenso en considerar la AT como algo relevante dentro de un proceso de intervención. Horvath y Bedi, (2002) destacan a la AT y la singularizan como el mejor predictor de resultados terapéuticos. De tal manera, la efectividad de la AT ha podido ser evidenciada en diversos momentos, pudiendo destacar que a nivel general existe una correlación positiva entre la AT y el nivel de mejora de la sintomatología en pacientes con diversas patologías (Botella & Corbella, 2011). Siendo posible afirmar que “la evidencia empírica demostró que la relación terapéutica es una variable importante en el proceso de cambio y se le puede

atribuir alrededor de entre un 10-17% de la variación de los resultados” (Etchevers et al., 2019, P.53). Si bien, los orígenes de la AT se remontan al psicoanálisis hoy se puede afirmar que la alianza es decisiva no solamente en el contexto de la psicoterapia psicoanalítica, sino en todos los modelos de terapia (Escudero & Muñiz de la Peña, 2010; Friedlander et al., 2009).

Paradójicamente a la reputación de la AT, se ha fundamentado en el presente trabajo un vacío de conocimiento que existe respecto a la AT en contextos de intervención destinados principalmente a infancia y adolescencia, vacío que también ha impactado en la omisión de este constructo en la política pública, desaprovechando las mejoras o garantías que la AT pudiese ofrecer en la intervención psicosocial o terapéutica. El presente trabajo, se abocará a explorar la AT que surge en contextos de terapia reparatoria destinada a NNA víctimas de ASI, intervención que se realiza en programas PRM, acorde a las orientaciones técnicas que el Estado entrega a las OCAS.

Como se ha planteado, para los PRM se definen elementos de medición del éxito basado en porcentajes y metas numéricas que no necesariamente representan la subjetividad que existe en una interacción terapéutica. Siendo relevante poder insumar conocimiento que permita analizar las experiencias relacionadas a la AT en este contexto de intervención. Al finalizar la investigación se espera poder describir las vivencias que las duplas psicosociales refieren respecto de la AT, siendo de especial interés las singularidades y/o contraste que pudiesen presentarse en casos de ASI.

Por todo lo anterior, es que, mediante la aproximación cualitativa, esta investigación pretende explorar las vivencias que duplas psicosociales de programas PRM de la institución ADRA Chile señalan respecto a la AT que se construye con los usuarios/as de dichos programas. Se pretende generar conocimiento que sirva de aporte tanto para la interacción terapéutica, como también para destacar la importancia y relevancia que esta temática podría tener en las políticas públicas de infancia, haciendo hincapié en los programas PRM, ya que son espacios de financiamiento y orientación pública, destinados a la atención terapéutica, NNA menores de 18 años, víctimas de delitos de maltrato físico grave, maltrato psicológico y abuso sexual infantil.

3- Marco Conceptual

3.1- Alianza Terapéutica (AT)

El concepto de AT ha sido un constructo de interés para diferentes modelos o enfoques de intervención, lo que ha implicado que este concepto haya sido definido y redefinido, en diversos momentos y desde diferentes corrientes teóricas. Pese a lo anterior, existe consenso y basta evidencia acerca de la importancia que reviste la relación que surge entre terapeuta y paciente (Fiorito, 2020). Del mismo modo, el concepto de alianza terapéutica no alberga solo el campo de la psicología o psicoterapia, sino que también resulta ser un constructo transdisciplinario que ha evidenciado su importancia y relevancia en diferentes campos profesionales, tales como, Enfermería, Medicina, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, entre otras profesiones que han relevado la importancia que reviste la AT sus diferentes espacios de trabajo.

En el transcurso de la presente investigación se revisarán a grandes rasgos las diferentes perspectivas de este concepto, no obstante, acorde a los objetivos del presente este trabajo, es que se enfatizar en aquellas visiones aportadas desde el campo de la psicología y el trabajo social, ya que la investigación se sitúa en un contexto específico que se relaciona directamente con las profesiones mencionadas, siendo los casos de estudio, justamente profesionales psicólogos/as, trabajadores/as sociales.

Retomando la conceptualización de la AT, es posible distinguir una primera aproximación cuando Corbella & Botella, (2003), planteaba la necesidad de considerar como primer objetivo terapéutico la adherencia del paciente al proceso y al analista, conceptualizando esta relación como “transferencia”. Esta relación de transferencia era entendida por Freud como “una distorsión de la relación paciente-terapeuta” (Fiorito, 2020, P.7) y el terapeuta tenía que realizar una interpretación de dicha transferencia, siendo este proceso parte esencial de las tareas del terapeuta.

La transferencia podía determinar la resistencia del paciente hacia el tratamiento, o de lo contrario, la apertura a este. Así también es posible diferenciar entre una transferencia de carácter positiva y/o negativa (Etchevers et al., 2019). Sin embargo, Corbella & Botella, (2003) hace referencia que tanto la transferencia positiva como negativa, impacta en el desarrollo de la terapia, pudiendo incluso ambas dificultar la concreción de los objetivos terapéuticos, como por ejemplo instancias cuando la transferencia positiva se vuelve erotizada.

La relevancia que Freud otorga al campo relacional terapeuta-paciente, es también reforzada con las ideas de Sandor Ferenczi, quien también desde un enfoque psicoanalista, manifestaba que el paciente debía rememorar el pasado problemático en la relación terapéutica, reconociendo así también, este campo relacional como escenario de la terapia (Corbella & Botella, 2003). Más contemporáneo y también desde el área del psicoanálisis el psicólogo Richar Sterba sostenía que una identificación positiva con el terapeuta puede a veces motivar al paciente a trabajar hacia el cumplimiento de las tareas terapéuticas (Waizmann & Roussos, 2009).

Zetzel,(1956) es la primera en referirse directamente al concepto de alianza, diferenciado de la transferencia. En tal entonces la autora señalaba que la alianza sería la dimensión no neurótica de la transferencia y lo que permitiría el insight de el/la paciente, enfatizando la importancia que tendría este concepto en la terapia.

Se hace hincapié en las corrientes psicoanalistas como las pioneras en señalar la importancia de este constructo, no obstante, de forma posterior diferentes corrientes teóricas centraron su interés en la AT, pero diferenciándola de lo que en un inicio Freud refería como transferencia (Corbella & Botella, 2003a). Es durante los años 70, que este constructo fue diversamente explorado y definido, siendo estudiado prácticamente de manera transversal desde las distintas corrientes teóricas (Waizmann & Roussos, 2009), por la misma razón es que la AT no resulta ser un concepto rígido, más bien dinámico y subjetivo, siendo definido mediante el aporte de diferentes ramas tanto de la psicología como de otras ciencias médicas y sociales

Posteriormente, Greenson aporta una definición importante, ya que, diferencia entre lo que él define como alianza de trabajo y AT. Entendiendo por alianza de trabajo la habilidad con que cuenta el paciente para incorporar en su vida las tareas del tratamiento y la AT como la capacidad tanto del terapeuta como del paciente para formar un vínculo personal (Corbella & Botella, 2003). Esta definición es importante, dado que entiende a la AT no como un concepto en sí mismo, sino como un constructo compuesto por diferentes partes.

En la misma sintonía, desde el enfoque psicodinámico, se define la AT como una relación compuesta por las dimensiones de alianza de trabajo y la relación real. Entendiendo como alianza de trabajo, la capacidad del terapeuta y del paciente para trabajar en la concreción de los objetivos acordados. Mientras que la relación real, es una dimensión que se construía en base al vínculo que se genera entre ambos (Corbella & Botella, 2003). Desde el mismo enfoque terapéutico, Lester Luborsky propone una de las definiciones más importantes y que gran atención genera, define a la AT como un proceso que involucra dos fases. La primera fase de alianza tipo 1, que representa la percepción que el paciente tiene del terapeuta, visualizándolo como una persona que podría ayudarle y entregarle apoyo. La alianza de tipo 2, que tiene que ver con la experiencia del paciente respecto de trabajar en conjunto con el terapeuta, en relación a superar sus dificultades (Waizmann & Roussos, 2009).

En los párrafos anteriores, se esbozó la multiplicidad de definiciones y enfoques que han aportado a la comprensión de la AT. Sin embargo, para fines de la presente investigación se trabajará con la definición aportada por Edward Bordin, ya que esta definición ha sido caracterizada como transteórica, reformulando la concepción que había de la alianza de trabajo, así también, diferenciando la AT de la neurosis de transferencia, expuesta desde el psicoanálisis. Esta definición aporte el modelo de alianza más heurístico y rico, teniendo gran influencia tanto en la terapia individual como conjunta (Botella & Corbella, 2011; Etchevers et al., 2019; Fiorito, 2020; Friedlander et al., 2009; Waizmann & Roussos, 2009). Así también, como será revisado más adelante en esta investigación, la definición aportada por Bordin, ha sido utilizada como guía u orientación de diferentes instrumentos creados para medir la AT

La AT puede determinar la disposición del paciente, al tratamiento. Ya sea, participando con compromiso hasta el término de este, o, por otro lado, presentar desmotivación e incluso abandonar el tratamiento. Bordin entiende la AT como un estrecho lazo emocional entre paciente y terapeuta, teniendo la característica de generar acuerdos mutuos acerca de las tareas y metas del tratamiento entre ambos (Friedlander et al., 2009)

Si bien Bordin, entiende el concepto de AT como un constructo compuesto de diferentes aspectos, él define claramente tres dimensiones esenciales en la definición del concepto (Botella & Corbella, 2011, 2011; Fiorito, 2020; Friedlander et al., 2009; Waizmann & Roussos, 2009). Señala que hay una dimensión de característica predominantemente emocional que tiene que ver con el vínculo entre paciente y terapeuta. Otra denominada tareas, que tiene que ver con las estrategias que se ocuparán para la concreción de los objetivos, y la tercera son las metas del tratamiento, que tiene que ver con el acuerdo entre terapeuta y paciente acerca de los objetivos de la terapia (Etchevers et al., 2019; Friedlander et al., 2009; Santibáñez, 2003; Waizmann & Roussos, 2009).

Santibáñez, (2003) describe la composición realizada por Bordin, entendiendo al vínculo, como una red de conexiones entre el terapeuta y el usuario/a, señalando que un contexto de confianza mutua y aceptación es de base para el establecimiento del vínculo. Estos aspectos determinarían la experiencia emocional de el/la usuario/a, lo cual influye en la colaboración que este/a pueda mostrar acerca de la terapia. Por otro lado, respecto de las tareas, señala que son los medios que terapeuta y usuario/a acuerdan para la concreción de objetivos, siendo de vital importancia contar con la validación y el compromiso de ambos/as por realizar efectivamente las acciones o tareas que se acuerden en el proceso. Finalmente, de las metas señala que es el acuerdo entre terapeuta y usuario/a respecto de los objetivos que perseguirá el proceso de intervención, destacando que una fuerte AT se caracteriza por contar con el respaldo y validación de ambos/as “respectos de las metas establecidas”

Finalmente, es importante aclarar que en este apartado se ha mencionado a la AT como la relación que distingue la interacción paciente/terapeuta. No obstante, estos conceptos fueron utilizados acorde a la evolución teórica e histórica del constructo. Pero, para fines de la presente investigación, el paciente será entendido y expresado como usuario/a, ya que dicho concepto se relaciona con el contexto de estudio. Por tanto, en esta investigación el foco corresponderá a la AT establecida entre usuarios/a y terapeutas de PRM.

3.2- Alianza Terapéutica desde la mirada del Trabajo Social

AT, como concepto específico, no ha sido especialmente relacionada al Trabajo social (en adelante TS) en parte, esto puede deberse a que los orígenes de tal constructo se remontan al psicoanálisis y nutriéndose en diversos momentos desde enfoques o modelos propios del campo de la psicología. No obstante, desde los inicios de la profesión, se ha hecho énfasis en la importancia de la relación que el trabajador social construye con el usuario/a. Richmond (1922), advertía la relevancia de las relaciones que el usuario/a sostiene con su mundo social, haciendo especial hincapié en la relación que el usuario/a sostiene con él/la Trabajador/a social. De esta forma, si bien la AT no fue mencionada en un inicio desde el TS ha sido un elemento de vital preponderancia para el ejercicio de la profesión.

El TS se desarrolla en inherente relación con un usuario/a, inclusive, en muchos contextos, trabaja en calidad de dupla con psicólogos/as, manteniendo con los usuarios/as interacciones sostenidas en el tiempo, con claros fines terapéuticos. Payne (1995) señalaba que esta relación con el usuario/a, singulariza al TS como un proceso, y no como una serie de interacciones aisladas la una de la otra. Enfatiza la relevancia de este constructo señalando que *“es solo en el trabajo social donde la iniciación y el mantenimiento de la relación suponen, el principal instrumento de servicio al cliente”* (Payne, 1995, pp. 50-51). Por su parte, Raya & Capárros (2014) señalan que la relación entre el usuario/a y el trabajador social es una especie de vehículo que guiará la intervención profesional. Pese a no hablarse derechamente de una AT, es evidente que

teóricos de la profesión ya dimensionaban la relevancia de esta interacción en el desarrollo de la profesión.

Desde la psicología humanista, el TS toma el concepto de relación de ayuda, el cual también es ampliamente estudiado en el campo de la enfermería, y propuesto por el psicólogo Carl Rogers. El autor define la relación de ayuda como *“aquella en la que uno de los participantes intenta hacer surgir de una o de ambas, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo y su uso más funcional de estos”* (Bermejo, 1998, p. 10) Esta definición ha sido relacionada con el ejercicio del TS por diversos autores (Garro, 2019) y desde allí ha ido redefiniéndose acorde a los distintos aportes teóricos.

La relación del TS y el cliente tiene un potencial de cambio, siendo la interacción entre ambos/as, el punto neurálgico de la intervención, entendiendo esta AT como un proceso recíproco donde el/la trabajador/a social y el cliente confían y validan el punto de vista del otro/a (Du Ranquet, 2007, citado en (Garro, 2019). Fernández, (2011), también visualiza la práctica del T.S. como un elemento terapéutico y curativo que crea una relación psico-afectiva y física del T.S. con el cliente o usuario.

Desde el campo del TS hay una clara tendencia a relevar la importancia que tiene la relación que establece este con los usuarios/as. No obstante, no existen muchos autores que se refieran derechamente a esta relación como AT, situación que configura un punto de interés para la presente investigación, toda vez, a la luz de la definición teórica de Bordin, se pretende poder explorar en las vivencias de TS respecto de la AT que eventualmente construyen con los usuarios/as del PRM.

4- Marco Teórico.

4.1- Teoría de la identidad social.

Esta teoría parte de la base de comprender que el ser humano transita por diferentes comportamientos o formas de relacionarse con su entorno social. Estas transiciones en el comportamiento estarían determinadas por dos factores principales, el intergrupar y el interpersonal. El primero tiene que ver con la influencia que tiene en la concepción de sí mismo/a, el pertenecer a determinado grupo social, dicho de otra forma, la concepción de sí mismo, según este enfoque teórico, está en parte determinada por los grupos a los que pertenece esa persona (Scandroglio, 2008). Por otro lado, el factor interpersonal explica la conducta de la persona, desde las relaciones que este tiene con otros/as, junto con las características idiosincráticas propias de cada de ser humano.

Esta teoría, agrega sustento e interés al estudio, ya que la AT que surgen entre terapeutas y usuarios/as de PRM está determinada por la pertenencia de estas personas a determinados grupos sociales, como es el caso del terapeuta al equipo de trabajo del PRM. Por otro lado, nos permite visualizar a la AT como un elemento único, irrepetible ya que está determinada por la relación e idiosincrasia de cada uno/a. Desde esta teoría sea hace muy interesante poder profundizar en las vivencias y significados que las duplas tratantes construyen de su experiencia con el usuario/a y la construcción de la AT.

La teoría de la identidad social pretende integrar la conducta intergrupar con los procesos individuales, las motivaciones y características personales e idiosincráticas de las personas integrantes del grupo, como también del contexto en el que interactúan y pertenecen. Para esta teoría la sociedad es entendida como un grupo heterogéneo de categorías sociales que interactúan y mantienen relaciones de poder y estatus entre ellas (J.M.C. Ortiz & Toranzo, 2005). Desde este punto de vista es muy relevante explorar y describir como los/as terapeutas, construyen la AT con sus usuarios/as en el contexto de PRM.

4.2- Interaccionismo simbólico

El interaccionismo simbólico es un concepto que se desarrolló principalmente a mitad del siglo XX y hasta entrados los años 80, se destaca por acentuar en la naturaleza simbólica de la vida social y se atribuye a Herbert Blummer y la escuela de Palo Alto (Rizo, 2004). La premisa de esta teoría radica en entender que los actos del ser humano están determinados por lo que las cosas significan para él. Entendiendo por cosas, todo aquello ajeno a sí mismo, ya sea, seres humanos, objetos, instituciones, situaciones, ideales, entre otras. Otro aspecto relevante consiste en que el significado que la persona le otorga a las cosas, surge como consecuencia de la interacción que se tiene con el otro/a, señalando que la interacción social de cada persona, se produce mayoritariamente, en respuesta o en relación con las interacciones de los demás (L. González, 2018).

Desde este punto de vista, es importante el estudio, ya que por un lado cautiva el interés acerca de cómo la interacción que las duplas psicosociales mantienen con los usuarios/as, va tributando a la generación de una AT capaz de dar sostén y continuidad al proceso de intervención. Desde allí es también muy relevante poder profundizar en el significado que el terapeuta construye respecto a su usuario/a y poder describir como esto afecta en la concreción de AT.

Los seres humanos actúan respecto de las cosas sobre la base de las significaciones que estas cosas tienen para ellos, o lo que es lo mismo, la gente actúa sobre la base de significado que atribuye a los objetos y situaciones que le rodean. Sin embargo, en la interacción cara a cara que implica la intervención de PRM, surge una interacción con el usuario/a donde existe una influencia recíproca con el terapeuta. Donde todos/as los/as participantes elaboran significados personales del otro/a y del contexto de PRM y desarrollan sus conductas a partir de estos significados. En la interacción cara a cara entre terapeuta y usuario/a se construye una relación única donde las conductas de uno/a, son inmediatamente significados por el otro/a, al mismo tiempo que este responde en base a los significados que pudo generarse de la intervención cara a cara.

Esto es muy interesante ya que si bien, en base a la teoría de la identidad social entendemos que la conducta está determinada por la conciencia que tiene el individuo

de pertenecer algún grupo, sin embargo, el interaccionismo simbólico va un poco más allá en el sentido de manifestar que la conducta va estar determinada por el significado que el individuo le atribuye a este grupo, al contexto y al otro/a.

5- Contexto de la investigación

Como se ha mencionado anteriormente, la investigación se desarrollará en PRM correspondientes a la oferta programática del SPE, servicio público, perteneciente a su vez al Ministerio de Desarrollo Social de Chile. Por esta razón, a modo de sociabilizar y profundizar el entendimiento acerca del contexto de la investigación, es que se realiza el presente apartado aclarando y detallando estos espacios.

5.1- SENAME- Servicio Protección Especializada a la niñez y adolescencia

El SENAME, es un organismo gubernamental, que fue creado por el decreto Ley 2.465 del 10 de enero de 1979, no obstante, empezó sus funciones el 1 de enero de 1980. (SENAME s.f). En su inicio, el SENAME era el encargado de contribuir a proteger y promover los derechos de los NNA. Así también, restituir y eventualmente “reparar” a NNA que hayan sido víctimas de vulneración a sus derechos. Antes de continuar la lectura, es importante señalar que, desde el 1 de octubre del 2021, el SENAME no tiene injerencia en la política pública relacionada con la protección hacia la infancia, siendo actualmente el SPE el encargado de realizar tales funciones, no obstante, es imprescindible que en el presente trabajo se haga mención al SENAME, en especial consideración de que este servicio es quien ha confeccionado y fijado las bases para las orientaciones técnicas de los programas PRM.

Para la concreción de sus objetivos, el SENAME diseñaba las políticas públicas u orientaciones técnicas que resultan necesarias de ejecutar ya sea por organismos estatales y/o privados. Esta labor, hoy es ejecutada por el SPE, toda vez, como ya se ha hecho referencia anteriormente este servicio reemplaza al anterior SENAME. Siendo hoy injerencia del SPE dar cumplimiento a lo señalado anteriormente.

Es así que el SPE, es el encargado de mantener una oferta programática que considere proyectos y orientaciones específicas de acuerdo a cada problemática que afecte a la infancia. Estos proyectos son licitados por privados, quienes tras un debido proceso de acreditación son sindicados como OCAS, quienes cuando corresponda según los resultados de las diferentes licitaciones públicas, serían los responsables de ejecutar los proyectos adjudicados y el Estado, a través del SPE posteriormente supervigilar y fiscalizar su cumplimiento.

Como se señalaba en párrafos anteriores el SENAME ha sido recientemente reemplazado por el actual SPE. De tal forma es que él desde el día 1 de octubre del 2021 el SENAME se enfoca exclusivamente al diseño de la política pública referente al área de justicia y reinserción juvenil. Así también, tanto el SENAME como OCAS, se encargan de dar atención a adolescentes y jóvenes de entre 14 y 17 años, que han estado en conflicto con la ley y que a razón de esto han sido imputados o condenados por el tribunal pertinente.

Por su parte el SPE, desde su inicio el 1 de octubre del 2021, tiene como misión: “proteger, restituir derechos y reparar el daño de niños, niñas y adolescentes gravemente amenazados o vulnerados, poniéndolos en el centro de nuestro actuar junto a sus familias, fortaleciendo su desarrollo integral mediante equipos de profesionales y programas especializados, coordinados con el intersector y adaptados a sus necesidades y territorio” (SPE, s/f). A nivel jurídico es la ley 21.032, la que da origen al presente SPE, delegando en este la responsabilidad de restituir derechos y reparar el daño de los NNA gravemente amenazados/as y vulnerados/as en sus derechos, realizando intervenciones que no solo consideran al NNA, sino que considera también sujetos/as de atención las respectivas familias de los NNA.

Cabe precisar que ante lo incipiente que resulta el SPE, la oferta programática actual aún se remonta a lo estipulado por el SENAME. Siendo de específica importancia para el presente estudio, los PRM, los cuales remontan su actuar a las orientaciones técnicas realizadas el año 2019 por el ya nombrado SENAME y actualizadas por el SPE el año 2023.

5.1- Programas de Reparación de Maltrato Grave y Abuso Sexual Infantil (PRM)

Previo a definir a los PRM, es importante hacer alusión brevemente a las condiciones nacionales que implicaron la necesidad por parte del Estado, específicamente el SENAME acerca de crear un programa destinado para restituir y reparar el daño atribuible al ASI, el maltrato físico y/o psicológico en contexto de violencia intrafamiliar.

El ASI se entiende como una problemática social que afecta al desarrollo de NNA, teniendo una prevalencia considerable a nivel internacional del 20% en mujeres menores de 18 años y 10% en hombres menores de 18 años. Una investigación reciente respecto a la prevalencia del ASI en Chile refiere que 31,8% de mujeres y 20,8% de hombres refirieron al menos un tipo de victimización sexual a lo largo de su vida (Murillo et al., 2021). Por otra parte, (León et al., 2014) refiere que la violencia intrafamiliar (en adelante VIF) tiene una prevalencia internacional del 70%, así también, el mismo estudio refiere que en Chile este fenómeno tiene una prevalencia entre el 35 y el 80%.

Estas cifras son mencionadas con la intención de visibilizar la necesidad de atención que existe en el país respecto a estas temáticas, contextualizando el surgimiento de los programas PRM como un intento del Estado por salvaguardar a los NNA respecto al ASI, el maltrato físico grave y psicológico en contexto de VIF. De esta forma entonces es que el año 2007, el SENAME, crea los PRM, los cuales tienen como objetivo contribuir al proceso reparatorio del niño, niña o adolescente que haya sufrido maltrato físico o psicológico grave, constitutivo de delito, y/o agresión sexual infantil, buscando la disminución de la sintomatología a nivel físico, emocional y conductual.

Los PRM son definidos por el SENAME como una línea de intervención inserta en el nivel proteccional de la política pública, estando para el servicio de NNA vulnerados/as gravemente en sus derechos y su modalidad de intervención es considerada de alta complejidad.

Las actuales orientaciones técnicas de los PRM se remontan al año 2022, no obstante, aún hay PRM que se rigen de lo estipulado en las orientaciones técnicas anteriores del año 2019, en ambos documentos se explicitan las metas y los medios de verificación respectivos a cada indicador o meta de eficacia indicada. Así también este documento público refiere características de los/as sujetos/as de atención, estando dirigida la intervención a NNA menores de 18 años, que hayan sufrido maltrato físico o psicológico grave y/o agresión sexual. Pese a esto, el documento hace explícito el hecho de que no son solo los NNA los beneficiarios directos de intervención, sino que está también puede ampliarse a los/as adultos/as significativos/as o pares del NNA, siempre y cuando esto sea pertinente para el tratamiento.

Las vías de ingreso de los NNA a estos programas son mediante derivación de Tribunales de familia, Ministerio público, SENAME- SPE y/o Juzgado de garantía. La intervención está contemplada para 12 meses en NNA que cuentan con adulto/a responsable y 24 meses aquellos NNA que no cuentan con adulto/a responsable.

Algo importante de mencionar en este apartado es que los PRM son en un 100% ejecutados por privados, quienes mediante procesos de licitación se adjudican tal ejecución. Siendo el rol del Estado, representado hoy por el SPE, los encargados de monitorear y evaluar el funcionamiento y metas de los distintos PRM en ejecución.

La intervención o ejecución de los PRM es orientada a ser realizada a lo menos en cuatro fases de intervención diferentes, estas son: Fase de evaluación de ingreso, Diseño de Plan de tratamiento individualizado o PII, Ejecución del Plan de Intervención Individual, Egreso y seguimiento (SPE, 2022), estas dimensiones serán detalladas a continuación, ya que para efectos del presente trabajo es de sumo interés que en este apartado pueda quedar claramente evidenciado el rol terapéutico que se espera pueda ejecutarse en los PRM.

5.1-1. Fases de Evaluación de Ingreso

La fase de evaluación de ingreso tiene la finalidad de evaluar si los antecedentes presentados por el ente derivante del NNA dan cuenta de la existencia del ejercicio de maltrato físico o psicológico grave y/o agresión sexual al NNA a quien se hace referencia

en la derivación respectiva. Así también, en esta fase PRM debe evaluar la pertinencia de adoptar medidas de urgencia en pro del resguardo y protección del NNA. Es relevante contar con el máximo de antecedentes posibles, de modo que esta fase es considerada de profundización diagnóstica.

5.1-2. Diseño de Plan de tratamiento individualizado o PII

Corresponde a la etapa de planificación del proceso de intervención, durante el desarrollo de esta fase se definen las acciones a seguir según los objetivos de intervención propuestos para cada NNA,

Para la elaboración del PII es fundamental contar con diversos antecedentes, tales como evaluación de la violencia ejercida, identificación de actores claves o protectores tanto a nivel familiar como de entorno comunitario. La planificación de la intervención se realiza mediante el documento denominado Plan de Intervención Individual, el cual debe responder a las necesidades del NNA que ha estado expuesto a la situación traumática.

5.1-3. Ejecución del Plan de Intervención Individual

Esta etapa de la intervención tiene que ver principalmente, con la ejecución del PII y contempla el desarrollo de dos facetas de intervención, que tienen que ver con “el apoyo e intervención social” y el “apoyo e intervención psicológica”, planteando que este trabajo deber ser realizado por una dupla psicosocial, es decir por un/a psicólogo/a psicóloga y un/a trabajador/a social.

En lo que respecta al apoyo e intervención social, este está orientado con el fin de que las familias o adultos/as protectores/as puedan acceder de manera oportuna a los recursos institucionales y/o del entorno con tal de favorecer las necesidades propias y del grupo familiar, procurando generar un mejor bienestar para el NNA ingresado a dicho programa. El/la trabajador/a social debe desarrollar un diagnóstico familiar e intervenir en coordinación psicólogos/as, la dinámica relacional de la familia, procurando generar un mejor estar para el NNA y su grupo familiar.

En lo que respecta al apoyo e intervención psicológica, esta faceta de la intervención está orientada mayormente al NNA, ya que las orientaciones técnicas

estipuladas por el SPE, orientan al programa a realizar, intervención en crisis, psicoterapia y terapia de grupo, con la intención de favorecer un exitoso proceso de resignificación en el NNA.

El SPE enfatiza en la generación de espacios de intervención individual y familiar, las cuales son ejecutadas tanto por psicólogos/as como trabajadores/as sociales, es por esto, que se pretende describir como se relaciona la AT entre los terapeutas y usuarios/as del PRM.

5.1-4. Fase de egreso y seguimiento

Esta pretende ser un proceso de desvinculación paulatina donde manera progresiva se favorezca la autonomía del NNA y su familia respecto del PRM.

Esta fase va depender de la concreción de los objetivos planteados durante el PII, por lo que se espera que al menos se encuentren satisfechos o garantizados los derechos de protección que la CIDN señala en su desarrollo. Así también, se espera que a lo menos el NNA tenga acceso a servicios de protección social.

El seguimiento tiene que ver con favorecer la mantención de los cambios generados en el proceso de ejecución del PII, procurando asegurar que estos se mantengan al momento del egreso del proyecto.

6- Marco empírico

Para poder dimensionar el problema de la investigación, como también para poder entender la evolución, definiciones y momentos de la AT, fue imprescindible indagar en las investigaciones y aportes que autores han brindado tanto a nivel nacional como internacional. Mediante la revisión de literatura nacional fue posible entender el abordaje que se realiza en el país acerca del tratamiento para NNA víctimas de ASI, así también, conocer investigaciones previas acerca de la AT, en diferentes espacios de intervención.

A la luz de documentos públicos, como la CIDN fue posible comprender que existe un marco normativo internacional, que obliga de cierta forma al Estado Chileno activarse acorde a la prevención y tratamiento de las víctimas de delitos de ASI (Unicef, 2019). De igual modo las orientaciones técnicas (SPE, 2022) emanadas por el SPE, fue un documento de revisión permanente en el desarrollo de esta investigación, ya que establece el marco técnico y normativo de los PRM. En este contexto también es importante precisar que el SENAME, (2021) señala en su anuario estadístico que 37.339 NNA fueron atendidos en PRM, concentrando el 34,9% del total de NNA atendidos/as en contexto de programas de protección. De igual forma, es interesante señalar que del total de NNA atendidos en PRM, el 62,6% corresponden al sexo femenino (SENAME, 2021)

A nivel nacional, un autor de gran relevancia e importancia para la presente investigación corresponde a Vásquez (2019) quien en sus trabajos académicos explora y profundiza la propuesta pública que existe en Chile acerca del tratamiento del ASI, tratamiento que es ejecutado por los PRM, los cuales son el contexto donde se desarrolló la presente investigación. La autora no solo describe la metodología de estos programas, sino también, especifica en la caracterización de el/la usuario/a, las causales de ingreso al programa y en la figura del agresor/a del NNA, siendo esta información de mucho interés para el propósito de la investigación.

También desde el prisma nacional, y con el fin de profundizar en la temática de los PRM, la relación terapéutica y la alianza que se genera en estos contextos, fue de valioso insumo poder tener a la vista los aportes realizados por Miranda González (2021) en su

Tesis “Apego, Trauma y Alianza Terapéutica Inicial en cuidadores de niños y niñas en tratamiento psicológico por abuso sexual”, así también, la investigación de los autores chilenos (Gabriel-Vacher et al., 2022) fue fundamental para entender la relevancia de la AT tanto con los NNA como también con adultos/as que acompañan el proceso de intervención. Los/as autores realizan su investigación en PRM de la Región de Metropolitana, en primera instancia dirigen el estudio hacia el rol de los/as cuidadores/as en los procesos de intervención, describiendo el tipo de relación que existe entre el apego, las experiencias traumáticas de el/la adulta y la AT inicial que establecen en el proceso de intervención o tratamiento del ASI. Estas investigaciones permitieron profundizar la experiencia literaria acerca de los PRM, el ASI y la AT. En la investigación de (Miranda González, 2021), se aplica un instrumento para la medición de la AT, denominado TASC- p, test de auto reporte, que evalúa la AT desde la visión del terapeuta y del adulto/a que acompaña al NNA al programa. Los resultados demostraron la presencia de una AT media-baja, tanto en el/la cuidador/a como en los/as terapeutas, lo cual, motivó aún más el deseo de poder explorar las vivencias de las duplas psicosociales de PRM, intentando comprender las singularidades y subjetividades que caracterizan a la AT que se genera en este tipo de contextos.

Por otra parte, desde un plano internacional, los autores españoles Corbella y Botella (2003) permitieron aproximarse y comprender la evolución histórica del constructo de AT, aportando un documento de mucha especificidad y trayectoria, pudiendo evidenciar la relevancia que el constructo ha tenido desde sus orígenes, relacionados con la transferencia y contratransferencia de Freud hasta momentos más actuales, bajo la teoría de Bordin. De igual forma, estos autores enumeran 20 instrumentos que han sido utilizados en pos de la medición de la AT, mencionando además evidencia empírica respecto a la eficiencia de la AT en diferentes modelos de terapia y en distintos momentos de la historia. Estos autores también concluyen que la AT tiene una relación significativa con la mejora sintomática del paciente, al mismo tiempo que la mejora sintomática del paciente propende a una mejor AT (Botella & Corbella, 2011). También desde España, los aportes de (Andrade, 2005), permitieron poder explorar el contexto histórico acerca de la investigación terapéutica, pudiendo posicionar a la AT dentro de

una línea de investigación que tiene que ver con los procesos y singularidades de la intervención. Fue un aporte en el sentido de enriquecer la definición de la AT, entregando un contexto de surgimiento y vinculando el constructo en una relación colaborativa con las técnicas y/o estrategias terapéuticas.

El libro la AT (Friedlander et al., 2009) por supuesto, también nutrió y enriqueció la definición y contexto del constructo de diferentes maneras, no obstante, el aporte que se pretende destacar de esta literatura, tiene que ver con las distintas AT que los autores describen. Distinguen características tanto para la AT en terapia familiar y/o en terapia de pareja. Advierten lo complejo que resulta para el terapeuta tener que construir una AT con más de una persona, es decir, un grupo familiar o una pareja, espacios donde probablemente existan diferencias de opinión y disposición para participar de la terapia. Fue de gran relevancia este libro, ya que el contexto de la presente investigación, coincide en el hecho de que las duplas psicosociales de PRM tienen que construir AT, tanto con el NNA, como también, con los/as adultos/as que acompañan su proceso de terapia.

Desde un contexto latinoamericano, los autores colombianos (Suarez & Zapata, 2021) realizaron una investigación de mucho insumo para el presente trabajo, ya que aportaron una revisión de literatura científica acerca de la AT, en la cual, se analizaron 51 artículos nacionales e internacionales. Fue posible obtener como conclusión que efectivamente la AT ha sido investigada desde el inicio de la psicología, pero que, pese a esto, escasean investigaciones que vinculen este constructo con la terapia realizada con adolescentes. Esta investigación, permitió contar con un precedente importante acerca de la trayectoria científica de la AT, sus conceptualizaciones, las distintas posturas teóricas que la caracterizan y el vacío de conocimiento que existe respecto al rango etario adolescente acerca de la AT.

Por otro lado, la investigación denominada “la construcción de la AT con adolescentes” de los autores argentinos (Giaroli et al., 2020) fue de gran inspiración y orientación metodológica para el presente trabajo. Mediante el estudio de casos los autores exploran la AT establecida con adolescentes, entregando insumos a tener en cuenta al momento

de generar un trabajo terapéutico con dicho rango etéreo. Esta investigación fue de insumo tanto por los interesantes resultados, como también, respecto a la experiencia metodológica que permitió la obtención de la información. Aludiendo también al rango adolescente, (Escudero & Muñiz de la Peña, 2010) profundizan y ejemplifican con un caso real las singularidades y desafíos que presenta la intervención terapéutica en familias con hijos/as adolescentes. La investigación realizada por los autores recién señalados, aportó además una serie de interrogantes, que fueron de basta utilidad al momento de construir la estructura de la entrevista que será utilizada como técnica de recolección de información para el presente trabajo.

A nivel nacional, se trabajó inspirado y en base a las investigaciones realizadas por (Gabriel-Vacher et al., 2022; Pizarro et al., 2021), quienes se enfocan justamente en casos de ASI, haciendo en última instancia hincapié a la relación terapéutica que se sostiene en programas PRM con los padres y madres de los NNA. Insumo que por supuesto, es muy valioso para la presente investigación, ya que si bien, no se entiende la interacción paciente/usuario desde el mismo paradigma teórico, nos permite acercarnos bastante a la realidad que se pretende investigar. Mediante un análisis descriptivo, correlacional y de moderación, los autores examinaron la relación entre experiencias adversas de la infancia en cuidadores/as de NNA víctimas de ASI y la AT que establecían en contexto de PRM, pudiendo concluir que mayor exposición a experiencias adversas en la infancia, mayor es también la dificultad para establecer una buena AT. Relevando en el artículo, la importancia de considerar a los cuidadores/as de NNA víctimas de ASI, como potenciales sujetos/as de atención terapéutica, opinión que es compartida y también problematizada en el presente trabajo.

Es necesario también hacer mención a (Santibáñez, 2001, 2003) autora chilena, que ha profundizado y realizado diversos aportes a esta temática en el país. El año 2001, traduce y adapta el instrumento Inventario de Alianza de Trabajo versión Paciente y versión Terapeuta, posteriormente, el año 2003 analiza el IAT (Inventario de Alianza de Trabajo), demostrando que es un instrumento de aplicación sencilla, que se ajusta a diferentes modelos de intervención y que puede ser aplicable en cualquier momento de la terapia.

Esto fue de suma relevancia para la presente investigación, ya que dicho instrumento mide tres componentes de la AT, acorde a descripción teórica de Bordin, Vínculo, Metas y Tareas, los cuales están representados en 12 dimensiones diferentes. El paciente o terapeuta deben responder una escala de tipo Likert que puntúa del 1 al 7. Esto fue un gran aporte a la presente investigación, ya que, inspiró las preguntas de la entrevista semi estructurada con la que se trabajó en esta investigación.

Santibáñez et al., (2009) realizaron una investigación que medía la efectividad de la psicoterapia y su relación con la AT, para lo cual trabajaron entre otros instrumentos con el IAT. Los resultados permitieron dar cuenta de una alianza significada como positiva por los usuarios/as, lo que difiere de los resultados de (Gabriel-Vacher et al., 2022) en los PRM. El contexto de esta investigación corresponde a Clínica Psicológica de la Universidad de La Frontera (Temuco - Chile). Siendo por supuesto muy interesante poder profundizar en esta materia, objetivo que persigue el presente trabajo.

Finalmente, se menciona un artículo científico de basto interés también para las motivaciones que originaron la presente investigación. Si bien, el concepto de AT remonta su definición a la psicología, este concepto ha sido también abordado por diferentes escuelas o y/o líneas de trabajo e investigación. Idareta-Goldaracena (2013) vincula este constructo al trabajo social, destacando que en este campo la relación que se genera con el usuario es la herramienta principal y el único instrumento con que cuenta el profesional para poder “servir al cliente” (Idareta-Goldaracena, 2013, pág.3). Coincidentemente, González et al., (2016), advierten que la importancia de la relación con el/la usuario/a ha sido un tema trascendental desde el origen de la profesión, no obstante, aluden a una dificultad para poder posicionar teóricamente una relación con el usuario eficiente y adecuada. Por otro lado, mencionan como característica del TS, “La relación que existe entre el cliente y el profesional es el vehículo en el que viaja la continuidad del proceso del Trabajo Social” (González et al., 2016, pág.4). Estos aportes permitieron situar el estudio, dentro de la escuela o paradigma del Magister en Intervención Familiar, siendo una base de aprendizaje y motivación para el autor.

7- Preguntas y objetivos de la investigación

7.1- Pregunta de investigación

¿Cómo significan las duplas psicosociales de PRM la Alianza Terapéutica que se genera con usuarios/as de dicho programa?

7.2- Objetivo General

Analizar los significados que las duplas psicosociales de PRM construyen sobre la Alianza Terapéutica que se genera con usuarios/as de dicho programa.

7.3- Preguntas Específicas

1- ¿Qué vivencias significativas tienen las duplas psicosociales de PRM durante la generación del vínculo terapéutico en sus procesos de intervención telemáticos?

2- ¿Qué vivencias significativas tienen las duplas psicosociales de PRM al establecer metas de intervención con los usuarios/as del programa?

3- ¿Qué vivencias significativas tienen las duplas psicosociales de PRM respecto de la utilización de tareas con los usuarios/as del programa?

7.4- Objetivos específicos

1- Describir las vivencias significativas que tienen las duplas psicosociales de PRM durante la generación del vínculo terapéutico, dentro de un proceso de intervención.

2- Comprender las vivencias significativas que tienen las duplas psicosociales de PRM al consensuar metas de intervención con sus usuarios/as

3- Detallar las vivencias significativas que tienen las duplas psicosociales de PRM en el contexto de establecer tareas terapéuticas con sus usuarios/as.

8- Marco metodológico

8.1- Enfoque Epistemológico

El abordaje del objeto de estudio se realizará desde el enfoque sociofenomenológico de Alfred Schutz. Este enfoque epistemológico se aproxima a la subjetividad del sujeto que vivencia la experiencia, sin desentenderse del contexto intersubjetivo que es inherente a la interacción del sujeto con el entorno. Respecto a la sociofenomenología, afirma que centra su atención tanto en la subjetividad propia del sujeto/a, como también en la intersubjetividad que en contextos naturales surge entre las personas. Entonces, desde el punto de vista de la construcción del conocimiento científico, el enfoque sociofenomenológico resulta pertinente para el objeto de estudio elegido, ya que la AT es un constructo que surge justamente en un espacio de interacción intersubjetiva. En este sentido, adquieren relevancia los significados que las duplas psicosociales configuran en un contexto de interacción modelado por la acción terapéutica con el usuario/a.

El enfoque sociofenomenológico ofrece una puesta en práctica de los principios fenomenológicos; en efecto, se nutre con ideas de la acción social, entendida como elemento comunicativo, ya sea de la propia subjetividad o también como resultado de la intersubjetividad que existe en el entorno. En esta línea argumentativa, Rizo (2007) afirma que la sociofemonología de Alfred Schutz intenta aplicar la fenomenología tradicional al estudio sociológico de las conductas naturales de los actores sociales. Por su parte, López (1995) señala que la sociofenomenología se nutre de la acción social de Max Weber ya que dicho constructo implica que el sujeto conoce la existencia e influencia de su acción en el otro/a. Esta comunicación que surge en la acción social, es percibida como el proceso cúlmine del pensar subjetivo, generando una extensión del pensamiento en la acción con el otro/a. Desde el enfoque de la sociofenomenología, se entiende además que para que el sujeto/a realice una acción, debe antes que todo, estar en conocimiento de la existencia y comprensión del otro/a. Las duplas psicosociales, por ejemplo, se posicionan de cierto modo, siempre en conciencia que hay otro/a, que toma el papel del usuario/a y viceversa.

La sociofenomenología nos permite cursar los objetivos de la investigación, con una mirada amplia respecto del fenómeno, toda vez que este enfoque se nutre de diferentes campos del conocimiento científico. Toma de la fenomenología la noción de realidad subjetiva, aspecto que resulta ser neurálgico para esta investigación. Así también, desde la mirada de la acción social se pretende entender la interacción terapéutica, concentrándose en explorar en profundidad el fenómeno, ya que se entiende como único toda vez que los significados que las duplas construyen sobre la AT estarán siempre modelados por el contexto intersubjetivo de interacción entre el terapeuta y el usuario/a. Por tanto, este enfoque se aproxima a producir conocimiento científico mediante el análisis de los significados subjetivos que las duplas psicosociales otorgan a sus vivencias. Estas vivencias, especialmente las referentes a la conformación de la AT siempre surgirán en un espacio intersubjetivo que los/as terapeutas generan con sus usuarios/as, mediante los procesos de comunicación que cotidianamente realizan, dotando una esencia única e irrepetible al fenómeno.

8.2- Método: Estudio de casos

El estudio de casos (Stake, 1999) será el método que se utilizará para abordar la presente investigación. El estudio de caso ofrece una estrategia dinámica, sencilla y versátil, que se ajusta de manera muy eficaz a los propósitos y características de esta investigación. Es un método utilizado en investigación cualitativa que pretende explorar en profundidad un caso, en un tiempo determinado y recopilando de manera detallada y sistemática la información que resulte pertinente para la investigación (Stake, 1999; Simons, 2011).

Stake (1999), entiende un caso como algo específico y dinámico. También lo considera como un sistema integrado con límites y partes constituyentes que, aunque no funcionen todas de la manera adecuada, la totalidad se mantiene en funcionamiento. En este sentido, podemos considerar a las duplas psicosociales de PRM como un caso, esto es, algo que interesa estudiar y que, por lo tanto, el investigador pasa un tiempo determinado concentrado en conocerlo. Estos sistemas funcionan al poner en marcha diversos procesos y atravesar distintos sucesos en la trayectoria vital de cada uno (Stake, 1999). Por lo tanto, es de nuestro interés comprender cómo ciertas personas, en este caso las duplas psicosociales, establecidas como un caso específico y dinámico, generan significados en el proceso de establecer una AT

Es un estudio de caso de tipo intrínseco, ya que existe un caso pre seleccionado, con un fin específico. Stake, (1999) plantea respecto al caso intrínseco *“No nos interesa porque con su estudio aprendamos sobre otros casos o sobre algún problema general, sino porque necesitamos aprender sobre ese caso particular”* (Stake, 1999, pag. 22). Para estos efectos, se pretende conocer en profundidad y detalle la significación que las duplas psicosociales o terapeutas de PRM desarrollan de la AT que realizan con sus usuario/as, siendo las duplas psicosociales de PRM el caso de nuestra investigación.

El caso, propiamente tal, es definido como un sistema acotado, que debe tener valor como objeto más que como proceso, puede ser una persona, una institución, un programa y/o sistema, es algo específico, complejo y activo (Stake, 1999; Simons, 2011). No obstante, E. Stake, (1999) advierte que el caso puede tener personalidad,

haciendo una clara diferencia entre los procesos o sucesos y las personas y/o programas.

En concordancia con lo anterior, lo principal en un estudio de caso es justamente la descripción, comprensión y explicación de un inter-sujeto, un entorno, una situación única, procurando obtener información intensa y detallada de la situación que se está estudiando (Días de Salas et al., 2011; Stake, 1999; Jiménez & Fraile, 2018; Simons, 2011). De esta forma, el estudio de caso se configura como una excelente herramienta para analizar y comprender sucesos o fenómenos únicos. Permite explorar con detalle y en profundidad dichos fenómenos y contextos. Se ajusta de muy buena forma a los propósitos de esta investigación, ya que la AT, instala un escenario de intervención particular, único, en el sentido que es construido con base a la interrelación que se genera entre el usuario/a y su terapeuta. Por lo mismo es que es especialmente atractivo, poder centrarse en este contexto, profundizar en él, a modo de obtener información detallada y profunda acerca de la percepción que el caso tiene acerca del fenómeno. Lo anterior, facilitará la obtención de nuevas perspectivas e interpretaciones respecto a esta materia.

8.3- Perfil de los sujetos de estudio y criterios de inclusión.

Los sujetos de estudio fueron invitados a participar previa autorización y consenso de la institución ADRA Chile, corporación que en la actualidad tiene la responsabilidad de ejecutar 5 PRM a nivel nacional, siendo estos: PRM ADRA Curacaví, PRM ADRA Melipilla, PRM ADRA Calera de Tango, PRM ADRA Yungay y PRM ADRA Temuco. Una vez se contó con la autorización explícita de la institución, se coordinó con los/as directores/as de los programas recién mencionados, a quienes se les presentaron los propósitos y objetivos de la investigación, solicitándoles poder invitar a participar al personal de PRM que cumpliera con los criterios de inclusión. Finalmente se acudió de manera presencial a cada PRM para extender la invitación a participar y aclarar dudas que pudiesen existir en los/as participantes voluntarios/as.

8.3.1- Criterios de inclusión

- 1- Voluntariedad y disposición para la participación en el programa.
- 2- Podrán participar trabajadores/as sociales y/o psicólogos/as con contrato vigente, al menos hace 6 meses, en alguno de los PRM que participarán del estudio.
- 3- Solo podrán participar trabajadores/as sociales, psicólogos o psicólogos/as que ejerzan labores o hayan ejercido labores de atención terapéutica en el programa.

8.4) Trabajo de Campo.

El presente trabajo, es el resultado de la revisión bibliográfica existente tanto de la AT como también de la metodología que resultase más idónea para el abordaje de los objetivos. Una vez seleccionado el tema y el contexto donde se pretende generar la investigación, se sostuvo contacto con coordinadora nacional del departamento de niñez de la corporación ADRA Chile, a quien se le presenta a grandes rasgos la investigación solicitando autorización para poder realizar dicho trabajo en los PRM que actualmente ejecuta la institución recién mencionada.

Posteriormente, como primera gestión del trabajo de campo, se redactó una carta para oficializar la autorización de ADRA Chile para realizar la investigación en dichos programas. De forma siguiente se eligió a los participantes, mediante muestro intencional para seleccionar personas expertas en el tema. Posteriormente se tomó contacto presencial con ellos/as para explicar los objetivos de la investigación y se les invitó formalmente a participar. Se firmó el consentimiento informado y se programó el día y hora de la entrevista semi estructurada.

Las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas, la transcripción fue enviada a los participantes para que pudieran opinar o profundizar en algún punto que consideren pertinente. Una vez recolectada la información, se realizó el análisis de contenido apoyado por el software Atlas.ti. Una vez terminado el análisis se envió nuevamente a los/as participantes para asegurar que la interpretación del investigador se relaciona con lo que ellos realmente querían expresar.

Finalmente, los resultados y proceso en general serán transparentados a la comisión del Magister en Intervención y Familiar y posteriormente se realizará presentación de los resultados a la institución ADRA Chile y a los/as participantes del estudio.

8.5) Criterios de calidad y rigor metodológico.

Existe consenso respecto a lo fundamental que implica el hecho de poder definir criterios de calidad y rigor metodológico en cualquier tipo de investigación, siendo esto aún más desafiante en la metodología cualitativa, ya que por su naturaleza principalmente subjetiva, busca la producción de conocimiento desde contextos únicos, buscando plasmar la realidad desde la visión o mundo interno de los participantes, sin desconocer el hecho de que la propia experiencia de vida del investigador es un factor de relevancia e influencia en el proceso y el resultado (Castillo & Vásquez, 2003; Cornejo & Salas, 2011; Flick, 2004; Osorio, 2019). Por lo mismo, resulta imprescindible definir criterios que disminuyan el riesgo de presentar sesgos en la investigación y al mismo tiempo brinde de calidad y rigor a todo el proceso. Acorde a lo anterior es que se trabajó en base a los criterios de credibilidad, confirmabilidad y transferibilidad conceptos que cuentan con un amplio respaldo y trayectoria en la investigación cualitativa (Cadenas, 2016; Osorio, 2019).

Respecto al criterio de credibilidad, este se logra cuando a los participantes de la investigación se les dan a conocer las acciones y/o los resultados de la investigación, con el fin de reafirmar las interpretaciones que el investigador ha hecho de la entrevista, o en caso contrario para agregar ejemplos o narrativas que permitan acercarse lo más posible a la visión que ellos/as tienen respecto del fenómeno en estudio. Para fines de la presente investigación se realizaron las siguientes acciones como forma de resguardar el criterio de credibilidad.

- 1- El guión de la entrevista, fue realizado en base a dos instrumentos previamente validados científicamente, posteriormente fue evaluado por profesora guía del estudio.
- 2- Posterior a la evaluación de la profesora guía, el guión de entrevista fue enviado a tres expertos/as, una experta en metodología cualitativa, una experta en la

intervención directa con los usuarios/as y un experto en la construcción de propuestas metodológicas de PRM.

- 3- Las entrevistas fueron grabadas y transcritas fielmente acorde al contenido.
- 4- Se les envió a los participantes la transcripción de su entrevista, para que pudieran opinar y hacer las observaciones que consideraran pertinentes.
- 5- Se retroalimentó acerca de los avances en los resultados de la investigación a fin de conocer si estos representan lo que ellos realmente querían manifestar.
- 6- La transcripción y el análisis de datos contarán con la mirada externa de profesora guía de tesis.

Por otro lado, en lo que concierne al criterio de confirmabilidad, este tiene que ver con la posibilidad de que otro autor pueda seguir la pista del procedimiento de investigación que se ha llevado a cabo. Para esto es fundamental que el investigador tenga un registro y documentación completa de las ideas y decisiones que caracterizaron la investigación, así también, grabaciones de las entrevistas y una fiel transcripción de estas. En base a este criterio, el presente estudio pretende transparentar las decisiones que se fueron tomando, tanto en la elección del contexto, como también en la selección de los/as participantes, del mismo modo, que se tendrá registro y se pondrá a disposición la grabación de las entrevistas y las transcripciones visadas y autorizadas por los/as participantes.

Respecto al criterio de transferibilidad, este tiene que ver con la posibilidad de aprovechar o generalizar los resultados de un estudio a otros contextos, situaciones, poblaciones o épocas. Para establecer la transferibilidad el investigador debe entregar evidencia detallada acerca de los participantes, el contexto, la metodología y los hallazgos del estudio. En base a esta información, el lector debería poder anticipar la posibilidad de aplicar los hallazgos del estudio al contexto que resulte de su interés (Cadenas, 2016; Castillo & Vásquez, 2003; Cornejo & Salas, 2011; Osorio, 2019). En base a este criterio, el presente estudio ha sido elaborado procurando entregar información detallada acerca

de los aspectos neurálgicos de la investigación, profundizando en la política pública que alberga a los PRM, como también detallando y especificando las orientaciones técnicas y metodología que orienta la ejecución de estos programas. Así también, se crearon dimensiones específicas del estudio para hacer alusión y profundizar en las características de los participantes y la metodología empleada.

8.6) Aspectos éticos.

La ética en la investigación es un factor determinante tanto para la validez de los resultados, como también, para favorecer la cooperación y apoyo tanto de los/as participantes como del entorno social. Es imprescindible que los/as participantes del estudio, tengan la mayor cantidad de información posible acerca de los objetivos y el proceso de investigación, de manera tal que puedan, libres de cualquier tipo de presión, consentir su participación voluntaria en el estudio (Ávila, 2002; Richaud de Minzi, 2007). En base a lo planteado anteriormente, se confeccionó consentimiento informado de participación, documento mediante el cual se transfiere la información relevante de los objetivos y proceso de investigación, así también, se mencionan aspectos éticos tales como el respeto y la autodeterminación, manifestando explícitamente la voluntariedad en la participación, así también, la posibilidad de retirarse cuando el participante estime conveniente.

Los aspectos éticos que se consideraron fueron los siguientes:

Valor científico o social: Este aspecto refiere acerca de la importancia que la investigación tiene para la sociedad y/o la ciencia, teniendo que aportar conocimiento que conduzca a mejorar la calidad o bienestar de las personas. Este criterio es palpable en el estudio, ya que pretende insumar conocimiento para el tratamiento de víctimas de ASI y sus familias, procurando con esto, mejorar, la calidad de vida y bienestar de los NNA y familias usuarios/as de PRM.

Validez científica: Este criterio hace mención a que la investigación debe situarse desde la lógica del método científico, definiendo procesos sistemáticos y rigurosos, sustentándose en un marco teórico, empírico y metodológico que permiten aportar conocimiento del fenómeno en puntual que se pretende investigar.

Selección equitativa de los sujetos: Hace relación con que los/as participantes del estudio, deben ser elegidos/as acorde a los objetivos o interrogantes de la investigación, estableciendo criterios de inclusión y exclusión para la participación. La presente tesis, efectivamente cuanta con participantes que fueron previamente identificados/as mediante los criterios de inclusión estipulados en apartados anteriores.

Proporción favorable del riesgo-beneficio: Este aspecto hace referencia a que el riesgo que implique la participación en la investigación sea el menor posible, al mismo tiempo que los beneficios puedan anular o disminuir considerablemente los riesgos. En un comienzo no se visualizan grandes riesgos para los/as participantes de la investigación, por otro lado, se espera que el estudio pueda beneficiar directamente a los/as participantes, en el sentido que les permita repensar sus prácticas de intervención, así también con la devolución de los resultados, se pretende ofrecer un insumo que pueda fortalecer sus prácticas terapéuticas o de intervención, tanto con los NNA como con sus respectivas familias.

Consentimiento Informado: Como se hizo mención anteriormente, para la presente investigación se confeccionó un consentimiento informado que detalló los objetivos y características de la investigación. En este documento se hizo alusión a la voluntariedad de la participación, la confidencialidad y la posibilidad de desistir del proceso investigativo, cuando el participante estime conveniente, sin ningún tipo de sanción u opresión al respecto.

Respeto a los participantes: El investigador intentará favorecer un ambiente de respeto mutuo y validación hacia los/as participantes, en este mismo contexto, es importante agregar que, al momento de la caracterización previa a la entrevista, la condición de género se recolectará sin alternativas posibles, sino se favorecerá la libertad y autodeterminación de las personas para identificarse en esta dimensión como les resulte más cómodo y/o pertinente.

8.7) Técnica de recolección de datos

En vista de los objetivos y la metodología de la presente investigación, se estima que la técnica de producción de datos más pertinente corresponde a la entrevista. Ruiz-Olabuenálaga (2007) define la entrevista como una conversación donde se ejercita el arte de formular preguntas y escuchar respuestas. Tiene un propósito definido que es el de obtener información respecto a temas previamente interiorizados por alguno de los/as participantes. En esto se establece una clara diferencia con la conversación que reviste características más espontáneas o cotidianas. Al mismo tiempo, la entrevista cualitativa se define en función de su grado de estructuración y según el número de participantes.

Para el presente estudio, se trabajará con una pauta de entrevista semi estructurada, toda vez que si bien de manera previa se han determinado las dimensiones que abarcará el posterior análisis, también se considera absolutamente relevante aquello que pueda surgir espontáneamente en la entrevista, teniendo que incorporar como parte del proceso de obtención de información la flexibilidad necesaria para salirse de la pauta establecida y otorgar atención a aspectos nuevos que pudiesen generarse en el ejercicio de la entrevista.

8.8) Técnica de Análisis de datos

El tipo de análisis elegido para el presente trabajo corresponde al análisis de contenido, el cual es referido por (Ruiz Olabuenálaga, 2007) como una técnica para leer e interpretar el contenido de toda clase de documentos, especialmente, textos escritos. Según el autor existen tres pasos que guían el proceso de análisis de contenido, siendo estos; A) Elección de estrategia: Del escriba al detective; B) Construcción del texto de campo; C) construcción del texto de investigación.

El origen de este tipo de análisis se remonta a Suecia en el siglo XVIII, instancia donde la iglesia realizó un análisis de los documentos escritos de divulgación, con el fin de encontrar aspectos contrarios a la religión (Arandes & Antonio, 2013). Posteriormente, Max Weber realizó estudios de análisis de contenido en los medios de prensa. Estos estudios son considerados los orígenes modernos de la técnica en cuestión (Krippendorf, 1980). A medio del siglo XX, con el auge de la prensa esta técnica empieza a ser utilizada por diferentes instituciones o contextos, tales como: informaciones religiosas, literarias, filológicas, políticas y comunicacionales (Arandes & Antonio, 2013).

En el mundo académico el surgimiento del análisis de contenido se aboca a la primera corriente cuantitativa, impulsada principalmente por Bernard Berelson, sociólogo, decano de la Universidad de Chicago, quién publicó en 1952, el libro conocido como "Content Analysis in Communications Research", obra donde definió al análisis de contenido, como una técnica de investigación para la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de las comunicaciones, que tiene como primer objetivo interpretarlas. En esta instancia el análisis de contenido era ocupado principalmente en el análisis de textos referentes a los medios masivos de comunicación o MASS MEDIA. Ruiz-Olabuenálaga(2007) refiere que inclusive en aquel entonces se hablaba del análisis cuantitativo de periódicos, situado esto en un contexto donde solía confundirse "cuantitativo por científico".

Mediante el análisis de la propaganda, queda en evidencia que las técnicas numéricas eran insuficientes para captar aspectos como significados profundos, segundos o dobles significados. Dando paso con esto a una metodología de análisis más

cercana a la tradición cualitativa, con énfasis en la captación de significados, definición de la situación, punto de vista del emisor, etc.

En los años 70, esta técnica de análisis es adoptada por diferentes disciplinas, como la sociología, la psicología, la historia, trayendo esto una serie de críticas al valerse de mecanismos numéricos que podrían distorsionar e ignorar el contenido latente. A razón de tales críticas, se intentó conformar una perspectiva más profunda, que no se quedará sólo en lo descriptivo, sino que llegará a interpretar y que pudiese incluir la dimensión latente de los mensajes. Sin embargo, pese a las críticas realizadas en algún momento, en la actualidad, el avance en los ordenadores o sistemas informáticos de análisis literal, ha inclinado la balanza en el uso de esta técnica en la investigación cualitativa. Siendo ampliamente utilizada desde este paradigma.



Análisis de datos

El análisis de los datos se realizó a través de la técnica de Análisis de Contenido. Este método cuenta con una vasta trayectoria y amplio respaldo en la investigación cualitativa, ya que, a través de reglas de análisis y procedimientos delimitados paso a paso, ofrece un acercamiento empírico a la experiencia que, en este caso, los/as terapeutas fueron relatando durante las entrevistas (Cáceres, 2003). Mientras se desarrolló el proceso de análisis, este método permitió la reflexión y retroalimentación constante sobre la investigación, lo que favoreció la obtención de información más profunda y más rica desde el punto de vista analítico.

Cáceres (2003) define 6 pasos al momento de realizar un análisis de contenido, estos son: (i) Seleccionar el objeto de análisis, (ii) el desarrollo del preanálisis, (iii) la definición de las unidades de análisis, (iv) establecimiento de reglas de análisis y códigos de clasificación, (v) desarrollo de categorías, y (vi) Integración final de los hallazgos.

Respecto de la selección del objeto de análisis, se exploró el concepto de alianza terapéutica propuesta por Bordin (1979). Específicamente, se examinaron las dimensiones vínculo, tareas y metas en el análisis de la experiencia que reportaron los/as terapeutas de PRM acerca de la alianza terapéutica que construyen con usuarios/as víctimas de abuso sexual infantil.

Acerca del preanálisis, este procedimiento consistió en establecer el corpus textual proveniente de las entrevistas para identificar en él ciertos tópicos que resultaban relevantes para el análisis los objetivos de la investigación. Estos tópicos se denominan “indicadores” y son las palabras clave para realizar la búsqueda y selección de las unidades de análisis. Es importante precisar que, si bien este procedimiento generó una base para el análisis, dicha base fue suficientemente flexible y susceptible a los cambios o modificaciones que el mismo proceso de análisis iba requiriendo. Para efectos de la presente investigación, este procedimiento consistió en la transcripción detallada de las 10 entrevistas en profundidad realizadas. Todas estas fueron transcritas de la manera

más homogénea posible, similar en cuanto a letra y formato. Posterior a la transcripción de estas 10 entrevistas, se realizó un único corpus de contenido, donde se incorporaron todas las respuestas de las entrevistas en un mismo documento, respetando el orden de los/as entrevistados/as y también el orden de las preguntas. Una vez tenida la transcripción de cada entrevista, es importante destacar que, acorde al criterio de credibilidad que compromete la investigación, este corpus fue enviado a cada entrevistado/a, ofreciendo la posibilidad de presentar objeciones y modificaciones a lo transcrito. El resultado de dicho procedimiento fue que no hubo modificaciones ni objeciones por parte de los/as terapeutas participantes.

Posterior a esto, y tras varias lecturas del documento, se reunieron las unidades de análisis que guardaban similitud semántica, que formaron códigos y que posteriormente alimentaron las tres categorías definidas a priori: (i) vínculo, (ii) tareas y (iii) metas. Cabe precisar que estas tres categorías fueron construidas con base en la definición teórica de Bordin. Consecuentemente, vínculo reúne todo el material discursivo que tiene valor relacional y emocional entre él/la terapeuta y el usuario/a. Tarea agrupa los discursos relativos a formas de trabajo, estrategias de intervención, procedimientos y acuerdos acerca del proceder en la terapia. Por último, metas engloba todo discurso alusivo a los objetivos de intervención, co construcción de los objetivos, efectividad de la intervención y evaluación del proceso terapéutico.

Categoría vínculo

Respecto al objetivo específico número 1, que propone “Describir las vivencias significativas que tienen las duplas psicosociales de PRM durante la generación del vínculo terapéutico, dentro de un proceso de intervención”, es posible dar cuenta de que gran parte de los relatos de los/as terapeutas, tienen que ver con esta categoría vincular, lo que permitió determinar que existe una determinación importante de los/as terapeutas hacia esta faceta de la AT, como también, que existen marcos particulares que rigen la forma de vincularse entre el/la terapeuta y el usuario/a.

Estos marcos fueron considerados como subcategorías del análisis, siendo estas el marco institucional, el contexto interaccional, los aspectos personales del terapeuta y la temporalidad del vínculo. Todas estas subcategorías se dividieron en códigos que permitieron ir ordenando, diferenciando y analizando la vivencia de los/as terapeutas respecto a la generación del vínculo con sus usuarios/as. El resumen de las subcategorías y códigos respectivos se explicita en la tabla N° 01.

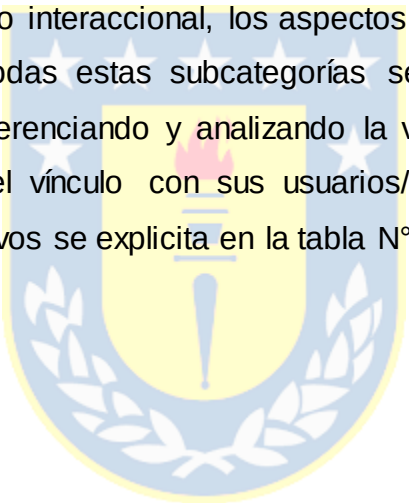


Tabla 1: Categoría Vínculo

Categoría	Sub categoría	Código
Vínculo	Marco Institucional	Dificultad de adherencia
		Ambiente terapéutico
	Temporalidad del vínculo	Alianza de tipo 1
		Alianza de tipo 2
	Interaccional	Lenguaje y comunicación
		Comunicación no verbal
		Relación humana
		Retroalimentación al terapeuta
		Disposición del usuario/a
	Aspectos personales del terapeuta	Responsabilidad del terapeuta
		Características del/la terapeuta
		Disposición del terapeuta
		Resonancia
		Límites y cuidado de el/la terapeuta
		Satisfacción

Fuente: elaboración propia.

Subcategoría: Marco Institucional

El marco institucional confirma la influencia que tiene el espacio laboral y organizacional en el vínculo terapéutico que se desarrolla en los PRM. En esta influencia es posible distinguir aspectos que dificultan el trabajo a nivel vincular, así como herramientas o estrategias que los/as terapeutas ejecutan para revertir estas dificultades y favorecer un vínculo acorde al proceso de terapia que debiese acontecer en el programa. Los códigos que caracterizan a esta subcategoría son la dificultad de adherencia de los usuarios/as al PRM y el ambiente terapéutico que se intenciona construir en estos programas.

Código: Dificultad de adherencia

Dado que la derivación de los NNA a PRM es realizada por Fiscalía, Tribunales de familia y/o Tribunales con competencia en dicha materia, durante el proceso terapéutico el programa debe mantener una comunicación permanente con dichas instancias, ya sea para informar avances o retrocesos del proceso terapéutico, como también para solicitar medidas cautelares que favorezcan la interrupción de la vulneración. Esto en la práctica genera dificultades al momento de vincularse con el usuario/a, en primer lugar, por la obligatoriedad acerca de participar que implica la resolución judicial, mientras que por otro lado, es posible distinguir que los usuarios/as suelen llegar al programa con ciertos temores o dudas, acerca del proceso judicial en el cual se enmarca la intervención terapéutica, teniendo los/as terapeutas que destinar tiempo y espacios para poder aclarar estas dudas y erradicar posibles temores que puedan surgir desde la derivación. Cabrera (2018) posiciona al ente derivador, ya sea Fiscalía o Tribunales como aquella institución que inaugura el vínculo entre la familia, la justicia y la reparación y confirma la importancia que tiene este contexto en la generación del vínculo. En efecto, los resultados muestran que según lo reportado por los/as terapeutas entrevistados/as, la experiencia de derivación marca un precedente importante en el vínculo terapéutico.

El SPE es la institución que regula, orienta, financia y supervisa la ejecución de los programas PRM, no obstante, aún tiene que lidiar con los significados y reticencias que existen respecto de considerar dicho servicio como una amenaza, principalmente debido a las crisis e historial de malas prácticas que caracterizaron al SENAME (Pinochet, 2017; Ramonda & Paz, 2017; Salgado Ruiz, 2023) De esta forma, son los/as terapeutas quienes deben trabajar y disminuir las resistencias que surgen en los usuarios/as respecto a participar de una institución que es significada socialmente como una amenaza para el bienestar de los NNA y la integridad familiar.

Algunos de los relatos más ilustrativos del código “Dificultad en la adherencia son:

“Entrar a un programa de este tipo, donde se asocia mucho a la internación o al tema judicial, también es complejo poder hacer vínculo en ese sentido” (Entrevistada N° 1)

“Cuando dicen, vengo porque el Tribunal me manda o vengo porque si no vengo ustedes me acusan, igual me mueven algunas cosas porque no es el sentido” (Entrevistada n° 4).

“Cuando vas tú a la audiencia, finalmente, cuando se decreta la derivación, donde el adulto te dice, no, yo no voy a participar, y aun cuando un juez se lo está diciendo, tú dices, guau, ¿cómo voy a poder trabajar con eso?” (Entrevistada n° 8).

“Son obligados en algunas ocasiones, o se sienten obligados de llevar el proceso por la situación proteccional que ocurre (Entrevistada n° 10).

De los relatos analizados, es posible confirmar que los/as terapeutas experimentan dificultades para lograr que sus usuarios/as adhieran al PRM, identificando dos factores relevantes como obstaculizadores, el contexto de derivación judicial, que implica una

asistencia involuntaria de los usuarios/as al PRM y el temor que tienen los usuarios/as por considerar al programa como una amenaza, relacionándolo con la judicialización e internación de NNA en sistemas de protección residencial.

Código: Ambiente terapéutico

Ante la dificultad de adherencia del usuario/a al programa, los/as terapeutas tienen que desarrollan estrategias que favorezcan la vinculación con el usuario/a, no solo con ellos/as como terapeutas, sino con todo el programa, con las personas que lo conforman y con los espacios del PRM. Los/as terapeutas fomentan que sus usuarios/as conozcan a gran parte del equipo que compone el programa, y los instan a interactuar con juegos, juguetes o enseres en general del PRM, intentando a través de esto favorecer el apropiamiento del usuario/a al espacio terapéutico.

Estas estrategias que señalan los/as terapeutas, si bien, no son orientadas desde la política pública, ocurren con bastante regularidad y se relacionan con la configuración del ambiente terapéutico. Este constructo ha sido muy utilizado en el área de salud, psiquiatría particularmente, aplicándose este modelo a los hospitales de día, lugares donde pacientes con trastornos de salud mental, acuden a tratamiento sin una hospitalización restrictiva, asegurando la asistencia del paciente, mediante estrategias de intervención, tales como, favorecer la participación del paciente en la toma de decisiones y construir un vínculo e interrelación del paciente con la totalidad del equipo terapéutico (Palacios, 2021). De esta forma, el presente código agrupa aquellos relatos donde los/as terapeutas señalan realizar acciones que se relacionan con la descripción de este constructo.

Del análisis de los relatos fue posible precisar que el vínculo contempla la relación del usuario/a con el programa en general, no solo con quienes son sus terapeutas principales, sino que, con todo el equipo de trabajo del programa, director/a, jefa técnica, duplas psicosociales, así también, el vínculo acontece procurando que el usuario/a se sienta parte de este espacio.

Los relatos más ilustrativos para el código ambiente terapéutico son:

“El tema de que desde el principio intento o intenciono de que ellas se sientan, se apropien del espacio, que ellas se sientan con que este espacio es suyo, y que desde ahí se van a acoger sus necesidades y se van a ir abordando” (Entrevistada n° 1)

“Hablamos temas de música, escuchamos música, algunas veces hemos visto videos, cosas, que ellos se sientan que este lugar es agradable y es acogedor, no es un lugar frío en que ellos están distanciados del espacio, no, que son parte del espacio, intento integrarlos” (Entrevistado n° 3).

“El espacio tiene que ver con la, primero con las personas que trabajan acá que hacen como el ambiente emocional y también tiene que ver con la disponibilidad de cosas que puede hacer acá el cada niño” (Entrevistado n° 6).

“El que tengan este espacio, incluso a ellos les genera más cambios o mayor bienestar que lo teórico o lo práctico que nosotros podamos entregarles” (Entrevistada n° 7)

Como podemos apreciar, el ambiente terapéutico es el medio que permite el tratamiento, tiene que ver con los recursos físicos, humanos y organizativos que se ponen a disposición del usuario/a, son criterios o acciones que caracterizan la relación entre dos grupos de personas, en un tiempo determinado y en un espacio común que es el centro terapéutico o programa PRM, en este caso. La teoría existente respecto a este constructo hace énfasis en la construcción de un espacio democrático, que permita un compartir de culturas entre miembros del equipo terapéutico y sus pacientes (Palacios, 2021). Si bien este constructo surge y ha sido aplicado principalmente en el área de la salud, especialmente en enfermería y/o psiquiatría, en la práctica parece ser muy aplicable al contexto de PRM. Desde los relatos analizados se evidencia que este tipo de acciones

surgen de manera espontánea en este tipo de procesos terapéuticos ya que no emergen de las orientaciones técnicas del PRM, siendo interesante a la luz de estos resultados, poder evaluar su inclusión en este tipo de orientaciones, como forma de universalizar este tipo de estrategias y disposiciones en los programas PRM.

Otro punto importante de relevar es que el ambiente terapéutico tiende a democratizar el espacio, fomentando que los usuarios/as sean actores activos del proceso terapéutico y de la toma de decisiones. Lo anterior, restituye su rol como sujetos/as de derechos, con capacidad y potestad para opinar y ser parte de los espacios donde interactúan; esta cuestión adquiere especial relevancia considerando el contexto de agresión sexual, donde los/as usuarios/as fueron vulnerados/as gravemente en sus derechos. Por tanto, realizar este ejercicio es un acto de restitución y superación ya que devuelve la potestad y agencia a la víctima como sujeto/a de derecho.

Subcategoría temporalidad del vínculo

Esta subcategoría surge al percatarse de que existen al menos dos momentos donde el vínculo se desarrolla de diferente manera. Al principio, el vínculo terapéutico está centrado en fomentar una relación de acogida, contenedora y cercana por parte de los/as terapeutas hacia sus usuarios/as. Posteriormente, mediante el transcurso del proceso terapéutico, esta relación va evolucionando a una interacción mucho más cercana, donde se comparten aspectos personales tanto del terapeuta como del usuario/a. Se trata de una relación de carácter simétrico donde el terapeuta intenciona el empoderamiento y la participación del usuario en las decisiones y acciones que caracterizan al proceso terapéutico. Esta singularidad observada en el desarrollo de la investigación, hace referencia a la propuesta teórica de Luborsky, dado que el autor justamente plantea que, durante el proceso terapéutico, existen dos momentos y posturas diferentes en lo que respecta a la AT. La alianza de tipo 1 que acontece al inicio del proceso, la cual se caracteriza por la sensación del usuario/a respecto de percibir a su terapeuta como una persona contenedora y acogedora, mientras que la alianza de tipo 2, acontece en un periodo posterior y tiene que ver con la sensación que tiene el usuario/a de estar

desarrollando un trabajo en conjunto con su terapeuta (Andrade, 2005; Corbella & Botella, 2003b; Escudero, 2009; Maldavsky et al., 2017).

Código: Alianza de tipo 1

En la alianza de tipo 1, la intención e interacción de el/la terapeuta está dirigida a propiciar una buena acogida del usuario/a al PRM, siendo afectuosos y cálidos desde el momento de la recepción del NNA y su familia en el programa. Destinan las primeras sesiones a fomentar el vínculo del usuario/a con el programa, propiciando el conocimiento mutuo y procurando que el abordaje e interacción con sus usuarios/as, sea de manera cálida y bien tratante. Esta actitud es considerada por los/as terapeutas como un elemento reparador en sí mismo, ya que dadas las características del ASI, pudiese haber sucedido que al momento de la develación realizada por el NNA este no haya tenido una acogida adecuada por parte de los/as adultos/as a quienes haya realizado la develación del delito. En palabras de un entrevistado, “son niños que no se han sentido acogidos o validados su experiencia por sus adultos responsables” (Entrevistado n° 3). En razón de lo anterior, el/a terapeuta intenta acoger y validar la experiencia traumática, favoreciendo de esta forma, una relación distinta del NNA con el mundo adulto.

Durante la alianza de tipo 1, los/as terapeutas desarrollan una instancia denominada encuadre terapéutico, donde mediante la calidez, cercanía y la participación del NNA explican y sitúan los marcos y reglas que regirán el proceso terapéutico. Según Tous(1993) es importante que esta instancia no sea un escenario rígido de imposición de reglas por parte de el/la terapeuta, sino más bien que obedezca a un encuadre dinámico y flexible. En términos específicos, es importante que la terapia se adapte a las características y posibilidades tanto del usuario/a como de el/la terapeuta; en este sentido, la participación del usuario/a en este espacio es un elemento importante de considerar y favorecer.

Algunos de los relatos que traducen de mejor forma la alianza de tipo 1 son:

“El tema del vínculo es lo prioritario. Yo las primeras sesiones trabajo mucho eso, el tema de la vinculación. Buscar cosas que a ellos les guste, que les agrade y que les hagan sentido a ellos en este proceso” (Entrevistada n°1)

“Para eso es que siempre me destino las primeras sesiones como para formular vínculo con ellos. Hablamos desde el encuadre, el rol esperado, pero también empezamos a hablar de aspectos que a ella le interesan, utilizar como el negociar, como de los aspectos para ir conociéndonos en la terapia, ese tipo de cosas” (Entrevistado n° 2)

“Es una situación desconocida también para la familia, entonces, desde la calidez en la recepción, yo siento que es como lo primordial, para poder ir avanzando” (Entrevistada n° 5)

“Mire, lo primero es como, acoger y dar confianza porque vienen con un tema súper, para casi para todos los niños, como un tema muy personal, que tiene que ver con una vulneración en la esfera de sexualidad” (Entrevistado n° 6).

Es de esta forma, que una acogida sensible y asertiva al usuario/a resulta ser un factor trascendental e indispensable en el vínculo que terapeutas desarrollan con usuarios/as víctimas de ASI, lo que ayuda a disminuir ansiedades que el proceso de intervención pudiera generarle, favorece el reconocimiento de la persona como víctima de la situación de transgresión sexual, brindando de esta forma un contexto seguro y de confianza para el trabajo terapéutico (De la Hoz et al., 2016). Para lograr esto, los/as terapeutas deben emplear habilidades personales que no necesariamente son propias de la formación académica, sino que tiene ver con características personales que son indispensables al

momento de desarrollar su trabajo, por lo que un funcionario/a cálido y acogedor es indispensable desde el inicio del proceso terapéutico y durante todo el desarrollo de la alianza de tipo 1.

Código Alianza de tipo 2

A partir de los relatos manifestados por los/as terapeutas, es posible afirmar la existencia de un segundo momento en la generación del vínculo terapéutico que surge posterior a la instancia de acogida. En este segundo momento ya existe un conocimiento previo por parte del usuario/a acerca del programa, sus objetivos, las personas que lo conforman, etc. En esta etapa, el/la terapeuta construye una relación democrática con el usuario/a, intentando favorecer su participación en la toma de decisiones y aspectos relevantes del proceso de intervención.

Durante la alianza de tipo 2 se empiezan a definir los roles dentro del proceso terapéutico, posicionándose de manera paulatina el/la terapeuta como una persona de apoyo y confianza para sus usuarios/as. En este momento de la vinculación existe un compartir de información personal entre ambos/as, así también, las entregas de confianza y afecto se vuelven recíprocas, transformándose el usuario/a en una persona de gran importancia para la vida personal y profesional de los/as terapeutas. Esto genera que los/as terapeutas estén en constante disposición para atender circunstancias o emergencias que pudiesen acontecer en cualquier momento, viendo afectada su vida personal, ya que suelen destinar atender aspectos del proceso de intervención inclusive fuera del horario laboral y/o en actividades personales/familiares de cada terapeuta. Esta disposición y entrega permanente de los/as terapeutas hacia sus usuarios/as, si bien, les permite irse posicionando como personas importantes, de apoyo, y seguridad en momentos complicados, podría afectar al terapeuta, mermando su tiempo de descanso y favoreciendo sensaciones asociadas al burnout.

Respecto de la alianza de tipo 2, algunos relatos son:

“Y después la niña dijo, ya, me voy, tío, ¿sabes qué? Me hacía falta estar con usted, gracias, gracias y yo gracias de qué, gracias a ti por venir, por confiar en mí” (Entrevistado n° 3)

“Al principio son más cuidadosos, son mucho más cuidadosos inicialmente, pero cuando ya estamos en el proceso de intervención la mayoría sí logra confiar, logra establecer, vernos como un apoyo” (Entrevistada n° 4)

“Yo veo que me visualizan, como alguien que les entrega apoyo, que les entrega contención, que está ahí disponible para ellos también, porque muchas veces fuera incluso del horario acuden a uno” (Entrevistada n° 7)

“Tienden a venir acá también a solicitar terapia, pero en el sentido de que puedan expresar lo que siente” (Entrevistado n° 10).

Desde la narrativa de los/as terapeutas, es posible distinguir este segundo momento en la vinculación dónde el/la terapeuta ya se ha consagrado como una persona de confianza, así también se han consensuado los marcos que regirán el proceso y el/la terapeuta se manifiesta en constante disposición para apoyar al usuario/a, independientemente del momento en que este último requiera de tal apoyo. En la alianza de tipo 2 se generan los diálogos y estrategias propias de la terapia, existe reconocimiento por parte de los usuarios/as respecto al rol que el terapeuta cumple en sus vidas y desde allí es posible constituir una alianza de trabajo y apoyo. Durante el proceso terapéutico, los/las terapeutas pueden apreciar como efectivamente sus usuarios/as acuden a ellos en busca de apoyo, contención y escucha, estando permanentemente disponibles para las necesidades o emergencias que requiera su

usuario/a. Esto se condice con lo manifestado por Szmulewicz (2013), quien señala que son los/as terapeutas los llamados/as a desarrollar esfuerzos para intencionar el vínculo terapéutico con los usuarios/as. Así también señala que los/as terapeutas no son una persona neutral frente al proceso de intervención, por el contrario, en cada sesión el/la terapeuta se devela frente a su usuario/a, aperturando su emocionar y vida personal, lo cual es considerado vital para la generación y mantención del vínculo, como también para trabajar las rupturas que pudiese vivenciar la alianza terapéutica.



Subcategoría interaccional

La naturaleza del ejercicio terapéutico implica la interacción constante, durante un tiempo determinado, entre terapeutas y usuarios/as. La presente subcategoría agrupa todos aquellos aspectos que caracterizan la comunicación entre terapeutas y usuarios/as, tales como la conexión personal que pueda generarse entre ambos, la disposición del usuario/a para trabajar con su terapeuta y la alianza que se construye entre ellos/as.

Lenguaje y comunicación

La comunicación que los/las terapeutas desarrollan con los usuarios/as es transversal en todo momento del proceso, siendo el lenguaje el medio innato para el trabajo terapéutico. Lenguajear favorece el conocimiento mutuo y permite la expresión de afectividad tanto como la retroalimentación durante el proceso de intervención. Curbelo Hernández & Yusta Tirado (2022) reconocen que existe un intercambio comunicacional donde se transparentan aspectos personales tanto del usuario/a como del terapeuta, sin embargo, acentúan en la importancia de evitar monopolizar la comunicación por parte del terapeuta, y por el contrario, favorecer que el usuario/a se sienta en igualdad de condiciones para poder verbalizar aquello que considere pertinente. De esta forma, es importante observar la comunicación entre terapeutas y usuarios/as, con la intención de fomentar espacios de libertad para el diálogo y conocimiento mutuo.

Sumado a lo anterior, es dable destacar que el lenguaje tiene un poder identitario que favorece la reparación mediante la significación y resignificación de experiencias, es por esto, que los/las terapeutas suelen ser muy cuidadosos/as con las palabras y el lenguaje que utilizan en la comunicación con sus usuarios/as, al mismo tiempo que deben intencionar que las palabras o los conceptos utilizados puedan ser comprensibles por todos/as los/as participantes del proceso de intervención, especialmente en consideración que la comunicación permite mantener la relación entre los miembros de la familia y de estos con el terapeuta (Rodríguez-Bustamante, 2016), lo que obliga sutileza y asertividad al momento del abordaje terapéutico.

Los relatos más ilustrativos para el código son:

“Yo soy como cuidadoso con el lenguaje ya que, para mí, como te he dicho un par de veces, el lenguaje construye realidades y genera identidad y creo que uno de los principales factores de cambio en una relación terapéutica es el lenguaje” (Entrevistado n°2)

“Intento siempre que cada concepto que no entiendan se los voy a traducir, en base a un tono bajo, calmado, que respeto los silencios de las mamás y les entrego un vasito de agua, un pañuelo” (Entrevistado n°3)

“La forma en la que uno se comunica es súper importante con los niños y con los adolescentes, el lenguaje que nosotros podemos utilizar o la, cómo decirlo, como la, lo afectivo, como la calidez, la calidez, la afectividad con lo que nosotros podemos comunicarnos con ellos también es súper importante” (Entrevistada n° 7)

“Siento que es muy relevante poder en el fondo escucharlos a ellos y que ahí se va a construir una mirada que tú tengas del usuario” (Entrevistada n°8)

La comunicación que los/las terapeutas desarrollan con usuarios/as, tiene que tener la capacidad para adaptarse al acervo cultural de ambos, ya que, es de suma relevancia que todos/as los/as participantes del proceso de intervención comprendan a cabalidad las cosas que se estén dialogando o tranzando en la relación terapéutica. El lenguaje tiene el rol de ser el medio de comunicación en el proceso terapéutico, al mismo tiempo que se constituye como un factor relevante para el cambio, siendo determinante en la construcción de identidad y la resignificación de experiencias para los usuarios/as.

Escudero (2009) señala que la forma en cómo se comunica el terapeuta y el grupo familiar, está enmarcada por la forma como la misma familia se comunica entre sus miembros y la ruptura de la alianza puede ser el resultado de tensiones o quiebres en la comunicación (Etchevers et al., 2019). Es posible afirmar que la comunicación es el medio innato y al mismo tiempo una herramienta de cambio en el proceso terapéutico. La comunicación debe desarrollarse bajo criterios de comprensión mutua acerca de las cosas que se están dialogando en el proceso terapéutico.

Código comunicación no verbal

La comunicación no verbal, es inherente a toda interacción comunicativa, por lo mismo, también resulta de gran importancia y atención al interior de un proceso de intervención. Es así que los/as terapeutas suelen estar muy atentos a las expresiones no verbales de sus usuarios/as, de tal forma de profundizar en la capacidad de leer lo que acontece o podría estar sintiendo su usuario/a. Mediante la observación y la sensibilidad ellos/as logran captar lo que le pueda estar aconteciendo al usuario/a, guiándose a través de esta observación para decidir si continuar con las sesiones planificadas, o, por el contrario, idear nuevas estrategias que puedan evitar la incomodidad o revictimización durante el proceso de intervención. En este punto, toma especial sentido el primer axioma de la comunicación, ya que, cuando se comprende que es imposible no comunicar, se logra visualizar la comunicación como un todo, como un contenido multifacético de conductas, donde los/as terapeutas están muy atentos/as intentando captar aquello que se transmite de una manera no verbal, procurando conectar lo que el usuario/a manifiesta con palabras pero también con su postura o expresión corporal (Arango et al., 2016).

Lo anterior implica que los/las terapeutas son sujetos/as activos/as durante el transcurso de la sesión terapéutica, de hecho, ellos/as desde la recepción del usuario/a al PRM, están en permanente observación del otro u otra, mediante la lectura corporal o actitudinal de sus usuarios/as. Pueden conocer la disposición con que llegan hacia el espacio terapéutico, así también, la comunicación no verbal les permite advertir la necesidad de modificar o mantener ciertas estrategias de intervención. En este sentido,

es posible afirmar que la comunicación no verbal es una herramienta de retroalimentación constante por parte de el/la terapeuta acerca del estado de su usuario/a.

Los relatos más demostrativos para el código comunicación no verbal son:

“Entonces desde ahí uno tiene que tener la apertura y también la sensibilidad de poder ir leyendo también a los, en este caso a los niños, y creo que uno tiene que adaptarse a las necesidades de ellos” (Entrevistada n° 1)

“La disposición que hay para realizar las actividades, como las tareas, lo que ellos vayan dialogando o no, la forma en la que ellos profundizan también sobre sus historias, también eso nos va diciendo a nosotros, cuál es como la disposición para el proceso” (Entrevistada n° 7)

“A lo mejor puede que tú preparaste una sesión que va a ser incómoda para ese adulto y ahí también tienes que estar súper alerta respecto de la comunicación no verbal” (Entrevistada n°8)

“Ahí uno nota de alguna forma quizás la percepción que van a tener sobre la sesión, asociado quizás que se muestran más atentos, o durante la sesión, que están participativos, que preguntan, que ejecutan y a la vez te van conversando, entonces son todos como indicadores que te van diciendo cómo el tema de la participación y que quizás les gusta lo que están realizando” (Entrevistada n° 9)

La comunicación no verbal es un punto de gran relevancia para el proceso terapéutico, y tiene que ver con todos los signos y/o sistemas de signos que se utilizan para

comunicarse entre terapeuta y usuario/a. Este tipo de comunicación permite leer e interpretar al otro/a dentro de un intercambio comunicativo, es una forma innata de comunicar sentimientos y emociones (Arango et al., 2016; De la Hoz et al., 2016) sin la necesidad de verbalizar o poner en palabra aquellas cosas que resultan esenciales para el proceso terapéutico. Esta forma de comunicarse toma especial relevancia en PRM ya que el ASI suele concretarse mediante la imposición de un secreto acerca de los hechos de agresión, conllevando una dificultad importante para que la víctima pueda explicitar o desahogar verbalmente su sentir al respecto, momento donde la comunicación no verbal puede adoptar un rol importante en el desahogar o comunicar aquello que pueda estar siendo afectado en su mundo interno (De la Hoz et al., 2016).

Código relación humana

La relación entre terapeutas y usuarios/as es complementaria, ya que existen dos roles claramente diferenciados en el proceso terapéutico, sin embargo, los/as terapeutas desarrollan estrategias con el fin de humanizar y horizontalizar la relación entre ambos. Esta relación se caracteriza por ser cercana y afectiva, habiendo un compartir mutuo de experiencias o aspectos de su vida personal. Fossa Arcila (2012) señala que en el vínculo entre paciente y terapeuta hay un intercambio de afectos y mundos personales que dan origen al crecimiento y el aprendizaje. En este intercambio los/as terapeutas se interesan por los saberes y necesidades de sus usuarios/as, destacando sus fortalezas y mostrando apertura a ser retroalimentado por parte de sus usuarios/as acerca del proceso terapéutico

El vínculo terapéutico, al igual que cualquier otra relación, estará determinada por la conexión innata o la afinidad que pueda surgir entre dos personas, como también, por las dificultades propias que pueden surgir en una relación interpersonal. Ante esto los/as terapeutas desarrollan estrategias que fomentan una postura cercana que permita el intercambio de saberes y afecto con sus usuarios/as, lo cual es altamente positivo, ya que una postura distante y despreocupada por parte de el/la terapeuta puede representar el abandono o resistencias dentro del proceso terapéutico (Ramírez, 2021; Rodríguez,

2022). En los relatos analizados, se confirma que los/as terapeutas desarrollan este tipo de relación con usuarios/as, caracterizándose la cercanía y entrega de afecto.

Los relatos que mejor ilustran este código son:

“Tú no vas a salir fácil de mi vida, porque yo te voy a venir a saludar, te voy a venir a ver de vez en cuando, nos queda al frente del colegio, así que bueno, voy a cruzar y te voy a venir a saludar” (Entrevistada n° 1)

“Que se sienta validada, una relación horizontal, más que jerárquica, validando los conocimientos que tiene la usuaria” (Entrevistada n° 2)

“Valido el que ellos me corrijan, lo digo, pero tienes razón, tú tienes que acordarme, tú tienes que decirme. Si es que se me olvida, lo siento, soy ser humano, pero también te pido disculpas, tengo también derecho de repente a equivocarme” (Entrevistada n° 3)

“Tiene que conocer a su terapeuta, de quién es, cómo se llama, dentro de los rangos aceptados qué es lo que te gusta, qué es lo que no te gusta no sé por quién, qué música te gusta o qué te gusta hacer qué comida” (Entrevistado n° 6)

“Tienes que propiciar e intentar, en lo posible, que también el usuario te conozca un poco a ti, a ti como, no tan solo como tratante, sino que también como persona” (Entrevistada n° 8)

Este intercambio personal que acontece en el vínculo terapéutico implica un gran sentido de responsabilidad y salud mental por parte de los/as terapeutas, ya que al existir un

intercambio personal de experiencias y conocimientos, podría verse expuesto a algún tipo perturbación emocional o psicológica que podría afectar la comunicación con su usuario/a, o inclusive afectar el proceso terapéutico (Rodríguez & Arias, 2013). Según Santibáñez Fernández et al., (2008) el éxito terapéutico se relaciona con la capacidad que tienen los/as terapeutas para ajustar el emcionar que pueden vivenciar durante el proceso de intervención, siendo de esta forma, la regulación emocional un proceso vital para el desarrollo exitoso del proceso de intervención.

Código retroalimentación al terapeuta

La retroalimentación dentro del proceso terapéutico, es un elemento fundamental para los/as terapeutas, ya que les permite ir conociendo de manera paulatina el impacto del proceso de intervención que están realizando, del mismo modo, les permite determinar la necesidad de mantener o modificar el trabajo terapéutico que han venido realizando. En efecto, el análisis realizado permitió confirmar que durante el proceso terapéutico este tipo de instancias son favorecidas por los/as terapeutas durante el tratamiento y les permite disminuir la posibilidad de deterioro o ruptura del vínculo que desarrollan con sus usuarios/as (Gimeno-Peón et al., 2018; C. González et al., 2015; Solari et al., 2020). Estas instancias aparecen como fundamentales, no solo para la mantención del vínculo, sino también para orientar el quehacer del terapeuta, otorgando al mismo tiempo pertenencia y participación al usuario/a. La retroalimentación es transversal y constante durante el proceso de intervención, fomentando los/as terapeutas esta instancia desde el primer momento del proceso terapéutico.

El feedback es una práctica muy bien valorada y con basto respaldo, destacándose su capacidad para disminuir las probabilidades de abandono del proceso terapéutico, como también ha sido posible relacionarla con mejores resultados terapéuticos (Gimeno-Peón et al., 2018), siendo una instancia elemental para contrastar la visión de avance o retroceso que el terapeuta puede haber desarrollado, con la visión que el usuario/a tiene respecto de su propia evolución.

Los relatos más demostrativos para este código son:

“Soy abierto al finalizar las sesiones de decirle algún comentario, alguna sugerencia, alguna duda que le haya quedado, algo que no le quedó claro, alguna sugerencia en contra mía, a favor mía” (Entrevistado N° 2)

“En todas las sesiones les digo, ¿qué te parece? ¿Te gustó? ¿No te gustó? Y cada dos meses les pregunto, ¿qué mejorarías? ¿Qué cambiarías? ¿Qué me faltó a mí como tu psicólogo para hacer mejor mi trabajo?” (Entrevistado n° 3)

“Ir solicitándole un feedback a raíz de, por ejemplo, qué le pareció la sesión o si se sintieron cómodos y todas esas cositas igual son importantes” (Entrevistada n°7)

“Siempre busco dentro de las sesiones preguntarles cómo se sintieron con ellos con lo que hicimos” (Entrevistada n° 9)

El feedback o retroalimentación que se desarrolla en estos procesos no solo tiene un ganancial hacia el proceso terapéutico o evolución del usuario/a, sino que también, aporta en la formación de el/la terapeuta, ya que le permite adquirir mayor habilidad para detectar dificultades o entrapmes que pudiesen acontecer en un proceso terapéutico, siendo de esta forma, una herramienta enriquecedora para todos/as los/as participantes del proceso, favoreciendo el aprendizaje y vínculo terapéutico. En la investigación es posible evidenciar que existe disposición por parte de los/as terapeutas acerca de trabajar con este tipo de prácticas, lo cual es altamente positivo, ya que la disposición de el/la terapeuta hacia el feedback es determinante acerca de la confianza que los usuarios/as van a tener hacia esta instancia (Palomo, 2024).

De lo manifestado por los/as terapeutas, los feedback acontecen de forma espontánea, mediante la indagatoria a sus usuarios/as, pero no cuentan con instrumentos o escalas que permitan dar un margen o sustento a estas instancias, por lo que resulta vital mejorar

el apoyo operativo e institucional hacia esta gestión. Así también, es importante destacar la relevancia de la disposición que el/la terapeuta debe tener hacia el feedback, evitando resistencias que puedan surgir hacia esta instancia, derivadas posiblemente de la diferencia que pudiese existir respecto a la percepción de éxito o avance entre terapeutas y usuarios/as y, por el contrario, valorar esta práctica como una instancia formativa de aprendizaje y crecimiento mutuo.

Código disposición del usuario/a

La intervención terapéutica realizada por PRM, se caracteriza por el trabajo individual con el NNA como también, por el trabajo terapéutico con adultos/as y el grupo familiar en general. Esto implica que el terapeuta debe relacionarse con diversas personas, cada una con disposiciones o significados diferentes atribuidos a su experiencia o derivación al programa. Concordante con la teoría, el vínculo con el usuario/a adolescente resulta más difícil de desarrollar que con niños o niñas, ya que estos últimos suelen disfrutar de la interacción de PRM y mostrarse en su mayoría dispuestos a vincularse con el terapeuta (Saldivia Gómez & Fuentes Delgado, 2023). La disposición de los usuarios/as hacia la intervención resulta variable, presentando algunos/as reticencias respecto de su participación en el proceso, así también otros usuarios/as acuden a PRM con altas expectativas acerca de la intervención del programa, mientras que otros/as llegan al PRM con una disposición de trabajo en equipo, propicio para el desarrollo del proceso terapéutico.

En este escenario, el terapeuta debe considerar que es posible trabajar con usuarios/as, con una disposición variable hacia el proceso terapéutico, siendo esperable que el rango de usuarios/as adolescentes presenten mayor resistencia hacia la intervención que PRM realiza.

Los relatos ejemplifican este código son:

“Los niños vienen a jugar, a conversar a pasarlo bien, los niños sí tienen altas expectativas independientemente si la vulneración fue grave o fue menos grave pero los adolescentes no” (Entrevistada n° 6)

“Que vienen...como dubitativos ante este proceso, pero también hay veces que vienen como con eso de que ya esto es por..., estamos en este proceso para poder estar mejor” (Entrevistada n° 7)

“En ciertos adolescentes hay poca confianza con respecto como a lo que se puede obtener de este proceso” (Entrevistada n° 9)

“Nos hemos encontrado en algunas ocasiones con personas con expectativas muy elevadas referentes al proceso. Ya, y, por otra parte, nos encontramos con, con personas que solamente vienen porque son obligadas” (Entrevistado n° 10)

Respecto del vínculo con adolescentes, Valdés et al. (2018) señala que tiene cierta particularidad, ya que suele acontecer que dicho rango etario acude a terapia de manera obligada, en conflicto con el mundo adulto, a quienes suelen percibir como no disponibles y a menudo asociar al terapeuta con una figura de control y supervisión respecto de su conducta (Fernández-González et al., 2016; Pérez Atehortúa, 2018). No obstante, lo anterior, mediante un clima relacional positivo es posible disminuir las tensiones o reticencias que se generan al inicio del proceso terapéutico, pudiendo el/la terapeuta posicionarse como una persona de confianza y capacitado/a para acompañar su proceso terapéutico. Según Fernández-González et al. (2016) los adolescentes suelen describir la relación terapéutica como distinta de las demás relaciones, asimilándola a una relación con un pariente o amigo mayor, donde pueden expresarse con confianza respecto de sus pensamientos o experiencias, siendo vital para lograr esto, que los/as terapeutas se

vinculen mediante la entrega de afecto y libertad para que el/la adolescente pueda manifestar lo que requiera dentro de un contexto seguro y disponible para él/ella. De los relatos referidos por los/as terapeutas fue posible apreciar que el vínculo con los adolescentes es más desafiante en comparación con los niños/as, teniendo que desarrollar estrategias o posturas flexibles con tal de adecuarse a las características del usuario/a adolescente.



Subcategoría Aspectos personales del/la terapeuta

El trabajo en PRM implica un gran sentido de responsabilidad y compromiso por parte de los/las terapeutas, ellos/as tienen conciencia de que su labor tiene un impacto y transcendencia importante en la vida de sus usuarios/as y en la de sí mismos/as. Así también, se evidencia que las experiencias y subjetividades de el/la terapeuta impactan en el proceso de intervención, siendo ellos/as conscientes de esta situación y procuran emplear su propia historia a favor del vínculo y el proceso en general (Ponce & Silva, 2023). Por otro lado, el trabajo con NNA víctimas de vulneraciones de derechos implica un alto desgaste emocional para los terapeutas/as, ya que estos/as se vinculan desde la empatía, pudiendo conectar de manera cercana e intensa con sus usuarios/as y sus respectivas historias de trauma y dolor. Esto podría implicar que experimenten sensaciones adversas que es importante atender o colocar los límites pertinentes para salvaguardar su vida personal y familiar (Carvajal, 2012).

En la investigación fue posible identificar que los/as terapeutas mantienen una disponibilidad permanente hacia sus usuarios/as, destinando tiempo de su vida personal para atender situaciones emergentes que pudiesen acontecer con sus usuarios/as. Se involucran y desarrollan afecto hacia las personas con quienes se vinculan terapéuticamente, procurando que la interacción con sus usuarios/as, surja en el marco del respeto, la empatía, la comprensión, confianza y la flexibilidad, habilidades consideradas indispensables para la práctica del/la terapeuta en PRM (Carvajal, 2012; Espinoza et al., 2016; Marinho et al., 2003; Ponce & Silva, 2023). Esta entrega del terapeuta genera una retribución, que va más allá del reconocimiento laboral, material o económico. La retribución se asocia con la posibilidad de evidenciar como el trabajo terapéutico favorece la reparación y el bienestar de sus usuarios/as.

Código Responsabilidad del terapeuta

Este código tiene que ver con el sentido ético que el/la terapeuta desarrolla respecto del trabajo con su usuario/a. Este sentido es entendido como un aspecto favorecedor del vínculo terapéutico entre ambos y es concebido como una actitud fundamental por parte

de los/las terapeutas. El usuario/a es significado como una persona importante en la vida del terapeuta y, por ende, el trabajo terapéutico que realizan con ellos/as pasa a ser de especial relevancia, comprometiéndose a nivel personal y profesional con el proceso terapéutico que vivencian con sus usuarios/as.

Los relatos más demostrativos para este código son:

“Hay un compromiso ético a nivel profesional, pero también a nivel humano, también hay un compromiso con su bienestar.” (Entrevistada n°1)

“Tengo un sentido ético de responderle a mis casos, cachay que estoy trabajando con problemas, estoy trabajando con vidas” (Entrevistado n° 2)

“Son importantes porque por algo estoy aquí como terapeuta es parte de mi compromiso. Yo asumo un compromiso aquí con estas personas” (Entrevistada n° 5)

“Es súper importante cómo yo me preparo justamente para esta sesión. Cuánto yo conozco también y cuánto sentimiento le entrego a la sesión” (Entrevistada n° 8)

La responsabilidad en el contexto terapéutico es entendida como la conciencia que tienen los/as terapeutas acerca de la importancia de su rol de cuidado y apoyo hacia otra persona. Al ser conscientes de su rol, los/as terapeutas se apropian de este proceso, asumiendo la relevancia, responsabilidad y compromiso que este tipo de tratamientos implica (Manrique Tisnés & Gil Congote, 2013). Idareta-Goldaracena (2013) señala que la ética es la condición que permite el establecimiento de una relación profesional adecuada con sus usuarios/as, así también, señala que el profesional debe tener una absoluta responsabilidad hacia la relación y el proceso terapéutico, responsabilidad a la que los terapeutas aluden en diferentes momentos de la entrevista, expresando un gran sentido ético, de compromiso y responsabilidad hacia el trabajo con sus usuarios/as.

Código Características de el/la terapeuta

La persona del terapeuta implica un trabajo permanente y paulatino, con tal de configurarse para otro/a como una persona digna de confianza y respeto. En el contexto estudiado es fundamental que el/la terapeuta empatices con su usuario/a, su historia y su sentir, siendo esta habilidad una característica primordial para poder construir el vínculo terapéutico con sus usuarios/as. A través de esta habilidad se evita juzgar a las personas con quienes trabajan y se privilegia el poder comprender al otro/a, con base en sus propios significados e historia vital. La relación que es construida bajo estos parámetros, valores y/o habilidades empáticas tiene una gran probabilidad de ser una relación reparadora o sanadora (Araya- Vélis & Porter, 2017; Carvajal, 2012; Marinho et al., 2003; Morales et al., 2021).

En la narrativa de los/as terapeutas el respeto mutuo aparece como un componente intransable en el proceso terapéutico. Esta característica de la relación permite el diálogo y el trabajo en conjunto, por tanto, debe ser recíproco. Implica, por tanto, respeto del rol que cada uno juega y las posiciones que ocupan al interior del proceso terapéutico.

La actitud del terapeuta es un factor clave para la concreción de una AT. En efecto, tiene la capacidad de determinar el éxito o fracaso de un proceso terapéutico, siendo aspectos importantes de considerar la personalidad del terapeuta, su presentación, la disposición ética hacia su trabajo, la ausencia de prejuicios y la motivación optimista hacia el trabajo son características que influyen en el desarrollo de la AT y por consecuencia en el éxito o fracaso del proceso terapéutico (Bermúdez & Navia, 2013)

Los relatos que mejor ilustran lo anterior son los siguientes:

“Si uno no empatiza y no intenta ayudar o acompañar a nuestros pacientes, no debería estar acá po” (Entrevistada n° 1)

“Entonces si uno no entrega esa confianza, esa empatía, si uno no valida, si uno no es capaz de comunicar de forma asertiva, en un tono que corresponda, en una postura corporal que corresponda, el niño nunca más va a poder venir para acá, jamás, menos a un PRM” (Entrevistado n° 3)

“No sentir que uno es superior, no invalidar lo que sienten, entender también su historia, todo su contexto, cómo llegan acá, su cultura” (Entrevistada n° 4)

“Uno pasa no más un ratito y allí ellos se quedan, ellos han vivido hasta aquí y van a seguir, entonces, es importante comprender esas historias de vida” (Entrevistada n° 5)

“Yo siento que, para todo en realidad, el respeto tiene que ser lo primordial” (Entrevistada n° 8)

La empatía también es un aspecto que de manera reiterada aparece en el discurso de los terapeutas. La semántica recogida indica que la empatía se asocia con conocer y comprender las historias del otro/a y desde ahí intentar adelantarse a temores y vicisitudes que pudiesen afectar a su usuario/a. Parece irrefutable indicar que la empatía es un elemento indispensable en un proceso terapéutico porque permite entrar en el mundo del otro y conectar afectivamente con las emociones del otro/a, permite también acompañar la regulación de esa experiencia emocional (Morales et al., 2021).

Decety & Jackson (2004) enumeran tres componentes que determinan o influyen en la capacidad de empatía humana, estos son: 1) que exista una emoción compartida entre el observador y el observado, 2) que exista autoconciencia y conciencia del otro/a y por último, 3) que exista flexibilidad cognitiva que permita el ejercicio de adoptar la perspectiva de otro/a. En concordancia con esta definición, los/as terapeutas intentan

interactuar con sus usuarios/as libre de juicios hacia sus ellos/as, desarrollando comprensión respecto del lugar del otro/a. Se enfocan en conocer sus historias de vida con el propósito de traerlas al presente y explorar nuevas formas de significar, sentir y vivir sus emociones, experiencias y vida en general.

Código disposición de el/la terapeuta

Los /as terapeutas de PRM asumen la relación complementaria que tienen con sus usuarios/as, e intentan democratizar la relación, mediante un trabajo personal respecto a desapegarse de aquellas características que puedan representar una relación asimétrica con su usuario. El psicólogo/ y el/la trabajador/a social consideran importante poder humanizar la intervención, en el sentido de despojarse de la jerarquía que pudiese otorgar el rango profesional dentro de la relación terapéutica con sus usuarios/as.

El terapeuta acude a cada sesión o cada instancia de intervención o interacción con su usuario/a realizando un trabajo previo de liberarse de los prejuicios que pudiesen existir en sí mismo acerca de la persona con quien va a estar trabajando. Evitan juzgar a sus usuarios/as priorizando el conocerlo, conocer sus perspectivas y construir el vínculo respectivo.

Los relatos más demostrativos para este código son:

“El aspecto del no emitir juicios fue fundamental para que pudiera entender que nosotros no eramos enemigos”
(Entrevistado n° 2)

“Uno no puede pecar de egocéntrico, decir yo soy bacán, todo me va a salir bien, eso es lo peor que uno puede hacer como profesional” (Entrevistado n° 3)

“Nosotros no estamos aquí para juzgarle, ni para enjuiciar a todos los papás, nosotros somos mamás, todas las mamás son imperfectas” (Entrevistada n° 4)

“Es que yo siento que no... No estoy acá para juzgar sus problemas, sino que aceptar, aceptarlos con sus vivencias” (Entrevistado n° 7)

“Mira, primero yo creo que es súper importante despojarnos de los prejuicios” (Entrevistado n°8)

“Me favoreció desde esta mirada, desde conocer al otro y no juzgarlo, eso es lo fundamental en esta instancia” (Entrevistado n° 10)

Al despojarse de los prejuicios y evitar los posteriores juicios, los/as terapeutas hacen un ejercicio de situarse de manera imparcial con sus usuarios/as, donde la profesión que puedan ejercer, pase a un segundo plano, para vincularse desde un sentido humano con sus usuarios/as. Esto permite al terapeuta mantener una flexibilidad que facilita el estar continuamente aprendiendo acerca de sus usuarios/as y las diferentes perspectivas que ellos/as pueden tener respecto a determinados temas, así como también, estar nutriéndose a sí mismos/as de narrativas y perspectivas que beneficiarán su propia vida (Szmulewicz, 2013).

De los relatos que fueron aportados por los/as terapeutas, es posible entender que esta disposición personal hacia su usuario/a, está basada un interés genuino de favorecer el bienestar de las personas con quienes trabajan. Esto se condice con lo reportado por otras investigaciones (Lobos et al., 2023; Ponce & Silva, 2023; Valdebenito Díaz, 2018), donde es posible evidenciar que los/as terapeutas de PRM, tienen un alto grado de compromiso hacia su trabajo, pudiendo disfrutar de la interacción con sus usuarios/as y el proceso terapéutico en sí. Tal como plantea Lobos et al., (2023) los/as terapeutas de

PRM tienen una percepción positiva sobre la intervención que realizan. No obstante, lo anterior, también se observa un gran esfuerzo humano y profesional en la labor que ejecutan, lo cual podría presentar algunas dificultades a posterior, relacionadas con el desgaste profesional y la entrega personal que el trabajo representa, punto que será abordado con mayor detalle en el siguiente apartado.

Código Resonancia

El presente código agrupa los relatos que tienen relación con las implicancias que las historias de vida de los usuarios/as tienen en las sensaciones, emociones y vida personal de los/as terapeutas. Estos/as últimos/as experimentan conmoción frente a ciertas interacciones o historias de vida, lo que gatilla rabia, dolor, pena entre otras emociones. Están de manera permanente ocupados o preocupados por el bienestar de sus usuarios/as, viendo afectada su vida personal. La experiencia manifestada por los/as terapeutas se condice con lo recabado en otras investigaciones (Espinoza et al., 2016; León, 2022) y confirma que los programas de atención a NNA víctimas de alguna vulneración de derechos suelen ser espacios laborales que representan desafíos emocionales importantes para las personas que ejecutan el rol de terapeutas..

Los relatos más demostrativos para este código son:

“También uno a veces sale mal cuando los niños te dan relatos y con algunas veces con muchos detalles (Entrevistada n°1)

“Pero aun así uno nunca está preparado para escuchar lo que te van a decir, uno con el tiempo sí se le genera una costra, como en el corazón, en la piel (Entrevistado n°2)

“Uno como terapeuta se lleva el trabajo más feo, tantas historias tan malas, el que te produzcan tantas sensaciones encontradas como la rabia, como la pena, te cargan, normalmente te cargan, te van cansando, te van desgastando, de a poquito”.
(Entrevistado n° 3)

“Es como la segunda familia el PRM, es como la segunda familia con funciones que uno tiene que hacer y siempre está emocionalmente ligado a lo que pasa acá. Lo mismo con la gente que uno trabaja, con el espacio también emocionalmente es significativo para uno” (Entrevistado n°6)

Los relatos desentrañan lo difícil que es poder separar la relación personal de la relación terapéutica, El ejercicio de este rol puede generar efectos contradictorios; por una parte, puede llegar a provocar dolor y perturbación, y, por otro lado, logra nutrir y fortalecer al profesional en su rol de terapeuta.

Es posible afirmar que el/la terapeuta está en una posición donde se ve impactado/a en su historia de vida y/o en su mundo emocional, lo cual es de gran relevancia, ya que implica que los/as terapeutas, en este contexto irán sufriendo un desgaste paulatino durante su ejercicio profesional, lo cual, sino se tiene en consideración y se realizan las instancias de cuidado respectivas, podrían producir problemas de salud. Según Ojeda (2006) puede manifestarse en el síndrome de burnout, la traumatización vicaria y la movilización de sus propias experiencias de violencia. Peinado López (2024) afirma que la atención a usuarios/as víctimas de graves afectaciones podría desarrollar en los/as terapeutas episodios de tristeza, depresión, insomnio, ansiedad y otros tipos de sufrimiento que se relacionan al hecho de atender personas que han sufrido un trauma.

Código límites y cuidado de el/la terapeuta

Es de gran importancia de que los/as terapeutas tengan conciencia acerca del cuidado y el correcto posicionamiento de límites en su contexto laboral. Lo anterior resulta fundamental para mantener o desarrollar un vínculo adecuado para el ejercicio terapéutico en PRM, que cuide la salud mental y física del terapeuta, al mismo tiempo que cuide los espacios personales y terapéuticos. En este sentido, es importante mencionar que, pese a las expectativas y gran compromiso que los/as terapeutas desarrollan hacia sus usuarios/as, la relación terapéutica se inicia por mandato de un órgano externo y transcurre en un tiempo determinado. Los logros que se alcancen en la AT no pueden atribuirse exclusivamente a la figura del terapeuta; al contrario, el usuario/a juega un rol activo en su proceso de recuperación y actúa como corresponsable del proceso.

La responsabilidad y compromiso de los/as terapeutas debe incluir estrategias de autocuidado que faciliten el atender asertivamente las sensaciones o resonancias que el proceso de intervención terapéutico puede generar en ellos/as. En efecto, los hallazgos indican que los/as terapeutas son conscientes de la importancia de su propio cuidado y buscan estrategias que les permitan descomprimir aquello que les pueda estar afectando. En lo que concierne a la presente investigación, los/as terapeutas relatan la puesta en marcha de una serie de acciones y actitudes para el autocuidado frente a los efectos colaterales del desarrollo de un proceso terapéutico. No obstante lo anterior, estas suelen tener el carácter de espontáneas; es decir, la narrativa de los participantes no devela la existencia de estrategias sistematizadas e institucionalizadas respecto al cuidado de la persona del terapeuta, situación que también ha sido reportada en investigaciones anteriores (Ponce & Silva, 2023).

Los relatos que mejor demuestran este código son:

“Yo llevo mis procesos terapéuticos también aparte, he trabajado temas personales, pero también lo que me pasa en terapia”.
(Entrevistada n°1)

“Yo tengo mis estrategias de cuidarme, el boxeo, el ejercicio, mucho ejercicio, mucho saltar la cuerda. A veces... Yo por ejemplo nunca veo a mi hijo después de sesión, me doy una hora, dos horas en bajar las emociones, cansarme, comer algo, respirar” (Entrevistado n° 3)

“Tú tampoco lo puedes hacer por él, tú no vas a estar en la casa 24-7 con esa familia, entonces ahí es donde también tienes que comenzar a delimitar hasta dónde puedo llegar y hasta dónde no” (Entrevistada n°8)

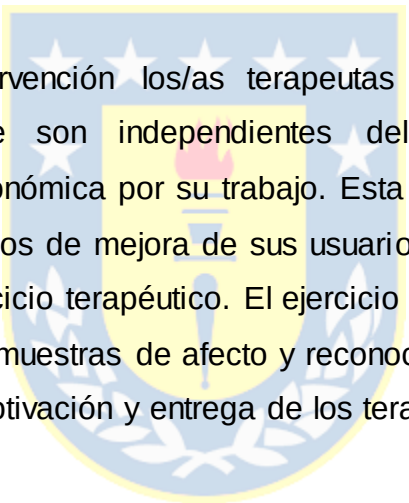
“Es importante como terapeuta también darse cuenta de que hay algunas cosas que uno no puede abordar referente también a una historia viva, o sea, una propia historia que uno presenta como el tema de las creencias dominantes” (Entrevistado n°10).

Respecto del autocuidado, Losada & Marmo (2019) afirman que las instancias de cuidado para la persona del terapeuta, deben colocarse en la agenda institucional como medida para acompañar y evitar el desgaste de quienes cuidan la salud mental de otros/as. Ojeda (2006), por su parte, señala que el autocuidado es una actitud cotidiana que implica diferentes áreas de desarrollo personal y que, en este caso, los/as terapeutas deben reconocerse a sí mismos/as en un escenario de riesgo para su salud mental. Debido a lo anterior, esta conciencia del terapeuta acerca de cuidarse, tiene que acompañarse con el identificar cuál es la forma de autocuidado que funciona mejor según la singularidad de cada uno/a.

El agotamiento en el trabajo es transversal, sin embargo, las consecuencias emocionales de ejercer un rol que involucra mayor complejidad, puede aumentar el nivel de desgaste en el trabajo. Como consecuencia, resulta indispensable que al autocuidado espontáneo del terapeuta se le sumen instancias formales de cuidado al interior del trabajo (K. Ortiz, 2015). Estas instancias podrían promover el buen humor y la generación de redes de apoyo emocional en la rutina de trabajo, como también el establecimiento de una supervisión sensible y reflexiva hacia el trabajo de los/as terapeutas para que no se transforme en un estresor más para ellos/as.

Código Satisfacción

Durante el proceso de intervención los/as terapeutas experimentan instancias de satisfacción emocional que son independientes del reconocimiento laboral o compensación material o económica por su trabajo. Esta gratificación radica más bien en ser testigos de los procesos de mejora de sus usuarios o usuarias, lo que eleva la motivación dentro de su ejercicio terapéutico. El ejercicio de observar los avances que tiene el/la usuario/a y recibir muestras de afecto y reconocimiento por parte de ellos es un insumo que alimenta la motivación y entrega de los terapeutas hacia su trabajo.



Los relatos más palpables para este código son:

“Es maravilloso y uno lo ve...es muy gratificante ver que efectivamente el periodo que estuvieron conmigo les sirvió en algo, o le dio sentido también su proceso terapéutico”.
(Entrevistada n°1)

“Cuando las mamás te dicen, tío, no quiero irme y se ponen a llorar, ¡a llorar! Usted dice, wow, no pensé que la palabra y mi intervención tenía ese efecto, jamás lo imaginé hasta que uno lo ve. Y es muy lindo” (Entrevistado n°3)

“El sentir ese orgullo, el sentir como eso de que cuando ves, por ejemplo, cuando van teniendo avances, ver muchas veces como eso a uno también le va haciendo sentirse como orgulloso”
(Entrevistada n°7)

“Pero que siento que, así como es agotador, también es gratificante, entonces el hecho de conocer nuevas realidades y ver que tú puedes aportar, aunque sea algo pequeñito, es lo que a mí por lo menos es el motor para poder seguir en esto”
(Entrevistada n°8)

Ponce & Silva (2023) en una investigación realizada con terapeutas de abuso sexual infantil, entre ellos algunos/as de PRM, señalan que pese a las dificultades, los/as terapeutas encuentran una retribución en la sonrisa de sus usuarios/as, en los procesos de cambio y en la evidencia de mejora de sus usuarios/as. Esta experiencia logra sopesar todas las consecuencias que este tipo de trabajo tiene para ellos/as, encontrando una motivación para seguir con el trabajo comprometido que realizan.

Categoría Metas

La presente categoría surge como respuesta al objetivo específico número 2, el cual tiene que ver con comprender las vivencias significativas que tienen las duplas psicosociales de PRM al consensuar metas de intervención con sus usuarios o usuarias. Este objetivo y categoría se genera a partir de la propuesta teórica de Bordin, en la que el autor plantea que las metas tienen que ver con el grado de acuerdo que existe entre terapeuta y paciente respecto de los objetivos que el proceso terapéutico intentará concretar.

Para efectos de esta investigación, esta categoría agrupa todos aquellos relatos en los cuales los/as terapeutas se refieren a los objetivos del proceso terapéutico. Incluye la co construcción o acuerdo de objetivos entre terapeuta y usuario/a, como también las dificultades respecto al cumplimiento de objetivos, las formas de evaluar el avance y retroceso de estos, como todas aquellas singularidades que fueron posibles de detectar mediante el análisis de contenido.

Esta categoría se compone de dos subcategorías que son las dificultades para el cumplimiento y los objetivos del proceso terapéutico en PRM. Ambas subcategorías se componen de diferentes códigos, tal como es evidenciado en la tabla N° 2.

Tabla 2 Categoría Metas

Categoría	Sub categoría	Código
Metas	Dificultades para el cumplimiento.	Dificultad de tiempo
		Dificultad de reparación
	Objetivos del proceso terapéutico en PRM	Co construcción de objetivos
		Objetivos del terapeuta
		Evaluación de los objetivos
		Cumplimiento de los objetivos
		Reparación/resignificación

Fuente: Elaboración propia

Sub categoría: Dificultades para el cumplimiento

La presente subcategoría tiene que ver con las dificultades que vivencian los/as terapeutas para dar cumplimiento a los objetivos terapéuticos acordados. Fue posible identificar que el tiempo destinado a la intervención es un obstaculizador para la satisfacción de los objetivos terapéuticos. Para entender esto, es necesario tener en cuenta que el modelo PRM tiene objetivos de cumplimiento que son distintos a los objetivos que se confeccionan de manera participativa con cada usuario/a, pero que los/as terapeutas deben considerar y estar atentos/as también al cumplimiento de estos. Uno de los objetivos del modelo PRM tiene que ver con que el proceso terapéutico se realiza dentro del plazo orientado por el SPE, siendo este de 12 meses para NNA con adultos responsables y de 24 meses para NNA sin adulto responsable, tiempo que según las narrativas analizadas resulta insuficiente, debido a la multiplicidad de variables con que tienen que lidiar durante el proceso terapéutico.

Los/as terapeutas señalan que deben destinar tiempo importante a las labores administrativas, por sobre la interacción terapéutica, lo que impacta alargando los procesos de intervención y no permitiendo dar satisfacción a los objetivos dentro del plazo estipulado por la normativa técnica. Souza et al., (2024) refiere que este tipo de situaciones contribuyen a deshumanizar el proceso terapéutico y desconcentrar a el/la terapeuta de la interacción con el usuario/a.

Otra dificultad que acontece tiene que ver con las patologías que pueden padecer usuarios/as del programa. Estas condiciones de salud mental desafían a los/as terapeutas en el sentido de tener que contar con una preparación diversa respecto a una gran cantidad de problemáticas de salud mental, que pueden ser atribuidas a la experiencia traumática, como también a rasgos de personalidad que acontecían previos a la agresión sexual. Franco-Jaen et al. (2020) aseguran que la experiencia de ASI, podría ser un factor relevante respecto a la aparición de una serie de dificultades de salud mental, incluyendo consumo de drogas e intentos de suicidio, lo que, además de insumar

complejidad al tratamiento reparatorio, otorga un grado de riesgo vital respecto de la integridad de las víctimas (Barriga, 2023).

Código dificultad de tiempo

El presente código aglomera relatos de los/as terapeutas donde señalan el poco tiempo que en la práctica tendrían tanto para la planificación de la sesión, la sesión terapéutica como tal, y el tiempo en general de permanencia del usuario/a en el PRM. Para comprender esto, es importante situarse en las orientaciones técnicas del programa, las cuales indican que el usuario/a debe tener al menos 1 sesión semanal, lo que implica que cada terapeuta realiza al menos 100 sesiones terapéuticas por mes, ya que este mismo documento señala que una dupla psicosocial de intervención debe atender 25 casos (SMN, 2022). También, se señala que el tiempo de intervención es de 12 meses y 24 meses para los NNA que no tengan adulto responsable. En la práctica los/as terapeutas señalan dificultad para poder realizar su trabajo acorde a los tiempos que la normativa técnica establece.

Los relatos más demostrativos para este código son:

“Hay otros aspectos de la vida que también influyen y que no siempre los vamos a poder abordar por el escaso tiempo que tenemos para reparar” (Entrevistado n° 2)

“si bien uno las planifica, pero a veces o podríamos hacer esto y tal vez si ah, y llegamos a la sesión, es mañana y ya no alcanzamos a preparar” (Entrevistada n° 4)

“los tiempos son súper acotados entonces uno de repente empieza a forzar la relación porque no te da el tiempo” (Entrevistado n°6)

“Hay algunos adolescentes que desean como una eh... mayor tiempo de sesión, y lamentablemente aquí los tiempos igual son un poco ajustados” (Entrevistado n°9)

La experiencia de investigaciones previas nos permite aseverar que no existe un consenso o un denominador común, respecto al tiempo de duración que implica la terapia reparatoria del ASI. De hecho, hay antecedentes de que esta tiene una gran diferencia dependiendo del modelo y paradigma de intervención, documentándose procesos terapéuticos desde un año hasta 11 días de intervención, siempre dependiendo de la cronicidad del daño y el estilo de intervención que el terapeuta desarrolla (Núñez & Sánchez Sandoval, 2024). Así también, es importante tener en cuenta que el trabajo en PRM implica otro tipo de instancias y contextos que exceden al ejercicio terapéutico por naturaleza y sumergen la intervención en una serie de instrumentos de control y respaldo. Según Souza et al. (2024) estos últimos acontecen en un contexto de supervisión del trabajo del programa y tienen como fin el monitoreo, control y vigilancia del trabajo de el/la terapeuta, con tal de contar con insumos o verificadores que permitan respaldar el trabajo, sobre todo, ante un posible caso de grave vulneración que acontezca al interior del PRM o del SPE en general.

Código dificultad de reparación

El trabajo del terapeuta de PRM es desafiante. Su labor supone que no solo debe estar preparado y capacitado para atender la temática de ASI, sino que también debe atender patologías que el usuario/a sufría previo a la experiencia traumática, como también, algunas que podrían haberse gatillado como consecuencia de la agresión sexual. Vega Pérez (2023) señala que los NNA víctimas de ASI, tienen mayor probabilidad de experimentar otros tipos de victimización durante su vida, así también, aseguran que el ASI no genera las mismas consecuencias en todas las personas. En efecto, existe la posibilidad de que la víctima experimente depresión, ansiedad, ira, temor, suicidio, parasuicidio, estrés post traumático, entre otro tipo de afecciones que podrían emerger como consecuencia del ASI y/u otras experiencias adversas de la infancia.

En el caso de PRM, los/as terapeutas suelen evidenciar esta realidad al momento de interactuar con sus usuarios/as, teniendo que abordar temáticas de salud emergentes, como también, teniendo que derivar a otras instituciones de salud para el tratamiento específico de las afecciones psicológicas o psiquiátricas que pudiesen identificar en sus usuarios/as. Parece indiscutible afirmar que estas circunstancias merman el tiempo de atención directa que las orientaciones técnicas señalan para la intervención de PRM.

Los relatos más ejemplificadores son:

“Ella cuando llegó, a los días después, tuvo que ser hospitalizada. ¿ya? A medida de corta estadía” (Entrevistada n° 1)

“ahora son más complejos, o sea, casos que tienen miles de factores, múltiples problemas” (Entrevistada n°4)

“Hay casos como puntuales que los niños vienen con un, un problema afectivo ya estructural de personalidad del CI distinto y ahí hay más dificultad” (Entrevistado n°6)

“recibieron ayuda psicológica, general, porque, vienen muchas, condiciones, asociadas, a la vulneración de derechos” (Entrevistado n°7)

Si bien los NNA son derivados a PRM por haber sido víctimas de ASI, en la práctica los/as terapeutas se encuentran con usuarios/as que han vivenciado diferentes tipos de experiencias adversas en su infancia. Esto incluye patologías o condiciones cognitivas que complejizan la intervención. Vega Pérez (2023) asegura que la experiencia de ASI puede gatillar a corto, mediano o largo plazo una gran diversidad de problemáticas de salud mental para la víctima directa de la agresión. Sin embargo, también es el grupo

familiar el que se resiente, especialmente en casos de ASI intrafamiliar, ya que implica la separación o distanciamiento de la persona que figura como agresor en la experiencia traumática, enfrentándose a rupturas, duelos y sentimientos de traición que pudiesen emerger tanto en el NNA como en el grupo familiar en general.



Subcategoría objetivos del proceso terapéutico en PRM

La co-construcción de los objetivos durante el proceso terapéutico es un aspecto importante, que es orientado desde la política pública y muy arraigado en la práctica terapéutica de los PRM. Las orientaciones técnicas definen un momento que se llama diseño del plan de intervención individual, instancia en la cual se favorece la participación del NNA para confeccionar un documento donde se explicitan los objetivos terapéuticos que perseguirá la intervención (SMN, 2022). No obstante, de manera transversal se está motivando y destinando espacios para que el usuario/a pueda opinar y evaluar el avance o retroceso de los objetivos de su proceso terapéutico, lo que implica que el/la terapeuta tenga un grado de flexibilidad que permita modificar o adecuar el trabajo a la percepción o interés de sus usuarios/as, aun cuando, el desarrollo del proceso pareciera escaparse de los lineamientos o del tratamiento de reparación establecido.

En la práctica este ejercicio de participación y construcción de los usuarios/as, es limitado ya que debe convivir con una serie de disposiciones institucionales en el marco de la medida de protección que alberga el proceso de intervención. De hecho, los/as terapeutas también construyen objetivos e intereses de trabajo con sus usuarios/as, así también, en algunas ocasiones los objetivos vienen definidos desde el Tribunal de Familia y deben convivir con los objetivos propios del modelo PRM. En la práctica esto genera que la co-construcción o participación del usuario en la elección de sus objetivos terapéuticos sea limitada.

Código co-construcción de objetivos

La co-construcción de los objetivos es entendida de manera transversal por los/as terapeutas como un proceso de suma relevancia dentro del proceso terapéutico. A través de esta instancia se fomenta la participación y compromiso del usuario/a hacia la terapia. Durante la instancia de co-construcción se intenciona un espacio para dialogar respecto de los puntos que consideran importantes de considerar en su plan de intervención, instancia donde también los/as terapeutas opinan y orientan al usuario/a

acerca de lo que ellos consideran relevante de trabajar dentro del proceso de intervención, generándose de esta forma la co –construcción de los objetivos.

Esta disposición y gestión que realizan los terapeutas respecto de fomentar la participación de los usuarios en la confección de sus objetivos terapéuticos se condice con el enfoque de participación. Además, representa un ejercicio de derechos ya que contempla la premisa de que los usuarios de PRM son sujetos/as de derecho y por tanto tienen la facultad de estar informados y de poder opinar acerca de lo que resulte relevante para su vida (Quilodrán & Martínez, 2021).

Los relatos mejor ejemplifican este código son:

“La co-construcción del plan de intervención es fundamental para mí, que le haga sentido a la usuaria” (Entrevistado n° 2)

“Pero eso es como lo que yo voy haciendo en general, construyendo, dando los espacios del diálogo, del respeto, ya, para poder ir construyendo en conjunto también los objetivos” (Entrevistada n° 5)

“Es súper importante realizar una co-construcción para que sea un proceso que es en base a sus necesidades y sus requerimientos” (Entrevistada n°7)

“La co-construcción yo creo que es súper importante para poder ayudarlos en su proceso, porque es su proceso” (Entrevistada n°9)

La narrativa de los terapeutas indica que la co-construcción de objetivos es un elemento central del proceso. Los/as terapeutas validan las necesidades y requerimientos que puedan experimentar los/as usuarios/as y son explicitados en el plan de intervención,

instrumento que alberga los objetivos terapéuticos previamente consensuados. La co-construcción es importante porque permite al usuario/a sentirse parte del proceso terapéutico, pero también, representa un ejercicio de restitución de derechos, que hace especial sentido en la condición de vulneración de derechos que significa el ser víctima de ASI.

La transgresión sexual, implica una vulneración al derecho de los NNA a ser protegido del maltrato y ASI. Por tanto, un tratamiento reparatorio debe partir desde un enfoque de derechos con base en la restitución de la agencia de los NNA como personas titulares de derechos, favoreciendo en todo momento su participación y co-construcción de los planes, objetivos o programas que intervendrán en su vida (Arriagada Canelo, 2015). Así también, esta instancia ayuda al NNA a recobrar la sensación de poder que según las dinámicas traumatogénicas podría haber perdido como consecuencias del ASI (Contreras Taibo et al., 2023)

Hay momentos donde el curso del proceso terapéutico se escapa de los objetivos previamente consensuados con el usuario/a. Cuando esto ocurre, los/as terapeutas transparentan esta desviación acerca de los objetivos propuestos e incitan a reformular o remirar los objetivos acordados, pero, evitan imponer alguna dirección u objetivo particular en el tratamiento. De esta forma, la co-construcción de objetivos son un momento dentro del proceso de intervención donde los/as terapeutas se ocupan activamente de observar si el proceso se ha desalineado al objetivo propuesto, y en concordancia con la opinión de su usuario/a, modifican o replantean los objetivos.

Código: Objetivos de el/la terapeuta

En la co-construcción de objetivos no son sólo los usuarios/as quienes definen los propósitos de la intervención, sino que también los/as terapeutas orientan y opinan acerca de lo consideran relevante de trabajar con sus usuarios/as. Son conscientes que el origen del proceso terapéutico tiene que ver con una vulneración grave de derechos y que el espíritu de la intervención es otorgar tratamiento acerca de las consecuencias que

tiene tal vulneración para la vida de sus usuarios/as. Esto incluye su participación activa en la construcción de objetivos, posicionando las temáticas que consideran relevantes de abordar.

En general los/as terapeutas esperan que el proceso terapéutico ayude a sus usuarios/as a continuar su vida sin que la experiencia traumática restrinja sus posibilidades, sus expectativas y/o sueños de vida. De esta forma, el presente código agrupa todos los relatos que los/as terapeutas señalaron acerca de los objetivos que ellos esperan conseguir a través del proceso terapéutico

Los relatos más demostrativos para este código son:

“Que pueda seguir disfrutando la vida, que pueda ser feliz, que, si ella en algún momento quisiera tener familia, pueda hacerla, que pueda disfrutar de lo que, en algún momento, a partir de la experiencia traumática, pudo haberle quitado en su momento”
(Entrevistada n° 1)

“A nivel personal me gustaría que lograra en primer lugar encontrar la tranquilidad, encontrar la paz, encontrar el bienestar individual” (Entrevistado n°2)

“Nunca lo van a olvidar, pero sí una estabilidad y poder vivir con lo que les ocurrió” (Entrevistada n°5)

“Lo que me gustaría es que ellos pudieran recobrar quizás la confianza en sí mismos y ser felices y desarrollarse”
(Entrevistada n°9)

Los hallazgos indican que los/as terapeutas transforman deseos en objetivos de trabajo, debidamente transparentados con sus usuarios/as, ofreciéndoles la oportunidad de opinar

acerca de los objetivos que el/la terapeuta plantea y dialogar respecto de la pertinencia de su aplicación. Durante el proceso de diagnóstico los/as terapeutas se hacen una visión acerca de las necesidades de trabajo que observan en sus usuarios/as y posteriormente les comentan estas observaciones para ser convertidas en objetivos terapéuticos.

Respecto de los objetivos terapéuticos, existen otros elementos que determinan dicha construcción y que dicen relación con los llamados objetivos transversales que se orientan desde el SPE, que son lineamientos técnicos que pretenden asegurar el uso de ciertos enfoques o paradigmas de trabajo. Por otro lado, las orientaciones técnicas también exigen el cumplimiento de objetivos en todos los procesos terapéuticos, tales como interrupción del maltrato, remisión sintomatológica y realizar la intervención en determinados plazos, como también, existen objetivos que son mandatados por el Tribunal de Familia al momento de derivación. Por lo que el espacio de construcción del usuario/a finalmente tiene limitancias ya que deben convivir en un plan de intervención que al mismo tiempo debe manifestar objetivos que sobrepasan a la relación terapéutica entre ambos/as

Código evaluación de los objetivos

Durante el proceso terapéutico, hay momentos específicos donde el/la terapeuta retroalimenta y es retroalimentado por su usuario/a acerca del proceso terapéutico y la consecución de los objetivos propuestos. Esta instancia se denomina “Evaluación del proceso” y considera como elemento central la participación y opinión del usuario/a con el propósito de rescatar la visión de ellos/as acerca del proceso de intervención. Como se señalaba, la evaluación de proceso es un momento específico, se realiza cada tres meses y en él se profundiza acerca de las temáticas, aciertos y desaciertos del proceso de intervención, mientras que, por otro lado, el/la terapeuta posibilita de manera intencional que el usuario/a pueda estar evaluando su quehacer como terapeuta y el proceso de intervención en general.

Los relatos más demostrativos para este código son:

“La evaluación de los procesos, de los informes de proceso, donde el evaluar también en conjunto con la adolescente, da sentido también.” (Entrevistada n° 1)

“...cuando hacemos la devolución o previo a un envío de informe, por ejemplo, decimos vamos a enviar este informe y a usted lo vemos así, usted ha avanzado en esto” (Entrevistada n°4)

“Las evaluaciones de proceso son un momento bonito como para decirle a la familia ya escribame ahí si le caigo bien o no” (Entrevistada n°5)

“acá tenemos como esta evaluación del plan de intervención que igual es cada tres meses...” (Entrevistada n°9)

Esta instancia reconocida por los/as terapeutas como evaluación de proceso, se corresponde con un feedback dentro de la intervención. Esta instancia permite a los/as terapeutas nutrirse de la visión que su usuario/a tiene acerca del tratamiento, para evaluar posibles cambios en los objetivos y/o formas de abordaje que se han estado realizando. Salgado (2016) releva la importancia de esta gestión, como forma de dar resolución a las rupturas en la AT, entendiendo este concepto como la tensión o el desajuste en la relación colaborativa que existe entre terapeuta y usuario/a. El autor distingue entre rupturas por distanciamiento, donde el usuario/a se desconecta del terapeuta y el proceso de intervención, y la ruptura por confrontación que es cuando el usuario/a explicita su enojo o descontento con el terapeuta o aspectos del proceso de intervención. Para ambas instancias el feedback es considerado una buena estrategia

para disminuir la probabilidad de rupturas, como también, para trabajar en estas, si es que se han presentado durante el proceso terapéutico.

Código Cumplimiento de objetivos

Los/as terapeutas tienen una noción positiva acerca de la intervención que se realiza en PRM. Señalan que, en general, los usuarios/as suelen concretar cambios importantes durante el proceso terapéutico, principalmente relacionados a la remisión sintomatológica, la percepción de felicidad que observan en los NNA, la adherencia y actitud hacia la intervención.

Los relatos más demostrativos para este código son:

“Yo creo que la mayoría, un 90% sí le toma un significado importante, logran comprender, de entender el objetivo y de utilizar el espacio para mejorar sus competencias” (Entrevistada n° 4)

“Es cuando el niño empieza, puede verbalizar, trabajar aceptar y cambiar cosas dependiendo de la, de la temática ahí se visualiza el progreso, si no se logra eso no hay progreso” (Entrevistado n° 6)

“La sintomatología o como ingresan y como uno los ve cuando se van, la verdad es que yo creo que muchos de esos procesos sí son exitosos” (Entrevistada n° 8)

“Ahora pueden confiar o que ahora pueden conversar o cuando refieren que quizás han disminuido ciertos sentimientos que tenían al principio, por ejemplo, el tema de la culpa” (Entrevistada n°9).

Esta narrativa de los/as terapeutas acerca del proceso terapéutico también es reportada por Lobos et al. (2023), quien señala que existe una evaluación favorable de parte de los profesionales acerca de los procesos de intervención que desarrollan dentro de la línea de protección y restitución de derechos de la infancia. Sin embargo, también se evidencia un cansancio en los/as profesionales atribuido a la sobrecarga laboral y la disposición permanente que tienen hacia el trabajo. Por su parte, Arenas (2022) señala que la percepción de éxito de los/as terapeutas depende de los significados particulares que estos/as tienen acerca del trabajo terapéutico, pero que no existen definiciones explícitas desde las orientaciones técnicas que permitan instalar procedimientos concretos y dispositivos para la medición del éxito de la terapia.

Código reparación/resignificación

El proceso terapéutico en PRM se realiza con los NNA como víctimas directas del ASI y también con los adultos/as significativos/as y grupos familiares de los NNA. De esta forma, el proceso individual del NNA se ve favorecido en función de los cambios que el grupo familiar y los/as adultos/as que acompañan el proceso puedan experimentar. Este trabajo pretende que los/as adultos/as puedan posicionarse de manera saludable como una figura de apoyo, contención y protección para el NNA. Esto es significativo ya que el ASI conflictúa al NNA con el mundo adulto, no obstante, tiende a recuperarse a través del apoyo y el acompañamiento que sus adultos/as significativos/as puedan brindarle.

La relación que los usuarios/as construyen con sus terapeutas es un insumo reparatorio, que les permite extrapolar esta relación de confianza y de reconocimiento como sujeto/a de derecho a otros espacios de interacción con el mundo adulto. Sepúlveda et al. (2021) señala que la resignificación del NNA no es una trayectoria universal, más bien adquiere características muy distintas en cada persona. No obstante, lo anterior, existen algunos factores determinantes dentro del proceso de cambio, que tienen que ver con el contexto de vida del NNA, y la presencia de adultos/as significativos/as y disponibles para el proceso de resignificación del NNA, lo cual enfatiza en la necesidad de considerar a la familia y sus integrantes como sujetos/as de intervención para el PRM.

Para la reparación del NNA resulta imprescindible elaborar el sentimiento de culpa que suelen cargar las víctimas y reformular la responsabilidad en la figura del agresor. Para lograr estos propósitos terapéuticos se utilizan técnicas ligadas al juego, como recrear historias con títeres o figuras. Mediante esta técnica los/as terapeutas intentan que el usuario/a sea capaz de identificar a personas agresores sexuales y, mediante el juego, clarificar la responsabilidad del ASI en la figura del agresor.

Los relatos que ilustran este código son:

“Te pasó algo malo, alguien no tenía que haberte tocado. Una persona muy mala contigo. Esa persona tal vez tienes que ir presa, una sanción” (Entrevistado n°3)

“Lo importante que es el sentido, ya, y que los adultos también puedan estar bien, ya, que puedan hacer también sus procesos de resignificación” (Entrevistada n° 5)

“A través de esta misma relación terapéutica a lo mejor ellos podrían como restaurar ciertos vínculos como con adultos” (Entrevistado n° 6)

“Ellos mismos también han sido víctimas y nunca han tenido un proceso de resignificación o de acompañamiento, inclusive nunca han podido aperturar ese tipo de conversación con otras personas” (Entrevistado n°8)

La intervención reparatoria es un proceso de transformación donde el usuario/a puede observar la experiencia traumática y explorar formas distintas de comprender este suceso. En este proceso el/la terapeuta intenta que el usuario/a construya una

comprensión de los hechos donde se perciba como víctima de la agresión, pero que al mismo tiempo le permita reconocerse como sobreviviente de la experiencia traumática, favoreciendo recursos de resiliencia e intentando disminuir la sensación de vulnerabilidad que podría afectar a la víctima (Álvarez et al., 2017). Capella & Gutiérrez (2014) señalan que el concepto de reparación que se propone en las orientaciones técnicas de PRM, contiene un problema etimológico, ya que tiende a pensar al NNA como una persona rota o quebrada que requiere de ser reparado, lo que tiende a cosificar al NNA, tal como lo hace el agresor en la interacción abusiva. Por este motivo las autoras se inclinan a utilizar el concepto de resignificación, ya que evita poner a la víctima bajo categorías estigmatizantes. En PRM, se trabaja desde el enfoque de la resignificación, ya que se reconoce la ocurrencia del ASI y se intenta en un contexto seguro y de confianza revocar esta experiencia, con tal de favorecer una comprensión distinta del acontecimiento que propicie de mejor manera el logro de la coherencia interna en la víctima, de manera tal, que esta experiencia no coarte el poder continuar con su vida.



Categoría Tareas

La presente categoría se relaciona con el objetivo específico 3 de la investigación: “Describir las vivencias significativas que tienen las duplas psicosociales de PRM en el contexto de establecer tareas terapéuticas con sus usuarios/as”, entendiendo por tareas aquellas estrategias, técnicas o formas acordadas entre los/as terapeutas y los usuarios/as para dar cumplimiento a los objetivos co-construidos.

Mediante el análisis de las entrevistas fue posible identificar dos subcategorías que describen la forma en que se realizará el proceso terapéutico: participación y formas de trabajo. Respecto de la participación, tiene relación con favorecer la adherencia y compromiso del usuario/a acorde a su condición de sujeto/a derecho en el proceso terapéutico. Para facilitar la participación, los/as terapeutas informan en detalle todo lo concerniente al proceso proteccional, penal y/o terapéutico, procurando resolver las dudas que el usuario/a pudiese tener acerca de su participación en PRM. De esta forma, el usuario/a puede comprometerse con el proceso terapéutico, apoyado en el conocimiento que tiene acerca de las características de este tipo de procesos.

En cuanto a las formas de trabajo, los hallazgos indican que existe orientaciones técnicas que exigen la presencia de un equipo multidisciplinario para abordar los procesos de intervención, definiendo responsabilidades para los distintos roles, profesiones u oficios que coexisten en el equipo de PRM. Para este tipo de programas las orientaciones técnicas exigen trabajadores/as sociales, psicólogos/as, abogado/a y secretaria contable. Las formas de trabajo también agrupan los relatos que señalan estrategias o técnicas de intervención que los/as terapeutas ponen en práctica al momento de favorecer la concreción de los objetivos del proceso terapéutico.

La tabla a continuación sintetiza las subcategorías y códigos que conforman la categoría de Tareas:

Tabla 3 Categoría Tareas

Categoría	Sub categoría	Código
Tareas	Participación	Informar
		Acuerdo en la forma
	Formas de trabajo	Trabajo en equipo
		Estrategias de intervención
		Enfoque de recursos

Fuente: Elaboración propia



Subcategoría participación

En la Convención Internacional de los derechos de los NNA la participación es uno de los cuatro tópicos rectores del documento. Los artículos del 12 al 17 hacen relación explícita acerca del derecho de los NNA a opinar, a ser escuchados, a su libertad de asociación, conciencia, credo religioso y que los Estados partes deben garantizar su acceso a información, conocimiento acorde a su edad y cultura, a través de distintos medios disponibles y al alcance de los NNA (Unicef, 2019). Así también, en las orientaciones técnicas de PRM como criterio general de la intervención, se señala la importancia de informar en todo momento al usuario/a de todo aquello concerniente a su proceso de intervención y el contexto de la medida de protección respectiva (SMN, 2022). En suma, resulta indiscutible la existencia de un mandato técnico-jurídico respecto a la forma de trabajar en los programas PRM, el cual es efectivamente adoptado por los terapeutas, quienes entregan además un valor reparatorio a la forma en que se realizan estos procesos.

El entender a los NNA como sujetos/as de derechos activos/as en la construcción de su propio mundo social, resulta ser una paradigma intransable para quienes trabajan en la defensa y protección de los derechos de los NNA (Aparecida Voltarelli, 2018). Solo así los/as terapeutas pueden brindar espacios de participación que representen el espíritu transformador de la participación infantil.

Por su parte, los NNA deben conocer, asumir y ejecutar su rol social de participación (Liebel, 2022). De otra forma, la participación termina siendo un proceso administrativo o de gestión que no logra el insumo que la participación infantil puede aportar. En el caso de los PRM, se es consciente acerca de estos principios, lo que es posible advertir en las diferentes acciones que los/as terapeutas ejecutan en pos de entregar información a sus usuarios/as, como también, favorecer el protagonismo de estos/as en sus procesos terapéuticos, posibilitando su involucramiento en las decisiones y formas de trabajo.

Los resultados de la investigación indican que en el proceso terapéutico se realizan procesos significativos de participación, que se condicen con el modelo de participación

propuesto por Bouma et al. 2018., La participación significativa requiere de tres momentos distintos; primero, ser informados/as; segundo, ser escuchados/as y; tercero, que la voz del usuario sea tomada en cuenta en aspectos determinantes de su vida (Bouma et al. 2018).

Código informar

El informar a los usuarios/as acerca de sus procesos de intervención, es un elemento innegociable, ya que no se corresponde con una técnica ni con el estilo que pueda adquirir el terapeuta, sino más bien el estar informados/as es un derecho que el Estado, las instituciones y funcionarios/as de estas, deben asegurar y fomentar su ejercicio. Esto es fundamental dentro de lo que implica la participación de un NNA en el proceso de intervención. Según la CIDN en su artículo 12, indica que los Estados Partes garantizarán que el NNA esté en condiciones de formarse su juicio propio para poder opinar de todos los asuntos que le afecten, por otro, el artículo 13 indica que el NNA tiene la libertad para buscar, recibir y difundir información (Unicef, 2019). Por ende, el informar al usuario es un ejercicio intransable, siendo de aún mayor relevancia el contexto de PRM, donde se intenciona que la víctima recupere su agencia de sujeto/a de derecho.

En concordancia con lo anterior, los hallazgos muestran que los/as terapeutas de PRM realizan una instancia informativa, conocida como el encuadre, que se desarrolla al inicio del proceso y tiene que ver con informar y explicar al usuario/a acerca de la situación proteccional que le concierne, se contextualiza su ingreso al programa y se aclaran las dudas que los usuarios/as pudiesen tener acerca del proceso terapéutico y todo aquello que concierne a su medida de protección. Esta gestión además de ser necesaria para la participación de los NNA, también favorece la adherencia y el sentido de pertenencia de los usuarios/as al programa. El hecho de mantener informados a los usuarios/as tiene una esencia reparadora en su naturaleza, ya que implica restituir los derechos, entregando predictibilidad y control acerca del proceso terapéutico, permitiendo con esto erradicar temores o incomodidades que las derivaciones al programa le pudiesen generar a sus usuarios/as. Así también le permite construir un contexto seguro, donde

se le devuelve al NNA la sensación de control y predictibilidad acerca de los sucesos o experiencias que quieren para su vida.

Algunos de los relatos que mejor ilustran esto son los siguientes:

“Explicar qué es lo que vamos a hacer y cómo lo vamos a ir construyendo, siento que los mecanismos empiezan a bajar y ellos se sienten como... se apropian del espacio” (Entrevistado n° 1)

“Informar también es parte de recibir y reparar, o sea, de destinar justicia, recibir justicia y parar las vulneraciones de derechos” (Entrevistado n° 2)

“Al principio de la terapia se explica el cuánto tiempo va a durar, las etapas de la terapia y el tiempo en general que se va a tomar y cuántas sesiones por mes o semanas se van a hacer” (Entrevistado n° 6)

“El encuadre que nosotros realizamos también le entrega a los niños y a los adolescentes como, como un parámetro, una base segura de lo que nosotros podemos conversar” (Entrevistado n° 7)

La participación implica informar al usuario/a de todo aquello que resulta concerniente a su proceso terapéutico y medida de protección. Procurando que tenga una base confiable y con conocimiento para opinar de los asuntos que afectan su vida o proceso terapéutico. En este punto es relevante destacar que, junto con la entrega de la información, es importante que los/as terapeutas interactúen desde el buen trato y la amabilidad, mostrando apertura por la opinión del usuario/a. Gonzalo & Pérez (2011), plantean que es primordial desarrollar un clima de buen trato, confianza y cercanía, ya

que esto facultará al NNA para que pueda expresarse libremente, sin miedo a dar su opinión.

Código Acuerdo en la forma

Los/as terapeutas desarrollan la intervención procurando en todo momento trabajar acorde a las necesidades, expectativas y características de sus usuarios/as. Para asegurarse de esto ejecutan instancias o diálogos que tienen como objetivo conocer directamente la postura u opinión que le compete al usuario/a acerca del trabajo, interacción y todo lo que tiene que ver con el proceso terapéutico, ajustando la forma de trabajo a la manera que resulta más adecuada o cómoda para el usuario/a.

El/la terapeuta se encarga de posicionar el protagonismo del proceso terapéutico en los usuarios/as del programa, les hace saber de manera explícita esta condición, supeditando la persona del terapeuta a las necesidades, opiniones y tiempos de la persona con quien están realizando el proceso terapéutico. El hecho de que el usuario/a sea el protagonista del espacio, implica que de manera constante se deben favorecer diálogos o instancias que otorguen libertad al usuario/a de poder expresarse respecto a lo que considera relevante del proceso terapéutico, así como también, las actividades o gestiones que contemplarán en la intervención. De esta forma, mediante su opinión el usuario/a participa guiando, protagonizando y liderando el proceso terapéutico.

Los relatos más demostrativos para este código son

“Las actividades que realizo siempre son en función de las expectativas de la usuaria, de la opinión manifiesta y del objetivo co-construido y el objetivo del profesional” (Entrevistado n°2)

“Se le pregunta, ¿quiere estar con la puerta cerrada? o ¿quiere estar con la puerta abierta? hay sesiones en que los niños tienen mucha ansiedad (Entrevistado n°6)

“En consideración de sus necesidades, vamos llegando a acuerdos o a consensos de las actividades o lo que podríamos ir realizando para lograr como los objetivos” (Entrevistada n° 7)

“Activar la opinión y que se sientan parte de su propio proceso, donde ellos pueden en cierta manera dirigir algunos aspectos” (Entrevistada n°9)

Rodríguez-Morejón, (2016) afirma que los/as terapeutas actúan como catalizadores de cambio y enfatiza en que los usuarios/as son capaces de cambiar e involucrarse activamente en sus procesos terapéuticos. En este sentido, son ellos quienes aceptan o deciden lo que resulta pertinente para sus objetivos terapéuticos. Lo anterior, ya que muchas de las tareas del proceso requieren de la voluntad del usuario/a para poder ser realizadas con éxito.

Subcategoría formas de trabajo

Código trabajo en equipo

Tal como se ha mencionado anteriormente, el trabajo en PRM se basa en las orientaciones técnicas que el Estado, mediante el SPE establece para la ejecución de estos programas. En este documento se plantea un trabajo interdisciplinario, compuesto por trabajadores/as sociales, psicólogos/as, abogados/as y personal administrativo (SMN, 2022), considerando una dupla tratante compuesta por un psicólogo/a y un trabajador/a social para la atención de 25 NNA. En el contexto de la investigación fue posible observar que el trabajo en equipo tiene una relevancia importante para los/as terapeutas. La dupla psicosocial organiza y acuerda el abordaje terapéutico con los adultos/as, grupo familiar y el NNA, así también, mediante la retroalimentación, la escucha y el diálogo el trabajo en dupla a veces actúa como catalizador emocional, en el sentido que favorece el descomprimir y poner en palabras las experiencias que los/as terapeutas vivencian en la intervención con sus usuarios/as.

El trabajo en dupla implica una constante comunicación y retroalimentación entre los/as integrantes de la dupla psicosocial, permitiendo desarrollar espacios de mejora y aprendizaje para ambos/as. Esto representa una forma de trabajo importante, ya que permite canalizar, reflexionar y dirigir el proceso terapéutico del NNA y su familia, al mismo tiempo que favorece espacios de crecimiento y aprendizaje mediante la interacción entre los miembros de la dupla psicosocial.

Los relatos más ejemplificadores al respecto son:

“En ese sentido creo que mi dupla psicosocial juega un factor fundamental en esa canalización de las emociones y yo al menos el ejercicio que siempre utilizo con mis duplas es al salir de una sesión abordar de inmediatamente lo que recabamos o indagamos en la sesión” (Entrevistado n° 2)

“A través de mucho trabajo en equipo, me voy retroalimentando, para crecer, para mejorar, eso me hace sentir más seguro (Entrevistado n° 3)

“Preparamos las sesiones antes para trabajar las individuales, y después vamos a lo familiar, entonces igual ese trabajo es un trabajo de alguna manera organizado y planificado” (Entrevistado n° 4)

“No me gusta ser hermética con lo que tengo de la familia, sino que estarlo compartiendo con la dupla, con los compañeros con la jefatura (Entrevistada n°5)

El trabajo en dupla representa una oportunidad para la retroalimentación y el aprendizaje de los/as terapeutas y, al mismo tiempo, resulta ser de gran insumo para el proceso terapéutico y el tratamiento del ASI (Herrera et al., 2020), ya que esta es una temática que requiere de un tratamiento interdisciplinario, que en este caso representa la atención individual, social familiar y jurídica. Frías (2003) señala que en el tratamiento del ASI es imprescindible que el proceso sea desde una mirada interdisciplinaria o de trabajo en equipo, ya que el hecho de que sea una sola persona el terapeuta, podría dogmatizar el proceso terapéutico (Morando & Andrea 2022).

Estrategias de intervención

El juego y la interacción artística es un elemento transcendental en el proceso de intervención. Este tipo de estrategias es utilizada tanto con NNA como con los adultos/as que acompañan el proceso de intervención. Mediante la lectura de cuentos, escritura de cartas o confección de artículos simbólicos, los/as terapeutas van dándole significado al proceso de intervención. El uso de estas técnicas permite observar el avance que el usuario/a ha tenido durante el proceso terapéutico; muchos de estos materiales también se transforman en un símbolo de avance del usuario/a en el proceso terapéutico.

El abordaje de la historia de vida de cada persona es trabajado de manera muy respetuosa, mediante la confección de líneas de vida, o hitos importantes de la vida. Se trabaja con una organización gráfica, donde también se posibilita poner en palabras dicha historia mediante la conversación terapéutica.

Por otro lado, se evidencian algunas instancias de carácter más informativo, donde el utilizar un lápiz y un papel para graficar o explicar el contenido que se pretende desarrollar, suele ser una técnica bastante utilizada por los/as terapeutas con tal de clarificar lo más posible el contenido que se pretende entregar al usuario.

Los relatos más demostrativos para este código son:

“Entonces, el que ella, por ejemplo, se me siente y me diga, ¿sabes qué? Ya pude hacer una carta y decirle todo lo que pensaba a mi agresor. Y lo dice. Y lo expresa” (Entrevistada n° 1)

“Y le dije a la mamá, mamita, ¿trabajemos con los tres? Ya, la mamá al principio estaba como, ya con arcilla, no quería mucho. Y después se fue de aquí riéndose y me dijo gracias porque me conecté con mi niña interna” (Entrevistado n° 3)

“Yo ocupo pizarra también incluso haciendo monitos, gráficos esquemas, entonces eso también les gusta a las familias” (Entrevistada n°5)

“Tuvimos sesiones individuales, yo trabajé mucho con el papá el tema de la comprensión emocional, la alfabetización también de sus propios recursos, de emociones, todo” (Entrevistado n°9)

El trabajo terapéutico con materiales concretos es de gran relevancia para este tipo de procesos. La interacción con elementos como arcilla, greda, música, pintura, entre otros, permite al usuario/a poder expresarse, dando cuenta de su mundo interno, sin ser necesario un abordaje verbal de situaciones que pudiesen resultarle dolorosas (Briceño Otiniano, 2020; Salazar Gutiérrez & Valderas Díaz, 2020; Silva Arias & Soto Torres, 2023).

Este tipo de técnicas permiten la interacción tanto del terapeuta con el usuario/a como también entre miembros de la familia, resultando ser una metodología práctica y entretenida para desarrollar y conectar consigo mismo/a y con el otro/a. El arte terapia tiene dos corrientes psicológicas principales que la sustentan, una desde el psicoanálisis, donde el terapeuta ayuda a interpretar el mundo interno o la imaginación del usuario/a, mientras que, desde la gestáltica, adquiere ese potencial de poder centrarse en el presente, contemplando y concentrándose en la expresión arteterapéutica, siendo el terapeuta un facilitador de dicho proceso (Salazar Gutiérrez & Valderas Díaz, 2020).

Dentro de las técnicas observadas o mencionadas por los terapeutas durante la investigación, encontramos, musicoterapia, dibujo, trabajo con greda y arcilla. Son utilizadas tanto con adultos/as como con NNA y también con ambos/as al mismo tiempo.

La musicoterapia es una técnica que fomenta la comunicación, favoreciendo, integración desarrollo personal y terapéutico (Gómez Romera, 2024). En PRM es utilizada como forma de interacción entre terapeuta y usuario/a, dando a conocer gustos musicales y compartiendo o escuchando música. Por su parte, las artes plásticas o visuales, tales como el dibujo y el trabajo con greda y arcilla, señalan Salazar Gutiérrez & Valderas Díaz, (2020), permiten transformar emociones reprimidas en energía constructiva, permitiendo explorar y sintetizar dramas internos de la persona.

Código enfoque de recursos

Durante la intervención los/as terapeutas se esmeran en desarrollar una visión positiva acerca de sus usuarios/as, concentrándose en los recursos de ellos/as, por sobre las dificultades o debilidades que puedan presentar. Así también realizan de manera constante retroalimentaciones positivas a sus usuarios/as, fomentando que ellos/as mismos/as puedan visualizar sus recursos propios y/o los recursos familiares que los caracterizan. De esta forma, el proceso terapéutico implica que cada cierto tiempo los/as terapeutas destinen instancias para reconocer y relevar los recursos de sus usuarios/as, con el fin de que estos los reconozcan y se reconozcan a sí mismos desde estas fortalezas.

Los relatos que mejor ilustran este código son:

“Siempre estoy intentando como generar la visibilización de ella desde sus propios recursos, y que esos recursos conlleven no solamente el recurso de ser madre, sino que el recurso de ser mujer” (Entrevistado n° 2)

“Vamos realizando actividades terapéuticas y asignando tareas también que están enfocadas en reforzar esos recursos”
(Entrevistada n° 7)

“La diferencia está en cómo facilitamos nosotros el otro lado. Las habilidades o de repente el lado más, para poder potenciar en el fondo lo bueno que esa familia tiene” (Entrevistada n° 8)

“Entonces yo trato de siempre de plantearle al papá en algunas ocasiones de que yo igual visualizo cosas positivas en él y creo que mientras lo siga visualizando, yo también voy a seguir siendo su terapeuta” (Entrevistado 9)

Los/as terapeutas desarrollan una mirada que les permite reconocer y acentuar los recursos de sus usuarios/as durante el proceso terapéutico, esto se hace de manera transversal y también en instancias específicas de feedback o retroalimentación formal a los usuarios/as. Esto es altamente relevante ya que, para que los recursos sean accionados como elementos terapéuticos, deben ser consensuados y entendidos como tales por parte del usuario/a, de forma, que es el terapeuta quien tiene que visibilizar y co-construir la validación de los recursos personales con su usuarios/a (Tapia Villanueva et al., 2010). Es importante precisar, que los recursos aparecen en el transcurso del proceso terapéutico, lo que les da el carácter de relacionales y contextuales, por ende, el hecho de visibilizar y sociabilizar recursos personales y terapéuticos, es un ejercicio sanador, que tiene además gran relevancia para el desarrollo de la resiliencia y la resignificación.

Conclusiones

Respecto al objetivo general de la investigación, el cual señala “Analizar los significados que las duplas psicosociales de PRM construyen sobre la Alianza Terapéutica que se genera con usuarios/as de dicho programa”, es posible afirmar que las duplas psicosociales son percibidas como los/as terapeutas del espacio de intervención, ya que son ellos/as quienes dirigen el proceso terapéutico y construyen la AT con sus usuarios/as. Consideran su rol importante para la vida de su usuario/a y asumen una posición responsable y ética frente a su trabajo. Fue posible percatarse que la AT que describen tiene concordancia con la descripción teórica que existe respecto a este constructo. En los relatos se describen experiencias que fueron clasificadas en las categorías de vínculo, metas y tareas, acorde con la definición propuesta por Bordin. Así también, la AT presenta características propias de la propuesta teórica de Luborsky ya que se identificaron dos momentos distintos de la alianza, uno que acontece al inicio del proceso y otro posterior que acontece cuando ya se han instalado ciertos criterios, reglas y marcos reguladores de la intervención. Podemos afirmar entonces que, ambas propuestas teóricas pueden convivir en la práctica sin necesariamente contradecirse la una con la otra.

Respecto al objetivo específico número 1 que declaraba “Describir las vivencias significativas que tienen las duplas psicosociales de PRM durante la generación del vínculo terapéutico, dentro de un proceso de intervención”, es posible afirmar que los/as terapeutas vivencian el vínculo con sus usuarios/as desde un gran sentido de responsabilidad y ética respecto a su rol e impacto en la vida de sus usuarios/as, lo que los lleva muchas veces a postergar aspectos de su propia vida, en función de estar atentos/as y disponibles para sus usuarios/as y las contingencias que pudiesen acontecer, independiente al horario o momento cuando esto ocurra.

La conexión emocional y personal entre terapeutas y usuarios/as es la clave de la alianza terapéutica, en esta relación el/la terapeuta se devela hacia su usuario/a generando un compartir mutuo de los mundos personales de cada uno/a, lo que otorga cierta sensación de simetría a la relación complementaria que los caracteriza. La vinculación sucede de

un modo tal que el terapeuta de manera constante entrelaza aspectos de su vida personal con el proceso terapéutico, trayendo al presente experiencias personales y viviendo resonancias que el mismo proceso pudiese generarle.

El vínculo es el puente que permite la intervención terapéutica, pero también, es un elemento reparador en sí mismo, ya que la interacción de el/la terapeuta y el usuario/a, tiene la capacidad de ir transformando al uno y al otro, a través de la comunicación y el lenguaje. Mediante los feedback, que de manera permanente solicita el/la terapeuta a su usuario/a, se va construyendo un proceso terapéutico único y específico que intenta responder a las necesidades particulares de su usuario/a. En este tipo de instancias es importante que los/as terapeutas estén atentos/as a lo que se dice, como se dice y lo que no se dice en el proceso terapéutico, de manera de identificar aquellos aspectos relevantes en pos de la construcción particular de este tipo de procesos.

En el transcurso de la investigación fue posible identificar que los/as terapeutas intencionan dos momentos vinculares distintos, la alianza de tipo 1 y alianza de tipo 2. En el primer caso, esta acontece al inicio del proceso terapéutico donde los/as terapeutas construyen una relación de acogida sensible y comprensiva tanto para el NNA como para el adulto/a que le acompaña. Procuran activamente que los/as usuarios/as se sientan parte del PRM, incentivando la interacción y vinculación tanto con las personas, como con el espacio en general, permitiendo la libre exploración del programa y "las cosas" que allí existen, tales como libros, juegos, juguetes, entre otros. Esta estrategia es considerada por los/as terapeutas elemental para la eliminación de las resistencias que pudieran existir en el NNA y/o su familia y se relaciona con la teoría existente al ambiente terapéutico, temática estudiada principalmente en espacios de hospitales de día (Lauriente, 2018; Narváez, 1969; Palacios, 2021), pero que pareciera ser muy aplicable al contexto de PRM.

La alianza de tipo 2 por su parte, surge posterior a la instancia de acogida, por lo que en este momento ya existe un conocimiento previo por parte del usuario/a acerca del programa, sus objetivos y las personas que conforman el PRM. En esta etapa el/la

terapeuta intenta establecer un trato humanizante, se acuerdan las metas y tareas del proceso, fomentando en todo momento la participación del usuario. Cuando se desarrolla alianza de tipo 2, ya existe un conocimiento mutuo entre usuario/a y terapeuta, lo que genera compromiso por parte de ambos/as para mantener el proceso terapéutico y las tareas que lo caracterizan. En este punto de la AT donde se desarrollan las instancias de abordaje terapéutico, tales como el arte terapia, juegos y todas las estrategias o técnicas pertinentes para la concreción de los objetivos del proceso terapéutico.

En las vivencias narradas por los/as terapeutas, la empatía y la comprensión son elementos fundamentales en la construcción del vínculo terapéutico, de esta forma, evitan generar juicios acerca de sus usuarios/as y se vinculan empatizando con el dolor o sensaciones que el usuario/a puede estar experimentando tanto de la experiencia traumática como del proceso de intervención en general. La relación terapéutica que se construye con base en estos principios, tiene una alta probabilidad de ser una relación reparadora o sanadora para el usuario/a (Araya- Vélis & Porter, 2017; Carvajal, 2012; Marinho et al., 2003; Morales et al., 2021).

De los relatos entregados por los/as terapeutas se identificaron dos obstaculizadores importantes en la generación del vínculo. Uno de estos obstaculizadores tiene que ver con el hecho de que la intervención está sujeta a los marcos y orientaciones del SPE, institución que es conocida por ser la continuadora del SENAME, presentando los usuarios/as reticencia y desconfianza hacia su participación en PRM. Asociando la intervención al SENAME, institución que es conocida por las crisis, malas prácticas y vulneraciones que ocurrieron al interior de sus centros de protección (Pinochet, 2017; Ramonda & Paz, 2017; Salgado Ruiz, 2023)

El otro obstaculizador identificado tiene que ver con el hecho de que los NNA son derivados en el contexto de una medida de protección, particularmente desde un Tribunal de Familia, lo cual gatilla resistencias en los grupos familiares, relacionando la intervención judicial a un proceso punitivo y de riesgo para la integridad de la familia, esto se condice con lo señalado por Ravetllat Ballesté (2020), quien señala que en el sistema

normativo chileno, aún existe una visión que considera al NNA como una persona incapaz y dependiente, tendiendo a considerar al NNA desde su rol de hijo e hija, por sobre su rol como titular de derechos.

Respecto al objetivo específico número 2 que afirmaba “Comprender las vivencias significativas que tienen las duplas psicosociales de PRM al consensuar metas de intervención con sus usuarios o usuarias”, es posible afirmar que la participación de los usuarios/as lo que caracteriza a los objetivos terapéuticos de PRM. En concordancia con las orientaciones técnicas y la literatura reciente (Aparecida Voltarelli, 2018; Ghio Villalobos et al., 2023; Gonzalo & Pérez, 2011; Liebel, 2022) los/as terapeutas generan instancias para co-construir los objetivos terapéuticos con sus usuarios/as, siendo un elemento indispensable en el proceso terapéutico de los PRM.

Las instancias de evaluación del proceso, cumplen con el mismo criterio de participación, se desarrollan cada tres meses y son momentos donde los usuarios/as retroalimentan al terapeuta acerca de su percepción sobre los avances o retrocesos en la consecución de los objetivos terapéuticos. En estas instancias los/as terapeutas son flexibles si es que sus usuarios/as desean modificar o deshacerse de algunos de los objetivos previamente co-construidos. Es así, que las evaluaciones de proceso son feedback que acontecen durante la intervención, siendo instancias reconocidas por su capacidad de prevenir rupturas de la AT o abandonos hacia el proceso terapéutico, estando además documentada la relación que existe entre los feedback y el éxito en el cumplimiento de los objetivos terapéuticos (Ronchi Salamea et al., 2022).

Los hallazgos de la investigación indican la existencia de una dificultad dentro del paradigma de la participación que fomenta el Estado a través de sus instituciones, y que afecta directamente a la participación plena de los NNA en la definición de sus objetivos de intervención. Si bien se releva la importancia de la co-construcción de objetivos, por otro lado, se les exige a los/as terapeutas dar respuesta a los objetivos que son definidos por el Tribunal de Familia, por el SPE y por el PRM, lo que limita la participación y opinión de los usuarios/as en la co-construcción de los objetivos de su proceso, ya que si bien,

estos son considerados, deben cohabitar con objetivos que son emanados desde otras instituciones que intervienen la vida del NNA y su familia, predominando una visión adultocéntrica que se inmiscuye en la intimidad terapéutica que se desarrolla en el proceso de intervención.

Otra dificultad que es posible evidenciar respecto al logro de los objetivos, tiene que ver con los plazos de intervención definidos por las orientaciones técnicas de PRM. Estas indican que el tratamiento debiese considerar 12 meses para un/a NNA con adulto/a responsable y 24 meses para NNA sin adulto/a responsable. Adecuar la intervención a estos plazos es un indicador de éxito para los objetivos definidos en la matriz de PRM, por tanto, puede tener un poder performativo, sintetizando el proceso terapéutico, con tal de ajustarlo a las exigencias que se imponen desde agentes que mandatan, supervisan y financian, por sobre, las necesidades o voluntad de terapeutas o usuarios/as.

Una de las dificultades identificadas respecto de ajustar los tiempos de intervención a lo que exige la política pública, radica en la diversidad de usuarios/as y características personales que los representan. Hay ocasiones donde la terapia de ASI debe quedar supeditada al tratamiento de patologías previas que podrían presentar los usuarios/as, como también, a las afectaciones relacionadas al ASI, tales como ansiedad, depresión, esquizofrenia, abusos de sustancias, problemas comportamentales e interpersonales, estrés post traumático, enuresis, encopresis, ideación y conducta suicida, entre otras (Katherine & Paz, 2022; Murillo et al., 2021). Esto por un lado desafía a los/as terapeutas respecto de tener un amplio bagaje de conocimientos respecto al abordaje de estas problemáticas, como también, obliga destinar un tiempo importante de la intervención a atender este tipo de patologías. Teniendo inclusive que atenderse algunas de estas en instituciones de salud, incluyendo en algunos casos la hospitalización de NNA.

En los casos planteados en el párrafo anterior, el tiempo se ve mermado para la intervención misma, pero predomina la obligación de ajustarse a los tiempos establecidos. Lo que podría tener consecuencias sobre la evaluación de los programas,

atendiendo sólo uno de los indicadores de desempeño (tiempo), y desviar la atención sobre el proceso de recuperación de la familia y el NNA.

Respecto a la mejoría de los usuarios/as, los/as terapeutas señalan que esta tiene relación con las mejorías que la familia vaya experimentando durante el proceso. Es por esto, que desde PRM se visualiza a los/as adultos/as significativos/as de los NNA, como sujetos/as de intervención, donde los/as terapeutas acogen su sentir, eliminando posibles culpas relacionadas a la ocurrencia del ASI y posicionando paulatinamente a estos adultos/as como personas disponibles para comprender y acompañar al NNA, aportando de esta forma a su recuperación y sanando la relación del NNA con el mundo adulto. La presente investigación confirma lo planteado anteriormente por Pizarro et al. (2021) respecto de la necesidad de considerar a los adultos/as significativos/as del NNA como usuarios/as de atención, otorgando un espacio de comprensión que atienda las necesidades que vayan experimentando estos/as adultos/as durante el proceso de intervención. De hecho, este autor señala que existe un proceso de cambio compartido donde el/la adulto/a va sintiendo mejoría, a medida que el NNA va sintiendo mejoría y viceversa.

La relación que el usuario/a forja con sus terapeutas, también es un factor que ayuda a la concreción de los objetivos terapéuticos, ya que les brinda la oportunidad de vivir una relación saludable con un adulto/a. En este espacio, se definen roles de apoyo, donde el/la terapeuta acompaña al usuario/a en la exploración de la experiencia traumática, intencionando una perspectiva diferente sobre la agresión sufrida. Buscando promover una coherencia interna y narrativas de superación.(Capella & Gutiérrez, 2014; Maldavsky et al., 2017; Sepulveda et al., 2021).

Respecto al objetivo específico número 3 que declara “detallar las vivencias significativas que tienen las duplas psicosociales de PRM en el contexto de establecer tareas terapéuticas con sus usuarios o usuarias”, se puede señalar que las tareas del terapeuta están determinadas en gran medida por las orientaciones técnicas que define el Estado para este tipo de programas. En este documento se señala que el trabajo será realizado

por un equipo multidisciplinario, lo cual es de gran relevancia, toda vez que, la literatura efectivamente señala la necesidad de que el proceso de tratamiento cuente con esta interdisciplinariedad (Herrera et al., 2020; Morando & Andrea, 2022) , de esta forma, el trabajo es realizado por un equipo compuesto por 1 abogado/a por programa, 1 psicólogo/a y 1 trabajador/a social por 25 NNA, lo que permite la retroalimentación constante entre terapeutas, siendo este trabajo de dupla psicosocial de alto valor para ellos/as ya que mediante el diálogo y la escucha mutua les ayuda en la canalización de las emociones que el quehacer terapéutico suscita en ellos/as. Permitiendo además desarrollar una mirada acompañada que acentúa en los recursos de las personas con quienes trabajan.

Las actividades o tareas que caracterizan al proceso terapéutico, son elegidas y/o diseñadas por los/as terapeutas, acorde a las necesidades, expectativas y opinión de sus usuarios/as. Los/as terapeutas le hacen saber de forma explícita a sus usuarios/as que son ellos/as los/as protagonistas del espacio, fomentando su opinión y participación en las formas de trabajo y en la toma de decisiones que caracterizarán el proceso de intervención. Los/as terapeutas de manera permanente durante y posterior a las sesiones solicitan feedback a sus usuarios/as, con el objetivo de conocer la percepción que estos/as tienen acerca de las actividades que están realizando y/o respecto de la sesión terapéutica en general. Los/as terapeutas se manifiestan dispuestos/as a flexibilizar y/o modificar las actividades si estas no fuesen del parecer de sus usuarios/as, siendo relevante para este punto la capacidad que tenga el/la terapeuta de identificar la percepción de su usuario hacia las actividades, con tal de discernir la pertinencia de mantener o modificar la actividad.

Una de las primeras instancias fundamentales de la intervención de PRM tiene que ver con informar al usuario/a de todo aquello concerniente a su proceso terapéutico, esto sobrepasa la mera intención y/o el estilo personal de los/as terapeutas, sino más bien, el hecho de informar es entendido como una gestión propia del derecho a la participación que le compete a los usuarios/as de PRM (Aparecida Voltarelli, 2018; Ghio Villalobos et al., 2023; Gonzalo & Pérez, 2011, 2011; Liebel, 2022). Es un ejercicio intransable en

este marco de intervención, ya que además representa un importante simbolismo acerca de la restitución de derechos y el hecho de recuperar las víctimas su agencia como sujetos/as de derecho. Esta instancia de informar acontece de manera transversal durante el proceso terapéutico, cada vez que sea necesario conocer la opinión del NNA acerca de una temática en puntual, así también, existe una instancia denominada encuadre terapéutico, que ocurre al inicio del proceso de intervención y pretende informar y transparentar el contexto, reglas, tiempo de permanencia y todos aquellos aspectos que sean de trascendencia durante el proceso terapéutico.

En la práctica, el juego y la interacción artística es una estrategia de intervención muy utilizada tanto con NNA como con los adultos/as que acompañan el proceso de intervención. Mediante la lectura de cuentos, escritura de cartas o confección de artículos simbólicos, los/as terapeutas van dándole significado al proceso terapéutico, pudiendo a través de estas mismas técnicas observar el avance o retroceso del usuario/a respecto de dichos objetivos. De las técnicas que fue posible identificar en la narrativa de los/as terapeutas se encuentran: la musicoterapia, el dibujo, trabajo con greda y arcilla, lo cual, es reconocido por diferentes autores como estrategias significativas para el tratamiento del ASI (Briceño Otiniano, 2020; Salazar Gutiérrez & Valderas Díaz, 2020; Silva Arias & Soto Torres, 2023). Pese a esto, estas técnicas son en gran medida puestas en marcha desde la expertis de los/as terapeutas, pero no son orientadas desde la política pública, quedando supeditada su utilización a la decisión o expertis profesional.

Se aprecia que existen diferentes técnicas de intervención terapéutica que se desarrollan en PRM, no obstante, cada terapeuta aplica las técnicas mediante el conocimiento y expertis que tenga de cada una de estas. Pero no existe una base o apoyo formal acerca de actividades que pudieran realizar en pos de la concreción de los objetivos que se trabajan en el programa. Por ende, la calidad y el tipo de tareas desarrolladas durante el proceso terapéutico estará definida por el conocimiento y expertis con que cuenta cada terapeuta.

Propuestas de la investigación.

Durante el desarrollo de la investigación se ha mencionado la reputación que tiene la AT como un elemento fundamental en diferentes modelos de intervención y para el tratamiento de diversas patologías. Pese a esto, en las orientaciones técnicas de los PRM no se hace mención a la AT, pero de igual forma es ejecutada de manera espontánea por parte de los/as terapeutas. Por lo mismo, es que se considera importante poder incluir este constructo en los lineamientos técnicos de PRM, considerando que tiene una especial relevancia al entrelazarse la AT con ejercicios de restitución de derechos y revinculación del NNA con el mundo adulto. Es fundamental que la relevancia de la AT sea visibilizada a los terapeutas de PRM, que sean orientados/as respecto a este constructo y acompañados/as en las dificultades operacionales y personales que implica este tipo de trabajo.

En consideración de los hallazgos de esta investigación es posible afirmar que los/as terapeutas realizan un ejercicio donde entrelazan aspectos de su vida personal con su trabajo y las historias de sus usuarios/as. En este ejercicio ellos/as pueden vivenciar afectaciones emocionales que deben ser visibilizadas y trabajadas por el equipo de intervención y supervisión, con tal de no afectar la salud mental del terapeuta y mantener una disposición saludable para el proceso terapéutico. La AT implica visibilizar a la persona del terapeuta, que es quien se vincula afectivamente con su usuario/a y esta relación tiene un potencial sanador importante, por ende, debe ser un aspecto central a observar en el análisis del caso.

Se considera relevante visibilizar a los/as terapeutas los dos momentos de alianza que se presentan durante el proceso terapéutico. Siendo estas, la alianza de tipo 1 y la alianza de tipo 2, siendo relevante que los equipos de PRM puedan conocer la importancia de propiciar como conglomerado una acogida amigable, sensible y empática para sus usuarios/as. Es importante, orientar a los equipos en pos de generar un ambiente terapéutico sensible y acogedor en los programas, por esto, se propone que sea considerado en las orientaciones técnicas de PRM, así como también, en los

espacios de supervisión realizada al programa, pueda acompañar y apoyar a los equipos en la generación de este ambiente terapéutico.

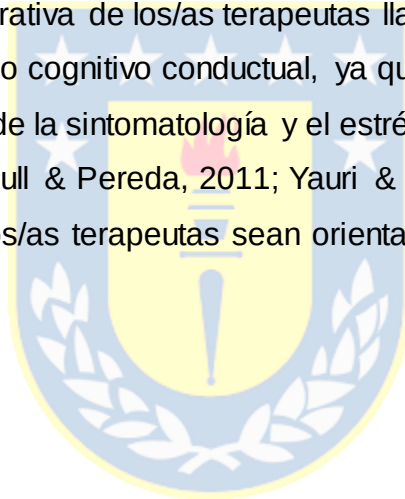
Se propone concientizar a nivel interinstitucional la importancia de promover una actitud, empática y sensible hacia los usuarios/as, comprendiendo que el ASI es una problemática que afecta al NNA y su grupo familiar (Pizarro et al., 2021), por ende, las instituciones tienen que posicionarse desde la comprensión y el apoyo para superar la experiencia traumática que les ha afectado. Es por esto, que se considera importante capacitar respecto a esto a todas las instituciones que interactúan con víctimas de ASI, procurando un ambiente acogedor y comprensivo desde el primer contacto del NNA y su familia con la institución respectiva, sea esta, aquella que recibe la denuncia, que investiga, o que deriva al NNA y su familia a tratamiento. Esto podría disminuir las emociones adversas que el proceso judicial y de intervención pudiese generar en las víctimas, instalando una relación de apoyo y cooperación con la familia.

Respecto a las metas del tratamiento, se favorece la participación del usuario/a en la construcción de los objetivos que caracterizarán su proceso de intervención. No obstante, esta participación es limitada, porque existen otros objetivos mandatados por T. de Familia y SPE, que tienen que convivir con los objetivos que el NNA quiere trabajar durante el proceso. Esto atenta contra la intimidad del proceso terapéutico y le resta agencia al usuario/a respecto a poder dirigir su proceso de terapia. Se propone que las metas del tratamiento sean lo mas representativas posibles de los deseos y necesidades del usuario/a y que los objetivos institucionales sean encausados en un documento distinto al plan de intervención individual, ya que este documento debe ser un respaldo fidedigno del acuerdo terapéutico entre usuario/a y terapeuta.

Por otro lado, el SPE solicita que existan objetivos transversales que comprometan el desarrollo de cierto enfoque de trabajo en el proceso terapéutico, para este punto se aprecia que sería recomendable que el SPE, supervise a través de prácticas reflexivas el uso de los enfoques de trabajo que han demostrado mayor eficiencia en el tratamiento. De esta forma, pueda orientar y formar a los/as terapeutas respecto al correcto ejercicio

de los enfoques de trabajo que son exigidos. Evitando de esta manera que el plan de tratamiento incorpore objetivos ajenos a la co construcción realizada con el usuario/a.

Respecto a las tareas dentro del tratamiento, se aprecia que son los/as terapeutas quienes tienen la responsabilidad de tener un bagaje de técnicas o estrategias de intervención que se ajusten a las necesidades que vaya requiriendo su usuario/a. La calidad y cantidad de técnicas, depende del conocimiento y expertis que tenga cada terapeuta. Por esto, sería recomendable que las propias orientaciones del modelo PRM sugieran técnicas o estrategias de intervención como forma de fortalecer y apoyar el trabajo terapéutico. En las orientaciones técnicas es importante visibilizar a los/as terapeutas los modelos y técnicas que resultan pertinentes de ser aplicadas en el tratamiento del ASI. En la narrativa de los/as terapeutas llama la atención la ausencia de técnicas propias de un modelo cognitivo conductual, ya que este modelo ha demostrado eficacia para la erradicación de la sintomatología y el estrés post traumático gatillado por el ASI (Arteta Maza, 2021; Rull & Pereda, 2011; Yauri & Rodríguez, 2022), es por esto que resulta importante que los/as terapeutas sean orientados y capacitados respecto al abordaje del ASI.



Anexos:

Consentimiento informado

Fernando Javier Luengo Lavados, Trabajador Social, actualmente estudiante del Magíster en Intervención Familiar de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Concepción, está trabajando en una investigación que pretende analizar los significados que las duplas psicosociales de PRM construyen sobre la Alianza Terapéutica que se genera con usuarios o usuarias en dicho programa. Dado que usted reúne a plenitud los criterios estipulados para participar de este proyecto investigativo, mediante el presente documento se le invita a participar de esta investigación, como también, se le presentan los objetivos que se pretende concretar en base a los aportes que eventualmente usted podría generar.

Resulta imperioso manifestar que el documento que usted se encuentra leyendo en estos momentos, tiene la validez de configurarse como un consentimiento informado de participación, por tanto, con su firma usted manifiesta su voluntad de participar en el proceso de investigación que se detalla a continuación. Haciendo énfasis en que tal participación es absolutamente voluntaria y usted por ningún motivo se encuentra obligado a participar.

Por favor, previo a firmar el presente documento, dar lectura a los siguientes aspectos:

Objetivo del Estudio:

Analizar los significados que las duplas psicosociales de PRM construyen sobre la Alianza Terapéutica que se genera con usuarios o usuarias de dicho programa.

Aceptar participar en esta investigación implica:

1. Participación y retiro:

Participar en entrevista, durante el horario previamente acordado con el investigador. La entrevista será de manera presencial y en vuestro lugar de trabajo. Faculta a que el investigador tenga acceso a la información que tú entregues, la que será analizada de manera anónima, es decir, sin tu nombre, ni RUT, ni algún identificador personal.

Tu participación es completamente VOLUNTARIA. Si tú decides participar, podrás retirarte del estudio o rehusarse a contestar cualquier pregunta, en cualquier momento y por cualquier motivo, sin dar explicaciones por ello, lo que no tendrá ninguna consecuencia negativa para ti.

2- Procedimiento:

El investigador solicitará que participes de una entrevista de tipo semiestructurada, la cual busca conocer el significado que construyes respecto a la alianza terapéutica que establece con vuestros o vuestras usuarios y usuarias en el contexto de PRM.

Posteriormente tu entrevista será transcrita por el investigador y sometida a un análisis de contenido.

3- Confidencialidad:

Bajo ninguna circunstancia, el investigador podrá alterar la información que tú entregues. Tu información personal se mantendrá en forma confidencial, es decir, se usará solo para efectos de este estudio y no se compartirá con terceros. Es posible que los resultados sean publicados o presentados en conferencias o revistas científicas, sin embargo, vuestra identidad no será de conocimiento público.

4- Beneficios potenciales:

No se consideran beneficios personales directos asociados a tu participación. De manera indirecta, tu participación contribuirá a la producción de conocimientos que a futuro pueden beneficiarte a ti a usuarios, usuarias y/o duplas psicosociales que intervienen en este tipo de problemáticas.

5- Riesgos potenciales:

No se consideran riesgos asociados a tu participación, porque la información entregada es anónima y confidencial.

6- Derechos de los participantes:

Tú no estás renunciando a ningún derecho legal por participar en esta investigación.

7- Conocimiento de los resultados:

Tienes derecho a conocer los resultados generales de este estudio, para lo cual, una vez concluido, puedes contactar a los investigadores responsables, quienes se los darán a conocer mediante la forma que se establezca para ello.

Si tiene preguntas acerca de esta investigación puede contactar al Investigador responsable

Fernando Luengo Lavados, al correo electrónico fluengolav@gmail.com o al número de contacto 987684655.

Los aspectos antes señalados han sido comprometidos por el Investigador, si usted está de acuerdo con participar de la investigación, por favor estipularse mediante los siguientes datos.

Fecha ____ / ____ / ____

Nombre participante

Firma participante

Fernando Luengo Lavados

Firma

Profesora guía

Firma

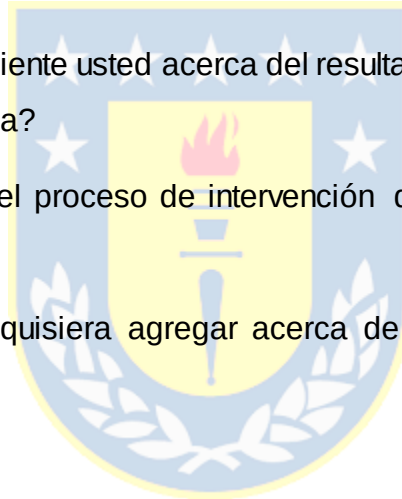


Guión de entrevista.

- 1- ¿Qué edad tiene usted?
- 2- ¿Con que género se identifica?
- 3- ¿Cuál es su profesión?
- 4- ¿Cuánto tiempo tiene usted de ejercicio laboral?
- 5- ¿Hace cuánto tiempo trabaja en programa PRM?
- 6- ¿Qué hace usted para ayudar a su usuario o usuaria a lograr sus objetivos terapéuticos?
- 7- ¿Cómo identifica el sentido que su usuario le pretende entregar a la terapia?
- 8- ¿De qué manera cree usted que sus sentidos personales influyen en la construcción de una alianza terapéutica?
- 9- ¿Cómo promueve un ambiente seguro y de confianza para su usuario o usuaria durante las sesiones? O ¿Qué acciones implementa para crear un espacio en el que su usuario o usuaria pueda expresarse libremente?
- 10- ¿Cuáles son las sensaciones que identifica en usted respecto a la interacción con su usuario o usuaria?
- 11- ¿Qué tan a menudo siente usted, como terapeuta, que logra comprender lo que le sucede a su usuario o usuaria?
- 12- ¿Qué opina de los problemas que su usuario o usuaria le plantea durante la terapia?
- 13- ¿De qué forma cree usted que su formación y experiencias le sirven para trabajar con su usuario o usuaria?
- 14- A nivel personal, ¿Qué le gustaría a usted que consiguiera su usuario o usuaria en el proceso de intervención?
- 15- ¿Cómo define los objetivos que trabajará en la intervención con su usuario o usuaria?

- 16-¿Cómo fomenta usted la apertura de su usuario y la participación activa de su usuario o usuaria durante las sesiones?
- 17-¿Qué elementos considera usted indispensables para instalar una alianza terapéutica con su usuario o usuaria?
- 18-¿Qué tan a menudo estos elementos efectivamente surgen en la relación con su usuario o usuaria?
- 19-¿Cuál es su percepción, como terapeuta, acerca del significado que su usuario o usuaria le atribuye a usted como persona?
- 20-¿De qué forma cree usted que la relación terapéutica que construye con su usuario o usuaria impacta en la vida de él o ella?
- 21-¿En qué medida la vida y el bienestar de su usuario o usuaria son importantes para usted como terapeuta?
- 22-De existir, ¿Cómo describe las instancias donde usted como terapeuta le transparenta a su usuario o usuaria la percepción personal que usted tiene de él o ella?
- 23-Según su perspectiva, ¿Cuál es la responsabilidad que tiene su usuario o usuaria en el proceso terapéutico?
- 24-Como terapeuta, ¿con qué frecuencia aclara y explica las responsabilidades que su usuario o usuaria debe asumir en la terapia?
- 25-¿Cómo llega a un acuerdo con su usuario o usuaria sobre las acciones a tomar para mejorar su situación?
- 26-¿Cómo usted reconoce la disposición que su usuario o usuaria presenta hacia la terapia?
- 27-En general, ¿Cómo es la disposición que su usuario o usuaria presenta hacia las actividades que realizan?
- 28-¿Cómo evalúa el progreso y la percepción de su usuario o usuaria con respecto a las actividades y tareas realizadas para alcanzar los objetivos?

- 29-¿Cómo se ha sentido o como se sentiría usted si usuario o usuaria no está de acuerdo con las actividades que usted pretende realizar?
- 30-¿Podría explicar cómo intenta asegurar usted que las actividades que realizan, brindaran satisfacción a los deseos de su usuario o usuaria?
- 31-¿Podría comentar momentos donde ha sentido que trabaja en equipo con su usuario o usuaria?
- 32-¿De qué forma reorienta usted el proceso de intervención si es que este no se alinea a los objetivos acordados?
- 33-¿Cómo percibe usted la confianza que su usuario o usuaria entrega respecto al éxito de la terapia?
- 34-¿Qué tan seguro/a se siente usted acerca del resultado de las sesiones que realiza con su usuario o usuaria?
- 35-¿Cómo evalúa usted, el proceso de intervención que vivencia con su usuario o usuaria?
- 36-¿Hay algo que usted quisiera agregar acerca de la relación con su usuario o usuaria?



Bibliografía

Alvarez, C., González, G., & Rojas, R. (2017). Estrategias de intervención que implementan los equipos PRM para propender al éxito en la adherencia y resignificación en niños, niñas y adolescentes.

Andrade, N. (2005). La Alianza Terapéutica The Therapeutic Alliance. *Clínica Y Salud*, 16, 22.

Aparecida Voltarelli, M. (2018). Los temas del protagonismo y la participación infantil en las producciones sudamericanas. *Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*, 16(2), 741-756. <https://doi.org/10.11600/1692715x.16207>

Arandes, T., & Antonio, J. (2013). El análisis de contenido como herramienta de utilidad para la realización de una investigación descriptiva. Un ejemplo de aplicación práctica utilizado para conocer las investigaciones realizadas sobre la imagen de marca de España y el efecto país de origen. 40.

Arango, M. Z., Rodríguez, A. M., Benavides, M. S., & Ubaque, S. L. (2016). Los axiomas de la comunicación humana en Paul Watzlawick, Janet Beavin, Don Jackson y su relación con la terapia familiar sistémica. *Revista Fundación Universitaria Luis Amigó (Histórico)*, 3(1), Article 1. <https://doi.org/10.21501/23823410.1887>

Araya- Vélis, C., & Porter, B. (2017). Therapeutic skills and mindfulness. *Revista Argentina De Clinica Psicologica*. <https://doi.org/10.24205/03276716.2017.1014>

Arenas, M. C. (2022). Sistema de garantías y protección a los derechos de la niñez ¿cómo enfrentamos la victimización secundaria? críticas y aportes desde la justicia terapéutica. *TS Cuadernos De Trabajo Social*, 23, Article 23.

Arredondo, Ríos, M., & Salinas, Ruíz, P. (2005). Alianza terapéutica en psicoterapia: concepción e importancia atribuida por psicoterapeutas con distintas orientaciones teóricas que trabajan en el centro de psicología aplicada de la Universidad de Chile

Arriagada Canelo, F. (2015). Estudio crítico, el lugar de la promoción, participación y ejercicio efectivo de los derechos de los niños, niñas y jóvenes de Chile en las propuestas

del estado dirigidas a la infancia vulnerada en sus derechos.
<Http://Repositorio.Ucsh.Cl/Xmlui/Handle/Ucsh/1724>

Ávila, M. G. (2002). Título: Aspectos éticos de la investigación cualitativa.

Barriga, L. (2023). Caracterización de la gravedad del intento de suicidio en adolescentes hospitalizados en un hospital público de Chile. *investigación clínica*, 64(4), 451-459.
<https://doi.org/10.54817/ic.v64n4a02>

Bermejo, J. C. (1998). Apuntes de relación de ayuda.

Bermúdez, C., & Navia, C. E. (2013). Factores que favorecen y se interponen en el establecimiento de la alianza terapéutica en terapia de familia y pareja. *revista colombiana de psicología*, 22(2), article 2.

Botella, L., & Corbella, S. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. 21-33.

Briceño Otiniano, G. D. (2020). Revisión sistemática de estudios sobre la aplicación arteterapia en personas víctimas de violencia en los años 2010 al 2020. repositorio institucional - ucv. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/58004>

Cabrera, P. (2018). Una aproximación a la clínica del abuso sexual en primera infancia: prácticas discursivas de psicólogas/os respecto a lo traumático en el contexto de programas de reparación del maltrato grave y abuso sexual (PRM) del servicio nacional de menores. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/183377>

Cadenas, D. M. R. (2016). El rigor en la investigación cualitativa: técnicas de análisis, credibilidad, transferibilidad y confirmabilidad. *sinopsis educativa. revista venezolana de investigación*, 7(1), article 1.

Cantón-Cortés, D., & Cortés, M. R. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *anales de psicología*, 31(2), 552.
<https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.180771>

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://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol13-issue3-fulltext-348>

Carvajal, C. (2012). Tesis experiencia familiar de adultos/as jóvenes image.marked.pdf. <http://repositorio.udec.cl/bitstream/11594/9663/1/tesis%20experiencia%20familiar%20de%20adultos%20jovenes%20image.marked.pdf>

Castillo, E., & Vásquez, M. L. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia médica*, 34.

Contreras Taibo, L., Peralta García, C., Albarrán Ávalos, C., Bossano Colombo, A., (2023). significado otorgado por terapeutas a la intervención del abuso sexual infantil en residencias de protección. *psicoperspectivas*, 22(3), 128-141. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol22-issue3-fulltext-2973>

Corbella, S., & Botella, L. (2003a). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *anales de psicología / annals of psychology*, 19(2), article 2.

Corbella, S., & Botella, L. (2003b). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *anales de psicología / annals of psychology*, 19(2), article 2.

Cornejo, M., & Salas, N. (2011). Rigor y calidad metodológicos: un reto a la investigación social cualitativa. *psicoperspectivas*, 10(2), 12-34. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol10-issue2-fulltext-144>

Curbelo Hernández, E. A., & Yusta Tirado, R. (2022). Trabajo social, comunicación y relaciones interpersonales: de la ortodoxia a la heterodoxia. *revista: margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*, periodo: 1, volumen:, número: 104, página inicial: 1, página final: 35. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/88291>

De La Hoz, L., Márquez, M., & Ramírez, M. (2016). El rol de la comunicación no verbal dentro de las intervenciones psicológicas de niñas abusadas sexualmente. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/5804/1144069486.pdf?sequence=1](https://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/5804/1144069486.pdf?sequence=1)

Decety, J., & Jackson, P. (2004). The functional architecture of human empathy. *behavioral and cognitive neuroscience reviews*, 3, 71-100. <https://doi.org/10.1177/1534582304267187>

Días De Salas, S. A., Mendoza Martínez, V. M., & Porras Morales, C. M. (2011). una guía para la elaboración de estudios de caso. http://www.razonypalabra.org.mx/n/n75/varia_75/01_diaz_v75.pdf

E. Stake, R. (1999). investigación con estudios de caso. <https://drive.google.com/drive/shared-with-me>

Escudero, V. (2009). La creación de la alianza terapéutica en la terapia familiar. <https://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433019356.pdf>

Escudero, V., & Muñiz De La Peña, C. (2010). Adolescentes y familias en conflicto: un modelo de intervención focalizada en la alianza terapéutica. *chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.centroterapiafamiliar.com/wp-content/uploads/2010/03/tfadolescentes_sitfam2010.pdf*

Espinoza, P. A. C., Gallardo, C. I. H., Cárcamo, S. F. L., García, M. P. U., Guerra, D. E. U., & Kneer, J. M. (2016). Caracterización del perfil profesional del psicólogo que se desempeña en la red de protección SENAME, en las comunas de viña del mar y Valparaíso.

Estrada, Toledo, M. (2022). Significado que le atribuyen los adultos responsables de niños, niñas y adolescentes con antecedentes de haber sido víctimas de abuso sexual infantil al proceso de participación en la intervención del prm refugio esperanza Curanilahue 2021.

Etchevers, M., Simkin, H. A., González, M. M., & Muzzio, G. (2019). Relación y alianza terapéutica: revisión y actualización de estudios empíricos desde diferentes perspectivas teóricas.

Fernández-González, O. M., Herrera-Salinas, P., & Escobar-Martínez, M. J. (2016). Adolescentes en psicoterapia: su representación de la relación terapéutica. *revista*

latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud.
<https://doi.org/10.11600/1692715x.14138300814>

Fernández, García, T. (2011). Trabajo social con casos.

Fiorito, M. P. (2020). Alianza terapéutica en niños/ adolescentes y estilo personal del terapeuta: validación de la escala de alianza terapéutica para niños y adolescentes revisada, <https://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/2244/fiorito%2c%2Opaula.pdf?sequence=1&isallowed=y>

Flick, U. (2004). Introducción a la investigación cualitativa. Ediciones Morata.
https://www.ucursos.cl/filosofia/2009/2/edu203/1/material_docente/bajar?id_material=469326

Fossa Arcila, P. (2012). Obstáculos del proceso terapéutico: una revisión del concepto de vínculo y sus alteraciones. *revista de psicología gepu*, 3(1), 101-126.

Franco-Jaen, S., Rodríguez G., J. M., Del Río, F. J., Franco-Jaen, S., Rodríguez G., J. M., & Del Río, F. J. (2020). El abuso sexual infantil y la relación con el desarrollo de comportamientos adictivos. una revisión sistemática. *terapia psicológica*, 38(3), 317-338.
<https://doi.org/10.4067/s0718-48082020000300317>

Frías, C. (2003). El abuso sexual infantil: abordaje desde el trabajo social.

Friedlander, M., Escudero, V., & Heatherington, L. (2009). La alianza terapéutica en la terapia familiar y de pareja.

Gabriel-Vacher, N., Miranda, I., Olhaberry, M., Capella, C., & Morán- Kneer, J. (2022). Experiencias adversas tempranas de cuidadores de niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales: su relación con la alianza parental en la psicoterapia infantil.

Gallegos, B. V., Dobbs, F. G., & Guevara, C. G. (2015). Efectividad en intervenciones terapéuticas con niños y adolescentes: factores asociados a la persona del terapeuta y la alianza terapéutica.

García Peña, J. J., Peña Londoño, E. L., 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), 378-402.
<https://doi.org/10.17081/psico.21.40.3079>

Garro, P. A. (2019). La importancia del vínculo terapéutico, en la práctica del trabajo social y la terapia gestalt. EHQUIDAD. revista internacional de políticas de bienestar y trabajo social, 12, article 12. <https://doi.org/10.15257/ehquidad.2019.0011>

M., Ghio Villalobos, A., Cabrera Herrera, V., Bravo-Paredes, C., & García-Quiroga, M. (2023). Participación y salud mental en niños, niñas y adolescentes: percepción de profesionales del sistema de protección. Psykhe (Santiago), 32(2), 0-0. <https://doi.org/10.7764/Psykhe.2021.33151>

Giaroli, A. E., Rovella, A. T., & Lucero, L. J. (2020). La construcción de la alianza terapéutica con adolescentes. XII congreso internacional de investigación y práctica profesional en psicología. XXVII jornadas de investigación. XVI encuentro de investigadores en psicología del MERCOSUR. ii encuentro de investigación de terapia ocupacional. ii encuentro de musicoterapia. <https://www.aacademica.org/000-007/685>

Gimeno-Peón, A., Práctica Privada, Gijón, Barrio-Nespereira, A., Servicio De Salud Del Principado De Asturias, Prado-Abril, J., & Servicio Navarro De Salud-Osasunbidea. (2018). Monitorización sistemática y feedback en psicoterapia. papeles del psicólogo - psychologist papers, 39(3). <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2872>

Goic Ziegele, J. A. (2020). Alianza terapéutica en psicoterapia infantil: ¿en qué medida los años de experiencia del terapeuta, el sexo y la edad del niño explican la calidad de la alianza inicial entre terapeutas y niños que asisten a psicoterapia? [M.Psych.]. <https://www.proquest.com/docview/2442637990/abstract/603fb6f0bafb4a2apq/1>

Gómez Romera, E. (2024). Intervención con musicoterapia para mujeres acosadas sexualmente en el trabajo. <https://doi.org/10.59028/misostenido.2024.14>

González, C., Santana, M., & Soto, M. (2015). Retroalimentación y alianza: “efecto y beneficio en el proceso terapéutico.” <https://apidspace.lnhd.uned.es/server/api/core/bitstreams/46d745eb-2ba3-42ec-81fa-7c06aeb5303f/content>

González, L. (2018). Experiencias de acoso sexual callejero: miradas desde el interaccionismo simbólico.

Gonzalo, C., & Pérez, A. J. (2011). Participación invisible: niñez y prácticas participativas emergentes. *revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*, 9(2), 811-825.

Guerra, C., Barrera, P., Guerra, C., & Barrera, P. (2017). Psicoterapia con víctimas de abuso sexual inspirada en la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma. *Revista de psicología (Santiago)*, 26(2), 16-28. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2017.47952>

Herrera, M. V., Barragán, L. N. G., Herrán, H. F. G., & Roldán, N. M. L. (2020). Narrativas de agentes interventores de abuso sexual infantil. *inclusión y desarrollo*, 7(2), article 2. <https://doi.org/10.26620/uniminuto.inclusion.7.2.2020.37-49>

Idareta-Goldaracena, F. (2013). Ética y alianza terapéutica en el trabajo social [ethics and working alliance in social work]. *Portularia*, 13(2), 1-13. <https://doi.org/10.5218/prts.2013.0013>

Jiménez, A. M. E., & Fraile, E. B. (2018). Guía para implementar el método de estudio de caso en proyectos de investigación. 12.

Katherine, O. G. J., & Paz, G. A. (2022). Análisis de los estudios realizados sobre el abuso sexual en adolescentes entre el año 2016 al 2021.

Lauriente, L. A. (2018). El ambiente terapéutico en los espacios para la salud [tesis, universidad nacional de la plata]. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/148072>

Leal Riquelme, R. (2006). La sociología interpretativa de Alfred Schütz: reflexiones entorno a un planteamiento epistemológico cualitativo. *Alpha (Osorno)*, 23, 201-213. <https://doi.org/10.4067/s0718-22012006000200012>

León, L. (2022). Procesos de supervisión en programas de reparación en maltrato grave.

Liebel, M. (2022). Contrarrestar el adultocentrismo. sobre niñez, participación política y justicia intergeneracional. *última década*, 30(58), 4-36. <https://doi.org/10.4067/s0718-22362022000100004>

Lobos, G., Burgos, C., Ulloa, C., Lobos, G., Burgos, C., & Ulloa, C. (2023). Percepción de los profesionales interventores de organismos colaboradores del servicio mejor niñez sobre la vulneración de los derechos de niños, niñas y adolescentes en comuna centro-sur de Chile: una mirada desde el contexto de pandemia. *revista costarricense de psicología*, 42(1), 81-96. <https://doi.org/10.22544/rcps.v42i01.05>

López, M. C. (1995). La sociofenomenología de A. Schütz: entre el constructivismo y el realismo.

Losada, A. V., & Marmo, J. (2019). El cuidado de quienes cuidan: miembros de equipos de atención de violencia familiar. *Psicología UNEMI*. 2019, 4(6). <https://Repositorio.Uca.Edu.Ar/Handle/123456789/9923>

Maldavsky, D., Álvarez, L. H., Neves, N., & Stanley, C. (2017). Construcción de la alianza terapéutica durante la sesión: conceptos e instrumento para la investigación empírica. *subjetividad y procesos cognitivos*, 21(2), 146-161.

Manrique Tisnés, H., & Gil Congote, L. M. (2013). Azar, libertad y responsabilidad: aportes para una práctica psicológica. *Pensamiento Psicológico*, 11(2), 143-155.

Marinho, M. L., Caballo, V., & Silveira, J. (2003). Cuestiones olvidadas en la terapia conductual: las habilidades del terapeuta.

Mercedes González Vélez, Miguel, P. B., Sanchez, C. M., Borrego, M. F., & Pérez, P. Á. (2016). La relación de ayuda en trabajo social: propuestas para un desarrollo de calidad. *Revista de trabajo social*, 90, Article 90. <https://doi.org/10.7764/Rts.90.3-13>

Miranda González, I. (2021). Apego, trauma y alianza terapéutica inicial en cuidadores de niños y niñas en tratamiento psicológico por abuso sexual. <https://repositorio.uc.cl/handle/11534/64201>

Morales, M. Y. L., Salgado, L. M. M., & Sarmiento, S. J. (2021). Habilidades del terapeuta en el fortalecimiento de la alianza terapéutica con niños, que presentan características de problemas comportamentales.

Morando, P., & Andrea, N. (2022). Interdisciplina, interés superior del niño en situaciones de a.s.i. <http://rdi.uncoma.edu.ar/handle/uncomaid/16651>

Murillo, J. A., Mendiburo-Seguel, A., Santelices, M. P., Araya, P., Narváez, S., Piraino, C., Martínez, J., Hamilton, J., Murillo, J. A., Mendiburo-Seguel, A., Santelices, M. P., Araya, P., Narváez, S., Piraino, C., Martínez, J., & Hamilton, J. (2021). Abuso sexual temprano y su impacto en el bienestar actual del adulto. *psicoperspectivas*, 20(1), 70-82. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol20-issue1-fulltext-2043>

Narváez, G. C. (1969). Ambiente terapéutico y tratamiento farmacológico, factores básicos en la transformación de la asistencia hospitalaria en psiquiatría. *revista de la facultad de medicina*. <https://revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/73776>

Núñez, E., & Sánchez Sandoval, Y. (2024). Revisión sistemática sobre tratamientos psicológicos con personas adultas víctimas de abuso sexual infantil. *revista de psicoterapia*, 35(128), 33-41.

Ojeda, T. (2006). El autocuidado de los profesionales de la salud que atienden a víctimas de violencia sexual. *Revista peruana de ginecología y obstetricia*, 52(1), 21-27.

Ortiz, J. M. C., & Toranzo, F. M. (2005). El sí mismo desde la teoría de la identidad social. *escritos de psicología - Psychological Writings*, 7, 59-70.

Ortiz, K. (2015). Conductas y condiciones de autocuidado en salud mental de los defensores y las defensoras de derechos humanos de la niñez y la adolescencia.

Osorio, B. (2019). Criterios de calidad y rigor en la metodología cualitativa.

Palacios, A. (2021). Hospital de día de salud mental: construyendo el ambiente terapéutico.

Palomo, N. B. B. (2024). Alianza Terapéutica y uso del feedback en psicoterapia: un estudio con metodología mixta en el contexto de la clínica privada (Resumen) (P. 1) [Http://Purl.Org/Dc/Dcmitype/Text, UNED. Universidad Nacional De Educación A Distancia]. <https://dialnet.unirioja.es/Servlet/Tesis?Codigo=330517>

Payne, M. (1995). Teorías contemporáneas de trabajo social.

Peinado López, T. (2024). Impacto psicológico en profesionales de la psicología clínica al tratar casos de abuso sexual: una investigación empírica. <https://ebuah.uah.es/dspace/handle/10017/61577>

Pereda, Beltrán, N. (2011). Resiliencia en niños víctimas de abuso sexual: el papel del entorno familiar y social. *educación social: Revista de intervención socioeducativa*. 2011, n. 49, septiembre-diciembre; p. 103-114. <https://redined.educacion.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/29244/00920123016251.pdf?sequence=1&isallowed=y>

Pérez Atehortúa, C. A. (2018). Construcción de la alianza terapéutica con adolescentes víctimas de abuso sexual. <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/10404>

Pinochet, N. (2017). El SENAME: Crónica de una crisis. una mirada psicoanalítica sobre el sujeto de derecho y la institución de protección de la infancia. <http://revistas.academia.cl/index.php/castalia/article/view/596>

Pizarro, R., Capella, C., Pizarro, R., & Capella, C. (2021). Acompañamiento a hijos/as a psicoterapia por agresiones sexuales: cambio en una madre. *revista de psicología (santiago)*, 30(2), 25-39. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2021.59925>

Ponce, J., & Silva, E. E. (2023). Una mirada a la persona del terapeuta en intervenciones con niños y niñas que han sido víctimas de agresión sexual: Análisis a partir de la experiencia de las y los terapeutas.

Quilodrán, A., & Martínez, A. (2021). Enfoques transversales.

Ramírez, A. (2021). Estilo personal del terapeuta y alianza terapéutica en un grupo de terapeutas bogotanos.

Ramonda, S., & Paz, C. (2017). Institucionalización e infancia: aproximaciones al problema de la victimización en el área de protección del servicio nacional de menores (SENAME). <https://Repositorio.Uchile.Cl/Handle/2250/175162>

Ravetllat Ballesté, I. (2020). Ley de garantías y protección integral de los derechos de la niñez y la adolescencia: *revista de derecho (Concepción)*, 88(248), 293-324. <https://doi.org/10.29393/rd248-20lgir10020>

Raya, E., & Capárros, N. (2014). Acompañamiento como metodología de trabajo social en tiempos de cólera.

Retamales, P. (2019). Inclusión del enfoque de género y del enfoque de derechos humanos en los programas ambulatorios de reparación de maltrato grave y abuso sexual (PRM) de SENAME. [Http://Fundacionhenrydunant.Org/Images/Stories/Publicaciones_Funhd/Revista%20Solonik/Revista%20Solonik%20N%C2%B05%20-%20Julio%202019.Pdf#Page=97](http://Fundacionhenrydunant.Org/Images/Stories/Publicaciones_Funhd/Revista%20Solonik/Revista%20Solonik%20N%C2%B05%20-%20Julio%202019.Pdf#Page=97)

Reveco, O. (2013). Más allá de lo dicho: hallazgos desde la investigación. fomento institucional de la investigación en la Universidad Central, 2009-2010: Principales resultados. RIL Editores.

Richaud De Minzi, M. C. (2007). La Ética En La Investigación Psicológica. Enfoques: Revista De La Universidad Adventista Del Plata, 19(1-2), 5-18.

Richmonds, M. (1922). Caso social individual.

Rizo, M. (2004). El interaccionismo simbólico y la escuela de palo alto. hacia un nuevo concepto de comunicación. 20.

Rizo, M. (2007). Intersubjetividad, comunicación e interacción. Los aportes de Alfred Schütz a la comunicología. <https://www.Redalyc.Org/Pdf/1995/199520710007.Pdf>

Rodriguez, F. (2022). Revisión de la literatura sobre el encuadre, la alianza terapéutica, los límites y organización de la consulta médica.

Rodríguez-Guez, M. J., & Arias, S. (2013). Autocuidado en terapeutas: estableciendo un buen vínculo con pacientes considerados difíciles. revista sudamericana de Psicología, 1(2), article 2.

Rodríguez-Bustamante, A. (2016). LA comunicación familiar. una lectura desde la terapia familiar sistémica.

Rodríguez-Morejón, A. (2016). El cliente en psicoterapia: contribución al resultado terapéutico. anales de psicología, 32(1), 1-8. <https://doi.org/10.6018/analesps.32.1.192551>

Ronchi Salamea, O. A., Farah, A., & Juan, S. (2022). Sistemas de feedback y monitoreo en la práctica clínica: la perspectiva de los terapeutas. xiv congreso internacional de investigación y práctica profesional en psicología. XXIX jornadas de investigación. XVIII encuentro de investigadores en psicología del mercosur. IV encuentro de investigación de terapia ocupacional. IV encuentro de musicoterapia. <https://www.aacademica.org/000-084/702>

Ruiz-Olabuenálaga, J. I. (2007). Metodología de la investigación cualitativa.

Salazar Gutiérrez, D., & Valderas Díaz, G. (2020). Arteterapia y sus aportes en el proceso de intervención con niños, niñas y adolescentes víctimas de agresiones sexuales: una revisión sistémica [Universidad de Chile]. <https://Repositorio.Uchile.Cl/Handle/2250/188588>

Saldivia Gómez, B., & Fuentes Delgado, J. (2023). Alianza terapéutica inicial en psicoterapia por agresión sexual infantil: explorando su relación con variables clínicas y demográficas de niños/as y sus terapeutas. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/198019>

Salgado, M. E. (2016). Resolución de rupturas en la alianza terapéutica. una revisión bibliográfica. *Perspectivas en psicología*, 13(1), article 1.

Salgado Ruiz, I. (2023). Representaciones sociales de la infancia institucionalizada bajo la protección del SENAME en medios de comunicación escrita chilenos durante los años 2016-2019. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/201446>

Santibáñez Fernández, P. M., Román Mella, M. F., Lucero Chenevard, C., Espinoza García, A. E., Iribarra Cáceres, D. E., & Müller Vergara, P. A. (2008). Variables inespecíficas en psicoterapia. *terapia psicológica*, 26(1), 89-98. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082008000100008>

Santibáñez Fernández, P. M., Román Mella, M. F., & Vinet, E. V. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *interdisciplinaria*, 26(2), 267-287.

Santibáñez, P. S. (2001). La alianza terapéutica en psicoterapia. traducción, adaptación y examen inicial de las propiedades psicométricas del “working alliance inventory” en Chile.

Santibáñez, P. S. (2003). La alianza terapéutica en psicoterapia: el «inventario de alianza de trabajo» en Chile. *Psyke*, 12(1), Article 1. [Http://www.pensamientoeducativo.uc.cl/index.php/psyke/article/view/20365](http://www.pensamientoeducativo.uc.cl/index.php/psyke/article/view/20365)

Scandroglio, B. (2008). La teoría de la identidad social: una síntesis crítica de sus fundamentos, evidencias y controversias.

SENAME. (2021). Anuario estadístico. <https://www.sename.cl/web/wp-content/uploads/2022/09/Anuario-Estadistico-2021.pdf>

Sepulveda, C. C., Azocar, E., Gómez, C., Albornoz, S., Pitron, D., Pizarro, R., Vega, M., & Rodriguez, L. (2021). Cambio psicoterapéutico en niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales: evaluación de la continuidad y caracterización del cambio posterior a la psicoterapia. *Terapia psicológica*, 39(3), article 3. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082021000300329>

Silva Arias, E. N., & Soto Torres, M. C. (2023). Proyecto de prevención de abuso sexual dirigido a niños y niñas de 6 a 10 años de la fundación wiñarina. integración de arteterapia en el programa de prevención del maltrato y el abuso sexual infantil “¡grita muy fuerte!” propuesto por la asociación rana (Red De Ayuda A Niños Abusados). <https://repositorio.puce.edu.ec/handle/123456789/35018>

Simons, H. (2011). El Estudio De Caso: Teoría Y Práctica. Ediciones Morata.

Sinclair, C., & Martínez, J. (2006). Culpa o responsabilidad: terapia con madres de niñas y niños que han sufrido abuso sexual. *Psyke* (Santiago), 15(2), 25-35. <https://doi.org/10.4067/S0718-22282006000200003>

SMN. (2022). Orientaciones técnicas, línea programas de protección especializada en maltrato y abuso sexual grave (PRM). <https://www.sename.cl/web/wp-content/uploads/2019/05/Orientaciones-Tecnicas-PRM.pdf>

Solari, A. A., Penedo, J. M. G., Roussos, A. J., & Bogiaizian, D. R. (2020). Feedback de la alianza terapéutica en pacientes ansiosos tratados con terapia cognitivo conductual en Argentina

Sotomayor, F. (2021). Efectividad de la intervención psicosocial en el área específica de la violencia sexual infantil. Primer congreso latinoamericano de trabajo social de la UNVM. VII jornadas regionales de trabajo soc.<https://www.aacademica.org/primer.congreso.latinoamericano.de.trabajo.social.de.la.unvm.vii.jornadas.regionales.de.trabajo.soc/66>

Souza, J. T. R. De, Mok-Aravena, C., Baleriola-Escudero, E., Morales-Muñoz, K., Núñez-Parra, L., & Sisto-Campos, V. (2024). Managerialización en políticas de protección a infancia en Chile: perspectiva de trabajadores. Revista latinoamericana de Ciencias sociales, niñez y juventud, 22(2), Article 2. <https://doi.org/10.11600/Rlcsnj.22.2.5990>

Stake, R. (1999). Investigación con estudio de casos. ediciones morata.

Suarez, J. A. R., & Zapata, D. A. R. (2021). Una revisión bibliográfica de la alianza terapéutica. 43.

Szmulewicz, T. (2013). La Persona del terapeuta: eje fundamental de todo proceso terapéutico. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 51(1), 61-69. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272013000100008>

Tapia Villanueva, L., Poulsen, G., Armijo, I., Pereira, X., & Sotomayor, P. (2010). Estudio exploratorio sobre los recursos de las personas en psicoterapia desde la perspectiva de los psicoterapeutas. revista argentina de clínica psicológica, 19(3), 197-210.

Tous, J. (1993). Interpretación y encuadre en la psicoterapia de la primera infancia.

Unicef. (2019). Convención sobre los derechos del niño. https://www.unicef.org/chile/media/3176/file/convencion_sobre_los_derechos_del_nino.pdf

Valdebenito Díaz, A. (2018). Una aproximación a la clínica del abuso sexual en primera infancia: prácticas discursivas de psicólogas/os respecto a lo traumático en el contexto

de programas de reparación del maltrato grave y abuso sexual (PRM) Del Servicio Nacional De Menores. <https://Repositorio.Uchile.Cl/Handle/2250/183377>

Valdés, N., Gómez, D., & Reinel, M. (2018). Momentos de ruptura y resolución de la alianza terapéutica en el caso de una adolescente diagnosticada con difusión de identidad: su impacto en el resultado terapéutico. *Psykhé* (Santiago), 1-20. <https://doi.org/10.7764/psykhe.27.2.1136>

Vásquez, F. J. (2019). Informe sobre diseño e intervención aplicada por psicóloga a familia usuaria de un programa de reparación en maltrato grave y abuso sexual infantil (prm) de la comuna de Colina, Ciudad de Santiago, Chile.

Vega Pérez, J. (2023). Polivictimización en niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales y experiencias adversas tempranas en sus cuidadores/as. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/197712>

Waizmann, V., & Roussos, A. (2009). Acerca de la dificultad en la conceptualización de la alianza terapéutica. *Revista Intersubjetivo*, Vol. 10 (1), 122-133.

