



**DOCTORADO EN SALUD MENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN**



**EXPERIENCIA EN LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL DE NIÑAS/OS EN
EDAD ESCOLAR, SUS ADULTOS RESPONSABLES Y PROFESIONALES
TRATANTES DE LOS PROGRAMAS DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA EN
MALTRATO Y ABUSO SEXUAL INFANTIL (PRM): UN ESTUDIO DE DISEÑO
MIXTO**

Tesis presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción
para optar al grado académico de Doctora en Salud Mental

POR: VARINIA LEIVA PEÑA

Profesora Guía: Patricia Soledad Rubí González

Profesora Co-Guía: Gabriela Nazar Carter

2 de junio de 2025

Concepción, Chile.

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.

Esta tesis fue financiada en parte, por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID) Chile, Beca Doctorado Nacional Folio N° 21210934

***Con mucho respeto, dedico este trabajo a las niñas y niños de Chile,
Latinoamérica y el mundo.***

AGRADECIMIENTOS

Escribir esta tesis doctoral, ha significado un desafío intelectual y emocional muy importante. En este proceso, he conocido personas diversas que han hecho que mejore mi calidad profesional y que tenga la fortaleza emocional para continuar en este trabajo. A ellas y ellos mi agradecimiento.

Agradezco a mi familia: mi mamá, Claudia Peña U. y abuela, Aída Urrutia U., por estar toda mi vida, por motivarme y por siempre hacerme creer que soy capaz de cumplir mis sueños. A Gerardo Rivas P., por su cariño y apoyo desde siempre. A todas mis hermanas/os, por ser y estar.

A mis guías de tesis, Patricia Rubí G. y Gabriela Nazar C., por darme los lineamientos técnicos, consejos y guiarme para lograr esta tesis.

Agradezco a Noemí Pereda B. y Alba Águila O., por inspirarme, acogerme en el GReVIA- Barcelona y generosamente permitirme participar en proyectos y aprender de su enorme experiencia en la investigación en victimización infantil.

A mis compañeros del Doctorado en Salud Mental, Gustavo Domínguez A. y Orlando Villouta G., por su amistad y por acompañarnos en este importante camino.

Agradezco a la Universidad de Concepción y sus docentes, por hacer posible este proyecto de investigación.

Al programa Becas Chile Doctorado Nacional de ANID, por hacer viable para mí y muchas/os lograr el sueño de realizar estudios de posgrado y contribuir al desarrollo sostenible del país, mediante la formación de Capital Humano Avanzado. Que estas políticas de estado nunca dejen de ser una prioridad nacional con visión a mediano y largo plazo. El desarrollo de las naciones se debe al desarrollo de la ciencia y el conocimiento.

RESUMEN

Introducción: En Chile, niños, niñas y adolescentes (NNA) víctimas de vulneraciones constitutivas de delitos son derivados a Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Infantil (PRM) para prevenir la repetición de agresiones y abordar la elaboración de la experiencia traumática. Sin embargo, las intervenciones se encuentran escasamente sistematizadas y no necesariamente se diseñan en base a evidencia ni incorporan la pertinencia cultural ni el punto de vista de los NNA.

Objetivo: Comprender el proceso de intervención psicosocial en los Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Infantil (PRM), desde la perspectiva de niños y niñas en edad escolar, sus adultos responsables y profesionales tratantes en el norte, centro y sur de Chile, con el propósito de desarrollar un modelo terapéutico que fortalezca la calidad, efectividad y adecuación contextual de dichas intervenciones.

Método: Diseño mixto exploratorio con predominancia cualitativa, basado en el paradigma Pragmático y Teoría Fundamentada. En la fase cualitativa, se realizaron entrevistas en profundidad a 25 NN en edad escolar (7 a 12 años) y a sus adultos responsables en 7 PRM distribuidos en el norte, centro y sur de Chile. Las entrevistas se analizaron mediante codificación abierta, axial y selectiva, diferenciando las percepciones de los NN y sus adultos responsables. En la fase cuantitativa, se aplicó un cuestionario estructurado a 219 profesionales en 34 PRM a nivel nacional (48% psicólogos y 52% trabajadores sociales; 12% hombres, 87% mujeres y 1% otra identidad de género), cuyos datos fueron analizados con estadística descriptiva e inferencial (prueba T, ANOVA y chi-cuadrado) en SPSS para explorar diferencias según zona geográfica y profesión. La integración de resultados cualitativos y cuantitativos se realizó mediante Triangulación Convergente.

Resultados: La integración cualitativa-cuantitativa reveló una valoración positiva generalizada de los PRM, destacando mejoras en la comprensión emocional de las vivencias y en la calidad de vida de NN. Se enfatizó la relevancia de estrategias lúdicas y simbólicas, así como de técnicas de verbalización en los procesos de elaboración de la victimización. En adultos/as responsables, se identificaron barreras para su participación activa, vinculadas a escasa claridad de su rol en el proceso y falta de espacios de intervención individual. El trabajo con adultas/os es principalmente verbal, pero quienes accedieron a intervenciones más profundas y con técnicas diversas, las valoraron como efectivas en la comprensión de la victimización. Se evidenció una tendencia general hacia la flexibilización territorial del modelo, aunque con algunas diferencias entre profesionales.

Discusión y conclusiones: En base a los resultados y la Teoría Fundamentada, se desarrolla un modelo de Terapia Restaurativa que interviene desde cuatro dimensiones: Individualmente con la niña/o, con el adulto/a responsable, a nivel familiar y con la red socio-comunitaria. Como ejes transversales del modelo, se incorpora el modelo ecosistémico, el enfoque de derechos de la infancia y la perspectiva de género. El rol, habilidades técnicas y blandas del/a terapeuta son cruciales para el logro de los objetivos terapéuticos. Asimismo, el modelo de intervención sugiere objetivos terapéuticos específicos y diversidad de técnicas para lograrlo, en base a las propuestas de usuarios/as y profesionales. Este estudio aporta evidencia empírica sobre la intervención psicosocial en PRM, integrando métodos cualitativos y cuantitativos con enfoque evolutivo y territorial. Propone un modelo estructurado y flexible, que articula la perspectiva restaurativa, técnicas clínicas basadas en evidencia, y perspectiva ecosistémica, contribuyendo al diseño de programas eficaces y culturalmente pertinentes para la restitución de derechos en contextos de victimización infantil.

Palabras clave: *Intervención psicosocial, victimización infantil, Terapia Restaurativa*

ABSTRACT

Introduction: In Chile, children and adolescents who are victims of criminal offenses are referred to Specialized Protection Programs for Child Maltreatment and Sexual Abuse (PRM) to prevent revictimization and support the processing of traumatic experiences. However, these interventions are rarely systematized and are not necessarily evidence-based; they often lack cultural relevance and do not incorporate children's perspectives.

Aim: To understand the process of psychosocial intervention within PRM across Chile and to identify strategies to improve the quality and effectiveness of these interventions, based on the perspectives of school-aged children who use PRM services, their caregivers, and the professionals who treat them.

Method: This study employed an exploratory mixed-methods design with a qualitative predominance, grounded in the Pragmatic paradigm and Grounded Theory. In the qualitative phase, in-depth interviews were conducted with 25 school-aged children (7 to 12 years old) and their caregivers across seven PRM centers distributed throughout northern, central, and southern Chile. Interviews were analyzed using Open, Axial and Selective coding, distinguishing between the perceptions of children and those of their caregivers. In the quantitative phase, a structured questionnaire was administered to 219 professionals across 34 PRM programs nationwide (48% psychologists, 52% social workers; 12% male, 87% female, 1% another gender identity). Data were analyzed using descriptive and inferential statistics (t-tests, ANOVA, and chi-square tests) in SPSS to explore differences by geographic zone and profession. Qualitative and quantitative findings were integrated through a convergent triangulation approach.

Results: The integration of qualitative and quantitative data revealed a broadly positive evaluation of PRM, with improvements reported in children's emotional understanding of their victimization and overall quality of life. Playful, artistic, and symbolic strategies, along with verbalization techniques, were emphasized as essential for processing painful experiences. Among caregivers, barriers to active participation were identified, such as unclear roles in the intervention process and limited access to individualized guidance and support. While interventions with adults were predominantly verbal, those who received more in-depth and diverse therapeutic approaches valued them as effective in understanding child victimization. A general trend toward territorial flexibility in the intervention model was observed, with some differences among professionals.

Discussion and Conclusions: Based on the findings and Grounded Theory, a Therapeutic model grounded in restorative principles is proposed, encompassing four dimensions: individual work with the child, work with the caregiver, family-level intervention, and engagement with the socio-community network. The model incorporates the ecological approach, a child rights-based perspective, and a gender perspective as cross-cutting principles across all dimensions. The therapist's role -and their technical and interpersonal skills- is crucial to achieving therapeutic goals. Specific objectives and a range of evidence-based techniques are proposed based on input from users and professionals. This study contributes empirical evidence on psychosocial interventions in programs addressing child victimization by integrating qualitative and quantitative methods from a developmental and context-sensitive perspective. It proposes a structured yet flexible model that integrates clinical techniques, restorative perspective and an ecosystemic approach, offering guidance for the development of effective and culturally appropriate programs for the restoration of children's rights and well-being.

Key words: *Psychosocial intervention, child victimization, Restorative approach.*

INDICE DE CONTENIDOS

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Contexto del problema.....	1
1.2. Derechos de la Infancia y Políticas Públicas.....	2
1.3. Problema de Investigación.....	3
1.4. Objetivos de la Investigación.....	6
1.4.1. Objetivo General.....	6
1.4.2. Objetivos Específicos.....	6
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. Maltrato y abuso sexual infantil: conceptualización e impacto.....	7
2.2. Maltrato y abuso sexual infantil: Prevalencias.....	11
2.3. Trauma y desarrollo psíquico durante la infancia	12
2.4. Perspectivas Teóricas y Neurobiológicas del Trauma en la Infancia: Desarrollo Psíquico, Apego y Estrategias de Afrontamiento.....	15
2.5. Salud Mental infantil y políticas públicas.....	17
2.6. Intervenciones psicosociales en infancias victimizadas o con trauma.....	19
2.6.1. Terapia Cognitivo-Conductual Basada en el Trauma (TF-CBT).....	20
2.6.2. Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR).....	20
2.6.3. Terapia de Exposición Prolongada para Adolescentes (PE-A).....	20
2.6.4. Terapia Narrativa de Exposición (NET).....	20
2.6.5. Terapia de Juego y Terapia Basada en el Arte.....	21
2.6.6. Terapia Sistémica y Enfoques Basados en lo comunitario.....	21
2.6.7. Psicoterapia Parento-Filial (CPP).....	21
2.7. Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Infantil (PRM)...	22
CAPÍTULO 3:	
MÉTODO.....	28
3.1. Diseño del Estudio.....	28
3.1.1. Diseño Mixto con Predominancia Cualitativa.....	28
3.2. Rigor Metodológico.....	29
3.3. Consideraciones Éticas.....	30
3.4. Fase Cualitativa.....	30
3.4.1. Diseño y enfoque.....	30
3.4.2. Participantes y criterios de selección.....	31
3.4.3. Instrumentos.....	31
3.4.4. Procedimiento.....	32
3.4.5. Análisis de datos.....	33
3.5. Fase Cuantitativa.....	35
3.5.1. Etapa Construcción del Instrumento.....	35
3.5.2. Aplicación del Cuestionario.....	39
3.5.2.1. Profesionales Participantes.....	39
3.5.2.2. Criterios de Inclusión y Exclusión.....	39
3.5.2.3. Procedimiento de aplicación.....	40
3.5.3. Análisis de Datos.....	40
3.6. Fase de Integración de Resultados.....	41
CAPÍTULO 4: RESULTADOS.....	43

4.1. Descripción de la muestra cualitativa: Característica de las y los participantes.....	43
4.2. Descripción de la muestra cuantitativa: Característica de las y los participantes.....	46
4.3. Resultados Cualitativos: Experiencia en la intervención psicosocial del PRM.....	47
4.3.1. Experiencia niñas y niños (NN).....	47
4.3.1.1. Comprensión Motivo de Ingreso y qué es un PRM.....	47
4.3.1.2. Comprensión objetivos terapéuticos y de intervención.....	52
4.3.1.3. Actividades terapéuticas.....	53
4.3.1.4. Emociones durante el proceso.....	75
4.3.1.5. Significado del proceso de intervención psicosocial.....	78
4.3.2. Experiencia adultos/as Responsables (AR).....	80
4.3.2.1. Comprensión qué es un PRM y Motivo de Ingreso.....	80
4.3.2.2. Comprensión objetivos terapéuticos y de intervención.....	83
4.3.2.3. Actividades Terapéuticas.....	83
4.3.2.4. Desarrollo de Herramientas en el/la cuidador/a.....	108
4.3.2.5. Proceso Psicosocial NN.....	111
4.3.2.6. Fortalezas del PRM.....	114
4.3.2.7. Debilidades del PRM.....	115
4.3.2.8. Significado del proceso.....	116
4.3.2.9. Aprendizajes a partir del proceso en el PRM.....	117
4.4. Resultados Cuantitativos: Experiencia profesionales.....	119
4.4.1. Percepción de logro en la restitución de derechos y calidad de vida de los NNA.....	120
4.4.2. Métodos de intervención psicosocial.....	120
4.4.3. Condiciones laborales.....	120
4.4.4. Estrategias y métodos de intervención.....	121
4.5. Resultados cualitativos: Propuestas Para Intervenciones Psicosociales de calidad.....	124
4.5.1. Propuestas niñas y niños (NN).....	124
4.5.1.1. Actitud Profesional.....	124
4.5.1.2. Características del espacio físico.....	125
4.5.1.3. PRM Ideal.....	126
4.5.1.4. Ideas de sesiones/actividades Familiares y de Manejo Emocional.....	127
4.5.2. Propuestas Adultas/os Responsables (AR).....	132
4.5.2.1. PRM Ideal.....	132
4.5.2.2. Actitud del/a profesional.....	134
4.5.2.3. Objetivos a Trabajar.....	136
4.5.2.4. Ideas de actividades terapéuticas y socioeducativas para los AR.....	137
4.5.2.5. Necesidades locales/ territoriales.....	143
4.6. Resultados Cuantitativos: Propuestas de las y los profesionales.....	148
4.6.1. Organización del PRM.....	148
4.6.2. Capacitación profesional.....	148
4.6.3. Roles de psicólogo y trabajador social.....	148
4.6.4. Fases y tiempos del proceso intervención para el logro de la resignificación traumática y restitución de derechos.....	149
4.6.5. Enfoque sistémico-ecológico.....	149
4.6.6. Técnicas de intervención.....	150
4.7. Integración de Resultados.....	152
4.7.1. Coherencias: Convergencias en la Evaluación del Impacto de los PRM.....	152
4.7.2. Complementariedades: Diferencias en la Implementación de Métodos de Intervención.....	153

4.7.3. Tensiones: Diferencias en la Participación de los Adultos Responsables y la Centralización del Modelo.....	153
---	-----

CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN.....	155
5.1. Interpretación de Resultados.....	155
5.1.1. Experiencia de las niñas y niños en la Intervención.....	156
5.1.2. Experiencia de Intervención Psicosocial de las y los Adultos Responsables.....	158
5.1.3. Caracterización de la Intervención Psicosocial desde la percepción de los y las Profesionales.....	158
5.2. Propuestas para intervenciones psicosociales efectivas y pertinentes.....	161
5.2.1. Perspectivas diversas en cuanto a la flexibilidad en el modelo PRM.....	161
5.2.2. Fortalecimiento del trabajo con AR.....	161
5.2.3. Diversificación y optimización de métodos de intervención.....	162
5.2.4. Incorporación del Enfoque de derechos.....	162
5.2.5. Mejoras en la carga laboral y autocuidado profesional.....	163
5.2.6. Características del terapeuta.....	163
5.2.7. Espacios terapéuticos acogedores: propuestas desde la vivencia de usuarios/as PRM..	163
5.3. Implicancias Prácticas: Propuesta de un Modelo Terapéutico de Justicia Restaurativa.....	164
5.3.1. Características generales del modelo de intervención.....	164
5.3.1.1. Rol del Terapeuta en la Intervención.....	167
5.3.1.2. Duración y temporalidad de la Intervención.....	168
5.3.1.3. Intervención Individual con el niño o niña.....	168
5.3.1.4. Intervención con Adulto Responsable (AR).....	170
5.3.1.5. Intervención a nivel Familiar.....	172
5.3.1.6. Intervención socio-comunitaria e intersectorial.....	174
5.3.2. Incorporación de nuevas tecnologías a los métodos de intervención.....	176
5.4. Limitaciones.....	180
CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES.....	182
REFERENCIAS.....	188

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Descripción de Variables: Explicativas y de Criterio.....	37
Tabla 2. Análisis Estadístico.....	40
Tabla 3. Distribución Geográfica y por Programa PRM de los Participantes de la Fase Cualitativa.....	44
Tabla 4. Distribución de Participantes según Motivo de Ingreso a PRM.....	44
Tabla 5. Identificación participantes Fase cualitativa: NN y su respetiva adulta/o responsable....	45
Tabla 6. Distribución participantes por género y profesión (cuantitativa).....	46
Tabla 7. Experiencia en los PRM por Profesión y Zona Geográfica.....	122
Tabla 8. Prueba Turkey Post Hoc para resultados estadísticamente significativos en ANOVA, según zona geográfica.....	123
Tabla 9. Propuestas para intervenciones de calidad en los PRM por Profesión y Zona Geográfica.....	151
Tabla 10. Prueba Turkey Post Hoc para resultados estadísticamente significativos en ANOVA, según zona geográfica.....	152
Tabla 11. Síntesis integradora de los objetivos, hallazgos y conclusiones.....	183

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diseño Mixto Exploratorio.....	29
Figura 2. Etapas Fase Cuantitativa.....	35
Figura 3. Distribución Geográfica participantes.....	46
Figura 4. Propuesta de modelo de intervención psicosocial a niñas y niños victimizados.....	167
Figura 5. Técnicas de intervención en sesiones individuales con niñas y niños.....	170
Figura 6. Propuesta de trabajo psicosocial individual con Adulto Responsable.....	173
Figura 7. Propuesta de trabajo psicosocial a nivel familiar.....	175
Figura 8. Intervención psicosocial con el intersector.....	177

ANEXOS.....	196
Anexo I. Consentimientos informados.....	196
Anexo II. Convenio entre Corporación Opción y Doctorado en Salud Mental Universidad de Concepción.....	201
Anexo III. Aprobación comité de ética.....	204
Anexo IV. Instrumentos utilizados.....	207
Anexo V. Libro de Códigos para Cuestionario Cuantitativo.....	221
Anexo VI. Entrevistas a profesionales para construcción cuestionario cuantitativo.....	227

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1. Contexto del problema

La niñez constituye un periodo fundamental para la construcción de la salud mental de las personas, por tanto, intervenciones pertinentes y de calidad en esta población resultan fundamentales para su bienestar presente y futuro. Lamentablemente, hay niños, niñas y adolescentes (NNA) que han sido víctimas de vulneraciones constitutivas de delito, por lo que en Chile son derivados/as a Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Infantil (PRM) a fin de asegurar la no repetición de la(s) agresión(es) y la elaboración de la experiencia traumática o dolorosa. Sin embargo, estas modalidades de intervención se encuentran escasamente sistematizadas y no necesariamente se diseñan en base a la evidencia ni tampoco incorporan la pertinencia cultural y no tienden a diferenciarse según ciclo evolutivo (UNICEF, 2019). En ese contexto, este estudio busca comprender separadamente la experiencia en la intervención psicosocial de niñas y niños (NN) en edad escolar como de sus adultos responsables y profesionales tratantes -psicólogos/os y trabajadores sociales- en los PRM de Corporación Opción en el norte, centro y sur de Chile, a fin de entender su experiencia y necesidades desde una perspectiva local e incorporando la voz de NN respecto al proceso de elaboración del trauma.

La infancia es un constructo sociohistórico cuya definición ha ido variando en los diversos momentos históricos y culturales de la humanidad (Pastor, et al., 2018). Para efectos de esta investigación, se adoptará la concepción descrita por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), puesto que este organismo representa la institución de la Organización de Naciones Unidas (ONU) por los derechos humanos de la infancia a nivel internacional:

“La infancia es la época en la que los niños y niñas tienen que estar en la escuela y en los lugares de recreo, crecer fuertes y seguros de sí mismos y recibir el amor y el estímulo de sus familias y de una comunidad amplia de adultos. Es una época valiosa en la que los niños y las niñas deben vivir sin miedo, seguros frente a la violencia, protegidos contra los malos tratos y la explotación. Como tal, la infancia significa mucho más que el tiempo que transcurre entre el nacimiento y la edad adulta. Se refiere al estado y la condición de la vida de un niño, a la calidad de esos años” (UNICEF, 2005, p.1).

Específicamente, el artículo 1 de la Convención sobre los Derechos del Niño (1989) entiende como NN a “todo ser humano menor de 18 años, salvo que en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad”. Este período

es crítico en el desarrollo, pues se construyen los cimientos de la salud mental y bienestar futuros de la persona, siendo el periodo de mayor plasticidad cerebral del continuo vital (Céspedes, 2015). Por lo tanto, las experiencias vividas en esta etapa, sean éstas de oportunidades o carencias, modulan e impactan en el desarrollo cognitivo, afectivo, social y biológico de NN. Pese a la relevancia de este periodo vital, alrededor de 200 millones de NNA en el mundo, no lograrían desarrollar sus potencialidades, debido a distintos tipos de vulneraciones a sus derechos fundamentales, sea como consecuencia de alguna forma de violencia o bien, por contextos de pobreza y falta de oportunidades (UNICEF, 2016). Más aun, la infancia es de los segmentos con mayores tasas de victimización dentro de la población general, pues sufren de los mismos tipos de vulneraciones que sufre la población adulta, pero también victimizaciones particulares a su ciclo evolutivo (Finkelhor, 2007).

1.2. Derechos de la infancia y políticas públicas

Respecto de la protección y promoción de los derechos de la infancia, en 1989 se acuerda la Convención sobre los Derechos del Niño por las Naciones Unidas, entrando en vigor en 1990. Este tratado es un “instrumento para la protección y promoción de derechos vinculante y con superioridad jerárquica por sobre todas las leyes de los estados parte, lo cual implica el desafío de adaptar la legislación precedente y rendir cuenta a la comunidad internacional respecto a los compromisos suscritos. Es el tratado más completo ya que incorpora toda la escala de derechos internacionales (civiles, económicos, políticos y sociales), así como aspectos de legislación humanitaria” (Mudanca y Flores, 2014, p. 125). Esto obliga a las naciones que suscriben a adecuar su legislación y políticas públicas para dar cumplimiento a los articulados de esta convención. Chile ratifica la convención el 26 de enero de 1990. Sin embargo, estudios afirman que ha sido uno de los países más lentos de América Latina en ajustar la legislación para garantizar el cumplimiento de estos Derechos Humanos (DD.HH) y es uno de los pocos países de la región que no consagra estos derechos en rango constitucional, quedando relegado netamente a la contingencia legal (Pastor, et al., 2018). Aun así, en los últimos años se han presentado avances legislativos que favorecen la protección y derechos de NNA, particularmente mediante la Ley 21.430 (2022) sobre Garantías y Protección Integral sobre los Derechos de la Niñez y la Adolescencia, como también, modificaciones en el funcionamiento y organización de la red de protección a las infancias. El término “infancias” se utiliza a objeto de visibilizar las diversas realidades que viven NNA.

Desde 1980 la red de protección y resguardo de los derechos de las infancias en Chile estuvo a cargo de Servicio Nacional del Menor (SENAME); sin embargo, fueron denunciadas graves vulneraciones a los derechos humanos de NNA ingresados/as a este sistema, lo cual conllevó a que el abordaje de NNA victimizados, desde octubre de 2021, transite al nuevo Servicio Nacional de Protección Especializada a la Infancia y Adolescencia Mejor Niñez, quedando SENAME encargado únicamente del abordaje de NNA que han cometido delitos. El nuevo organismo:

“Se encuentra sujeto a la supervigilancia del Presidente de la República a través del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, sometido a su vez a la fiscalización de la Subsecretaría de la Niñez y es parte crucial del Sistema de Garantías y Protección Integral a la Niñez y Adolescencia. El mandato institucional es garantizar la protección especializada a partir de la provisión y ejecución de programas para niños, niñas y adolescentes gravemente amenazados o vulnerados en el ejercicio de sus derechos, conforme a lo establecido en la ley N° 21.302 que crea el Servicio Nacional de Protección Especializada. A partir de estas prestaciones, se busca asegurar la atención adecuada para abordar casos mediante modalidades de administración directa y transferencia de recursos a colaboradores debidamente acreditados” (Mejor Niñez, 2024, p. 4).

Por su parte, SENAME, quedó bajo la administración del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Mejor Niñez y SENAME han sido criticados debido a que externalizan las responsabilidades de la protección y restitución de derechos vulnerados en la infancia a instituciones privadas (Pastor, et al., 2018), cumpliendo el estado un rol primordialmente fiscalizador y financista.

En cuanto a la inversión fiscal, el Reporte de Estimación de la Inversión Pública en Niñez y Adolescencia 2023, elaborado por UNICEF en colaboración con la Subsecretaría de la Niñez y la Dirección de Presupuestos (DIPRES), presenta un análisis detallado del presupuesto ejecutado por el Gobierno Central en programas dirigidos a la niñez y adolescencia, detallando que el 2,12% del Producto Interno Bruto (PIB) corresponde a la inversión total en protección de derechos de NNA, manifestado en distintos programas y servicios.

1.3. Problema de Investigación

En respuesta a la problemática de la vulneración de derechos a las infancias, en Chile existen los Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Infantil (PRM), implementados por organismos colaboradores de Mejor Niñez. Estos programas 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” (Mejor Niñez, 2023, p.5). No obstante, la efectividad de estas intervenciones ha sido cuestionada debido a la falta de estandarización, la ausencia de modelos basados en evidencia y la alta rotación de profesionales, lo que afecta la continuidad y calidad del tratamiento (Contreras y Muñoz, 2017; UNICEF, 2019).

El maltrato y el abuso sexual infantil (ASI) constituyen una de las problemáticas más graves en el ámbito de la salud mental y el resguardo de derechos. En Chile, los Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Infantil (PRM) atienden a NNA que han sido víctimas de vulneraciones constitutivas de delito. Estos NNA, debido a la severidad del daño sufrido, pueden desarrollar trauma complejo, caracterizado por una desorganización emocional y psicológica derivada de experiencias de victimización que en muchos casos son crónicas y transgeneracionales. La intervención en estos programas se orienta a la resignificación del trauma y la restitución de derechos. Sin embargo, la literatura evidencia que los procedimientos de los PRM carecen de sistematización y que los estudios existentes han centrado su análisis en la perspectiva de los profesionales y administradores, con exigua evidencia de la experiencia directa de los NNA y sus familias (UNICEF, 2019).

Dada la escasez de investigación sobre los PRM en Chile y la heterogeneidad territorial y cultural del país, el presente estudio se propone comprender en profundidad la experiencia con la intervención psicosocial del PRM desde la perspectiva de sus actores principales: NN, adultos responsables y profesionales tratantes en el norte, centro y sur de Chile. Además, busca identificar propuestas para favorecer la efectividad de las intervenciones, basado en el enfoque *emic* (Denzin y Lincoln, 2011), que incorpora la voz de los/as involucrados/as en la construcción del conocimiento y la toma de decisiones respecto de aspectos les afectan. Este enfoque no persigue generalizaciones estadísticas, sino que aspira a comprender en detalle el fenómeno de la intervención psicosocial en el contexto de victimización infantil, integrando las especificidades locales y socioculturales que configuran las experiencias de NN y sus familias.

Desde un enfoque exploratorio, este estudio responde a la carencia de investigación en Chile y Latinoamérica sobre las intervenciones psicosociales dirigidas a la infancia vulnerada. En este sentido, la generación de conocimiento científico a partir de la experiencia de los propios usuarios representa un aporte significativo para el diseño de programas de atención más pertinentes y efectivos. Diversos autores han enfatizado la importancia de que los programas de salud mental sean tanto basados en evidencia y contextualizados socioculturalmente (Saraceno y Martínez, 2018). Asimismo, Finkelhor (2007) subraya la necesidad de

incorporar un enfoque evolutivo en la comprensión de la victimización infantil, diferenciando los impactos y necesidades según la edad y el nivel de desarrollo. En este contexto, este estudio contribuirá a ampliar el conocimiento sobre las estrategias de intervención en trauma infantil y a mejorar los modelos de atención en los PRM en Chile.

El foco central de la investigación es la experiencia de NN en edad escolar como sujetos de derechos, dado que la literatura existente ha visibilizado escasamente su perspectiva en los procesos de intervención. El objetivo general del estudio es desarrollar un modelo explicativo que integre la experiencia y necesidades de NN y sus familias en el contexto de los PRM, con el propósito de generar insumos que permitan diseñar programas de intervención psicosocial más alineados con sus necesidades evolutivas, intereses y realidades socioculturales. Se espera que los hallazgos de esta investigación aporten al desarrollo de políticas públicas y estrategias de intervención que mejoren la calidad de la atención en los PRM y contribuyan a la reparación efectiva del daño psicosocial en la infancia vulnerada en Chile.

La pregunta de investigación es: *¿Cuál es la experiencia terapéutica psicosocial de los niños/as, sus adultos responsables y profesionales tratantes participantes de los Programas de Reparación de Maltrato en Chile?*

A través de esta interrogante se busca no solo comprender la realidad actual de la intervención en PRM, sino que también sugerir oportunidades de mejora que respondan a las necesidades y expectativas de los NN afectados por victimizaciones constitutivas de delito.

Esta tesis se estructura en varios capítulos que permiten contextualizar y analizar la intervención psicosocial en los Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Infantil (PRM). En primer lugar, el marco teórico presenta el fenómeno de la victimización infantil y revisa la evidencia disponible sobre modelos de intervención efectivos en este ámbito. Posteriormente, se describe el diseño metodológico, basado en un enfoque mixto con predominancia cualitativa. Los resultados incluyen la caracterización de las muestras, la experiencia de intervención en los PRM desde la perspectiva de NN, adultos responsables y profesionales, así como sus propuestas para potenciar la calidad de las intervenciones psicosociales. Se presentan los hallazgos cualitativos y cuantitativos de manera complementaria, seguido por un apartado de integración de resultados, donde se articulan ambas fuentes de información y se sintetizan los principales resultados del estudio. Finalmente, en la discusión y conclusiones, se analizan las implicancias de los hallazgos en relación con la literatura previa y se sugiere un modelo de intervención basado en la evidencia obtenida en esta investigación.

1.4. Objetivos de Investigación

1.4.1. Objetivo general.

Comprender el proceso de intervención psicosocial en los Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Infantil (PRM), desde la perspectiva de niños y niñas en edad escolar, sus adultos responsables y profesionales tratantes en el norte, centro y sur de Chile, con el propósito de desarrollar un modelo terapéutico que fortalezca la calidad, efectividad y adecuación contextual de dichas intervenciones.

1.4.2. Objetivos específicos

- 1- Describir la experiencia de intervención psicosocial de niños y niñas en edad escolar usuarios de PRM en Chile, considerando los factores que influyen en su percepción sobre la calidad y efectividad de dichas intervenciones.
- 2- Describir la experiencia de intervención psicosocial de los y las adultos/as responsables usuarios de PRM en Chile, considerando los factores que influyen en su percepción sobre la calidad y efectividad de dichas intervenciones.
- 3- Identificar las estrategias, métodos y enfoques utilizados por los profesionales tratantes en la intervención psicosocial dentro de los PRM, evaluando su alineación con las necesidades de la población atendida.
- 4- Analizar la experiencia y caracterizar las propuestas de niños y niñas, adultos/as responsables y profesionales tratantes para mejorar la eficacia y pertinencia de las intervenciones psicosociales en el abordaje de la victimización, incorporando un enfoque evolutivo y territorialmente contextualizado, con el fin de desarrollar un modelo de intervención psicosocial que oriente y fortalezca las prácticas terapéuticas en los PRM.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1. Maltrato y abuso sexual infantil: conceptualización e impacto.

En lo que respecta específicamente al constructo de maltrato infantil, para efectos de este trabajo, se adoptará la tipología de maltrato propuesta por Jorge Barudy (1998) psiquiatra experto en trabajo con personas víctimas de tortura, como también con NNA víctimas de vulneraciones a sus derechos. El autor plantea que el maltrato infantil es cualquier forma de acción u omisión por parte del mundo adulto que obstruya el desarrollo físico, social o emocional o que merme el bienestar general del NNA. Las formas de maltrato se pueden dar en distintos niveles, pudiendo ser de carácter visible o invisible. Maltrato activo o violencia por acción, se refiere a discursos o conductas que ejercen la fuerza sexual, física y/o psicológica y que debido a su frecuencia o intensidad provocan daño en el NN. Por su parte, maltrato pasivo o violencia por omisión, corresponden a situaciones de negligencia, sean de carácter afectivo, social y/o fisiológico (Barudy, 1998). Hay maltrato cuando los y las AR descuidan los cuidados y la satisfacción de necesidades básicas o bien, conductas concretas de abuso físico, sexual y/o emocional (Jaffee, 2017). Al respecto, un estudio en Estados Unidos que analizó el maltrato desde dos dimensiones: cronicidad y subtipos concluyó que el patrón más común de maltrato a NN entre 10 y 12 años constituía el maltrato crónico con exposición a dos o más subtipos de maltrato (Warmingham et al., 2019).

Finkelhor (2007) organiza las distintas formas de victimización que puede experimentar un NNA en tres grandes categorías:

1. Victimización masiva, la cual hace referencia a transgresiones que generan impacto en el bienestar de cantidades significativas de NNA, tales como violencia étnica, de género, guerra, vulneraciones medioambientales o a las comunidades.
2. Victimización interpersonal, que se refiere al daño causado al individuo debido a conductas de otra(s) persona(s) que violan normas sociales o civilizatorias, incrementando el potencial traumático de la experiencia, diferenciándose de otras experiencias estresantes, tales como accidentes, desastres naturales o duelos, pues hay un factor vincular en el núcleo de la vivencia. Estas pueden ser violencia física, psicológica, violencia doméstica, secuestros, entre otros.

3. Abuso sexual, vulneración en la que se transgrede un desarrollo psicosexual seguro, no solo mediante actos concretos de violación, sino también mediante conductas que no responden a la maduración psíquica, conductual ni emocional de la víctima.

Además, Finkelhor (2007) propone una tipología de las victimizaciones hacia NNA, en virtud de su nivel de incidencia en la población, categorizándolas de la siguiente manera:

1. Victimización pandémica, caracterizada por aquellas victimizaciones que pueden ocurrir a una mayoría o cantidad significativa de NNA en algún momento de su desarrollo, tales como conflictos con hermanos/as, conflictos o peleas con pares, robos. Esta forma de victimización tiende a ser materia de menor atención, encontrándose en medida importante invisibilizada o naturalizada.

2. Victimización aguda o específica que es menos frecuente que la pandémica y ocurriría a una minoría, pero todavía en cantidad significativa de NNA y que tiene una mayor severidad, tal como abuso sexual, maltrato físico y/o psicológico, negligencia.

3. Victimización extraordinaria, en la cual la vulneración es de frecuencia muy baja, pero de muy alta gravedad, tales como Explotación Sexual a NNA (ESNNA), homicidios y secuestros.

NNA pueden sufrir las mismas victimizaciones que la población adulta, pero tienen una particularidad producto de su ciclo vital, que es su condición de dependencia dado el periodo de inmadurez afectiva, física y psicológica, encontrándose más vulnerables a la exposición a eventos que potencialmente generen trauma o trauma complejo. El abuso frente a esa dependencia puede resultar en distintas formas de vulneración, tales como distintas formas de negligencia, maltrato o ASI. Aun así, victimizaciones sin presencia de dependencia pueden ocurrirles tanto en NNA como a adultos/os, tales como secuestros, homicidios. Hay evidencia de que mientras menor sea el/la NN, mayor es la probabilidad de sufrir vulneraciones asociadas a la condición de dependencia y mientras se aumenta la edad, incrementan los niveles de independencia, pudiendo presentar mayores probabilidades de ser víctimas del tipo de vulneraciones más frecuentes de la población adulta (Finkelhor, 2007).

Consecuentemente, hay mayor probabilidad de que NN más pequeñas/os sean victimizados dentro de su núcleo familiar. De esta manera, las vulneraciones intrafamiliares disminuyen en su frecuencia a medida que aumenta la edad del NN, presentándose un 70% de las vulneraciones de NN menores de 12 en contexto intrafamiliar y un 20% posterior a los 12 años, en las que se incrementan aquellas generados por extraños o conocidos (Finkelhor, 2007).

Para comprender en profundidad el fenómeno de la violencia o maltrato, Barudy (1998) sugiere una mirada ecosistémica. Barudy propone que, específicamente, la violencia intrafamiliar (VIF) es la manifestación de una disfuncionalidad del sistema familiar en la que se genera, pero también de los sistemas sociales e institucionales circundantes a esa vulneración, por lo que debe ser analizada desde todas estas dimensiones. Cuando el dolor provocado en el NNA por alguna de estas formas de maltrato no ha sido expresado, verbalizado, ni reconocido socialmente, la probabilidad de que la persona desarrolle comportamientos violentos o desadaptativos es muy alta, pudiendo incluso naturalizar la violencia como forma vincular o de resolución de conflictos, incrementándose la posibilidad de cristalizar un ciclo transgeneracional de la violencia, es decir, que se repite de una generación a la siguiente (Narayan et al., 2021). Asimismo, en la violencia cobra relevancia el sistema de creencias del abusador/a, los cuales pueden perpetuar dinámicas maltratantes, ya que el/la agresor/a las legitimaría como un método de crianza o relación válido (Barudy, 1998). Por ejemplo, la violencia o el castigo físico es naturalizada como educativa y saludable método normativo por muchos segmentos de la sociedad (Finkelhor, 2007). Sin embargo, resulta relevante “que el lector no olvide jamás que, detrás de estos fenómenos, están los individuos que los producen con su singularidad propia, pero también implicados en contextos históricos y modos relacionales específicos y repetitivos, por lo que necesitan de una intervención social solidaria y coherente para cambiar” (Barudy, 1998, p.35).

Se han identificado características asociadas al contexto socioambiental pero también a características individuales de la víctima, que podrían incrementar el riesgo de que una persona sea vulnerada (Finkelhor, 2007):

1. Características psicológicas y/o conductuales de la víctima, que se definen como aspectos individuales que pueden disminuir acciones de resistencia frente al agresor/a. Tales atributos pueden ser discapacidad física o mental, deprivación emocional, salud mental descendida.
2. Características de la víctima que suponen una atracción o gratificación para el/la agresor/a, tales como posesiones materiales o económicas, género femenino en los delitos de agresión sexual, o incluso ser NN en algunos/as agresores sexuales.
3. Características de la víctima que generan molestia, envidia, rabia y activan impulsos destructivos en el/la agresor/a, tales como características étnicas, sociales, ser parte de la comunidad LGBTIQ+, o por ejemplo, tener discapacidades físicas o motoras o ser “desobediente” en casos de NN.

Sin embargo, hay algunos casos en que las familias conviven con integrantes altamente violentos y que el objetivo del victimario no dependería tanto de las

características individuales de la eventual víctima, sino que principalmente de su proximidad física-temporal al agresor/a (Finkelhor, 2007).

Por su parte, estudios epidemiológicos han establecido una asociación robusta entre experiencias de victimización y el desarrollo de psicopatología infantil (Pereda et al., 2013, Vicente et al., 2012). La victimización en NNA aumenta significativamente el riesgo de desarrollar sintomatología psicológica, la cual puede clasificarse en dos dimensiones principales: síntomas externalizantes e internalizantes.

Los síntomas externalizantes corresponden a problemáticas emocionales y psicológicas que se manifiestan a través de conductas disruptivas, lo que suele generar conflictos con el entorno y una mayor visibilidad del malestar del NNA (Lecannelier, 2016). Entre estos se incluyen el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el trastorno oposicionista desafiante, los problemas de conducta y socialización, y en algunos casos, la aparición de conductas delictivas o antisociales (Jaffee, 2017). Por otro lado, los síntomas internalizantes se caracterizan por una vivencia interna del malestar, lo que puede hacer que los adultos subestimen la magnitud del problema al no manifestarse abiertamente en el comportamiento del NNA (Lecannelier, 2016). Entre estos se incluyen algunos trastornos ansiosos, depresivos y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Jaffee, 2017).

Estudios longitudinales han encontrado una prevalencia significativamente mayor de trastornos psicológicos en NNA con antecedentes de maltrato en comparación con aquellos sin esta experiencia, observándose una alta incidencia de trastornos depresivos y ansiosos que persisten incluso en la adultez (Scott et al., 2010). Además, la exposición acumulativa a diferentes formas de violencia ha sido identificada como un factor de riesgo para la salud mental infantil. Un estudio en población clínica realizado por Pereda, Abad y Guilera (2013) evidenció que el 99,2% de los adolescentes atendidos en centros de salud mental infantil y juvenil en España había experimentado al menos un tipo de victimización a lo largo de su vida, y un 37% reportó haber sufrido cuatro o más tipos de victimización en el último año. Se identificó que la polivictimización tenía una relación significativa con mayores niveles de malestar psicológico general y con una mayor incidencia de conductas externalizantes, como la agresión, impulsividad y problemas de regulación emocional, más que con síntomas internalizantes. Este hallazgo sugiere que la exposición a múltiples tipos de violencia incrementa la probabilidad de desarrollar sintomatología externalizante, dificultando la adaptación social y el control conductual (Pereda et al., 2013).

Desde una perspectiva psicobiológica, el impacto del maltrato infantil en la salud mental ha sido analizado a nivel epigenético. Un estudio realizado por Cicchetti y

Handley (2017) investigó cómo el maltrato infantil influye en la metilación del gen NR3C1, el cual codifica el receptor de glucocorticoides y regula la respuesta al estrés a través del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA). Se encontró que los NNA víctimas de maltrato presentaban una hipermetilación significativa de este gen en comparación con aquellos sin experiencias de violencia. Además, la hipermetilación de NR3C1 se asoció con una mayor labilidad emocional, disminución del autocontrol, incremento de conductas externalizantes y mayor prevalencia de síntomas depresivos. Estos resultados refuerzan la hipótesis de que el maltrato infantil genera alteraciones biológicas que incrementan la vulnerabilidad a desarrollar psicopatología a lo largo de la vida (Cicchetti y Handley, 2017).

El maltrato infantil ha sido identificado como un factor de riesgo significativo para el desarrollo de trastornos del estado de ánimo. Li et al. (2015) estimaron que aproximadamente el 59% de los casos de depresión a nivel mundial pueden estar asociados a experiencias de maltrato infantil. En este contexto, proponen que una reducción del 10% en la prevalencia del maltrato podría prevenir alrededor de 31 millones de casos de depresión y ansiedad en la población mundial, lo que subraya la necesidad de intervenciones preventivas desde la infancia (Li et al., 2015).

Los trastornos psicopatológicos en la infancia no solo generan sufrimiento inmediato, sino que tienden a persistir y afectar la funcionalidad a lo largo de la vida, con consecuencias en la integración social y en los costos económicos para las familias y los sistemas de salud pública (Borghero et al., 2018). Entre los diagnósticos más frecuentes en NNA víctimas de violencia destacan el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y el trastorno de estrés postraumático complejo (TEPT-C), los cuales están estrechamente relacionados con la exposición crónica a eventos traumáticos en la infancia (Cohen et al., 2012b).

En conclusión, la evidencia científica respalda que la victimización infantil es un factor determinante en la salud mental y el desarrollo psicológico, con efectos que pueden extenderse hasta la adultez.

2.2. Maltrato y abuso sexual infantil: Prevalencias.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020) reporta que aproximadamente el 50% de los NN en el mundo sufrirían alguna forma de violencia, cifra que se eleva al 58% en América Latina durante el año 2020. En este contexto, la victimización infantil constituye un problema de alcance global, con prevalencias que superan el 80% en la mayoría de los países estudiados. En Chile, el 89% de los adolescentes entre 12 y 17 años ha experimentado al menos un tipo de victimización a lo largo de su vida, mientras que, en Estados Unidos y Canadá, estas cifras alcanzan el 79,6% y el 83,5%, respectivamente (Pereda, 2019).

La polivictimización, definida como la exposición a múltiples formas de violencia, afecta al 37% de los adolescentes chilenos en un año. A nivel internacional, se han reportado cifras similares en China (36,7%) y Estados Unidos (49%), lo que evidencia que la acumulación de experiencias de violencia es un fenómeno sistemático con repercusiones que merman la salud mental y el desarrollo infantil (Pereda, 2019).

En relación con el ASI, las estimaciones de prevalencia presentan variaciones según la región y el método de medición. Un meta-análisis que incluyó 217 estudios y 9,9 millones de participantes estimó una prevalencia mundial del 12,7% en estudios de autoinforme y del 0,4% en estudios basados en informantes. Se observó una mayor prevalencia en niñas (18%) que en niños (7,6%), con las tasas más bajas en Asia (11,3% en niñas y 4,1% en niños) y las más altas en Australia (21,5% en niñas y 13,2% niños) y África (19,6% niñas y 19,3% en niños). Estas cifras reflejan tanto las diferencias culturales y por género en la denuncia del ASI como la magnitud del problema a nivel mundial, confirmando que se trata de un fenómeno extendido con graves consecuencias para el desarrollo infantil (Stoltenborgh et al., 2011).

En cuanto a la situación en Chile, la última Encuesta Nacional de Polivictimización (2023), realizada con estudiantes de 7° básico a 3° medio, reveló que el 39% de los encuestados reportó al menos un episodio de maltrato por parte de sus cuidadores en el último año. El 35% señaló haber experimentado maltrato psicológico o insultos, y un 10% reportó maltrato físico. Respecto al ASI, el 18% de encuestados/as informó haber sido víctima de al menos una agresión sexual en el último año. Se evidenciaron diferencias significativas por género, ya que las niñas reportaron una mayor victimización que los niños, tanto en maltrato (52% vs. 27%) como en agresiones sexuales (25% vs. 12%). Finalmente, en términos de polivictimización, se observó que los NNA polivictimizados en Chile han experimentado diez o más formas de victimización.

2.3. Trauma y desarrollo psíquico durante la infancia

El trauma se define como un evento que amenaza la homeostasis psíquica y/o física del individuo, superando su capacidad natural de tolerancia ante situaciones estresantes o potencialmente traumáticas, y dejando al sujeto en un estado de vulnerabilidad. Es pertinente señalar que no todo sufrimiento experimentado durante la niñez resulta en un trauma; su impacto depende de diversos factores individuales, contextuales y socioculturales (Lecannelier, 2018; Cohen et al., 2012b).

Algunos NNA están expuestos a múltiples vulneraciones de carácter crónico o sistemático, como abuso sexual, negligencia y otras formas de maltrato. Esta

exposición puede conducir al desarrollo de lo que se denomina Trauma Complejo, ya que las diversas transgresiones a las que han sido sometidos afectan integralmente su desarrollo biopsicosocial, generando sintomatología de alta severidad en distintos ámbitos del desarrollo (Cohen et al., 2012). El trauma complejo se caracteriza, en gran medida, por vulneraciones perpetradas por personas con las que el NNA tiene un vínculo afectivo y/o de cuidado. Por definición, este tipo de trauma ocurre en contextos de cuidado o relación, y el tipo de apego ha sido implicado en la evolución del trauma (Kliethermes, et al., 2014).

La conceptualización del trauma complejo ha presentado desafíos en la investigación. Este puede ser analizado desde la exposición a eventos potencialmente traumáticos o medido mediante los resultados que estos eventos generan en el desarrollo biopsicosocial NNA expuestos a múltiples y/o crónicas victimizaciones (Kliethermes, et al., 2014).

En cuanto a las clasificaciones diagnósticas, el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) según el DSM-5 (2013), se define por la exposición a un evento traumático que implique la muerte, una amenaza a la integridad física o violencia sexual, ya sea de forma directa, presenciando el evento, conociendo su ocurrencia en un ser querido o mediante una exposición repetida a detalles del mismo. Para su diagnóstico, deben manifestarse síntomas en cuatro áreas y persistir por más de un mes, provocando un deterioro significativo en el funcionamiento:

1. Reexperimentación del evento, a través de recuerdos intrusivos, pesadillas o flashbacks.
2. Evitación persistente, de estímulos asociados al trauma.
3. Alteraciones negativas en cogniciones y estado de ánimo, como pensamientos distorsionados, culpa excesiva o afecto negativo persistente.
4. Alteraciones en la alerta y reactividad, que incluyen hipervigilancia, irritabilidad, problemas de concentración y alteraciones del sueño.

Por su parte, el CIE-11 (2019) introduce en 2022 el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C), que puede desarrollarse tras la exposición a eventos de naturaleza extremadamente amenazante o traumática, a menudo prolongados o repetitivos, de los cuales es difícil o imposible escapar, como la tortura, el genocidio, la violencia doméstica prolongada y el abuso sexual o físico repetido en la infancia. Además de los síntomas del TEPT, el TEPT-C se caracteriza por problemas persistentes en la regulación del afecto, creencias negativas sobre uno mismo (sentimientos de inutilidad o culpa profunda) y dificultades para mantener relaciones interpersonales. Dicho manual señala la

relevancia del diagnóstico diferencial con un TEPT, pues se cumplen todos los criterios de éste pero también, por “la gravedad y la persistencia de: 1) los problemas en la regulación del afecto; 2) las creencias respecto de sentirse uno mismo disminuido, derrotado o sin valor, así como sentimientos de vergüenza, culpa o fracaso relacionados con el evento traumático; y 3) las dificultades para mantener relaciones y sentirse cerca de los demás. Estos síntomas causan un deterioro significativo en la esfera personal, familiar, social, educativa, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento” (CIE-11, AÑO, p.462). Mientras que el TEPT se asocia típicamente con la exposición a un evento traumático único, el TEPT-C se relaciona con traumas prolongados o repetitivos, especialmente aquellos de naturaleza interpersonal. El TEPT-C incluye, además de los síntomas nucleares del TEPT, alteraciones en la regulación emocional, la autopercepción y las relaciones interpersonales, lo que implica una afectación más profunda en el funcionamiento psicosocial del individuo (Maercker et al., 2013). Igualmente, el CIE-11 indica la relevancia de realizar el diagnóstico diferencial con algún tipo de Trastorno de Personalidad.

En este contexto, es probable que un porcentaje significativo de NN que han vivido vulneraciones constitutivas de delito desarrollen trauma complejo, dada la gravedad de la experiencia y la posibilidad de haber sido víctimas de otras vulneraciones, es decir, que se encuentren polivictimizados (Lecannelier, 2018). Según la naturaleza, condiciones y efectos de las experiencias traumáticas, constructos como trauma del desarrollo, trauma relacional o interpersonal, trauma complejo, trauma acumulativo, así como trauma encubierto y transgeneracional, describen la severidad de dichas vivencias durante períodos sensibles del desarrollo (Gkintoni et al., 2024; Cohen et al., 2012b).

Los NN que presentan trauma complejo suelen exhibir una variedad de síntomas, que pueden oscilar desde el polo internalizante hasta el externalizante. Esta diversidad sintomática puede llevarlos a recibir múltiples diagnósticos psiquiátricos e intervenciones psicológicas que, en ocasiones, no abordan sus necesidades reales ni la etiología de su experiencia traumática (Lecannelier, 2018). Por ejemplo, NNA polivictimizados podrían presentar 5,8 veces más probabilidades de exhibir irritabilidad, 20 veces más probabilidades de presentar depresión y 10 veces más probabilidades de mostrar sintomatología ansiosa que aquellos que han sufrido un solo evento. Asimismo, el 86% de los NN que cumplían con criterios de depresión también cumplían con los criterios de polivictimización (Finkelhor, 2007).

Es importante señalar que, al analizar el trauma complejo desde sus resultados o consecuencias, se pueden identificar, además de desórdenes en el desarrollo, estilos vinculares causados por vivencias maltrato, abandono, negligencia, entre otros (Kliethermes, et al., 2014).

2.4. Perspectivas Teóricas y Neurobiológicas del Trauma en la Infancia: Desarrollo Psíquico, Apego y Estrategias de Afrontamiento

Para comprender el impacto psicológico de las experiencias tempranas, resulta fundamental revisar las teorías clásicas sobre el desarrollo psíquico. Sigmund Freud, fundador del psicoanálisis, fue pionero en relevar la importancia de los primeros años de vida en la configuración de la realidad psíquica y sus consecuencias para la adultez. En su teoría del desarrollo psicosexual, estableció cinco fases en las que la energía libidinal se manifiesta de distintas formas a lo largo del ciclo vital. Según Freud, la satisfacción o frustración de las necesidades afectivas y biológicas en la infancia, mediada por las figuras parentales, influye en la estructuración de la personalidad (Castellanos, 2013). Además, sostuvo que experiencias tempranas de carencia afectiva pueden generar vivencias traumáticas que operan a nivel inconsciente y afectan la funcionalidad psíquica y relacional en la adultez. No obstante, su perspectiva ha sido criticada por su carácter determinista, ya que plantea la posibilidad de aliviar el sufrimiento a través del psicoanálisis, pero no necesariamente la recuperación total del trauma (Castellanos, 2013).

John Bowlby (2014), desde el psicoanálisis, desarrolló la Teoría del Apego, enfatizando la predisposición biológica del niño para buscar afecto, protección y satisfacción de necesidades básicas en su cuidador primario. El apego constituye un mecanismo primario de supervivencia, en el que la disponibilidad y responsividad del adulto determinan el tipo de vínculo establecido. Bowlby identificó cuatro estilos de apego:

1. Seguro: el cuidador es responsivo y consistente, permitiendo que el niño desarrolle confianza en los otros y en sí mismo.
2. Inseguro-ambivalente: el adulto oscila entre la atención y la negligencia, generando ansiedad en el niño y dificultando su capacidad de exploración autónoma.
3. Inseguro-evitativo: caracterizado por el rechazo o desinterés del cuidador, lo que lleva al niño a inhibir su necesidad de proximidad y a desarrollar conductas de autosuficiencia aparente.
4. Desorganizado: ocurre cuando el cuidador es simultáneamente fuente de protección y de amenaza, lo que puede inducir estados de disociación, desesperanza aprendida y mayor vulnerabilidad a desarrollar psicopatología.

El apego se configura como un sistema de regulación del estrés (Lecannelier et al., 2019), donde el estilo de vínculo influye en la elaboración de experiencias traumáticas. En este sentido, la familia desempeña un rol fundamental en la respuesta y evolución del trauma complejo. Las prácticas parentales pueden modular las consecuencias del trauma en la infancia; por ejemplo, la crianza coercitiva se asocia con mayor sintomatología de estrés postraumático e internalizante, mientras que cuidadores contenedores favorecen una mejor recuperación psicológica (Graham-Bermann et al., 2009). Según Kliethermes, Schacht y Drewry (2014), la respuesta adecuada de un cuidador frente al trauma infantil involucra tres elementos esenciales:

1. Creer y validar la experiencia del NN.
2. Tolerar el afecto del NN.
3. Regular la propia respuesta emocional del cuidador.

Por el contrario, cuando las y los cuidadores niegan las experiencias de las/os NN, la recuperación psicoemocional se ve obstaculizada puesto que no pueden integrar las experiencias traumáticas o desarrollar estrategias de afrontamiento pertinentes (Kliethermes, et al., 2014).

Desde una *perspectiva neurobiológica*, el trauma infantil genera alteraciones significativas en la estructura y función cerebral. La exposición a altos niveles de estrés en etapas tempranas se asocia con disrupciones en los sistemas neuroendocrinos y con modificaciones en estructuras clave del cerebro, incluyendo la reducción del volumen del hipocampo, la amígdala y la corteza prefrontal, así como alteraciones en el cuerpo calloso (Kliethermes, et al., 2014). Estas alteraciones subyacen a síntomas postraumáticos como hiperreactividad, reexperimentación del trauma, disociación, desregulación emocional y dificultades cognitivas.

El cerebro traumatizado tiende a priorizar la activación de estructuras relacionadas con la supervivencia inmediata, como el tronco encefálico y la amígdala, en detrimento de la corteza prefrontal, encargada del razonamiento complejo y la autorregulación. Esta reorganización favorece respuestas adaptativas en entornos amenazantes, pero a expensas de funciones ejecutivas superiores, lo que puede generar dificultades en la modulación emocional, el aprendizaje y la conducta social (Kliethermes, Schacht y Drewry, 2014).

A pesar del impacto del trauma temprano, la literatura contemporánea enfatiza la capacidad de resiliencia, entendida como la habilidad de sobreponerse a experiencias adversas y construir nuevos aprendizajes (Barudy y Dantagnan, 2011). Este enfoque supera las perspectivas deterministas del trauma y permite

identificar factores protectores individuales y contextuales que mitigan su impacto. Desde la neurociencia, se ha demostrado que la plasticidad cerebral permite la regeneración neuronal y la formación de nuevas sinapsis a lo largo de la vida. Estrategias como el establecimiento de vínculos seguros, la práctica de actividades físicas y el acceso a espacios de contención terapéutica pueden potenciar la neuroplasticidad y favorecer procesos de recuperación (Céspedes, 2015; Van der Kolk, 2015).

Finalmente, las investigaciones recientes han demostrado que la regulación del miedo desempeña un rol fundamental en la experiencia del trauma complejo. El apego y la seguridad percibida por el NN determinan la organización de su sistema de respuesta al estrés. Cuando el trauma es perpetrado por los propios cuidadores, el miedo se convierte en un eje estructurador de la experiencia, pudiendo cronificarse y exacerbarse con el tiempo. Esto genera estados de hiperalerta, ansiedad anticipatoria y dificultades en la construcción de relaciones interpersonales seguras (Lecannelier, 2018). Comprender estos mecanismos permite el diseño de estrategias de intervención más eficaces y contextualizadas, orientadas a la reparación del daño psicoemocional y la promoción del bienestar infantil.

2.5. Salud Mental infantil y políticas públicas

A nivel global, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que entre un 10% y 20% de NNA presentan algún tipo de trastorno de salud mental (OMS, 2021). En Chile, la prevalencia de trastornos psicopatológicos en la infancia alcanza un 38,3%, siendo los diagnósticos más frecuentes los desórdenes disruptivos (14,6%), trastornos ansiosos (8,3%) y trastornos afectivos (5,1%) (Vicente et al., 2012). Estudios comparativos han posicionado a Chile entre los países con tasas altas de alteraciones en la salud mental infantil, junto con China, Rusia y Brasil, identificando además la influencia de estilos de crianza en el desarrollo de psicopatología en la infancia (Gartstein y Putnam, 2019).

En este contexto, la OMS (2005) ha subrayado que la salud mental infantil debe considerarse una prioridad de salud pública. Sin embargo, persiste insuficiente inversión, investigación y planificación de programas dirigidos a la atención de la salud mental infantil, tanto en Chile como en otros países de América Latina y el Caribe (Benjet, 2009). Aunque el gasto en primera infancia ha experimentado un incremento en los últimos años, alcanzando un 2,2% del Producto Interno Bruto (PIB), la inversión específica en salud mental infantil sigue siendo insuficiente. Según el Reporte de Estimación de la Inversión Pública en Niñez y Adolescencia 2023, elaborado por UNICEF, la Subsecretaría de la Niñez y la Dirección de Presupuestos (2024), en 2023 la inversión en programas de salud mental para

NNA alcanzó \$78.769 millones de pesos chilenos, lo que equivale a apenas un 0,6% del PIB. Entre los programas financiados, el Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil recibió \$3.874 millones, mientras que la Atención en Salud Integral para Niños y Adolescentes con Vulneración de Derechos y/o Sujetos a la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente, recibió \$30.774 millones, representando un 0,23% del PIB (UNICEF, 2024). Al comparar estos montos con la inversión en otros sectores, como educación (71,1% del presupuesto total en niñez y adolescencia) o protección social (6,6%), se evidencia que la salud mental sigue siendo un área con financiamiento reducido, lo que representa un desafío para el desarrollo integral de la infancia y adolescencia en el país.

La OMS (2017) define la salud como un estado de bienestar físico, social y mental, que no se limita a la ausencia de enfermedad, sino que también involucra la promoción de un bienestar integral. Desde esta perspectiva, la salud es un fenómeno dinámico que debe ser abordado en su complejidad y no desde un enfoque unicausal. Considerando que la salud mental está determinada por factores biopsicosociales, en 2005 la OMS estableció la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, con el objetivo de asesorar sobre estrategias para mitigar sus efectos negativos. Estos determinantes incluyen las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como el acceso a servicios de salud, constituyéndose como factores clave en las inequidades sanitarias (OMS, 2013). La evidencia ha demostrado que la pobreza y la desigualdad socioeconómica son factores de alto riesgo para el desarrollo de trastornos mentales (Leiva, et al., 2021; Knifton y Inglis, 2020).

Si bien algunos trastornos psicopatológicos tienen una base genética relevante, como la esquizofrenia, en otros casos, como la depresión, el trastorno obsesivo-compulsivo, el abuso de sustancias y algunos trastornos de personalidad (TDP), la manifestación de síntomas se encuentra fuertemente influenciada por el entorno socioambiental de la persona (Saraceno y Martínez, 2018). La victimización infantil está fuertemente asociada al desarrollo de psicopatología (Pereda et al., 2013). A pesar de la evidente relación entre determinantes sociales y salud mental, la inversión en esta área sigue siendo baja en comparación con su impacto en la calidad de vida y el bienestar infantil, lo que subraya la urgencia de reforzar las políticas públicas en este ámbito (Leiva, et al., 2021).

Tal como lo advierten Barudy y Dantagnan (2011), la infancia no ha sido históricamente una prioridad en las decisiones de política pública, lo que ha perpetuado un contexto en el que la violencia y los malos tratos siguen formando parte de la experiencia de muchos NNA. En este sentido, los autores enfatizan:

“Desgraciadamente, a la hora de establecer las políticas públicas y la distribución de presupuestos, la infancia y su desarrollo sano no son, ni han sido nunca, una

prioridad en ningún país del mundo. Al contrario, tanto en los países ricos como en los llamados emergentes y en los países pobres siguen existiendo contextos, instituciones y creencias que, lejos de facilitar los buenos tratos a los niños y niñas, facilitan la violencia y los malos tratos. En ese sentido, es profundamente injusto atribuir a la familia o a los padres toda la responsabilidad del sufrimiento de sus hijos e hijas como resultado de los malos tratos, que a menudo se expresan a través de problemas de conducta, de aprendizaje, retrasos en el desarrollo u otros problemas de salud mental. Es razonable reconocer que existen factores culturales, sociales y económicos en nuestra sociedad que fomentan, fortalecen y mantienen situaciones y contextos perjudiciales para el desarrollo y bienestar infantil” (Barudy y Dantagnan, 2011, p. 17).

2.6. Intervenciones psicosociales en infancias victimizadas o con trauma

Para intervenir adecuadamente en la restitución de la homeostasis psíquica producto de la experiencia traumática es imprescindible identificar el estilo de apego, las estrategias de afrontamiento del niño o niña (NN) para tolerar su experiencia traumática o dolorosa y comprender la constelación traumática que se ha configurado producto de las experiencias. Esta es definida como "una constelación de síntomas, conductas y reacciones que expresan intentos desesperados del niño por buscar maximizar el vínculo de apego con los otros y, por sobre todo, minimizar sus experiencias somáticas, emocionales y mentales que se viven como completamente caóticas, desorganizadas, insoportables e inmanejables" (Lecannelier, 2018, p.9). Asimismo, resulta fundamental distinguir entre NN cuya victimización ha sido un evento aislado y aquellos en quienes se ha configurado como una condición constante, ya que estas diferencias influyen en la presentación sintomática y en la prognosis (Finkelhor, 2007).

En este sentido, establecer una evaluación psicosocial precisa y un tratamiento adecuado es esencial para responder a las necesidades específicas de cada NN y a la etiología del trauma (Lieberman y van Horn, 2009; Cohen et al, 2012b). Dado que la intervención con NN requiere un abordaje acorde a su etapa evolutiva, sus características individuales, y su contexto familiar y sociocultural, es crucial que los profesionales posean tanto competencias técnicas como habilidades relacionales para favorecer la reducción de los síntomas asociados al trauma.

A continuación, se presentan los enfoques terapéuticos con mayor respaldo empírico:

2.6.1. Terapia Cognitivo-Conductual Basada en el Trauma (TF-CBT)

La Terapia Cognitivo-Conductual Basada en el Trauma (TF-CBT) es una de las intervenciones más eficaces y ampliamente estudiadas en el tratamiento del TEPT infantil y adolescente (Gkintoni et al., 2024). Se basa en la combinación de técnicas cognitivas y conductuales para ayudar a los NN a procesar y modificar pensamientos disfuncionales relacionados con la experiencia traumática. Sus componentes incluyen psicoeducación, técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, exposición gradual a recuerdos traumáticos y entrenamiento en habilidades de afrontamiento. Además, incorpora a los cuidadores en el proceso terapéutico para fortalecer la red de apoyo del NN y mejorar la regulación emocional (Kanter y Pereda, 2020).

2.6.2. Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR)

La Terapia EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) ha mostrado eficacia en la reducción de síntomas del TEPT en NNA mediante la estimulación bilateral (movimientos oculares o tapping), que facilita el reprocesamiento de recuerdos traumáticos. Este enfoque permite disminuir la carga emocional de las memorias traumáticas sin necesidad de una exposición prolongada, lo que la convierte en una opción viable para NN con dificultades en la verbalización del trauma (Gkintoni et al., 2024). Sin embargo, la evidencia de su efectividad ha sido principalmente en la intervención en reestructuración cognitiva, siendo todavía insuficiente la evidencia de la eficacia de los movimientos oculares en NN.

2.6.3. Terapia de Exposición Prolongada para Adolescentes (PE-A)

Ha sido identificada como una estrategia efectiva para el tratamiento del TEPT en jóvenes expuestos a traumas reiterados. Consiste en la exposición gradual y controlada a recuerdos traumáticos, lo que permite reducir la evitación y el embotamiento emocional característicos del trastorno. La evidencia sugiere que la PE-A genera una mejora sostenida en la reducción de síntomas postraumáticos, con beneficios que persisten hasta un año después de la intervención (Rossouw et al., 2018).

2.6.4. Terapia Narrativa de Exposición (NET)

Es una intervención centrada en la reconstrucción de la historia vital del NN con énfasis en la elaboración del trauma. Se ha utilizado especialmente en NNA expuestos a traumas múltiples, como los refugiados o víctimas de violencia extrema. NET permite contextualizar las experiencias traumáticas dentro de una línea de vida, lo que facilita la integración de recuerdos y la disminución de la sintomatología postraumática (Peltonen y Kangaslampi, 2019).

2.6.5. Terapia de Juego y Terapia Basada en el Arte

La Terapia de Juego y la Terapia Basada en el Arte son intervenciones recomendadas para NN pequeños, ya que ofrecen formas no verbales de procesamiento del trauma. Estas terapias permiten que los NN expresen sus emociones de manera simbólica mediante el juego, el dibujo o la dramatización, facilitando así la elaboración del trauma cuando el lenguaje verbal aún es limitado. Se ha encontrado que la terapia de juego contribuye a la mejora de la autoestima y la regulación emocional, aunque su eficacia en la reducción de TEPT requiere mayor investigación (Humble et al., 2018).

2.6.6. Terapia Sistémica y Enfoques Basados en lo comunitario

Las intervenciones sistémicas consideran el impacto del trauma en el contexto familiar y social del NN. Modelos como la Terapia Sistémica del Trauma. Por ejemplo, en Chile se han implementado en NN institucionalizados/as, como en contextos escolares, estudios con el programa A.M.A.R (Lecannelier, 2016), propuesta de intervención práctica para abordar el trauma en la infancia basada en el enfoque del apego y en la mentalización, cuyas intervenciones se focalizan en incrementar la disponibilidad afectiva del adulto cuidador frente al estrés del NN, potenciando las siguientes características disposicionales en el adulto cuidador:

- Atención a las señales verbales y no verbales del NN como a sus características temperamentales.
- Mentalización, es decir, la habilidad del cuidador de inferir asertivamente los estados mentales del NN.
- Automentalización, que se refiere a la capacidad del adulto de inferir sus propios estados mentales en relación al NN.
- Regulación, que se refiere a la capacidad del adulto cuidador a regular el estrés del NN mediante estrategias de cuidados sensibles y protectoras.

Los estudios dan cuenta de que el estilo de apego puede modificarse y mejorarse mediante las intervenciones A.M.A.R y que la emoción del miedo producto del trauma la elaborará de manera significativamente más segura con cuidadores efectivamente disponibles y responsivos (Lecannelier, 2018). Sin embargo, a la fecha, este tipo de intervenciones no han sido sistemáticamente implementadas en los programas PRM en Chile.

2.6.7. Psicoterapia Parento-Filial (CPP)

La Psicoterapia Parento-Filial (CPP) es un enfoque basado en la relación entre el NN y sus cuidadores, enfatizando la importancia de una narrativa compartida sobre el trauma. Se centra en mejorar la regulación emocional, fortalecer el vínculo entre

el NN y el cuidador y restablecer la confianza en la protección parental. La CPP ha sido particularmente efectiva en el tratamiento del trauma en la primera infancia (Lieberman y van Horn, 2009).

En síntesis, la literatura sugiere que las intervenciones más efectivas para NN con TEPT incluyen enfoques basados en la evidencia, como TF-CBT, EMDR, PE-A y NET, combinados con modelos de intervención familiar y comunitaria. La selección de la intervención más adecuada debe considerar la etapa evolutiva, el contexto sociocultural y la naturaleza del trauma. Es importante continuar investigando la aplicabilidad de estos tratamientos en diversos entornos culturales, especialmente en países de ingresos medios y bajos (Saraceno y Martínez, 2018).

2.7. Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Infantil (PRM)

Para el abordaje de vulneraciones constitutivas de delito hacia niñas, niños y adolescentes (NNA), los países han implementado distintos organismos y programas, tanto para prevenirlas como para interrumpirlas y abordar las consecuencias psicosociales que estas transgresiones generan. Sin embargo, es relevante consignar que, en cuanto a la accesibilidad a estos servicios, la evidencia sugiere que mientras menor edad tenga el niño o niña (NN), menor es la probabilidad de que reporte la vulneración de la cual es víctima, principalmente en contextos de soporte legal (Finkelhor, 2007).

En Chile, la protección y restitución de los derechos de NNA entre 0 y 18 años, se encuentra bajo la dirección gubernamental de Mejor Niñez, del Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Según la cuenta pública divulgada por la institución en 2023, el Servicio atendió a 226.695 NNA mediante sus diferentes programas, de los cuales 53,6% correspondieron a género femenino y 46,4% a masculino.

En Chile, NNA víctimas de vulneraciones constitutivas de delito, son derivados - mediante Fiscalía, Tribunales de Familia o el Servicio de Protección- a Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Infantil (PRM), a cargo de Organismos Colaboradores Acreditados (OCA) por Mejor Niñez. Éstas, en su mayoría son instituciones privadas sin fines de lucro, como fundaciones o corporaciones que colaboran con el Estado y que tienen presencia en todas las regiones del país. Estos organismos tienen como objetivo la reparación del daño asociado a la vulneración y orientan su intervención en la protección de los derechos, promoviendo su recuperación psicosocial (UNESCO, 2021) debiendo centrar su accionar en:

“Contribuir a la protección de los derechos de esos niños, niñas y adolescentes, promoviendo su recuperación integral (física, psicológica, social, sexual, emocional) que debe asegurar la interrupción del maltrato y proveer de contextos protectores en el proceso a través de una intervención especializada, de reparación y resignificación de las experiencias abusivas que los niños, niñas y adolescentes han vivenciado” (Mejor Niñez 2023, p.3).

Estos programas deben cumplir con el objetivo general de “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” (Mejor Niñez, 2023, p.5) y como objetivos específicos “interrumpir la situación de maltrato y/o abuso, constitutivo de delito, mediante la activación de mecanismos judiciales requeridos para resolver la situación legal del niño/a y facilitar el acceso a la red de justicia; favorecer el proceso de resignificación de la experiencia de maltrato o abuso en el niño, niña o adolescente y el adulto responsable; fortalecer los recursos familiares y sociales para el bienestar psicológico y social del niño, niña o adolescente, víctima de maltrato y abusos” (Mejor Niñez, 2023, p.5).

Los PRM se encuentran en la categoría de programas de carácter ambulatorio, existiendo distintos tipos de programas en la red de Mejor Niñez dentro de esta tipificación, variando su nombre y forma de intervención en virtud de los objetivos y causal de ingreso a los mismos. Según datos entregados por Mejor Niñez (2024), el 59% de NNA ingresados a la red se encontraría en programas ambulatorios. Reportan que actualmente existen 265 PRM funcionando en todo el país, con un total de 55.278 NNA atendidas/os entre 2023 y 2024, correspondientes a diversas OCA, con un promedio de plazas por cada programa que varía entre 50 a 100, existiendo la mayor cantidad en la Región Metropolitana.

Del total de PRM a nivel nacional, el 13,5% (n=36) pertenecen a Corporación Opción, institución en la que se desarrolló el presente estudio. Ésta es un órgano privado sin fines de lucro, fundada en 1990, cuya visión es promover, proteger y apoyar la restitución de derechos de NNA. Actualmente desarrolla más de 120 programas de infancia a lo largo de Chile, con presencia en las regiones de Tarapacá, Atacama, Coquimbo, O’Higgins, Maule, Ñuble, Biobío, Aysén, Magallanes y Metropolitana, brindando atención a alrededor de 21.000 NNA (OPCION, 2024).

En cuanto a la orgánica de los PRM, en su mayoría son de administración centralizada en Santiago de Chile, con presencia también en diversas regiones del país, como es el caso de Corporación Opción. Otros PRM tienen carácter local, como la Fundación Ciudad de Niño Ricardo Espinosa, con presencia solo en la Región del Biobío. Los programas se ejecutan a través de duplas psicosociales (trabajadores sociales y psicólogas/os) que intervienen directamente con NNA y

sus adultos/as responsables (AR) en el proceso de resignificación traumática. Cuentan con un equipo directivo local y otro centralizado en el caso de aquellos que tienen presencia en diversos territorios del país. Algunos PRM cuentan con un abogado/a que analiza y colabora con el análisis de los procesos judiciales. Algunos de estos programas incorporan asesores técnicos, de profesión psicólogos/as o trabajadores sociales que contribuyen al análisis clínico y social de los casos. Las fiscalizaciones por parte de Mejor Niñez son designadas a un supervisor que asiste ocasionalmente al programa a revisar el estado de las intervenciones y sus aspectos administrativos.

Respecto a la calidad de las intervenciones psicosociales de los PRM existe muy escasa investigación y sistematización tanto de los resultados como de los marcos metodológicos sobre los cuales configuran sus procesos terapéuticos. Pese a que deben elaborar un plan de intervención para cada niño que atienden, en la práctica estos quedan sujetos a las formas de cada programa, son escasamente fiscalizados y sus intervenciones no se encuentran estructuradas necesariamente en base a evidencia (Contreras y Muñoz, 2017), por lo tanto, su eficiencia puede variar sustancialmente en virtud de los/as profesionales a cargo de cada caso o del mismo organismo colaborador, lo cual afecta la calidad del proceso de resignificación traumática del NN usuario/a del programa. En esa línea, un estudio desarrollado por la UNICEF (2019), determinó que, en cuanto a la calidad de los programas ambulatorios de la red, si bien existen lineamientos en las mismas OCA sobre enfoques de género o derechos humanos, no presentan una indicación concreta sobre cómo estos lineamientos se pueden traducir en la práctica de la intervención. Asimismo, otro estudio basado en revisión de documentos oficiales de en ese entonces SENAME, entrevistas a supervisores de los PRM y también directores de PRM concluye que, si bien se propende a un equipo psicosocial con especialización en maltrato y abuso sexual infantil, la mayoría de las/os duplas psicosociales no contarían con dicha preparación técnica. A su vez, existiría alta rotación de profesionales principalmente debido a las bajas remuneraciones, pero también por contratos laborales inestables y deficientes condiciones de trabajo, aspectos que mermarían la calidad de las intervenciones de este tipo de programas (Bilbao, 2019; Contreras y Muñoz, 2017).

Flores et al. (2012) desarrollaron un estudio cualitativo en los PRM de la Región de Ñuble, en el que se investigó la construcción metodológica de las intervenciones psicosociales en los PRM mediante entrevistas a profesionales y en el que se concluyó que, en general, las intervenciones serían construidas en base a la práctica cotidiana del ejercicio profesional de cada trabajador, adaptando la teoría a la realidad particular de los usuarios en virtud de las necesidades que el/la profesional colige que requeriría el/la NN como su familia. Mencionan, sin

embargo, que el marco teórico transversal de las intervenciones, independientemente del/la profesional responsable de cada caso, es la Convención sobre los Derechos del Niño. Asimismo, el estudio concluye que, si bien SENAME -en ese entonces- otorgaba lineamientos generales para el funcionamiento de estos programas, asociados a objetivos generales y específicos con los/as usuarios/as y sus familias en base a la restitución de derechos vulnerados y un plan de intervención con fases de diagnóstico, tratamiento y egreso en un proceso aproximado de 12 meses, el funcionamiento y los modos de trabajo son interpretados y abordados según las determinaciones internas de cada organismo colaborador. También las/os profesionales señalan que contarían con escasos espacios de coordinación y análisis de casos por parte de la dupla psicosocial para tomar decisiones coherentes a las necesidades particulares del caso.

En cuanto a los modelos teóricos en que basan sus intervenciones, el estudio refiere que:

“Las profesionales de los equipos de reparación no reconocen una influencia directa de la formación profesional en el proceso de construcción de sus intervenciones, ligándolas más bien a elementos que provienen de los aspectos éticos que se deben contemplar en toda intervención y que en este tipo de programas en particular responde al resguardo y adecuada utilización de la información que se maneja de los diferentes casos” (Flores et al., 2012, p.165).

En cuanto a la especialización, este estudio reporta también que las/os profesionales se autogestionarían instancias de capacitación en enfoques de intervención y prácticas en modelos de intervención. En ese contexto, refieren que psicólogas/os y trabajadores sociales tienden a adscribir a distintos modelos de intervención, destacando los/as primeros implementación de teoría propia de su formación profesional y técnicas de intervención con NN basadas en el juego, los dibujos y en la expresión simbólica. Con adolescentes, indican fomentar el vínculo mediante temas que puedan ser de su interés según su ciclo evolutivo.

Por su parte, trabajadores sociales tienden a mencionar un marco teórico ecléctico y basado principalmente en el enfoque ecosistémico. Estos profesionales intervendrían mediante la técnica de la entrevista y sesiones socioeducativas a los adultos/as cuidadores relativo a derechos de la infancia, procesos judiciales y temas asociados directamente al abuso; sin embargo, reconocen una necesidad de mayor innovación y amplitud de técnicas para el trabajo con las familias, dado que éstas constituyen el principal núcleo de contención y apoyo al proceso de resignificación traumática del NN, reconociendo carencias en los recursos de intervención con los que disponen. En esa línea, destaca este estudio que en ocasiones habría comunicación y complementariedad insuficientes entre las

mismas duplas de trabajo, puesto que existiría una asimetría de poder, la cual estaría detentada primordialmente por la/el psicóloga/o en desmedro del/a trabajador/a social, forma de relación profesional que descendería la calidad de un trabajo coordinado y coherente.

En este mismo estudio, Flores et al. (2012) concluyen que algunos de los nudos críticos que mencionan los/as profesionales de estos programas en el abordaje terapéutico de resignificación traumática es la resistencia de los NNA como de sus familias a las decisiones establecidas por las duplas psicosociales. Asimismo, reconocen que en ocasiones la operacionalización de los objetivos individuales de intervención como del trabajo con familia y redes comunitarias, puede variar según el criterio de cada profesional, lo cual puede generar una variación en la calidad de la intervención. Otro estudio pesquisó que los objetivos de intervención de los programas ambulatorios no serían coherentes a lo efectivamente abordado en cada sesión, observándose que, si bien el objetivo se define de acuerdo con las necesidades del NN en base al plan de intervención individual, en la práctica las acciones estarían más orientadas hacia el adulto responsable y la contingencia. Por tanto, concluyen que “es necesario que el Servicio entregue indicaciones claras sobre el modo en que se debe abordar la intervención, dando espacio para que se intervengan las necesidades emergentes de los niños/as y adolescentes y sus familias, pero evitando que se pierda el foco de la intervención y reparación” (UNICEF, 2019, p.12).

También existirían problemáticas relativas a la adherencia de los/as usuarios al proceso de intervención, las cuales estarían asociadas por ejemplo a temas de disponibilidad económica para el traslado al centro de atención o residencia en sectores alejados, como localidades pequeñas o sectores rurales. Igualmente, la disponibilidad horaria en función de la jornada laboral de los cuidadores y/o la jornada escolar de NNA obstaculizaría también el acceso al servicio y la adherencia al proceso en este tipo de programas (UNICEF, 2019).

Respecto de las características de las familias usuarias de estos programas, habría un número significativo de AR que habrían sufrido vulneraciones durante su infancia, las cuales no habrían sido tratadas ni resignificadas, presentando a su vez muchos de estos usuarios/as, brechas en el acceso a Servicios de Salud Mental (UNICEF, 2019).

Por otra parte, existiría un sentir por parte de profesionales de falta de instancias de autocuidado para el recurso humano desde el ambiente laboral, en consideración de la alta complejidad de los casos, generando desgaste emocional y laboral en las/os profesionales que intervienen (Flores et al., 2012).

En línea con lo expuesto en párrafos anteriores, la UNICEF (2019) concluye que resulta fundamental incrementar la calidad de las intervenciones de estos programas, tanto desde definir estándares mínimos de calidad como realizar evaluaciones periódicas y estandarizadas para medir los avances del usuario al inicio, durante y al finalizar el proceso de intervención. Igualmente, sugieren que las orientaciones técnicas de las líneas de acción debiesen disminuir la brecha teórico-práctica, dado que otorga principios generales, asociados por ejemplo a derechos del niño, género, migración, pero no presentan lineamientos concretos de acción para intervenir coherentemente.

Finalmente, para mejorar la calidad de las intervenciones es recomendable poner a los/as NNA y sus familias al centro de la intervención, a fin de incrementar la calidad de los procesos. Para lograrlo se sugiere implementar un sistema de intervenciones familiares con foco en los NNA, es decir en el proceso de reparación y restitución de derechos por sobre un enfoque de servicios familiares en virtud de la contingencia. Asimismo, considerar el enfoque evolutivo resulta fundamental, identificándose rangos etarios en las intervenciones con necesidades distintas, proponiendo categorizar los rangos evolutivos entre NN (hasta los 12 años) y adolescentes de los 12 a 18 años (UNICEF, 2019). Esto, debido a que la infancia es un periodo vasto y muy distinto según el ciclo del desarrollo del NNA, por lo que tanto las características de la vivencia, como de su abordaje, varía significativamente entre por ejemplo neonatos o lactantes, NN en edad escolar y adolescentes, existiendo todavía desafíos en la investigación en este campo (Finkelhor, 2007).

CAPÍTULO 3: MÉTODO

3.1. Diseño del estudio

3.1.1. Diseño Mixto con predominancia cualitativa

El presente estudio es de carácter exploratorio y adopta un diseño mixto con predominancia cualitativa, enmarcado en el paradigma pragmático (Creswell et al., 2007; Hamui-Sutton, 2013) y teoría fundamentada. Este enfoque permite comprender la experiencia y propuestas de los usuarios y profesionales de los PRM en Chile, al tiempo que incorpora una perspectiva territorial diferenciada para las zonas norte, centro y sur, considerando sus particularidades socioculturales.

Desde la perspectiva de la tipología tridimensional de métodos mixtos propuesta por Leech y Onwuegbuzie (2007), el diseño presenta un grado de mixtura parcialmente mixto dado que los datos cualitativos y cuantitativos se integraron al final del proceso de recolección. La recolección de datos se llevó a cabo con una temporalidad concurrente, permitiendo la obtención simultánea de datos cualitativos y cuantitativos.

La elección de este diseño responde a la necesidad de complementariedad entre los datos cualitativos y cuantitativos (Greene et al., 1989), ya que estos últimos proporcionan información adicional sobre la experiencia de los participantes en los PRM y sus propuestas para mejorar la intervención. La integración de datos y la orientación concurrente han sido metodológicamente respaldadas en la literatura (Onwuegbuzie y Collins, 2015).

El estudio cuenta con una muestra multinivel (Onwuegbuzie y Collins, 2015), en la cual los participantes de la fase cualitativa son niños y niñas (NN) en edad escolar y sus adultos responsables (AR), usuarios de los PRM pertenecientes a PRM-CEPIJ de Corporación Opción, en cinco regiones de Chile. En la fase cuantitativa, los participantes corresponden a profesionales tratantes (psicólogos/as y trabajadores sociales) que trabajan en todos los (36) PRM-CEPIJ de Chile.

La recolección de datos se realizó a partir de fuentes primarias, es decir, fueron generados directamente por la investigadora (Rapley, 2014). La Figura 1 ilustra las fases del estudio y sus respectivos participantes.

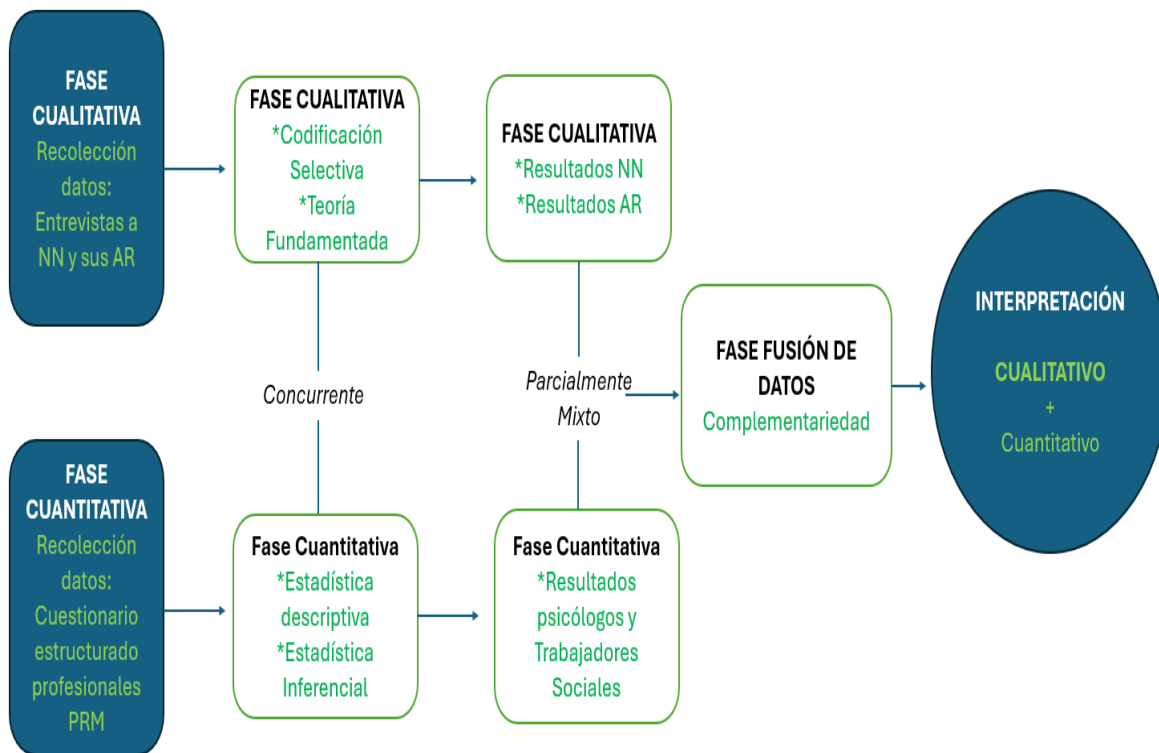


Figura 1. Diseño Mixto Exploratorio

3.2. Rigor metodológico

Para garantizar la validez y fiabilidad de este estudio mixto con predominancia cualitativa, se aplicaron los criterios de rigor científico y metodológico propuestos por Lincoln y Guba (1985) en el análisis y recolección de datos cualitativos:

- **Credibilidad:** Se procuró que los resultados fueran reconocidos como representativos de la experiencia de los/as participantes y de quienes trabajan en contextos similares. Para ello, los hallazgos fueron presentados en distintas instancias organizadas por la investigadora principal y Corporación Opción, incluyendo actividades telemáticas dirigidas a los/as participantes del estudio. La difusión de los resultados continuará una vez finalizada la presente investigación doctoral.
- **Confirmabilidad (Auditabilidad):** Se garantizó la transparencia del proceso investigativo, asegurando que otros/as investigadores/as pudieran seguir la trazabilidad de cada decisión metodológica y analítica. Para ello, se implementaron las siguientes estrategias:
 - Grabación de audio y transcripción literal de todas las entrevistas.

- Bitácora de investigación para documentar el proceso de análisis y sistematización de los datos.
- Registro detallado de cada etapa del estudio, permitiendo la replicabilidad y la posibilidad de alcanzar conclusiones similares.
- **Transferibilidad (Aplicabilidad):** Se buscó que los resultados del estudio pudieran extrapolarse a otros contextos con características similares. En este sentido, el diseño metodológico de la presente investigación podría ser replicado en otros PRM de distintas instituciones, así como en programas que intervengan con infancia en situación de vulneración de derechos, garantizando la pertinencia de las intervenciones psicosociales en diversos escenarios.

- **Dependencia (Consistencia):** Se procuró asegurar la estabilidad y coherencia del proceso investigativo a lo largo del tiempo. Para ello, se documentaron sistemáticamente los procedimientos de análisis y toma de decisiones, y se utilizó una bitácora de investigación como herramienta para registrar los cambios metodológicos, reflexiones analíticas y justificaciones frente a decisiones emergentes durante el estudio.

3.3. Consideraciones éticas

Se entregaron consentimientos informados a los/as participantes del estudio, es decir a los adultos responsables y profesionales. Igualmente, los adultos responsables firmaron un consentimiento informado, autorizando la participación del NN en la investigación. Por su parte al NN, se les aplicó un asentimiento informado (Vega et al., 2024). Todos estos formatos pueden ser revisados en el ANEXO I de este informe.

Igualmente, el estudio fue de carácter voluntario y se resguardó la confidencialidad de los datos personales de las/os participantes. Este estudio se alinea con la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), considerándolos como sujetos de derechos, favoreciendo su derecho a la opinión y a ser escuchados, así como su autonomía de decidir participar o no en el estudio. Cuando hubo casos en que se observó posibles negligencias en el proceso interventivo, nuevas victimizaciones u otros antecedentes relevantes en las necesidades proteccionales del NN, se informó oportunamente a la institución de Corporación Opción.

Este proyecto de tesis fue aprobado por el Comité Ético Científico de la Universidad de Concepción (CEC), de la Facultad de Medicina y el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Universidad de Concepción (ANEXO III). Igualmente, se aprobó a nivel central por Corporación Opción, mediante diversas conversaciones y la firma de un convenio de investigación (ANEXO II).

3.4. Fase Cualitativa

3.4.1. Diseño y enfoque

La fase cualitativa del estudio se diseñó bajo un enfoque exploratorio y fenomenológico dentro de un diseño mixto con predominancia cualitativa, alineado con una perspectiva *emic* (Denzin y Lincoln, 2011). Se buscó comprender la experiencia subjetiva de NN usuarios de los PRM y de sus adultos responsables, en relación con el proceso de intervención psicosocial, así como identificar propuestas para mejorar estos servicios.

3.4.2. Participantes y criterios de selección

La fase cualitativa incluyó a NN entre 7 y 12 años ingresados en PRM-CEPIJ de Corporación Opción, junto con sus respectivos adultos responsables. La selección se realizó mediante *muestreo de variación máxima* (Onwuegbuzie y Leech, 2007), asegurando diversidad geográfica y de motivos de ingreso.

- **Criterios de inclusión:**

1. Ser niño o niña entre 7 y 12 años, usuario/a de un PRM-CEPIJ de Corporación Opción.
2. Encontrarse en fase de tratamiento o egreso (mínimo 3 meses de intervención).
3. Contar con un adulto responsable identificado y dispuesto a participar.

- **Criterios de exclusión:**

Presentar impedimentos severos en la comunicación verbal (que dificultaran la participación en entrevistas orales), y en la capacidad de comprender severa (disfunción cognitiva).

3.4.3. Instrumentos

Se utilizaron entrevistas semiestructuradas en profundidad, diseñadas de forma separada y específicamente adaptadas para NN y adultos/as responsables (AR). Estas entrevistas abordaron dos dimensiones clave:

1. **Experiencia en la intervención psicosocial:**

- Comprensión del motivo de ingreso y objetivos de intervención por parte de los usuarios.
- Actividades realizadas y su impacto en la elaboración del dolor o trauma.
- Fortalezas y debilidades del PRM desde la perspectiva de los participantes.

2. **Propuestas para mejorar la intervención:**

- Sugerencias de NN para resignificar la experiencia traumática.
- Propuestas de los usuarios/as de actividades, abordaje terapéutico y condiciones del PRM ideal.
- Recomendaciones para fortalecer la relación terapéutica y adherencia al proceso.

3.4.4. Procedimiento

La investigación fue autorizada por Corporación Opción, entidad que revisó y aprobó los instrumentos de recolección de datos, garantizando su pertinencia y adecuación ética (Anexo II). La participación de NN y AR fue voluntaria, formalizándose mediante la firma de los respectivos asentimientos y consentimientos informados (Anexo I), en conformidad con los principios éticos de la investigación con seres humanos.

La convocatoria de participantes fue gestionada por las y los directores de cada PRM-CEPIJ, quienes invitaron a NN y a AR a participar en el estudio. Asimismo, se informó sobre la investigación a los/as directores/as de cada programa, asegurando transparencia en el proceso.

Las entrevistas se llevaron a cabo entre septiembre y diciembre de 2022, en cinco regiones de Chile:

- Región de Tarapacá (Norte Grande)
- Región de Atacama (Norte Chico)
- Región Metropolitana (Centro)
- Región de O'Higgins (Centro Sur)
- Región de Magallanes (Extremo Sur)

En cada una de estas localidades se convocaron a entrevistas a *ocho díadas (niño/a - adulto responsable)*.

Antes de su implementación, las entrevistas fueron sometidas a revisión de expertos y ajustadas en función de sus observaciones. Entre los especialistas consultados se encuentran Dra. Patricia Rubí (guía), Dra. Gabriela Nazar (co-guía) y Valeria Yáñez (psicóloga con amplia experiencia en PRM). Posteriormente, Corporación Opción aprobó la versión final de los instrumentos.

Las entrevistas fueron presenciales, realizándose en los respectivos PRM-CEPIJ de cada participante. Todas las entrevistas, tanto con NN como con AR, fueron conducidas por la tesista Varinia Leiva.

Adicionalmente, al inicio de cada entrevista, se completó una ficha de caracterización, en la que el profesional tratante proporcionó información sobre el niño/a participante, incluyendo:

- Motivo de ingreso al PRM
- Edad
- Género
- Adulto responsable a cargo
- PRM-CEPIJ de referencia.

3.4.5. Análisis de datos

El análisis cualitativo de las entrevistas se realizó bajo los principios de la Teoría Fundamentada Clásica (Glaser y Strauss, 1968), utilizando un enfoque inductivo y comparativo constante. Este enfoque permitió identificar patrones de sentido y construir un marco conceptual basado en las experiencias narradas por niñas, niños y sus adultos responsables, usuarios de los Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Infantil (PRM). El proceso analítico se estructuró en tres fases de codificación: abierta, axial y selectiva, con el apoyo del software NVivo (versión Release 1.7.2, 1560) para la organización y sistematización de los datos.

1. Transcripción y Preprocesamiento de los Datos

Todas las entrevistas fueron grabadas en audio y transcritas de manera literal, garantizando la fidelidad del contenido. Posteriormente, se llevó a cabo un proceso de anonimización, eliminando cualquier información que pudiera comprometer la identidad de los participantes. En ese respecto, en los resultados se pueden encontrar expresiones coloquiales o “chilenismos” dada la transcripción literal del contenido.

2. Codificación Abierta

En esta primera fase, se realizó una lectura minuciosa de las transcripciones para identificar fragmentos significativos en el discurso de los participantes. A cada unidad de significado se le asignó un *código inicial*, basado en términos empleados por los propios entrevistados (códigos in vivo) o en conceptos emergentes derivados del análisis. Este proceso permitió *fragmentar los datos* en unidades interpretables sin imponer categorías predefinidas.

3. Codificación Axial

En esta etapa se agruparon los códigos abiertos en categorías y subcategorías a partir de su similitud conceptual y de las relaciones observadas entre ellos. Estas categorías derivan de la integración de múltiples códigos abiertos que se repitieron con alta frecuencia y densidad conceptual.

Ejemplos de categorías y subcategorías:

- **Comprensión del motivo de ingreso.**
 - Subcategorías: Sí comprende el motivo de ingreso, No comprende el motivo de ingreso, comprende parcialmente.
- **Significado del proceso en el PRM**
 - Subcategorías: Sentirse mejor anímicamente, unidad familiar, jugar.
- **Aspectos relevantes del espacio físico (propuestas)**
 - Subcategorías: Espacios amplios, Juegos, Patio

Estas categorías fueron analizadas en relación con el motivo de ingreso y el territorio, permitiendo observar cómo ciertas experiencias o significados variaban o no según estas condiciones.

4. Codificación Selectiva y Construcción Teórica

En la fase final, se integraron las categorías centrales que emergieron con mayor recurrencia, densidad y profundidad analítica. Estas categorías permitieron construir una propuesta conceptual de intervención restaurativa, basada en los elementos identificados como significativos por los participantes para una intervención psicosocial efectiva.

Por ejemplo, las categorías en NN:

- *Actividades placenteras y lúdicas para olvidar el dolor*
- *Hablar de la victimización para elaborar el trauma*
- *Profesional amable y empático.*

En AR, se pueden ejemplificar las siguientes categorías:

- *Análisis de la propia historia para empatizar*
- *Entender su rol en el proceso*
- *Psicoeducación en ciclo evolutivo*

Éstas fueron consideradas ejes estructurales de la propuesta, por su centralidad transversal en los relatos y su conexión con elementos de agencia, reparación y sentido subjetivo de justicia.

5. Análisis Diferenciado por Tipo de Participante y Zona Geográfica

- **Por tipo de participante:** Se realizó un análisis separado de los relatos de NN y AR.
- **Por zona geográfica:** Se exploró la existencia de diferencias y similitudes experiencia en NN entre las *cinco macrozonas del estudio (Norte Grande, Norte Chico, Centro, Centro Sur y Extremo Sur)*, permitiendo examinar variaciones según el contexto territorial y sociocultural.
- **Por motivo de ingreso:** Se compararon diferencias y similitudes según motivo de ingreso de NN.

La saturación teórica se alcanzó cuando la incorporación de nuevas entrevistas no aportó información novedosa, asegurando la exhaustividad de las categorías emergentes, lográndose ésta en 5 días por región, es decir, se analizaron un total de 50 entrevistas. Se contrastaron datos entre entrevistas y entre subgrupos, identificando patrones transversales y diferencias contextuales (comparación constante)

El análisis cualitativo permitió *comprender la experiencia de los participantes en los PRM*, identificar *factores clave en la efectividad de la intervención psicosocial* y recopilar *propuestas de mejora* desde la perspectiva de NN y AR.

3.5. Fase Cuantitativa

La fase cuantitativa tuvo como propósito *explorar la experiencia y percepciones de los profesionales de PRM* respecto a las intervenciones psicosociales con NN y sus familias. Se desarrolló en **dos etapas principales**:

1. **Construcción del cuestionario:** Diseño y validación de un instrumento estructurado basado en insumos cualitativos y revisión experta.
2. **Aplicación del cuestionario:** Implementación en una muestra censal de profesionales de PRM en Corporación Opción.

La Figura 2 ilustra este proceso metodológico.



Figura 2. Etapas Fase Cuantitativa.

3.5.1. Etapa Construcción del Instrumento

3.5.1.1. Objetivo del cuestionario

El cuestionario fue diseñado con el propósito de recoger información sobre la experiencia laboral de los profesionales en PRM y sus percepciones sobre la efectividad y calidad de la intervención psicosocial. No fue concebido como un instrumento psicométrico, sino como un recurso de investigación para identificar tendencias generales y opiniones de los profesionales sobre la intervención en PRM.

3.5.1.2. Desarrollo del contenido del cuestionario

Para garantizar la relevancia y validez de contenido, se llevó a cabo una fase exploratoria cualitativa, en la que se realizaron entrevistas en profundidad con dos expertas: una psicóloga y una trabajadora social con vasta experiencia en PRM (entrevistas completas en ANEXO VI).

- **Objetivo de las entrevistas:** Identificar los elementos clave que deberían ser considerados en el cuestionario, asegurando que el instrumento refleje las experiencias y discursos de quienes trabajan en el área.

- **Temáticas exploradas:**

Misión y visión de los PRM.

Capacidad de los programas para facilitar la reelaboración del trauma y la restitución de derechos.

Condiciones laborales y metodologías de intervención.

Rol del psicólogo/a y trabajador/a social en los PRM.

Métodos de trabajo con NN en edad escolar y sus familias.

A partir del *análisis de contenido* de estas entrevistas, se identificaron *conceptos centrales* que estructuraron la construcción del cuestionario.

3.5.1.3. Estructura y operacionalización de las variables

El cuestionario fue diseñado en formato estructurado y basado en métodos validados de construcción de Escalas Likert (Morales, 2003; Cortada, 2004), combinando:

Escala Likert de cinco niveles, donde los participantes expresaron su grado de acuerdo con afirmaciones sobre la experiencia laboral y calidad de la intervención. La codificación fue:

Muy de acuerdo = 1

Algo de acuerdo = 2

Ni de acuerdo ni en desacuerdo = 3

Algo en desacuerdo = 4

Muy en desacuerdo = 5

1. Preguntas de selección múltiple, que permitieron obtener respuestas específicas sobre aspectos de la intervención psicosocial.

Los ámbitos incluidos en el instrumento son:

1. Experiencia laboral en PRM:
 - Condiciones laborales y carga de trabajo.
 - Metodologías y estrategias de intervención.
 - Supervisión y apoyo profesional.
 - Percepción sobre la efectividad de la intervención psicosocial.
2. Propuestas para mejorar la calidad de la intervención:
 - Opiniones sobre cambios en los modelos de intervención.
 - Estrategias para optimizar la restitución de derechos.
 - Métodos innovadores para la intervención con NN y familias.
3. Datos sociodemográficos:
 - Edad, género, profesión, años de experiencia en PRM.

- Ubicación geográfica del PRM donde trabaja el profesional.

El detalle de las variables explicativas y de criterio se encuentra en la Tabla 1.

Tabla 1. Descripción de Variables: Explicativas (independiente) y de Criterio (dependiente)

Tipo de Variable	Nombre	Definición	Medición
Variable Explicativa	Edad	Edad del participante en años	Valor numérico (años cumplidos)
Variable Explicativa	Profesión	Título profesional del participante	Psicólogo/a - Trabajador/a social
Variable Explicativa	Tiempo en PRM	Años de experiencia en programas PRM	Valor numérico (años)
Variable Explicativa	Género	Identidad de género del participante	Mujer - Hombre - Otro
Variable Explicativa	Ubicación PRM	Macro zona geográfica en la que trabaja el profesional	Norte Grande (NG) - Norte Chico (NC) - Región Metropolitana (RM) - Sur (S) - Extremo Sur (SE)
Variable de Criterio	Experiencia en PRM	Percepción sobre la intervención psicosocial	Escala Likert (1 a 5)
Variable de Criterio	Condiciones laborales	Evaluación de carga laboral y estructura organizativa	Escala Likert (1 a 5)
Variable de Criterio	Estrategias de intervención	Percepción sobre efectividad y aplicación de métodos terapéuticos	Escala Likert (1 a 5)
Variable de Criterio	Propuestas de mejora	Estrategias para fortalecer la intervención	Escala Likert (1 a 5) y selección múltiple

*Nota. Las variables explicativas describen características sociodemográficas y laborales de los participantes, mientras que las variables de criterio evalúan la percepción sobre la experiencia y efectividad de la intervención psicosocial en PRM.

3.5.1.4. Validación del Instrumento

Para garantizar la validez de contenido y la adecuación del lenguaje, el cuestionario fue sometido a *evaluación de expertos*:

- Revisión por las profesionales entrevistadas en la fase exploratoria.
- Evaluación por el equipo técnico de Corporación Opción.
- Supervisión por la guía y co-guía de la tesis doctoral.

Este proceso permitió realizar ajustes en la redacción de los ítems, mejorar la claridad de las preguntas y asegurarse de que el lenguaje utilizado fuera comprensible y pertinente para los profesionales en PRM.

Para evaluar la *consistencia interna* del cuestionario aplicado a profesionales de PRM, se calculó el *Alfa de Cronbach* en dos subescalas diferenciadas: 1) experiencia en PRM y 2) propuestas para una intervención psicosocial de calidad. Este cálculo se realizó solo sobre los ítems con escala Likert (1 a 5), excluyendo las preguntas de selección múltiple, ya que estas últimas no conforman una escala continua.

El análisis arrojó los siguientes resultados:

- **Experiencia en PRM ($\alpha = 0,78$):** Buena consistencia interna, indicando que los ítems miden de manera homogénea la percepción sobre la intervención psicosocial y condiciones laborales. Esta subescala contiene 15 ítems.
- **Propuestas de Mejora ($\alpha = 0,75$):** Fiabilidad aceptable, reflejando una adecuada correlación interna entre los ítems que evalúan estrategias para optimizar la intervención en PRM. La subescala de propuestas está constituida por 13 ítems.

Estos valores confirman que el cuestionario presenta *una estructura confiable*, permitiendo analizar tendencias en la percepción de los profesionales de PRM con un nivel adecuado de precisión y estabilidad en sus mediciones, asegurando que los datos recogidos son coherentes, reproducibles y metodológicamente sólidos (Nunnally y Bernstein, 1994).

3.5.2. Aplicación del Cuestionario

3.5.2.1. Profesionales Participantes

La población objetivo estuvo conformada por psicólogos/as y trabajadores/as sociales de los PRM-CEPIJ de Corporación Opción, quienes intervienen directamente con NN víctimas de vulneraciones y sus familias. Se aplicó un muestreo censal, convocando a la totalidad de los profesionales que cumplían con los criterios de inclusión. Según registros de Corporación Opción al 30 de junio de 2021, la institución contaba con 36 PRM activos a nivel nacional, con 147 trabajadores/as sociales y 140 psicólogos/as, sumando 287 profesionales potencialmente elegibles.

3.5.2.2. Criterios de Inclusión y Exclusión

Se incluyeron profesionales que:

- Fueran psicólogos/as o trabajadores/as sociales activos en PRM-CEPIJ de Corporación Opción.
- Ejercieran intervención directa con NN y sus familias.
- Aceptarán participar voluntariamente completando el consentimiento informado y el cuestionario.

Se excluyeron quienes:

- No tuvieran intervención directa (por ejercer funciones administrativas o de supervisión).
- Declinaran participar en el estudio.
- Presentaran respuestas incompletas o inconsistentes en el cuestionario.

Este proceso garantizó que los datos fueran aportados exclusivamente por profesionales con experiencia directa en la intervención psicosocial en PRM, fortaleciendo la validez del estudio.

3.5.2.3 Procedimiento de aplicación

El *cuestionario fue aplicado de manera online*, lo que permitió acceder a profesionales en diferentes zonas del país, mediante un link enviado directamente a sus correos electrónicos. La invitación a participar fue gestionada a través de los directores de cada PRM-CEPIJ, quienes socializaron la investigación con sus equipos profesionales. Se garantizó el anonimato y la voluntariedad en la participación.

3.5.3 Análisis de Datos

El análisis cuantitativo se realizó utilizando estadística descriptiva e inferencial, a través del software SPSS 25.

3.5.3.1. Análisis descriptivo

Se calcularon medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar) para caracterizar las respuestas en cada dimensión.

3.5.3.2. Análisis inferencial

Se aplicaron pruebas estadísticas para evaluar diferencias entre grupos, particularmente entre profesiones (psicólogo v/s trabajadores sociales) como también entre zonas geográficas (norte grande, norte chico, centro, sur y extremo sur).

Tabla 2. Análisis Estadístico

Objetivo	Variables	Instrumento	Tipo de Análisis	Pruebas Estadísticas
Describir el perfil sociodemográfico de los/as participantes.	- Localidad laboral - Edad - Género - Profesión (Psicólogo/a o Trabajador/a Social) - Tiempo en PRM	Ficha sociodemográfica	Descriptivo	Frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central
Determinar las tendencias generales en cuanto a las opiniones.	- Experiencia en la intervención psicosocial y sus dimensiones - Propuestas para mejorar las intervenciones	Cuestionario estructurado	Descriptivo	Frecuencias relativas y absolutas, medidas de tendencia central (Media, Mediana, Moda)
Determinar las relaciones entre factores sociodemográficos y variables dependientes.	Variables explicativas: Profesión y zona geográfica Variables de criterio: Experiencia en PRM y propuestas de mejora	Ficha sociodemográfica y Cuestionario estructurado	Análisis inferencial	Prueba T de Student (comparación entre profesionales) ANOVA (comparación entre zonas geográficas) Chi-cuadrado (asociaciones en preguntas de selección múltiple) *p < 0.05, IC 95%*

*Nota. Se utilizaron pruebas estadísticas para evaluar diferencias entre grupos profesionales y regiones, con un nivel de significación de $p < 0,05$ y un intervalo de confianza del 95%.

Las variables explicativas (edad, género, profesión, tiempo en PRM y ubicación geográfica) fueron utilizadas para examinar su relación con las variables de criterio (experiencia en PRM y propuestas de mejora en la intervención). Para ello, se aplicaron pruebas estadísticas inferenciales, incluyendo prueba T de Student para comparar diferencias entre psicólogos/as y trabajadores/as sociales, ANOVA para evaluar variaciones entre las cinco macrozonas geográficas, y prueba de chi-cuadrado para analizar asociaciones en las respuestas de selección múltiple. Además, se realizaron análisis descriptivos para identificar tendencias generales en la percepción de los profesionales sobre las condiciones laborales, metodologías de intervención y estrategias de mejora en PRM.

3.6. Fase de Integración de Resultados

La integración de los resultados cualitativos y cuantitativos se realizó mediante *triangulación convergente* (Fetters et al., 2013), contrastando las experiencias de NN, AR y profesionales de PRM para obtener una visión holística del fenómeno.

Se compararon los hallazgos en torno a dos dimensiones clave: **(1) la experiencia en la intervención psicosocial**, analizando coincidencias y discrepancias entre usuarios/as y profesionales respecto a la efectividad del proceso, y **(2) propuestas de mejora**, evaluando la pertinencia de las estrategias sugeridas desde ambas perspectivas.

Para ello, se utilizaron matrices de comparación de datos (Farmer et al., 2006), facilitando la identificación de patrones y diferencias por zona geográfica. La complementariedad de los datos permitió contextualizar las percepciones de los profesionales y enriquecer la interpretación de la experiencia de los usuarios/as, fortaleciendo la validez de los hallazgos y su aplicabilidad en la mejora de los PRM.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS

4.1. Descripción de la muestra cualitativa: Características de las y los participantes

La muestra cualitativa estuvo compuesta por 25 díadas (niño/a – adulta/o responsable), distribuidas en cinco macrozonas de Chile, asegurando diversidad territorial y sociocultural, como se ilustra en la Tabla 3.

Tabla 3. Distribución Geográfica y por Programa PRM de los Participantes de la Fase Cualitativa

Zona	Región	PRM-CEPIJ	Díadas (n)
Norte Grande (NG)	Tarapacá	CEPIJ Iquique	5
Norte Chico (NC)	Atacama	CEPIJ Copiapó	2
		CEPIJ Caldera II	3
Centro (RM)	Metropolitana	CEPIJ San Miguel	2
		CEPIJ Lo Prado	3
Centro Sur (S)	O'Higgins	CEPIJ San Fernando	5
Extremo Sur (SE)	Magallanes	CEPIJ Punta Arenas	5

**Nota. Se seleccionaron estas cinco regiones porque representan distintas realidades socioculturales, con PRM-CEPIJ activos dentro de Corporación Opción.*

4.1.1. Distribución por sexo y edad

Participaron 16 niñas y 9 niños, con un rango de edad entre 8 y 12 años (M = 10; DE = 1,34).

Niñas: 16

Niños: 9

Edad promedio: 10 años.

4.1.2. Distribución de adultos responsables

Los adultos responsables fueron *mayoritariamente* madres (n=21), seguidas de padres (n=2) y otros adultos (n=2) (abuelas o tías).

4.1.3. Motivos de ingreso a PRM

Los motivos de ingreso a los PRM de la muestra están representados en la Tabla 4.

Tabla 4. Distribución de Participantes Según Motivo de Ingreso a PRM

Motivo de ingreso	n	%
Maltrato (M)	11	44
Abuso Sexual Infantil (ASI)	9	36
Violencia Intrafamiliar (VIF) / Violencia de Género en la Pareja (VGP)	5	20
Total	25	100

*Nota. El 48% de los participantes (n=12) presentó más de un tipo de victimización, encontrándose algunos de éstos polivictimizados.

4.1.4. Codificación de participantes

Para preservar la confidencialidad y facilitar el análisis, a cada participante se le asignó un código único (Tabla 3) basado en:

Zona geográfica: NG (Norte Grande), NC (Norte Chico), RM (Centro), S (Centro Sur), SE (Extremo Sur).

Género: A (niña) o O (niño).

Edad: Número de años cumplidos.

Motivo de ingreso: M (Maltrato), VIF (Violencia Intrafamiliar), VGP (Violencia de Género en la Pareja), ASI (Abuso Sexual Infantil).

Tipo de adulto responsable: M (Madre), P (Padre), O (Otro adulto).

Ejemplo de codificación:

NC4.A.10.M.VGP → Norte Chico, niña de 10 años, ingresada por maltrato y violencia de género en pareja, con madre responsable (NC4M.A.10.M.VGP).

S3.A.11.VIF → Sur, niña de 11 años, ingresada por violencia intrafamiliar, con cuidadora tía (S3O.A.11.VIF).

La Tabla 5 presenta la lista completa de códigos de NN participantes y sus adultos responsables.

Tabla 5. Identificación participantes Fase cualitativa: NN y su respetiva adulta/o responsable

Niño o niña (NN)	Adulta/o responsable
Norte Grande (NG)	
NG1.O.10.VGP	NG1M.O.10.VGP
NG2.A.12.ASI	NG2M.A.12.ASI
NG3.O.8.M.VGP	NG3M.O.8.M.VGP
NG4.A.10.ASI	NG4M.A.10.ASI
NG5.A.10.ASI	NG5M.A.10.ASI
Norte Chico (NC)	
NC1.O.9.M	NC1M.O.9.M
NC2.A.9.VGP	NC2M.A.9.VGP
NC3.A.11.ASI	NC3M.A.11.ASI
NC4.A.10.M.VGP	NC4M.A.10.M.VGP
NC5.A.12.M	NC5M.A.12.M
Zona Central (RM)	
RM1.A.9.M	RM1O.A.9.M (Abuela)
RM2.O.11.M	RM2M.O.11.M
RM3.A.9.ASI	RM3M.A.9.ASI
RM4.O.10.M.VGP	RM4M.O.10.M.VGP
RM5.A.11.ASI	RM5M.A.11.ASI
Centro Sur (S)	
S1.O.8.M	S1M.O.8.M
S2.O.10.VGP	S2P.O.10.VGP
S3.A.11.VIF	S3O.A.11.VIF (Tía)
S4.A.8.M.VGP	S4M.A.8.M.VGP

S5.A.10.VGP	S5M.A.10.VGP
Extremo Sur (SE)	
SE1.A.8.M.VGP	SE1M.A.8.M.VGP
SE2.O.12.M	SE2P.O.12.M
SE3.A.12.ASI	SE3M.A.12.ASI
SE4.O.9.M	SE4M.O.9.M
SE5.A.12.M.ASI	SE5M.A.12.M.ASI

4.2. Descripción de la muestra cuantitativa: Característica de las y los participantes

Contestaron el cuestionario 233 trabajadores sociales y psicólogos de 34 PRM CEPIJ de Corporación Opción en Chile, del total de 36 programas activos a nivel nacional de dicha institución. Se excluyó a quienes respondieron no querer participar del estudio (n=6), quienes indicaron actualmente no estar interviniendo directamente con niños/as (NN) y sus familias (n=9) y quienes presentaron respuestas inconsistentes (n=1), quedando una muestra final de 219, con 48,4% de psicólogos y 51,6% de trabajadores sociales, con edades desde 24 a 51 años (M=32,46; D.E= 5,278). La Tabla 6 ilustra la distribución por género, tanto a nivel global como por profesión.

Tabla 6. Distribución de participantes por género y profesión (fase cuantitativa)

	Psicólogos	Trabajadores Sociales	Total
Género	n	n	n (%)
Hombre	20	7	27 (12,3)
Mujer	83	106	189 (86,3)
Otro	3	0	3 (1,4)

4.2.1. Distribución geográfica

La Figura 3 ilustra la distribución geográfica de los participantes, con mayor concentración en la Región Metropolitana y una distribución representativa en las demás macrozonas.

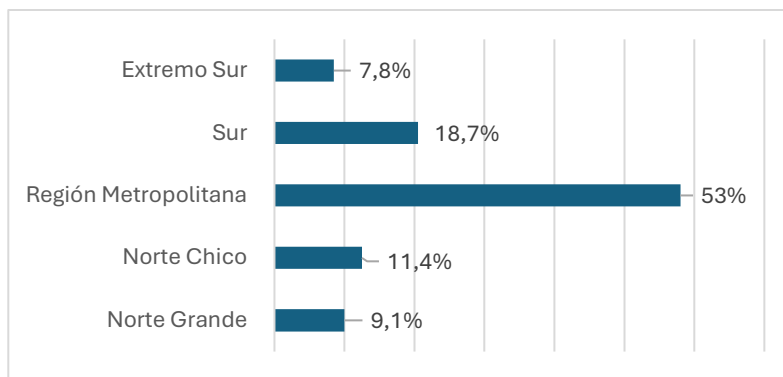


Figura 3. Distribución Geográfica profesionales.

4.2.3. Experiencia Laboral y Formación Profesional

Respecto a la trayectoria laboral en PRM, el 78,2% (n = 169) de los participantes no tenía experiencia previa en otros PRM antes de su ingreso a Corporación Opción. En términos de antigüedad, el 86,9% se incorporó entre 2019 y 2024, con un 45,1% (n= 100) ingresando en los años 2023 y 2024, evidenciando un equipo con predominancia de profesionales recientes.

En cuanto a la preparación profesional, el 95,4% (n = 209; M = 1,43; D.E = 0,662) se considera suficientemente capacitado/a para trabajar en la terapia de resignificación traumática con NN entre 7 y 12 años. Además, el 90,4% de los participantes indicó haber realizado acciones concretas para capacitarse en áreas relevantes para la intervención psicosocial en PRM.

Estos hallazgos reflejan una muestra con alta representación femenina, con predominancia de profesionales recientemente incorporados a los PRM y con una elevada autovaloración de sus competencias para el trabajo psicosocial con infancias victimizadas.

4.3. Resultados Cualitativos: Experiencia en la intervención psicosocial del PRM

Los resultados cualitativos que se presentan a partir de los siguientes apartados fueron construidos a partir de un análisis inductivo guiado por los principios de la **Teoría Fundamentada Clásica** (Glaser y Strauss, 1968), aplicando codificación abierta, axial y selectiva. Las categorías emergentes no fueron definidas previamente, sino que surgieron del proceso de comparación constante entre relatos, permitiendo identificar patrones de sentido, diferencias contextuales y

regularidades en las experiencias narradas por niñas, niños y sus adultos responsables, usuarios de PRM. Cada categoría se acompaña de citas textuales y comentarios interpretativos que ilustran las dimensiones subjetivas, relacionales e institucionales implicadas en las trayectorias de intervención. Esta presentación busca mantener fidelidad al lenguaje y experiencia de los/as participantes, dando cuenta del proceso analítico sistemático que sustenta los hallazgos.

4.3.1. Experiencia niñas y niños (NN)

4.3.1.1. Comprensión Motivo de Ingreso y qué es un PRM

Mayoritariamente, NN entrevistados sí logran comprender el motivo de ingreso.

NN entre 8 y 12 años tienden a describir, en un lenguaje no técnico, relatos que indican un entendimiento y problematización de la victimización asociada al motivo de ingreso, conforme a su ciclo evolutivo y desarrollo del lenguaje. La descripción de los motivos de ingreso tiende a presentarse en algunos NN como describiendo eventos vulneratorios en concreto que les sucedieron hasta NN que logran asociarlos con su nivel de bienestar personal y en otros casos, incluso a expresar un lenguaje más sofisticado que categoriza esos hechos en una victimización en concreto.

Logran describir motivos de ingreso relativos a maltrato (M), abuso sexual infantil (ASI), violencia intrafamiliar (VIF) y violencia de género en la pareja (VGP). Sin embargo, se percibe una menor comprensión de dinámicas relacionadas a violencia de género, pues lo refieren como contextos conflictivos nivel familiar.

Principalmente, en casos de maltrato, cuando se pesquisa mayor comprensión del motivo de ingreso, existe una descripción en la que se utiliza un lenguaje más directo que describe y categoriza la victimización.

Por ejemplo, NN víctimas de maltrato relatan eventos que describen la vulneración, pero a la vez logra categorizarlo como “maltrato”:

“Yo entendí que entré porque mi... mi padre biológico me maltrataba, me pegaba y me gritaba” (RM3.O.11.M).

“No sé si usted sabrá la historia, pero lo que pasa es que mí me ahorcaron, me maltrataron a mí. A mí lo que me pasaba es que yo, cuando vivía con mi mamá, a mí me pegaban, me gritaban, me insultaban y casi siempre lo hacía mi hermano y los gritos venían de mi mamá, los insultos (...) Mi mamá me insultaba, mi hermano era el que me pegaba, pero mi mamá le permitía pegarme. A veces cuando salían de la casa, mi mamá le decía < tienes permitido pegarle a tu hermano si es que hace algo malo > y mi hermano se aprovechaba de eso y me mandaba a hacer todas las cosas” (SE2.O.12.M).

Por su parte, en ASI, se observan relatos que van desde un polo explícito a otro mucho más vago en la descripción de la victimización. Hay NN que mencionan el constructo técnico de la vulneración, categorizándola como un abuso, como en el siguiente caso que describe de esta forma su motivo de ingreso *“para ayudar a las personas que han sufrido abuso sexual”* (NG4.A.10.ASI).

Hay niñas que tienden a relatar el hecho, observándose conexión emocional, pero sin mencionar la palabra técnica de la victimización o el abuso sexual, como el siguiente caso de una niña víctima de ASI:

“Entonces lo primero que me sacó mi prima fue que un día estábamos en la casa de ella con mi tía entonces, este, entonces como ella estaba en su cuarto, estaba tendiendo la cama, entonces, me dijo que la acompañara, entonces yo me senté ahí mientras ella en su cuarto tendía la cama y después nos pusimos a jugar y al tiempo después, eeh...nos acostamos en la cama entonces yo me volteé y ella como de costumbre siempre decía que la abrazara, entonces yo me volteé y ella me empezó a agarrar la boca (...)Entonces yo le dije a ella que no, que no porque yo todavía era menor de edad y no podía hacer eso. Entonces ella me dijo que bueno. Y después mi primo también fue lo mismo” (SE3.A.12.ASI).

En otros casos, se observa una descripción más evasiva, evitativa y escueta del hecho, como por ejemplo una niña de 12 años que relata de esta forma su motivo de ingreso al PRM, *“Por lo del colegio”* (SE5.A.12.M.ASI).

En los casos de Violencia Intra Familiar (VIF) se observa una tendencia a describirlo como “problemas familiares”, relevando la existencia de hechos violentos o peleas entre los adultos responsables, variando desde un polo más descriptivo (o disociativo) del evento a otro que analiza en mayor medida cómo esa violencia impactó en su bienestar.

El siguiente relato asociado al motivo de ingreso, da cuenta de una narración descriptiva del hecho, sin asociarlo espontáneamente a una afectación personal. Esta forma de relatar la victimización se observó más frecuentemente en casos de Violencia de Género en la Pareja (VGP), en el que el relato tiende a describir hechos de violencia, pero sin asociarlo directamente a una victimización hacia su persona ni tampoco a comprenderlo con perspectiva de género: *“porque nosotros teníamos problemas intrafamiliares, que habían muchas peleas en la familia y se solucionaban peleando y todo eso”* (S2.O.10.VGP); *“porque mi papá le pegaba a mi mamá”* (S4.A.8.M.VGP).

Por otro lado, hay NN que logran espontáneamente asociar esas dinámicas de VIF y relatar cómo aquello les afectó en su bienestar, como el siguiente caso: *“Porque*

la relación de mis papas era muy tóxica y porque peleaban mucho en el ambiente familiar. Hasta de repente se agarraban el moño y eso. Y eso a mí me tenía con, ciertamente, traumas, no sé, y por eso ahora estoy viviendo con mi abuela, para no vivir en un ambiente tan tóxico” (S3.A.11.VIF). Es relevante mencionar que la niña se encuentra actualmente bajo los cuidados de otra AR.

En cuanto a NN en los que se observó una nula o baja comprensión del motivo de ingreso al programa, sin lograr relatar vivencias concretas de victimización o nombrar la vulneración. Estas formas de describir el motivo de ingreso al PRM, se pueden categorizar de las siguientes maneras:

1. Descripciones altamente evasivas hasta argumentos que relacionan el motivo de ingreso a trabajo emocional con su persona e incluso, descripción vaga de apoyo personal o hacia la familia, o bien la negación de la victimización. El siguiente relato ilustra estas formas de negación o disociación:

- *“E: Se murió tu perrito y quizás también habías vivido cosas que no tenías que vivir como niño y que aquí te han ayudado a que eso ya no pase por los derechos de los niños ¿o no?”*

Niño: Ninguna más, solamente de mi perrito” (NG3.O.8.M.VGP).

2. Mencionan la necesidad de mejorar su contexto familiar, pero siendo vagos en describir qué se buscaría mejorar mediante el PRM. Los siguientes relatos ilustran estas formas de comprender su motivo de ingreso:

- *“Niña: Yo he entendido acá que nos apoyan y que tienen paciencia que nosotros E: Ya, bueno, de repente uno también ingresa al programa porque han pasado, quizás, alguna cosa difícil en la vida, algo complejo ¿usted qué es lo que ha logrado entender de eso complejo que quizá a usted le pueda haber pasado y por lo que entró?”*

Niña: No sé, pero sí tuve algo por qué entré” (NC4.A.10.M.VGP).

3. En otros casos, se presenta directamente la retractación, habiendo develado previo al ingreso al PRM, para posteriormente retractarse, tendiendo a categorizar su denuncia como una mentira, como se ilustra en el siguiente ejemplo: *“Que habían dicho un caso, una mentira, una mentira que había dicho mi papá (...) eh la mentira, había dicho... la mentira se trataba de que mi pololo me había tocado una parte” (NG5.A.10.ASI).* En este caso el agresor es el padre.

Cuando se les consulta qué es un PRM, las respuestas que se dan con mayor frecuencia tienden a describirlo como un programa que ayuda a mejorar los problemas familiares (n=9) y para ayudar a los/as NN en sus problemas personales (n=7). Las siguientes referencias ilustran respectivamente estas dos percepciones:

- *“El CEPIJ sirve para las personas que son como abusadas, así como que tienen problemas familiares”* (NG5.A.10.ASI).
- *“Para ayudar a los que tienen problemas familiares”* (SE1.A.8.M.VGP).
- *“Como que nos ayudan a olvidar los... por ejemplo, como a superar eh los problemas que hemos tenido. Por ejemplo, pueden ser problemas no sé po, físico, psicológicos, o como traumas, por así decirlo”* (NG2.A.12.ASI).

Otras descripciones refieren a que el programa tiene como objetivo ayudar a NN a desahogarse, a sentirse más protegidos, a olvidar vivencias dolorosas, saber cómo están los NN, ayudar a los adultos a cuidar mejor a los NN.

Se observa que NN víctimas de VGP tienden a describir la situación como situaciones de conflicto o violencia intrafamiliar, sin comprender la perspectiva de género o la violencia que esto implica hacia ellos como NN.

4.3.1.2. Comprensión objetivos terapéuticos y de intervención

El objetivo terapéutico que con mayor frecuencia NN mencionan es el manejo de emociones displacenteras (n=7), indicando pena, rabia, ansiedad, culpa y frustración. También, con alta frecuencia mencionan como objetivo terapéutico el abordaje de vínculos familiares (n=6). En los siguientes ejemplos, se ilustran estos dos objetivos, respectivamente:

- *“Cuando había esas peleas yo después sentía muchas emociones juntas, como rabia, pena, desagrado entonces ahora que hemos trabajado todo eso es como que uno se va aliviando de esas peleas” (S2.O.10.VGP).*
- *“Por ejemplo, como intentar de resolver los problemas con las palabras, no con gritos ni groserías ni golpes, o por ejemplo si hay un problema entre los grandes que no se metan los menores, separar y todo eso (S2.O.10.VGP).*
- *“Para mejorar mi relación con mi mamá” (SE4.O.9.M).*

Entre otros objetivos terapéuticos que también mencionan, se encuentran olvidar la experiencia de victimización, autoestima, derechos de los niños y expresión emocional.

Si bien, la mayoría logra identificar objetivos de trabajo durante el proceso, hay NN que no logran mencionar los objetivos terapéuticos que han trabajado:

- *E: ¿qué cosas has estado haciendo, trabajando junto al psicólogo o psicóloga?
Niña: Eh... talleres... cómo se dice eso... lo... lo que estamos haciendo ahora(...)
Es que no me acuerdo cómo se llama eso, ya se me olvidó (...)Lo que estamos haciendo ahora (...) Entrevís... entrevís...*

E: ¿entrevista?

Niña: Sí(...) No, ¿o sí? Ah ya no me acuerdo

E: Y ¿Qué cosas han ido trabajando de ti? Del motivo por el que tú ingresas a este programa

Niña: Hacer manualidades como dibujar” (NG5.A.10.ASI).

Otros/as, mencionan contenidos de intervención que no se relacionan necesariamente al motivo de ingreso y sus síntomas asociados, como por ejemplo bullying. Otros/as mencionan no saberlo o haberlo olvidado.

4.3.1.3. Actividades terapéuticas

Se han dividido las actividades en cuatro dimensiones: 1) Formato de la sesión: Familiares, individuales y grupales. 2) Objetivos o temáticas abordadas: Derechos de las infancias y abordaje de emociones/síntomas asociados a la victimización. En ambos enfoques se abordaron las actividades realizadas y la significación que le dieron NN a éstas. Igualmente se exploraron: 3) Actividades preferidas o significativas y 4) Actividades que menos les gustaron.

1- Formato de la Sesión

• Sesiones Familiares

Dentro de esta categoría, los juegos de expresión de emociones son el tipo de actividad que con mayor frecuencia mencionaron NN entrevistados (n=12). En general refieren que este tipo de sesiones les ayudaban a conocerse mejor entre los integrantes del sistema familiar. Juegos de mesa con contenido emocional o comunicacional fue el tipo de juego que con mayor frecuencia se mencionó (n=8), destacando la frecuencia de juegos de tableros de mesa de competencia con preguntas o actividades que los/as participantes debían realizar para avanzar o bien, juegos de cartas con preguntas. Los siguientes ejemplos ilustran dichas actividades:

- *“Niña: en una también jugamos un juego de preguntas(....)”*
E: ¿qué es lo que te gustaba?
Niña: Me gustaba ir a la sesión y ese juego (...)
E: ¿qué aprendiste en esa sesión?
Niña: Que uno...que uno tiene que decir las cosas, los secretos y no guardárselas” (RM1.A.9.M).
- *“E: ¿cómo te sentiste mientras hacían ese juego, qué emoción sentiste?”*
Niño: Alegría porque me entretiene e íbamos contestando
E: ¿y qué pudiste aprender de esa actividad? (...)
Niño: Responder lo que sentimos y lo que tenemos que decir” (NC4.A.10.M.VGP).

Dibujar en familia (n=10) constituyó el tipo de actividades que sigue mencionada con frecuencia. En algunos casos recuerdan actividades que se podrían denominar parte de un proceso de evaluación psicológica, específicamente pruebas proyectivas-gráficas, tales como el denominado “Test de la familia”, HTP, Test del

acuario o Pecera (Bender, 1989), pero describiendo la experiencia desde su vivencia, sin necesariamente entenderla como una evaluación propiamente tal.

-Niña: *Hacer dibujos*

E: *cuéntame qué...alguna actividad específica, concreta ¿Qué dibujo te hicieron hacer? ¿Con quiénes estaban en esa actividad?*

Niña: *Una casa, un árbol y el otro dibujo parece que era una persona, y el otro era un dibujo libre*

E: *Ya, y ahí ¿Estabas con quién?*

Niña: *Con mi hermana*

E: *Con tu hermana. Y después de hacer ese dibujo ¿Qué les hicieron, te hicieron hacer algo con el dibujo o era sólo hacer el dibujo?*

Niña: *Era hacer el dibujo mientras nos hablaban, así*

E: *¿Y qué emoción sentiste en esa actividad del dibujo?*

Niña: *Me sentí bien porque yo antes no dibujaba, no dibujaba mucho. Me la pasaba afuera con mis amigas porque yo, en Coyhaique, tengo una amiga que vive cerca mío, vive a una cuadra(...)*

E: *¿Entonces tú no dibujabas tanto, jugabas más afuera?*

Niña: *Sí, y a veces, cuando ella tenía su teléfono, no sé si conoce el juego Roblox y nos la pasábamos jugando ahí, haciendo batallas igual” (SE1.A.8.M.VGP).*

En otras actividades con dibujos, se menciona que debían representar a la familia, o cada integrante debía realizar su propio dibujo y luego compartirlo. Las temáticas de los dibujos solían ser desde los test psicológicos, dibujo libre, representación de emociones, representar historias con dibujos, dibujar gustos o intereses (familiares y personales), dibujo de recuerdos familiares. Generalmente participaban el NN y su madre y también, sesiones en las que participaban con hermanos y ocasionalmente, el padre. Las siguientes citas ilustran este tipo de actividades:

- Niña: *Se trató de dibujarnos a nosotros mismos con diferentes caras y cómo nos sentimos hoy día o cómo nos sentiremos mañana. Entonces cada dibujo tenía que tener una cara sonriente o una enojada o una triste.*

E: *Ya, ¿y tú te dibujaste a ti misma?*

Niña: *Sí*

E: *¿Y tu mamá se dibujó a ella?*

Niña: Sí(...)Y tuvimos que contarnos qué sentíamos(...)Mi mamá decía que se sentía feliz porque estaba con su familia, con su nieto y que estaba en casa con salud, la familia con salud y eso

E:¿Qué emoción sentiste tú cuando hiciste esta actividad con tu mamá?

Niña: Feliz

E: ¿Feliz? Y si pudieras retroceder el tiempo a esa actividad ¿Qué puedes aprender de esa actividad?

Niña: Puedo aprender cómo me siento yo pero con esas caras, porque hay una de preocupado, una de estresado, de miedo, entonces, puedo aprender cada día cómo me siento yo” (SE3.A.12,ASI).

- Niño: Un dibujo. Teníamos que escribir las cosas que nos gustan y que le gustan al otro y al final teníamos que hacer un dibujo (...)

E: ¿Y te acuerdas qué dibujaron?

Niño: Sí, era un puente con un río y patitos

E:Mira, qué lindo ¿Y cómo te sentiste en esa actividad de que tuvieron que dibujar las cosas que les gustan, el dibujo, qué emoción sentiste esa vez?

Niño: Relajado, ya que por lo menos fue algo donde, lo mismo, pudieron ver cómo trabajamos mi papá y yo

VL: ¿Y si pudieras sacar un aprendizaje de esa actividad, qué cosas podrías aprender de esa sesión que tuvieron juntos?

Niño: Yo creo que el trabajo en equipo que yo tengo con mi papá, trabajamos bastante bien” (SE2.O.12.M).

También, desarrollar manualidades en familia, distintas a dibujar aparece frecuentemente mencionado (n=6). Incluye actividades como construir algo con distintos materiales, actividades con masas (plastilina, arcilla), crear masas (*Slime*), pinturas, recortes, entre otras.

- Niño: Una actividad con mis dos hermanas y mi mamá, que fue hacer un árbol(...)

E:¿Y cómo te sentiste en esa actividad de hacer el árbol?

Niño: Feliz, porque era así como un árbol de la familia (...)

E: (...)¿qué aprendiste de esa actividad?

Niño: De que esforzándonos se puede hacer mejor el trabajo” (NC1.O.9.M).

Asimismo, hablar o conversar (n=6), también aparece frecuentemente mencionado como actividad, destacando temáticas como situaciones cotidianas (por ejemplo, rendimiento escolar, responsabilidades, entre otras), relaciones a nivel familiar, como en los siguientes ejemplos, respectivamente:

- *“Niña: Cuando conversamos de cómo me portaba, cómo me iba en el colegio, mis notas y esa (...)*

E: Ya y ¿fue principalmente conversar entonces?

Niña: Sí, conversar

E: ¿Y qué emoción sentiste mientras hablabas ese tipo de cosas frente a tu mamá?

Niña: Me sentí segura porque hablé cosas como mis gustos, mis notas, mis notas malas, mis notas buenas, sí

E: ¿Y qué cosas puedes aprender de esa conversación que tuviste con tu mamá, con el psicólogo esa vez?

Niña: A estar segura de sí misma, y aprender a decir las cosas que sientes, cómo estás y tus notas” (SE5.A.12.M.ASI).

Sin embargo, se observa que se han presentado algunas sesiones de “hablar en familia” en las que pareciera no haberse considerado al NN como sujeto activo en su proceso, sino más bien, como objeto pasivo y sin espacio de opinión frente al contexto adulto, en el que se lo exponen a mecanismos que podrían incrementar actitudes de silenciamiento, falta de visibilización de las necesidades del NN u otras dinámicas que pueden agudizar los síntomas asociados a la victimización, como en el siguiente ejemplo, en el que se observa parentificación de la niña respecto de su padre:

- *“Niña: Es que tengo dos papás: mi papá el que participó del juego y mi otro papá el que vino, vino acá y solamente hablábamos (...)*

E: ¿les hicieron algún juego o fue conversar principalmente?

Niña: Conversar

E: Conversar entonces de cómo se sentía él ¿qué otros temas hablaron esa vez, conversaron, les iba preguntando cosas, cómo era, cómo era esta conversación?

Niña: Como decía: cómo le iban en... como iban en su trabajo, cómo le iban de portarse con la familia

E: ¿Y a ti te preguntaban cosas o tú estabas más callada?

Niña: Yo estaba más callada porque le estaba hablando más a mi papá

E: Ya, ¿y mientras él hablaba, tú qué hacías?

Niña: Viéndolo” (NC3.A.11.ASI).

Respecto de los aprendizajes que NN mencionan obtuvieron a partir de las sesiones familiares, estos fueron diversos, siendo el más frecuente conocerse más entre los integrantes del núcleo familiar (n=7), como se ilustra en las siguientes referencias:

- “Qué es lo que le pasaba a cada persona, conocerlas mejor” (NG4.A.10.ASI).
- “Niña: Que fue buena porque teníamos que escoger el temperamento de nuestra mamá y así la puede ir conociendo mejor

E: ¿Y qué es lo más importante que aprendiste de esa actividad?

Niña: Que mi mamá tiene muchos caracteres que nosotros no conocemos, como que nosotros conocimos y que con animales se pueden formar los caracteres de alguien” (S4.A.8.M.VGP).

Le siguen en frecuencia, aprendizajes como compartir o expresar emociones (n=4), reconocer emociones (n=3), la importancia de pasar buenos momentos en familia (n=3) y recordar lindos momentos personales o en familia (n=3). A continuación, se ilustran algunos de estos aprendizajes:

- “Hablar de las emociones” (NG1.O.10.VGP).
- “Siempre hay que recordar lo bueno del pasado” (SE1.A.8.M.VGP).

Otros aprendizajes que se mencionaron con menor frecuencia fueron trabajar en equipo, desarrollo de habilidades para socialización, aprender a manejar distintas situaciones de la vida e incluso, mayor consciencia corporal (por ejemplo, a través de actividades de motricidad fina).

• **Sesiones Individuales**

Con mayor frecuencia, los participantes indicaron que las actividades individuales constituían un espacio para poder hablar de sus cosas (n=4) y también como un espacio de juego (n=2). Los siguientes ejemplos ilustran estas experiencias, respectivamente:

- “Bien, porque siento que me puedo dar, puedo tranquilizarme y contarle las cosas que me pasan” (NC2.A.9.VGP).
- “Que podré decir lo que siento” (NG3.O.8.M.VGP).

- *“Niña: Cuando jugamos con los juguetes (...) Jugamos con las muñecas y la cocina. En la cocina yo le preparo a la tía comida, y en la muñeca jugamos como que llegan a la casa, se quedan dormidos y cocinan ellos*

E: ¿qué es lo que más te gustó de esa sesión?(...)

Niña: Porque ella estaba jugando conmigo y no estaba jugando sola

VL: ¿cómo te sentías en esa sesión? ¿qué emoción sentías?

Niña: Mmm... mucha felicidad” (RM1.A.9.M).

Respecto de los aprendizajes de las actividades o sesiones individuales, en general, se observa una menor capacidad de verbalización de ésta, comparando por ejemplo con las sesiones familiares, observándose menor elaboración y sofisticación de las reflexiones que estas actividades les dejaron. Se mencionan aprendizajes como mejor manejo de emociones displacenteras o necesidad de observar en detalle lo que sucede en la familia.

- *“Niña: Sí, una es escuchar música, otra dibujar y otra es darme un baño tibio o caliente, pero mi mamá nunca me deja bañarme...o dormir*

E: ¿Cómo descubriste estas nuevas formas de botar esta rabia?

Niña: Porque el psicólogo me lo dijo

E: Mi niña y de ese juego que hiciste de las cartas ¿Qué es lo más importante que aprendiste en ese juego?

Niña: A no hacernos daño mutuamente, o sea, yo y mi hermana nos hacíamos daño, nos peleábamos...incluso ella me mordió un día, me mordió y se la pasaba mordiéndome o tirándome cosas o tirándome piedras. Un día ella me pegó en la cara. Un día, ella me mordió la cintura, por acá y se fue la marca porque antes tenía la marca, me duró como dos años la marca, me mordió fuerte” (SE1.A.8.M.VGP) .

- **Sesiones Grupales**

Otro tipo de actividad que refieren son aquellos talleres con otros NN del programa (n=4). Generalmente las indican como espacios de juego y una oportunidad de hacer nuevos amigos, destacando el carácter lúdico del taller, como en el siguiente ejemplo:

- *“Niño: Todas las sesiones son divertidas para mí. Además, que, a veces, me toca talleres que ahí puedo, ahí puedo conocer amigos también (...)*

- *E: ¿Qué han hecho en esos talleres que has conocido a otros niños?*

Niño: Hablar sobre nosotros

E: Y ¿cómo te has sentido?

Niño: y... y cuando hablamos con nosotros no decimos “a ver tú”, sino a veces agarramos una manta, ponemos una pelota al medio y la tenemos que mover. A quien le toque eh... va a decir sus... lo que le gusta hacer, eh... su... cómo se dice... mmm... que se tiene que presentar diciendo lo que a él le gusta, también... cómo se llama... su edad” (NG3.O.8.M.VGP)

2- Por objetivos o temáticas abordados:

- **Derechos de los niños y niñas (NN)**

Cuando se indaga respecto de actividades relativas al aprendizaje de los Derechos del Niño, la mayoría indican que sí han tenido actividades relativas a esta temática (n=21); sin embargo, con mayor frecuencia reportan que las han aprendido en la escuela o colegio (n=13), generalmente en el contexto de la asignatura de Historia. En ese respecto, se observa que el contexto escolar, por sobre el PRM, pareciera ser el espacio que NN identifican como el más relevante en que han internalizado sus propios derechos.

Respecto de las actividades realizadas en la escuela para aprender los derechos, relatan principalmente que se los explican verbalmente o mediante dibujos o videos, o bien les hacen leerlos y memorizarlos. Igualmente, en algunos casos indican actividades más lúdicas. En los siguientes ejemplos, se ilustran actividades que se realizan a nivel escolar:

- *“Nos han hecho hacer hojas, como un libro, en el colegio, que teníamos que poner cada derecho, cada una en una página y después dibujar” (NC2.A.9.VGP).*
- *“En historia nos hicieron un juego sobre las dinámicas de los derechos y deberes (...) Un niño se tenía que parar en frente de la clase y hacer la dinámica de un derecho y el curso tenía que adivinar cuál era el deber (...) Tenía que actuarla y hacer mímicas” (S3.A.11.VIF).*

Relativo a las actividades realizadas por los programas CEPIJ para el aprendizaje de los Derechos, el hablar o conversar de estos es aquella que reportaron con más frecuencia (n=5), seguidas por escribir (n=3). A continuación, se presentan ejemplos de algunas de las actividades mencionadas anteriormente:

- *“Sólo me hablaron de eso” (SE5.A.12.M.ASI).*

- *“A veces me han pasado una hoja, entonces yo tengo que escribir los derechos que más importantes eran, entonces era el derecho a la educación, derecho a...Ah, cómo se llama”* (SE3.A.12.ASI).

También refieren actividades como ver videos, mirar imágenes, dibujar o pintar y juegos de mesa con esa temática. Se menciona que hay programas con decoración sobre los Derechos de los Niños, lo cual ha favorecido su aprendizaje.

- **Derechos aprendidos**

NN mencionan diversidad de derechos aprendidos, tanto desde la escuela como desde los programas. Los siguientes ejemplos ilustran cómo describen los distintos Derechos que conocen. Se observan diferencias según rango etario en la sofisticación de la descripción del derecho, observándose que pre-adolescentes mencionan derechos de forma más clara. Se observa una tendencia a reportar derechos aprendidos en el sistema escolar, asociados a derechos por ejemplo comunitarios, como el derecho a no ser discriminados, a no trabajo infantil, entre otros.

- *“Derecho a no ser discriminado, derecho a tener un hogar, derecho a tener un amor, derecho a tener una educación, derecho a tener uno, un hogar, derecho a la, a la vivienda, derecho a no tener, a no hacer, a no trabajar, derecho a hablar, a no ser discriminados”* (NC2.A.9.VGP).
- *“Si no me equivoco, que no tienen que ser juzgados por su color de piel ni por... ni por de qué país vienen, si no me equivoco”* (RM1.A.9.M).
- *“El derecho a tratarme bien, el derecho a estudiar, el derecho a jugar, a ser libre, el derecho al no trabajo infantil y esas, la mayoría”* (SE5.A.12.M.ASI).
- *“El derecho a la salud, que tu deber es comportarte en los centros de salud y cuidarte. El otro es el derecho a la identidad, que tu deber es cuidar esa identidad y no usarla para cualquier cosa”* (S3.A.11.VIF).
- *“Niña: De que tengo derecho a decir las cosas que me han hecho y tengo derecho de que me han pegado, tengo derecho de hablar y de opinar*

E: Tienes derecho a que no te peguen

Niña: Sí

E: Hablar, opinar, ¿algún otro derecho que hayas aprendido acá?

Niña: A jugar” (S5.A.10.VGP).

- *“Niño: Ah como que tienen que tener derecho a tener una familia y a una vivienda y así ¿cosas así?”*

E: Exacto, exacto. Esos ¿dónde los aprendiste esos derechos?

Niño: Si no me equivoco en Orientación (escuela), o sea en... se me olvidó el nombre de esa clase

E: ¿qué derechos aprendiste? Me dijiste el derecho a la vivienda, el de la familia ¿qué otro?

Niño: El derecho a un nombre” (RM4.O.10.M.VGP).

Hubo algunos NN (n=3) que refirieron no haber aprendido los derechos, o no logran referir dónde, ni qué aprendieron. Incluso, en un caso, refiere conductas de sometimiento u obediencia total a su adulto como un derecho. Estos casos, se presentan a continuación:

- *“Niña: Que mi mamá me diga <¿me puede ayudar a hacer para coser las cosas navideñas?> y yo lo acepto <ya, sí>*

E: Ya y ese, ese derecho ¿cómo se llamaría, cuál sería el nombre de ese derecho para ti?

Niña: Importante

E: ¿Porqué es tan importante para tí ese derecho?

Niña: Como ella es mi mamá, entonces yo le tengo que hacer caso en todo, porque como yo la quiero mucho, yo la hago así” (NC3.A.11.ASI).

- *“Niño: Los derechos del niño, portarse bien, o sea los derechos de los niños es portarse bien, hacer las tareas, obedecer y hacer los quehaceres de la casa*

E: ¿Y eso serían derechos o serían deberes?

Niño: Deberes son aprender en la escuela, portarse bien y aprender más de lo que uno sabe(...)

E: ¿Qué otro derecho conoces?

Niño: Derecho a divertirme y (...) Obedecer a mi mamá” (S1.O.8.M).

- **Derechos más significativos o importantes para NN**

El derecho que más frecuentemente mencionaron como el más importante que aprendieron, es el derecho a estudiar o a ir a la escuela (n=4), seguidos por el derecho a tener una familia (n=3), derecho al buen trato (n=3) y el derecho a no ser discriminados/as (n=3). A continuación, se ilustra lo que refieren los entrevistados respecto de estos derechos:

- *“Niño: El derecho a estudiar*

E: ¿Por qué ese derecho es tan importante para ti?

Niño: Porque en el colegio, por ejemplo, un niño puede aprender, puede tener más conocimiento de cualquier cosa y es mejor estar en un colegio que hay adulto mayor que tú que te miren, en cambio estar en la calle ahora como está todo el mundo, en cualquier momento te pueden secuestrar o te pueden robar” (S2.O.10.VGP).

- *“Niña: Derecho a estar con mi familia, eh... derecho a jugar*

E: (...) ¿Por qué esos dos derechos son tan importantes para ti?

Niña: Porque, primera, cuando uno estaba... está triste, ahí siempre está tu familia ¿no? La cosa es que después, tú siempre... tu familia siempre te apoya y te... dice cosas bonitas, entonces, la cosa es que como yo no soy tan unida con mi familia. Solamente estoy con mi mamá y ella siempre me dice cosas bonitas así para apoyarme, pa subirme el ánimo. Y el derecho a jugar ese, ese es mi favorito, me gusta jugar y divertirme, pasarla bien” (NG5.A.10.ASI).

- *“Niña: Que no nos deben maltratar*

E: ¿Por qué ese derecho es tan importante para ti?

Niña: Porque mi papá me maltrataba mucho, así, nos pegaba. A veces, cuando yo pasaba a romper el sillón, porque, antes, yo usaba hartos vestidos y también me regalaron unos zapatos de charol, los que llevan tacones, esos infantiles, los de niño. Entonces, con esas cosas, donde se pone, ahí, y hay unos agujeritos donde se pone

(...) Eso, este, mi papá me dijo que no ande, pero yo quería estar...A mí me gustaba, entonces me senté en el sillón y al hacer esto, se rompió

(...) Sí, entonces yo no tenía la confianza para decirle a mi papá, porque yo sabía que mi papá era violento, entonces, después le dije y como mi papá era, como le dije, muy violento, me pegó y, bueno, me mandó a hacer todos los quehaceres de la casa. Me mandó a limpiar, a barrer, después me mandó al tiro a acostarme y a golpes

E: Qué malo lo que te pasó, mi niña. Entonces, ¿aprender esos derechos y el saber que nadie te puede maltratar ha sido importante para ti?

Niña: Sí, porque maltrato hace que, o sea, la persona no confíe en esa persona porque siente que no es confiable” (SE1.A.8.M.VGP).

- “Niño: El del respeto, el de la violencia y el de escuchar al niño

E: ¿Por qué tan importantes cada uno de esos derechos para ti?

Niño: Porque a mí eso no me lo respetaban mucho, de parte de mi mamá y mi hermano. No me lo respetaban mucho y casi nunca, no me tomaban ni atención, me gritaban y me excluían. Primero, me gritaban, que había violencia verbal y también me excluían, que es el respeto tampoco me lo tenían a mí, pero en especial cuando mi hermano me pegaba era lo mismo, no había ni respeto” (SE2.O.12.M).

- “Niña: No ser discriminados

E: ¿Por qué ese derecho es tan importante para ti?

Niña: Así los niños no, no, no son maltratados o le hacen cosas malas que a ellos les puedan ser incómodos” (NC2.A.9.VGP).

Otros Derechos que se mencionaron como importantes fueron el derecho a ser escuchados/as, a la indemnidad sexual, derecho a ser queridos/as, derecho a ser cuidados/as, derecho a decir no, derecho a la sana convivencia, derecho a la vivienda, derecho a comer, derecho a ser libre, derecho a la salud. Algunos ejemplos que ilustran la opinión de NN respecto de éstos son las siguientes:

- “El de ser querido (...) Porque sin ser querido a veces te pueden hacer malas cosas” (NC1.O.9.M).
- “A los niños y las niñas hay que cuidarlos(...)Porque si no los cuidaran no serán felices” (RM3.A.9.ASI).
- “El de tener un techo es porque te puedes..una, te puedes morir de frio y, otra, de la comida es porque también te puedes morir de eso, de sin comer” (NG3.O.8.M.VGP).
- “El derecho de decir no (...) Pa mí, algunas veces es complicado decir no. Allá aprendí a decir no igual (...)Y a no hacer lo que no me gusta a mí, como... me gusta dibujar, sólo que dibujar pa los demás ya no tanto, porque igual cuesta” (NG4.A.10.ASI).

- *“El derecho a la sana convivencia (...) Porque en mi casa nunca tuve una muy sana convivencia y mientras más lo voy aprendiendo en el colegio para mí cada vez se hace más importante” (S3.A.11.VIF).*
- *“El derecho a la salud porque yo necesito estar bien, necesito alimentarme bien, necesito sí, comer bien, a los horarios” (SE5.A.12.M.ASI).*
- *“Niña: De que no me toquen*
E: Ya ¿por qué ese derecho es tan importante para tí?
Niña: Porque los adultos no deben tocar a los niños chicos, porque ese es un abuso
E: ¿Tú te refieres a tus partes íntimas?
Niña: Sí
E: ¿Y alguna vez alguien ha intentado tocar esas partes íntimas?
Niña: No
E: ¿No, y qué harías si alguien lo intentara?
Niña: Hablaría y pediría ayuda” (S5.A.10.VGP).

A pesar de que la tendencia en todos los motivos de ingresos es a referir que sí conocen sus derechos fundamentales, se observó una leve prevalencia de NN víctimas de maltrato (n=3) que refirieron no conocerlos en comparación a otros motivos de ingreso. Relativo a los derechos significativos, se destaca que en ASI hay un caso que releva el derecho a decir no, aunque este se dé solo en un caso como también el derecho a ser cuidado. Sin embargo, el destacar que nadie puede tocar sus partes íntimas solo lo menciona un caso de VGP. NN víctimas de maltrato tienden a destacar como importante su derecho a tener una familia y a ser escuchados. En cuanto a NN víctimas de VGP, se observa que los derechos no están directamente asociados a la victimización por la que ingresan, tendiendo a mencionar como relevantes derechos como ir a la escuela o tener un techo. Solo un caso, menciona como relevante el derecho al buen trato.

En cuanto a zona geográfica, se observan ciertas especificidades en los derechos que NN consideran relevantes. En las zonas norte y Región Metropolitana, NN relevan el derecho a no ser discriminados, lo cual no ocurre en la zona sur y centro-sur. En el Norte Grande, hay NN que destacan el derecho a tener un techo para vivir y a poder comer, lo cual no sucede en otras macro zonas del país.

- **Actividades descenso del displacer asociado a la victimización**

NN fueron consultados/as respecto de las sesiones o actividades que fueron relevantes en la elaboración y reducción de emociones displacenteras asociadas a la vivencia vulneratoria y potencialmente traumática. La que con más frecuencia refirieron como importante para este propósito fue hablar de la vulneración o las emociones asociadas (n=12). En ese contexto, hay algunos/as NN que indican que, si bien hablar del evento o las emociones asociadas no fue necesariamente agradable, sí fue sanador como parte del proceso:

- *“Niño: Cuando yo tenía que explicar todo lo que yo había vivido, ya que eso fue en el principio, ya que... decir todo lo que había vivido, todo lo que él me hizo, todas esas cosas (...) Y bueno, me sentí mejor explicando todo (...) Todo lo que me había pasado.*

E: Entonces dijiste, de alguna forma, que tuviste que explicar mucha de las cosas que te había pasado ¿por qué sientes que el contarle o el explicarlo te ayudó a sentirte mejor? ¿qué crees que... qué cosas de esa actividad te ayudó a entender un poco más lo que te había pasado?

Niño: Mmm... quizás me sentí... quizás me sentí bien y, a la vez, como nervioso, ya que a mí no me gusta hablar mucho de mi padre biológico, pero igual como que... igual lo dije todo y me sentí más tranquilo” (RM2.O.11.M).

- *“Niña: me ayudó porque me... me hicieron preguntas y.. y me hicieron que dibujara cosas y me preguntaban mucho del dibujo y ahora estoy más feliz en la casa (...) Fue pasando el tiempo y me fui olvidando, y después me sentí más mejor aun*

E: ¿Qué hicieron aquí para que te sintieras aún mejor? ¿en qué cosas te han ayudado pa que te sientas mejor aun e ir superando esa penita, esa rabia que tú sentías por lo que te había pasado?

Niña: Me preguntaban sobre eso y me decían si hubiera tenido un momento así y le decía que sí.

E: Y que te preguntaran ¿cómo te sentías cuando te preguntaban esas cosas de eso que te había pasado?

Niña: Sería (RM3.A.9.ASI).

- *“Niño: Cuando me ayudó el psicólogo a ver mi vida por dentro (...) Me preguntaba por qué me sentía enojado y yo le respondía las cosas normales*

E: ¿Te gustaba que te preguntara, sientes que te ayudó que te preguntara ese tipo de cosas, para que vayas sintiendo menos pena?

Niño: Sí

E: ¿Por qué?

Niño: Porque me sentía libre

E: ¿Y tú lo habías hablado esto con alguien alguna vez, era primera vez que lo hablabas?

Niño: Era primera vez” (S1.O.8.M)

Luego, en frecuencia le siguió las sesiones de juego (n=6):

- Niña: Mmm matar el tiempo

E: ¿A qué te refieres con matar el tiempo?

Niña: Eh pasar más tiempo fuera de la casa

E: Ya ¿por qué eso sientes que te ha ayudado?

Niña: Eh... por... porque ahí igual estamos... antes estamos afuera, estábamos jugando a... no sé, eso de las manos, y... eso. Ahí igual nos ayuda a comunicarnos, a jugar, a divertirnos” (NG4.A.10.ASI).

- Niña: Sí, porque ya no me siento tan triste

E: ¿Y qué actividades han hecho acá en el CEPIJ para que tú te sientas con menos rabia y menos pena por eso que había pasado en la familia?

Niña: Nos hicieron jugar con mi hermana para unirnos mejor

E: Ya, te has unido más con tus hermanos ¿por qué eso te ha ayudado a sentirte menos triste, unirte más con tus hermanos?

Niña: Porque antes estaba muy separada con mi hermana y ahora no porque él nos compra cosas si nos portamos bien” (S4.A.8.M.VGP).

En una línea similar a las actividades anteriores, refieren que fueron relevantes en el manejo y elaboración del dolor asociado a la victimización, realizar en sesión actividades placenteras para “olvidar el dolor” (n=4):

- “El de poder jugar, porque eso como que me hace olvidar el dolor” (NG3.O.8.M.VGP).

- Niña: No, me concentro en, o sea, yo escucho una canción y me gusta y yo la escribo (...)

E: A ti se te ocurrió ¿por qué escribir las canciones te ayuda a estar menos triste?

Niña: *Porque no me concentro en lo triste y me concentro en lo que tengo que escribir” (NC4.A.10.M.VGP).*

También NN mencionaron como actividades para disminuir el dolor de la victimización, sesiones para aprender mejor manejo emocional, dibujar al agresor/a, desarrollar genograma familiares. Asimismo, destacan la relevancia de que el programa corte las relaciones con el agresor/a en casos de maltrato (afortunadamente no hubo relatos que indiquen que programas han presionado a NN a vincularse con agresores sexuales, pero sí en casos de maltrato).

Relativo a diferencias por motivo de ingreso, se observa que, transversalmente, mencionan la importancia de hablar concretamente de la victimización en algún momento del proceso, destacándose esto con mayor prevalencia en víctimas de ASI y maltrato. También indican transversalmente como significativo para el descenso del displacer que jugar y actividades placenteras para olvidar el dolor fueron significativas para el descenso de emociones displacenteras asociadas a la victimización. Asimismo, independiente del motivo de ingreso, NN destacaron la relevancia de que el profesional transmita al adulto sus emociones.

Además de lo anterior, en ASI una niña destaca la relevancia del apoyo de la familia durante el proceso. Por su parte, en VGP destacan como significativo el cortar relación con el agresor. En el caso de maltrato, destacaron como significativa la construcción de un genograma familiar.

3- Actividades Favoritas

Como actividades preferidas, es decir, aquellas que más les gustaron o consideraron importantes, con mayor frecuencia mencionan los juegos de mesa (n=12), tanto en sesiones individuales, como en sesiones familiares. Refieren tanto juegos de mesa con contenido emocional, así como aquellos que juegos de contenido neutro (ej., ajedrez, jenga, etc). Respecto del primer tipo de actividades, NN destacan que contribuyeron a conocerse mejor a sí mismos/as, aprender a manejar o expresar mejor sus emociones y cuando son familiares, conocerse y comunicarse más entre las/os integrantes del sistema. Los juegos neutros los analizaron como espacios de entretención, relajo y, en los familiares, destacaron el compartir e incluso fortalecer los vínculos. Ejemplos de estas actividades son tableros de mesa emocionales, juegos de carta emocionales, jenga, ajedrez, bachillerato y juegos de los derechos de las infancias.

El siguiente diálogo, se refiere a un juego de cartas con imágenes y preguntas emocionales o de situaciones de vida de una niña en sesión individual:

- E: *¿Y el psicólogo igual contestaba la pregunta o sólo tú?*

Niña: A veces, sí

E: ¿Y qué es lo que más te gustó de esa actividad?

Niña: Lo del enojo, porque hubo una pregunta que decía. Era como <¿Te ayuda hacerte daño cuando estás enojada?> o <¿Estás estresada?>, porque yo cuando estaba estresada me mordía la mano o me lastimaba golpeándome contra la pared o si no, pegándome, o sea, no sé, tirándome cosas, tirándome estuches, mi mochila. Porque cuando yo me estresaba mucho, igual lo que yo hacía era agarrar una almohada y empezar a gritar sobre ella porque mi hermana me estresaba mucho (...)

E: Mi niña, entonces en esta actividad hablaron de que no valía la pena hacerte daño cuando estabas enojada ¿Eso es lo que tú me dices que te ayudó esta actividad?

Niña: Sí, igual si nos ayudaba lastimar cuando nos estresábamos o estábamos enojadas. A mí me ha ayudado harto porque me calmaba o a veces lloraba descontroladamente” (SE1.A.8.M.VGP).

Las siguientes citas son ejemplos de distintos juegos de mesa que mencionan NN como actividades favoritas:

- E: ¿Y qué es lo que más te gustó de jugar al ajedrez?

Niña: Porque nunca había sentido una emoción así como siempre

E: ¿Qué emoción sentiste mientras jugabas al ajedrez?

Niña: Una alegría súper grande(...) Porque yo nunca he jugado con mi mamá” (S5.A.10.VGP).

- Niño: El bachillerato, el dibujo

E: ¿Por qué esa sesión te gusta tanto, la del bachillerato?

Niño: Porque es lo mismo, hubo trabajo en equipo y pudieron ver que mi papá y yo podemos trabajar bien que es algo que yo no podía hacer nunca con ningún familiar antes” (SE2.O.12.M).

Igualmente, mencionan juegos educativos, por ejemplo, en la siguiente referencia, aprender mediante actividades lúdicas los Derechos de las Infancias:

- E: Mi niña y la segunda tú me dijiste que era la del juego de los derechos ¿qué es lo que más te gustó de esa actividad?

Niña: Que... igual aprendí de los derechos ¿me entiende? Por ejemplo... aprendí que cuáles son mis derechos, los cuales tienen que respetar y yo no tengo que dejar que nadie me falte el respeto ¿me entiende? Y eso es como lo que más me gustó de esa” (NG2.A.12.ASI).

Igualmente, es destacable que dentro de las actividades que una niña menciona como sus favoritas, tiene que ver con los derechos, destaca la relevancia de los deberes, sin embargo, en sus reflexiones tiende a minimizar la importancia de los derechos de los niños.

- *“Niña: Cuando jugué ese juego (de cartas) de los derechos y deberes con la psicóloga*

E: ¿qué es lo que más te gustó de esa actividad?

Niña: Que aprendí mucho (...)_Sobre algunos deberes que no me sabía, pero los derechos sí me los sabía. Por eso es que hay una cosa que me molesta; que siempre dicen adultos que son mayores, que los niños de hoy en día no respetan los derechos y los deberes. Se pueden saber mucho los derechos y dicen <yo tengo derecho, tengo derecho> y también hay que saberse el deber, porque con cada derecho conlleva un deber.

E: ¿Y por qué crees tú que es importante que los niños aprendan los deberes también?

Niña: Porque así no andan diciendo que tienen derecho por las puras. Porque pueden decir que tiene derecho pero no saben cuál es el deber

E: ¿Y qué emoción sentiste en esa actividad?

Niña: Me sentía feliz porque a cada rato salía la psicóloga para los retos” (S3.A.11.VIF).

Luego de los juegos de mesa, actividades que implicaran manualidades en familia (n=11), dentro de las cuales dibujar en familia se refirió con alta frecuencia como de las que más gustaron (n=8), mencionando actividades como dibujo libre, dibujos pre-determinados, dibujos emocionales e incluso pruebas gráficas como el Test de la Pecera. Respecto del motivo de por qué les gustó, se observan respuestas desde más escuetas a más elaboradas y reflexivas. Entre las primeras, destacan mencionar el gusto por dibujar o bien compartir en familia o el trabajo en equipo e incluso, la validación del terapeuta del vínculo parento-filial. A continuación, ejemplos:

- *“Niño: Cuando hicimos otro árbol, pero con mi papá(...)*

- E: *Lápices ¿lo dibujaron?*

Niño: *Sí*

E: *¿Y quién más estaba? Estaba tu papá ¿y quién más?*

Niño: *La (X), mi hermana chica(...)*

E: *Perfecto ¿y qué emoción sentiste en esa actividad mientras hacían el árbol con tu papá?*

Niño: *Felicidad*

E: *¿Y qué aprendió de esa actividad?*

Niño: *De que tengo que estar un buen un momento con mi papá” (NC1.O.9.M). Es pertinente señalar que en este caso el agresor es el padre.*

- Niña: *Mi mamá, mi hermano y yo (....)Sólo era el dibujo y si queríamos pintarlo lo pintábamos*

E: *Ya y después de terminar el dibujo ¿tenían que hacer algo?*

Niña: *No, nada más*

E: *¿Mostraban los dibujos?*

Niña: *Sí y ellos se lo quedan*

E: *¿Y te acuerdas qué dibujaste tú?*

Niña: *No (...)*

E: *¿Qué es lo que más te gustó de esa actividad de hacer estos dibujos?*

Niña: *Dibujar, porque me gusta dibujar y no sé qué más*

E: *¿Y cómo te sentiste, qué emoción sentiste en esa actividad?*

Niña: *Feliz, porque hicieron como una actividad que me gusta mucho y a mi hermano igual” (NC4.A.10.M.VGP).*

La siguiente cita, se refiere a una actividad en la que cada participante, niña y madre, debían dibujarse a sí mismas, sus rostros y representar cómo se han sentido:

- *“Porque podemos aprender qué día nos sentimos feliz o nos sentimos tristes” (SE3.A.12.ASI).*

La próxima referencia relata una actividad padre-hijo, en la que deben realizar un dibujo colectivo, a partir de lo cual el niño refiere lo siguiente:

- *“Niño: La del dibujo también porque lo mismo, me hicieron ver los conocimientos de mi papá y los míos y lo mismo, ver cómo trabajamos en equipo. Me gusta que me vean a mí con mi papá trabajando en equipo*

E: ¿Por qué te gusta tanto eso, por qué es tan importante para tí que te vean trabajando en equipo con tu papá?

Niño: Porque me gusta demostrarle a mi papá que lo amo con todo mi corazón y que jamás lo olvidaré ni tampoco lo dejaré de amar” (SE2.O.12.M).

Otras manualidades en familia que se mencionaron son hacer pinturas o masas como plastilina.

La tercera actividad con mayor frecuencia mencionada es jugar a la casa de muñecas (n=6). La mayoría refieren que jugaban con la terapeuta en sesión individual. Indican que, a partir de la casa, conversaban del funcionamiento familiar, hábitos u otros aspectos cotidianos de su propio hogar. Afirman que les entretuvo jugar y ordenar los elementos y personajes de la casa. También algunos verbalizan o proyectan cómo les gustaría que fuera su casa desde las condiciones materiales o bien, que les gustaría tener más juguetes o una casa de muñecas. Algunos mencionan que el/la terapeuta, a través de los distintos personajes y objetos de la casa, les solicitaba representar a su propia familia, mientras que otros, era juego libre. A continuación, algunas referencias de esta actividad desde la perspectiva de NN:

- *“Niña: La de las casitas_(...) Era que tenía como una casa grande así como este porte de acá y estábamos con los juguetes de ahí (...)y tenía que hacer, era como una casa y sacar todos los personajes que eran de la familia(...)*

E: Ya, y después de hacer esa familia, ¿tenías que jugar, o la dejabas hecha nomás?

Niña: Jugar

E: Jugabas ¿y jugabas sola o jugabas con alguien más?

Niña: Estaba con la tía (psicóloga)

E: ¿Y la tía también jugaba o la tía te dejaba jugar a ti?

Niña: Me dejaba jugar a mi

E: Te dejaba jugar a ti ¿qué es lo que más me gustó de esa actividad de la casa?

Niña: De que le había pedido como hace tiempo (...)

E: Perfecto. O sea, querías hacer mucho jugar con esa casita ¿qué sentiste cuando hiciste esa actividad, qué emoción sentías cuando estabas jugando?

Niña: Feliz

E: ¿Qué pudo aprender de la actividad de la casita de muñecas?

Niña: Que tengo que preguntar las cosas como lo que pasa en mi casa

E: Ya ¿Y tú mientras ibas jugando, la tía te iba preguntando cosas de tu familia?

Niña: Sí, me preguntaba como quién era él, quién era él” (NC5.A.12.M).

- “Niña: Como esa casita, también había una cocinita, y había una caja con... con títeres, esos que se van dejando en mano... eso igual... no casi diferente acá (...) Empecé a jugar con la casita. Ahí, empecé a jugar con alguien que también estaba ahí, que era que todavía no se iba, ahí empezamos a jugar hasta que...

E: ¿Cómo jugaban? ¿qué cosas hacían con la casita?

Niña: Eh... lo organizábamos, le sacábamos todo y ahí lo empezamos a ordenar. Eso empezamos a hacer

E: Y ¿cómo te sentiste en esa actividad?

Niña: ... feliz, porque antes estaba todo... todo donde sea

E: Y ¿qué es lo que te gustó de armar y organizar esta casita?

Niña: Ah... fue... organizarnos, o sea, ver dónde iban a ir las escaleras, ya que solamente habían dos. Nos empezamos con... ahí y ahí

E: Mi niña, y esa vez que hicieron este juego con la casita, si retrocedes el tiempo ¿qué pudiste aprender de esa sesión?

Niña: A organizarme la vida, empezar a... organizar, dónde puedo poner las cosas, en qué me ayuda esto” (NG4.A.10.ASI).

- “Niña: Cuando jugamos con los juguetes (...) Con una cocinita y una casa de muñecas (...) Juega conmigo la tía (psicóloga) (...) Jugamos con las muñecas y la cocina. En la cocina yo le preparo a la tía comida, y en la muñeca jugamos como que llegan a la casa, se quedan dormidos y cocinan ellos

E: Y ¿qué es lo que más te gustó de esa sesión en que jugaste a la cocina y a la muñeca con la tía?(...)

Niña: Porque, porque ella estaba jugando conmigo y no estaba jugando sola

E: *Porque te acompañó a jugar. Ajá y eh... ¿cómo te sentíai en esa sesión? ¿qué emoción sentías?*

Niña: *Mucha felicidad*

E: *¿Qué aprendiste en esa sesión?(...)*

Niña: *Que uno tiene que compartir los juguetes” (RM1.A.9.M).*

- E: *¿Y por qué te gusta tanto jugar a la casita de muñecas?*

Niña: *Porque trae muchas cosas y yo de niña siempre he deseado tener una muñeca y tener muchas cosas, como su casa grande, su comida, su lavadora, todo” (S5.A.10.VGP).*

Otras actividades que también se mencionaron como preferidas fueron: realizar talleres con otros NN, títeres, teatro, jugar en familia (específicamente adivinanzas, hablar temas divertidos o chistosos, jugar con muñecos), manualidades individuales. También, NN destacaron sesiones preferidas como algunas al aire libre o en un contexto fuera del PRM.

En síntesis, pareciera que las actividades de tipo lúdico-simbólicas, es decir, juegos, manualidades, fueron aquellas más significativas para NN.

Se observaron leves diferencias entre motivos de ingreso. NN víctimas de ASI destacan como actividades preferidas sesiones de hablar o conversar, destacando temáticas asociadas a su cotidianidad o relativo a destacar aspectos positivos de los integrantes de la familia, revisar fotografías personales o familiares. También, talleres grupales con otros NN. Principalmente en casos de maltrato, destacan como favoritas las actividades de realizar manualidades en familia y sesiones en que el NN elija la actividad. NN víctimas de VGP destacan juegos de mesa a nivel general como preferidos, tales como jenga o ajedrez o haber sido felicitados en una sesión por parte del terapeuta.

4- Actividades que menos gustaron

Hubo algunas/os NN que lograron referir actividades o sesiones que no les gustaron o no fueron significativas, siendo la más frecuente sesiones en las que el terapeuta solo pregunta o habla (n=7), hacerles pensar en cosas dolorosas (n=3), presionarles a vincularse con el agresor/a en casos de maltrato (n=2), escribir (n=2) y no confiar en el terapeuta (n=2). A continuación, se presentan referencias de aquellas vivencias:

- *“La de que me hagan preguntas, no me gusta mucho(...) Sólo quiero jugar”* (NG3.O.8.M.VGP).
- *“Porque como dicen preguntas muy difíciles, cosas así que no me gusta escuchar, por eso me pongo nerviosa”* (NC3.A.11.ASI).
- *“Igual en otras sesiones hemos hablado y ha sido un poco aburrido porque sólo hablábamos y no hacemos nada más”* (SE5.A.12.M.ASI).
- *“Niña: La del lobo (...) No me gustó*
E: ¿Por qué no te gustó la del lobo, qué es lo que hizo esa actividad que no te gustó tanto?
Niña: Es que yo no lo quería recordar más” (NC3.A.11.ASI).
- *“Acá en CEPIJ han intentado trabajar de revinculación con mi mamá, pero eso no quiero, y yo en una sesión me hicieron llorar porque yo no quería en verdad y una doctora, no me acuerdo cómo se llama, me hizo directamente llorar y aquí yo no, en verdad yo no quiero la revinculación. Yo a mi mamá no la quiero ver más (...) Porque ella nunca me protegió, me insultaba, me gritaba. En el momento en que estaban divorciados me decía <te parece a tu papá>. Siempre me decía así”* (RM2.O.11.M).
- *“Cuando una vez me hicieron escribir de cómo me sentía y no me gusta escribir”* (RM4.O.10.M.VGP).
- *“Niña: Porque ellas mentirían (...)*
E: ¿Por qué?
Niña: Porque ellas trabajan aquí y solamente para hablarle a los niños para llevarlos al Sename” (S5.A.10.VGP).

Igualmente, más allá de los contenidos o actividades terapéuticas, NN mencionan momentos incómodos durante el proceso, refiriendo por ejemplo, sentir un miedo inicial al proceso (n=3), sesiones muy cortas (n=2) y otras situaciones como no sentir que se validaron sus emociones, no hacer la actividad que el NN propuso, que no haya espacio para sesiones individuales durante el proceso, que el adulto responsable se enoje justo antes de venir al programa o no sentirse apoyados por el programa en situaciones complejas.

- *“El primer día tenía miedo porque pensaba, yo en la sala me puse a llorar porque sentía que se iban a llevar a mis papás, entonces me tenía miedo porque era algo nuevo, entonces ahí me puse mal”* (S2.O.10.VGP).

- Se observa que quienes manifiestan este miedo inicial con mayor frecuencia o significancia son NN víctimas de VIF o maltrato, posiblemente asociado a un temor a generar una crisis que conlleve la pérdida de la homeostasis familiar y la culpa de haber generado “problemas” en sus adultos responsables.

En cuanto a diferencias asociadas a motivo de ingreso, se observa que NN víctimas de ASI destacan actividades como bailar en grupo, sintiéndose expuestas, conversar del cuidado de las partes íntimas o recordar vivencias dolorosas. Por su parte, en maltrato, destacan sesiones o actividades en que sintieron presión **por o** efectivamente les obligaron a vincularse con el agresor/a.

4.3.1.4. Emociones durante el proceso

- **Emociones previas o al inicio del proceso**

Respecto de la emoción primaria que NN refieren que sentían la mayor parte del tiempo, antes o al iniciar su ingreso al PRM, la gran mayoría menciona la pena o tristeza (n=17), seguido por rabia (n=6). A continuación, se mencionan algunas de estos relatos:

- *“Niña: Como pena o tristeza(...) Habían muchas peleas en la casa de donde vivíamos entonces, habían peleas, discusiones y, a veces, mi mamá siempre se aguantaba todo, pero un día no soportó más y se fue a al lado, a la esquina con una amiga de ella (...)*

E: ¿Y cómo tú ahora te das cuenta de que te sentías triste en ese momento?

Niña: Porque mi mamá me hablaba mucho, no sentía la presión, pero me calmaba un poco, lo aguantaba, incluso mi mamá me decía <¿te da pena algo?> y yo decía <no> como intentando ocultar lo que me pasaba” (NC2.A.9.VGP).

- *“Estaba como triste (...) En ese entonces yo pasaba muy decaída. Mi única solución para huir de mi casa era levantarme temprano e irme al colegio. El colegio era como la escapatoria de mi casa por así decirlo y ahora que vivo con mis tíos ni quiero salir de la casa” (S3.A.11.VIF).*

- *“Niño: Es una emoción triste y es una emoción enojado (...) Yo me enojaba porque mi hermano se enrabiaba conmigo*

E: ¿Y qué hacías cuando te enojabas?

Niño: Me entristecía (...) Me encerraba” (S1.O.8.M)

Hubo NN que mencionaron que antes o al inicio del proceso en PRM, se sentían bien (n=3), lo que podría dar cuenta de disociación y/o escasa elaboración o comprensión de la experiencia de victimización: *“Feliz, no, o sea, sí, feliz”* (SE5.A.12.M.ASI).

Otras emociones que se mencionaron fueron, en palabras de NN, sentirse raro, emociones cambiantes, sentirse más o menos, seriedad, miedo, ansiedad, baja autoestima, aburrimiento, soledad, flojera.

- **Emociones avanzado el proceso**

Se indaga en cómo han evolucionado sus emociones durante el proceso psico-socio- terapéutico y cómo perciben actualmente su estado emocional. En su mayoría relatan que se han ido sintiendo progresivamente “felices” (n=19). Le siguen quienes refieren que actualmente se sienten “algo felices” (n=4).

- *“Niña: Después me fui sintiendo más feliz (....) Felicidad*

E: ¿sientes que ya superaste esa penita o sientes que todavía te queda pena que ir liberando?

Niña: Me queda como, cuando inflas un globo queda como un poquito, ahí, ese poquito me queda de pena” (NC2.A.9.VGP).

- *“Estoy feliz, porque... últimamente he hecho cosas que me gustan, por ejemplo, el taller de telas, la presentación que voy a tener, eh voy a la playa, me gusta, obviamente he hecho cosas que me gustan bastante”* (NG2.A.12.ASI).

- *“Niño: Feliz(...)*

E: ¿Qué cosas han hecho para que tú te vayas sintiendo mejor?

Niño: Me iban ayudando con mis dolores” (S1.O.8.M)

- *“Niño: Eh felicidad (...) Felicidad 50% (...)*

E: Y ¿por qué felicidad 50%?

Niño: Porque no sé...

E: ¿Falta todavía para tener la seguridad al 100%, la felicidad al 100%?

Niño: Sí

E: Y ¿qué es lo que te falta para... para tener esa seguridad al 100%?

Niño: Hablar sobre lo que vengo al fondo

E: *Y ¿por qué tú sientes que todavía no lo has podido hablar?*

Niño: *Eh... no lo he hablado*

E: *¿Tenís algunas cosas que todavía están guardaditas en tu corazón?*

Niño: *Sí” (NG1.O.10.VGP).*

Se observa, en general, que pareciera que cuando verbalizan emociones placenteras no hay mayor sofisticación o desarrollo del lenguaje para categorizar o mencionar las emociones que actualmente sienten, utilizándose el constructo “feliz” como para describir la emoción placentera.

Otras emociones que también comentan son, en sus palabras, menos enojo y sentirse orgulloso. Sin embargo, hay casos (n=2) en que refieren que el proceso no le ha ayudado.

- “Niña: *De que antes, cuando venía al CEPIJ, era súper feliz*

E: *¿Antes de venir al CEPIJ?*

Niña: *Sí*

E: *¿Y hoy en día cómo están tus emociones la mayor parte del tiempo, cuál de las caritas se parece más a la emoción que tú sientes la mayor parte del tiempo?*

Niña: *Feliz*

E: *¿Igual? niña ¿crees que el programa te ha ayudado a sentirte mejor, o no?*

Niña: *(...) No*

E: *¿Por qué crees que no te ha ayudado?*

Niña: *No me ha ayudado porque solamente me están haciendo preguntas” (S5.A.10.VGP).*

- “Niña: *También por la mentira de mi papá (...)*

E: *¿Qué te dice el psicólogo cuando tú le dices que eh, que tú le dices que es una mentira lo de tu papá?*

Niña: *él me dice que... que está muy mal mentir (...) Y sobre todo mentir cosas graves” (NG5.A.10.ASI).*

En ese contexto también se indaga la seguridad, explicándoles a NN que ésta significa que la persona tiene conocimiento y valora sus fortalezas como persona, pero también es consciente de aspectos que puede trabajar, sin esto significar una merma en su autoestima. La mayoría de NN refieren que sí ha mejorado durante su proceso en el PRM (n=15), como en los siguientes ejemplos:

- *“Niño: Ni alta ni baja (refiriéndose a su seguridad personal antes de ingresar al PRM)
E: Hoy en día ¿esa seguridad ha cambiado o se mantiene igual?
Niño: Sí, muy alta (...) Que ahora estoy más protegido que antes
E: ¿En qué? ¿Cuál es la mayor protección que tienes ahora?
Niño: Que mi mamá ahora se concentra más en mi igual” (SE4.O.9.M).*
- *“Que soy más inteligente, que no me puedo dejar pegar por nadie y que no puedo recibir cosas de extraños” (SE3.A.12.ASI).*

Hay algunos/as NN que refirieron que su seguridad personal no ha cambiado significativamente desde que ingresan al PRM (n=4), como en los siguientes casos:

- *“La verdad es que yo siempre me he querido a mí misma, siempre he estado segura con mi cuerpo, y... la verdad es que siempre va a ser lo mismo porque yo, en sí, yo me siento segura con mi cuerpo, de mi manera de ser, pero igual siento que hay cosas que hay que mejorar de mí” (NG2.A.12.ASI).*
- *“Está igual que antes cuando entré (alta)” (S4.A.8.M.VGP).*

Hay un caso que indica que su seguridad personal ha empeorado desde que ingresó al PRM, sin que lograra detallar motivos de su percepción:

- *“Niña: Alta (refiriéndose a su seguridad personal antes de ingresar al PRM)
E: ¿Hoy en día esa seguridad se mantiene o ha cambiado?
Niña: Ha cambiado
E: ¿Dónde está hoy día?
Niña: No está, se fue
E: Entonces sería, ¿hoy día tienes muy alta seguridad, alta, ni alta ni baja, baja o muy baja?
Niña: No tan alta (...) Ni alta ni baja (...) Porque tengo miedo de que me manden al CEPIJ (...) O sea tengo miedo a que me manden al Sename” (S5.A.10.VGP).*

4.3.1.5. Significado del proceso de intervención psicosocial

NN refieren que este proceso significó ayudarles a sentirse mejor y manejar sus emociones (n=9), sentirse bien tratados y cómodos (n=6), como también a mejorar

la calidad de sus relaciones familiares (n=4) y un espacio para compartir sus emociones (n=3). A continuación, fragmentos que representan el significado de este proceso para NN:

- *“Como alegría y lograr botar la pena que tenía acumulada” (NC2.A.9.VGP).*
- *“Aliviada y orgullosa” (RM1.A.9.M).*
- *“Que me han tratado bien, no me han ofendido, es buen servicio” (SE4.O.9.M).*
- *“Muy bien, porque no me han hecho lo que me hizo mi papá” (S4.A.8.M.VGP).*
- *“Que ayudan a las personas con algún problema; si hay un maltrato de los niños, o lo acosan” (SE3.A.12.ASI).*
- *“Cada vez mejora la relación con mi mamá (...) Que pasamos más tiempo juntos ahora y que hacemos más cosas” (SE4.O.9.M).*
- *“Que se están ya yendo los problemas, la agresividad, los insultos, entonces es como un alivio para que ver, siente, entonces uno va sintiendo más alegría porque sabe que está mejorando y así” (S2.O.10.VGP).*
- *“Que me ha ayudado mucho (...) En las cosas que me dicen, que me enseñan y que puedo contarles todo y sin tenerle miedo como a nadie” (NC5.A.12.M).*
- *“Porque acá te pueden ayudar de todo; te pueden sanar tu mente, puedes compartir, hablar qué te pasó, ahora cómo te estás sintiendo, con qué compartes mucho” (NC3.A.11.ASI).*

También indican que este proceso significó un espacio para sentirse escuchados, dejar dolores atrás, volver a confiar en las personas, un espacio de distracción.

Sin embargo, hay un caso que refiere que el proceso no fue significativo (n=1):

- *“E: Si a una amiga o amigo tuyo que tú quieres mucho le pasara algo difícil o doloroso en la vida ¿tú le sugerirías venir a este programa?”*

Niña: No

E: ¿Por qué no?

Niña: Porque también le preguntarían lo mismo que me han preguntado a mí

E: Si pudieras decirme en pocas palabras lo que ha significado para ti venir al CEPIJ ¿qué palabras usarías?

Niña: Solamente venir y esperar que me fuera” (S5.A.10.VGP).

Es relevante mencionar, que la niña que indica que el proceso no fue positivo ni significativo para ella relata que sintió abandono y poco apoyo por parte del PRM cuando se presentó en ella una enfermedad grave, por la cual debió permanecer hospitalizada, por lo que su experiencia en la intervención se ve permeada por esa sensación de abandono por parte del programa. Sin embargo, también es pertinente mencionar que la madre (su adulta responsable) tiene el mismo discurso de la niña.

4.3.2. Experiencia adultas/os responsables (AR)

4.3.2.1. Comprensión qué es un PRM y Motivo de Ingreso

Respecto de lo que es un PRM, las AR verbalizaron en su mayoría que es un programa que sirve para ayudar a las familias (n=10), principalmente mediante la orientación a los cuidadores y cuando existen problemas familiares.

- *“Para ayudar a la crianza de los hijos” (SE5M.A.12.M.ASI)*
- *“Es para ayudar porque yo estoy por un problema entre familiares aquí y me ayudaron eh... yo he estado dos veces; mi separación fue con el papá de mi hija y me ayudaron la parte de yo ser fuerte y ahora fue por mi pareja que estaba muy metido en el alcohol y yo lo demandé y me derivaron aquí por lo mismo, pero me sirvió mucho porque la primera vez, porque me hizo ser fuerte y valorarme como, como mujer y para cuidar a mi hija igual” (S5M.A.10.VGP)*

Con la frecuencia siguiente mencionan reparar daños en el NN (n=7) y apoyo psicológico para el NN (n=6), como se ilustra en los siguientes ejemplos respectivamente.

- *“Un programa de reparación es como ayudar a los niños, en este caso, a reparar ciertos episodios que han vivido traumáticos. Para mí reparar es como darle las herramientas para que el niño pueda ir superando y mejorando en el tiempo” (RM2M.O.11.M).*
- *“Es que se supone que CEPIJ es una ayuda para ella, que la ayuda psicológicamente y todo eso” (NG2M.A.12.ASI).*

En menor frecuencia, señalan que es un programa para velar por los derechos de los NN.

Respecto de la comprensión del motivo de ingreso, se observa que hay una mayoría que, en sus palabras, sí logra comprender el motivo de ingreso (n=20). A continuación, se presentan extractos de los distintos motivos constitutivos de delito por los NN son ingresados a PRM.

- “ (A) ingresó por un problema de vulneración de derecho, ella es testigo de violencia intrafamiliar” (NC2M.A.9.VGP)
- “Por abuso sexual” (NG5M.A.10.ASI)
- “Es que ellos la derivaron del otro programa, la derivaron porque la niña estaba, venía con daño psicológico (...) De la mamá, del maltrato” (RM1O.A.9.M)

Hay cuidadores en que se observó una escasa o nula comprensión del motivo de ingreso al programa (n=5).

- *P:* Que gran parte de la comunicación es importante para seguir teniendo buenas relaciones con ellos, a pesar de que, en mi caso, estoy separado con la mamá de ellos, pero para seguir teniendo buena relación, en fin, y para que ellos logren seguir existiendo y viviendo, porque sin estos programas de repente uno cree saberlas todas, pero en realidad falta mucho.

E: ¿Qué vulneración ha podido percibir de la cual ha sido víctima su hijo?

P: En realidad no lo he escuchado, creíamos nosotros como papás, tener la solución nosotros mismos, pero en realidad ellos estaban siendo un poquito vulnerados en aspecto de que no los dejábamos que opinaran en la relación que yo había tenido con la mamá” (S2P.O.10.VGP)

4.3.2.2. Comprensión objetivos terapéuticos y de intervención

Respecto de los objetivos terapéuticos abordados **con el cuidador**, indican con mayor frecuencia que se ha trabajado el comprender o escuchar mejor al NN (n=3), potenciar la confianza entre NN y cuidadora (n=2), ejercer estilos normativos basados en el buen trato (n=2) y aprender a darle mayor autonomía o responsabilidades al NN (n=2). A continuación, ejemplos que ilustran dichos relatos:

- “El tema de escucharla más a ella porque antes no la escuchaba (...) como que no le tomaba mucha importancia. Ahora me doy el tiempo de escucharla o de preguntarle y que me diga más de a qué se refiere con detalles” (NC5M.A.12.M).
- “Se ha fortalecido más, la confianza con (A)” (SE3M.A.12.ASI).
- “Yo no soy de tratarlas mal verbalmente ni de tratarlas a golpes, pero sí de repente, como le decía al psicólogo, varias veces recurrí a una paleta porque no me hacen caso, ¿me entiende? Pero ahí nos enseñaron que eso ya pasa a ser un tipo de violencia. Así que yo ahí le decía al psicólogo que igual necesito ayuda para ver cómo abordar, no sé, por ejemplo, la más chiquitita que es la más, que uno le habla y le habla y no hace caso, entonces es reiterativo. O simplemente me dice que no,

que no lo quiere hacer, entonces yo le decía al psicólogo que qué hago ahí yo, cómo yo abordo” (SE1.A.8.M.VGP).

- “Bueno, a nivel familiar sería ayudar a (O) con su autonomía (...) en el sentido que también (O) logre hacer cosas solo, que no tenga como tanta dependencia hacia mí, eh... que tenga pequeñas, también, responsabilidades él para que también se pueda ir como desarrollando” (RM2M.O.11.M).

Otros objetivos que también se mencionaron son derechos de los NN, empoderamiento del cuidador, aprender a expresarle afecto al NN y no repetir patrones transgeneracionales.

Respecto de los objetivos abordados a nivel familiar, indican con mayor frecuencia mejorar la comunicación (n=3) y revinculación con agresor/a en casos de maltrato, VIF o VGP (n=2). A continuación, se ilustran dichos relatos respectivamente:

- “La paciencia (...) en que todos hemos tenido que aprender a escucharnos, eh... a expresar lo que nos molesta, eh... de conversar más cosas en familia y a tolerarnos” (RM4M.O.10.M.VGP).
- P: Lo que he visto que se ha trabajado es la revinculación con la mamá. De la forma que él se siente yo también trato de respetarlo, porque cuando hablé con la primera asistente social, me dijo que tenía que tener revinculación y lo ideal es que fuera acá

E:¿ Y le explicaron por qué debía darse esa revinculación y cuál era la razón de que el niño se debía revincular con su mamá?

P: No, no estoy claro yo con eso” (SE2P.O.12.M).

Igualmente mencionan otros objetivos familiares como buen trato, ser más precavidos para prevenir ASI, mirar los hechos desde una perspectiva diferente.

Las y los AR logran identificar objetivos terapéuticos abordados en el programa, con más claridad y frecuencia en los NN que en ellas/os mismas/os o a nivel familiar. Entre los objetivos con NN, refieren con mayor frecuencia que el NN aprenda a expresar sus emociones (n=11), autoconfianza (n=7), manejo emocional (n=6). A continuación, se ilustran respectivamente:

- “Reparar el daño, como a sacar lo que tenía malo; ella venía con pesadillas, ya no las tiene, pasaba puro llorando, se aislaba de los niños. Ahora ya no, está todo como normal y no lleva un año” (RM1O.A.9.M).
- “Reconocer sus emociones también, como... me he dado cuenta a veces que usa palabras que no usaba antes, o sea como que va especificando más las

emociones, no es <estoy enojada mamá>, es como <me frustré por tal cosa>. Como que ha aprendido a reconocer más que, que antes” (RM3M.A.9.ASI).

- *“La confianza, yo creo en ella, porque ella antes como que no hablaba mucho y ahora habla por todos y no tiene miedo a responder a nada. Está más empoderada en ese sentido, de ella misma y sus sentimientos” (S4M.A.8.VGP).*

También refieren como objetivos trabajados con NN, que incrementa su confianza hacia sus adultos responsables y el aprendizaje de sus derechos.

4.3.2.3. Actividades Terapéuticas

1- Por formato de la intervención

- **Individuales**

Las adultas/os entrevistadas relatan como actividad individual únicamente el conversar o hablar (n=20) y la creación de un árbol genealógico (n=1), observándose escasa diversidad en las técnicas que profesionales utilizan para trabajar con los/as adultos de manera individual.

Respecto de las temáticas abordadas, mencionan con mayor frecuencia conversar del proceso del NN (n=8), situaciones cotidianas (n=7), conversar de cómo se siente la/el adulto/a (n=6), sobre herramientas de cuidado y vínculo con el NN (n=5), aspectos judiciales-legales asociados al proceso (n=5) y su propia historia vital (n=3). A continuación, se ilustra el relato de algunas de estas temáticas:

- *“Más que nada, es como, me cuentan el proceso de (A), cómo va, qué le está afectando. Ahora último cuando vine la semana pasada, ahí me dijeron que la (A) se sentía culpable ella de lo que había pasado, entonces ellos estaban trabajando de eso” (NC3M.A.11.ASI).*
- *“Bueno, las primeras instancias de todo el tema que nos llevó acá, em... como iba la niña y... y después la... la... las otras sesiones, como ver qué va pasando; si veo algún cambio, conductas que tiene en la casa, em... también hemos abordado cómo me siento yo, em... como los miedos que a veces me, me surgen y se los comento a ellos” (RM3M.A.9.ASI).*

Se observa una tendencia a escasa profundización y detalle del proceso del NN, relevando más bien superficialmente que se habla del proceso interventivo, pero sin lograr especificar con claridad qué aspectos del proceso son abordados en setting.

En cuanto a las situaciones cotidianas, se observa que las conversaciones tenderían a relatar eventos, situaciones o necesidades del día a día, del NN, pero también de la familia y AR, como en los siguientes ejemplos:

- *“Me va preguntando cómo ha sido el día a día, cómo va avanzando la (A) en el colegio, cómo se ha sentido, eh... si hay alguna nueva... algún nuevo relato, sobre eso” (NG5M.A.10.ASI).*
- *“M: Conversar nada más. Ella me consulta cómo estoy, cómo hemos estado, cómo nos hemos sentido, si hay novedades, eso sí. Con el psicólogo y con mi hija hemos participado con ellas en trabajos que hemos tenido que hacer las tres (...)*

E: Entonces usted me dice que hablan principalmente de cómo están, si cuenta algo nuevo ¿Hay algún otro tema que suelen abordar con la asistente social?

M: No, es como eso nada más.

E: ¿Y por ejemplo el tema de la violencia de cual usted también fue víctima, de la cual era víctima las niñas, sus hijos, lo ha podido tratar usted con la asistente social?

M: No, bueno, ellos conocen. Cuando yo recién ingresé, sí, tuve que conversar mi situación, pero ha sido sólo eso. No sé si yo comprendí mal, pero entiendo que aquí van a trabajar más con las niñas, eso entiendo yo” (SE1M.A.8.M.VGP).

Hay adultas/os que destacan sesiones en que el/la profesional aborda su estado emocional, como el siguiente ejemplo:

- *“Igual ella me preguntaba que cómo me sentía yo, que veo, realmente, porque nunca me había pasado de que vean cómo me siento yo, mi integridad, sentirme, apoyarme en, en mi persona” (NC1M.O.9.M).*

En cuanto a conversaciones orientadas a fortalecer las herramientas de cuidado y vínculo del cuidador, relatan:

- *“Ellos me dan herramientas exactas para poder yo seguir con mis hijos, pa no repetir el mismo patrón” (NG1M.O.10.VGP).*
- *“Una vez, creo que se me hizo como una charla de los estilos de crianza y, bueno, y de ahí la forma de relacionarse con mi hijo puntualmente, que eso es como el centro de las conversaciones” (SE4M.O.9.M).*

Relativo a los aspectos legales, relevan principalmente que les explican en qué se encontraría el proceso en Tribunales de Familia o Fiscalía, explican los informes o les consultan si los agresores han respetado o no las medidas cautelares u otras

que haya determinado Tribunales. En algunos casos destacan la importancia del acceso a abogada/o por parte del programa.

- *“Si tengo dudas de tipo legal, tengo acá, igual está la abogada y ella siempre está dispuesta a sacarme de mis dudas”* (SE1M.A.8.M.VGP).

También indican que hay actividades que se han centrado en la historia vital del AR, abordando temáticas como la niñez, relaciones familiares o desafíos que le ha tocado enfrentar.

- *“Mi niñez, cómo son mis papás, todo eso igual lo he expresado”* (SE2P.O.12.M).
- *“M: Triste (...) Cuando abarcamos el... el tema de... de... mi vida (...) Mi historia de vida (...) Al recordar, pero, a la vez también me he sentido muy bien. O sea, cuando terminamos esa sesión, eh, después veo lo grande que soy y lo que he podido hacer en mi vida sin ayuda de, de los que decían ser mi familia”* (RM4M.O.10.M.VGP).

Igualmente, se mencionan temáticas abordadas asociadas a entender dinámicas de violencia y maltrato, como también, psicoeducación respecto del ciclo evolutivo del NN.

Relativo a actividades distintas a las centradas en lo verbal, una persona refiere el haber desarrollado un árbol genealógico, relatando lo siguiente:

- *“Cuando hicimos la primera vez el árbol genealógico (...) ahí yo me acordé de todo lo que yo he tenido que pasar con mi hijo y que mi hijo ha sido tan valiente como yo. Eh... me acordé del accidente que tuvo la (X), eh, me acordé de todo lo que le había pasado a la (X) y cuánto yo amo a mis hijos”* (RM4M.O.10.M.VGP).

- **Familiares**

Las actividades familiares pueden ser divididas en aquellas en que el NN está presente (n=21) y las que solo participan los adultos/as responsables (n=3).

En cuanto a las que **solo participan adultos/as**, indican que la principal actividad es hablar de las emociones del NN, como se ilustra en la siguiente referencia:

- *"M: A ver, la primera sesión fue que estuve yo sola con el papá. Fue que cuando él tenía que recriminarme algo a mí, de que por culpa mía los niños no se vinculaban con él. Que igual ahí las señoritas le hicieron entender que no es algo que yo le haya dicho a los niños, porque ellos solo han dicho lo que ellos sienten (...)*

E: ¿Cuál fue la reacción de él? (...)¿ cómo fue esa sesión?

M: (...) Él casi siempre se molestaba. porque él quería como que lo entendieran a él y no a los niños, y apenas aquí los niños solos fueron hablando cosas que ellos sentían, cosas que yo ni yo sé, pero son cosas que llegaban aquí con un peso y salían de aquí más liberados.

E: ¿Cómo se sintió usted en esa sesión, en la que estaba él?

M: En esta sesión yo realmente igual entraba con miedo, pero salía como que más liberada porque lamentablemente no era, los hechos hablaban por sí solos, no era porque, porque yo dijera algo, no, no; los niños no ven al papá, es algo que ellos mismos con sus formas de decir sus cosas, ellos me daban la seguridad que no estaba haciéndolo tan mal.

E: Mirando para atrás, pensando en esa conversación que hubo, en esa sesión ¿qué aprendizaje usted puede sacar de esa sesión?

M: El aprendizaje que puedo tener es que realmente no sé, miles de personas van a decir <no, si tú lo estás haciendo mal> y yo, con lo que yo creo que está bien, para mí está bien" (NC1M.O.9.M).

Otros temas que refieren se han abordado son conflictos de pareja, hablar de situaciones cotidianas y contención emocional a los adultos/as. Como aprendizajes de estas sesiones logran verbalizar valorarse como cuidadores (n=1) y que siempre existirá alguna persona con quien apoyarse (n=1).

Relativo a las sesiones en que participan adultas/os y NN₁, indican con mayor frecuencia manualidades en familia (n=9), juegos de mesa (n=9), abordaje historia familiar (n=5), hablar o conversar (n=4) y escribir cartas (n=3). A continuación, se exponen referencias que las ilustran respectivamente:

La manualidad que más frecuentemente indican realizar es dibujar (n=7). Entre los contenidos de los dibujos refieren el acuario familiar (test psicológico), dibujar las emociones, gustos, situaciones gratas o difíciles. Otras manualidades que se indican son construir algo con materiales diversos, trabajo con masas, recortes y colorear.

- *"M: Siempre hacemos, nos ponen a dibujar cómo nos sentimos, por lo menos ayer hicimos con el psicólogo así una actividad con (A), dibujándonos cómo nos veíamos en un futuro. Todas esas cosas (...)*

E: Usted me dice que encontró entretenida la actividad ¿Qué emoción sintió con esa actividad que hicieron ayer?

M: La verdad que como ahoritica ya he cambiado mi forma de pensar y de sentir porque antes era más duro. Las emociones estaban más a flor de piel (...) En otro momento de pronto hubiera dibujado otra cosa. Ayer estaba feliz, tengo otros pensamientos(..)

E: ¿Qué aprendizaje puede sacar usted?

M: Aprendizaje...Que todo se puede, que las cosas van a mejorar y que estamos aquí para eso" (SE3M.A.12.ASI).

- *"M: Mi hijo dibujó su furia*

E: ¿Estaban los dos? Y mientras él dibujaba la furia ¿qué hacía usted?

M: Yo estaba mirando cómo estaba haciendo su dibujo de furia

E: ¿Cómo se sintió usted en esa sesión?

M: Eh... igual me sentí media rara. Eh... pero igual me sentí grande porque cuando mi hijo dibujaba su, su dibujo de furia. Yo ahí me daba cuenta cuando él me llamaba, cuando él me decía <mamá ayúdame>, porque yo estoy en el trabajo entonces...eh.. cuando él me decía, me llama por teléfono y me decía <ayúdame por favor, que estoy muy enojado>. (...) Cuando él estaba haciendo ese dibujo yo me estaba acordándome de lo que a él le pasa cuando se enoja.

E: Y ahí ¿qué sintió usted al recordar?

M: Sí, cuando él me dice. Porque la primera vez como que no lo entendí, entonces le dije <pucha (O) estoy trabajando> eh (...) le decía <sabis qué, te llamo yo en 20 minutos> y esos 20 minutos se convirtieron de repente en dos horas. Eh... y hasta que tuve que hacerme el tiempo de decir <no, si es mi hijo>, entonces, ya, eh... cuando me vine a pegar la escurría...eh.. ahí yo empecé a tomarle la llamada y yo dejar de hacer muchas cosas y ahí yo decía que ya no importa si me echan de la pega, no importa, al final es mi hijo" (RM4M.O.10.M.VGP).

- *P: <Qué les gusta a ustedes> esa fue la instrucción, por ejemplo, <dibuje lo que más les gusta hacer en la vida cotidiana> y dibujamos pescar porque salimos los fines de semana a pescar*

E: Y para hacer ese dibujo ¿Qué materiales tenían? (...) Y mientras hacía esta actividad ¿Qué emoción sintió usted?

P: Bonito porque, una, alegría, porque (O) sin pensarlo, fue espontáneo lo que empezamos a hacer, entonces me dijo <papá, podríamos dibujar el Paine como cuando salimos a pescar> y para mí, me llamó mucho la atención porque perfectamente él podría haber estado jugando con sus amigos, salir a caminar, o andar en bicicleta; fue algo innato que sacó.

E: ¿Y si usted pudiera sacar un aprendizaje de esa actividad, de este dibujo que hicieron juntos, qué aprendizaje puede sacar?

P: Que cuando salimos conversamos tantas cosas y somos bien honestos para decirnos las cosas y cuando estamos afuera en el campo se nos vienen todas las cosas que a lo mejor en la semana no las conversamos bien o conversamos lo justo, porque él estudia, yo estoy trabajando, pero en ese minuto empezamos a contarnos lo que nos pasó en la semana o a recordar su infancia” (SE2P.O.12.M).

En cuanto a los juegos de mesa, actividad con alta frecuencia recordada por parte de los adultos responsables, refieren mayoritariamente que éstos se orientaron principalmente en conocer gustos e intereses de las/os participantes (n=4), a través de distintos juegos como “cuánto me conoces”, tableros de preguntas, dados, entre otros. Entre aprendizajes de este tipo de actividades, se puede destacar en conocer mejor al NN, pero también, saber cuánto le conoce el NN y entender su perspectiva respecto de la/el adulta/o. A continuación, algunos ejemplos:

- *M: De llenar como una, una hoja, de unas preguntas que salían, no sé, lo que me gusta a mí, pero era, yo respondiendo en base a mi hija y mi hija respondiendo con, con las cosas mías, para ver cuánto nos conocíamos (...) Me sentí cómoda porque yo me sé todo lo de mi hija. Lo que sí me, o sea no me asustó, sino que me sentí como mal que mi hija no supiera tanto de mí, porque no se había mi fecha de cumpleaños, no se sabía mi edad.*

E: Y de ahí, de esa actividad ¿qué reflexión, que aprendizaje sacó usted?

M: (...) falta como de mi parte, darle como más ese conocimiento a mi hija porque prácticamente no sabe nada de mí, siendo que soy su mamá” (NC5M.A.12.M).

Otros contenidos que aparecieron con frecuencia mediante juegos de mesa fue el análisis o reflexiones respecto de potenciales situaciones (ficticias) a las que

podrían enfrentarse las/os participantes y cómo actuarían frente a éstas (n=3), como se ilustra en el siguiente ejemplo:

- *"M: Era tirar el dado y vas avanzando y vamos acertando a las preguntas y cosas así*

E: ¿cómo se sintió en esa actividad?

M: Bien(..)

E: Y si pudiera retroceder el tiempo a esa actividad de las preguntas, este juego de mesa ¿qué aprendizaje podría sacar usted de esa actividad?

M: Eh... las respuestas de mis hijos que... hubo preguntas como que... qué hiciera ella si... si estuviera sola en la calle de noche, algo así eran las preguntas, entonces, como... <bueno, si estoy sola, correría> dice, <porque me... me persigue un hombre>, y cosas así. O sea... le... le miré a mi hija como que... siente miedo, todavía siente ese miedito de... de eso" (NG3.O.8.M.VGP).

También se mencionó expresión emocional (n=3) como contenidos emergentes a partir de juegos de mesa, como se ilustra en el siguiente ejemplo:

- *"M: Con unas imágenes que no decían nada. Entonces, por ejemplo (O) iniciaba el juego y ponía en la mesa una imagen con su conejito y según como nosotras interpretáramos eso, teníamos que vincular alguna de las que teníamos con la que él había puesto (...)*

E: ¿Qué emoción sentiste mientras hacían ese juego?

M: Es que a mí me da gusto ver jugar a mi hijo, porque aparte de que yo encuentro que es un niño muy inteligente, tiene muchas interpretaciones de las cosas. Literal, emocional, académica. Entonces, aparte que es súper competitivo. Entonces a él le emociona el hecho de poder jugar y de ir ganando por ejemplo. Entonces yo encontré que fue un buen espacio para distraerlo un poco.

E: Y ¿Qué aprendizaje podrías sacar de esa actividad que hicieron con las tarjetas con estas imágenes?

M: Me di cuenta por ejemplo de que mi hijo de repente tenía muchas percepciones menos racionales, sino más emotivas quizás de lo que él veía en una imagen, por ejemplo. Que ya está como descubriendo otro ámbito para expresarse" (SE4.O.9.M). Este juego se refiere a Dixit.

Se puede observar que los juegos de mesa se refieren tanto a juegos de contenido clásico o "neutro" o como Ludo o a juegos con contenido terapéutico más explícito, como tableros o dados emocionales, conversacionales, entre otros. Incluso de los

juegos de contenido más neutro, emergen temáticas o actividades que los adultos le otorgan valor o significado de tipo vincular o de conocerse más entre los integrantes.

Otras actividades mencionadas con frecuencia fueron sesiones que abordaron la historia familiar. Indican que las sesiones fueron orientadas a comprender y analizar la historia y vínculos, principalmente mediante la técnica del árbol genealógico o genograma familiar.

- *“M: La primera vez hicimos un árbol genealógico de con quién comparten nuestras hijas, quiénes son el núcleo familiar y, al final, quedamos igual solas porque mi familia es en Bolivia. Su familia de él son chilenos, pero nunca se acercan, o sea todos trabajan, o sea no, tampoco vienen a visitarnos. Al final quedamos solos.*

E: ¿Cómo se sintió usted en esa sesión?

M: Triste (...) Porque no había relación y mis hijitas igual sólo enfocaron a un hermano que me viene a ayudar en vacaciones, o sea, viene igual a vernos ¿no? Triste porque igual somos como hartos, pero algunos llegan a estar solos igual.

E: Y, en ese contexto, si usted mirara para atrás esa actividad ¿qué aprendizaje puede sacar de esa sesión, de esa actividad?

M: Eh... deberíamos ser más unidos (...) por ejemplo, el 18 vino a comer un hermano, dos hermanos de él, que nunca han venido y cuando él dijo <vamos a hacer un asadito> ya... y son parecidos... el chiquitito le decía <papá, papá> porque son parecidos y yo decía <pobrecito, no sabe que es su tío>, entonces, bueno, se rescata eso que, deberíamos hablarnos más, unirse” (NG4.A.10.ASI).

Se observa en la situación anterior que, mediante el genograma familiar, además de generar instancias que permitan a generar mayor comprensión, también permiten que a nivel familiar se puedan entender mejor las perspectivas y coordinar un relato más unificado de la historia familiar, en la que se valide la opinión de las/os NN. También permite un espacio de conexión y descompresión emocional que, como en el caso anterior, permite a la adulta/o a expresar emociones asociadas a dicha historia, en este caso, tristeza.

Igualmente, refieren sesiones orientadas a recordar buenos momentos familiares. En cuanto a este tipo de actividades, se destaca que el aprendizaje de la adulta/o de esa sesión que se podría sintetizar como la relevancia de pasar tiempo de calidad con sus hijas.

Relativo a las actividades de hablar, se observa que las temáticas abordadas fueron hablar o explicar el proceso NN, acuerdos familiares de convivencia y la

sesión inicial en la que se explican las características del PRM y los procedimientos del proceso.

- *"M: De ahí tuvimos una sesión que estuvimos conversando entre las tres con la asistente*

E: ¿Y se acuerda qué temas conversaron esa vez?

M: (...)Si habíamos sentido algún cambio dentro del proceso, esa fue la conversación. La (A) dijo que, entre comillas, sí, y yo le decía que sí, igual. Pero era algo reciente, entonces no había mucho cambio tan drástico. Ahora ya se nota más" (SE5M.A.12.M.ASI).

En cuanto a las sesiones relacionadas con escribir cartas, se observa que las temáticas de éstas se asociaban principalmente, a expresarse sentimientos y emociones.

- *"E: ¿De qué se trataba esa carta?*

M: De decirnos todo lo que no nos habíamos dicho

E: ¿Cada una tenía que hacerle una carta a la otra?

M: Sí (...). Nos dieron una hoja y lápices del color que queríamos ocupar. La (A) me hizo una carta de muchos colores, yo no. Yo ocupé un sólo color y de ahí le hice monitos de colores pero... nada más

E: ¿Hicieron algo con esa carta? ¿Tuvieron que leerla, se la guardaron, qué pasó ahí con la carta?

M: Nos hicieron si queríamos leerla en voz alta o para uno. Yo la leí para mí porque no sé leer bien, entonces no me gusta leer en público, así que la leí para mí y le expliqué más o menos lo que me había tratado de decir la (A), porque la (A) no se expresa muy bien escribiendo, entonces tenías que adivinar un poquito y de ahí la (A), que también la leyó para ella y dijo que ella sentía que lo que yo había dicho en esa carta era verdad. Esa fue toda su expresión [risas] (...)

E: ¿Y qué emoción sintió usted con esta actividad?

M: Ay, yo lloré. Lloré porque... no puedo (...)Es que yo soy muy alterada en la casa y eso es lo que me cuesta trabajar a mí. Pero son tantos niños que una de repente igual colapsa (...) Entonces el tiempo que nosotras teníamos juntas ya no lo teníamos, ya no mirábamos películas o tampoco salíamos a tomar un helado o a dar una vuelta al centro que era lo que hacíamos habitualmente y de ahí se nos hizo mucho más complicado (...) Nos ha costado en el sentido de unirnos

nuevamente como familia. Para mí sacarla a pasear es como darle su tiempo a ella directamente

E: O sea, han estado en muchos cambios, usted con mucha responsabilidad ¿Antes de esa carta usted había pensado en eso, en que le faltaba tiempo a las dos juntas?

M: No, porque yo estaba sesgada en la casa nomás y en hacer lo que tenía que hacer

E: Y si pudiera sacar un aprendizaje o reflexión de esa actividad ¿Cuál sería?

M: Escucharlos más, eso” (SE5M.A.12.M.ASI).

2- Por objetivos o temáticas abordadas

• Actividades de elaboración del dolor propio

La victimización de un NNA en muchos casos conlleva también a la afectación psicoemocional e, incluso, traumatización de sus AR. En ese contexto, se les consultó a las adultas/os si durante el proceso de intervención, habían tenido sesiones o intervenciones en las que puedan elaborar el dolor asociado a dicha situación. La mayoría indicó no haber tenido dichas instancias, siendo el proceso avocado principalmente al abordaje del NN. Sin embargo, hubo una cantidad significativa de participantes que refirió sí haber tenido algunas instancias que abordasen su propia emocionalidad en ese respecto (n=10). En cuanto a las actividades desarrolladas para este propósito, indican que fueron principalmente dado que la/ el terapeuta otorgó un espacio en el que se validaron sus emociones (n=5) y mediante hablar o conversar (n=4). Refieren en la mayoría de los casos que dichas instancias se han desarrollado dentro del programa, pero en algunos casos, que ha sido mediante su proceso psicoterapéutico personal, con su psicólogo/a. A continuación, se ilustran relatos de estas experiencias, respectivamente:

- *“Mira yo llegué aquí una vez a una sesión muy mal, muy descontrolada emocionalmente y me fui... porque conversamos, conversamos, conversamos con la (Trabajadora Social) y bajé todas mis ansias o todas mis... mi pena, mi angustia, mi rabia y que... que me hizo muy bien. Yo sí siento que nos ha hecho bien, el hecho de poder conversar y no sólo de esto, sino que de repente conversa más cosas eh... porque la(Trabajadora Social) dice que uno igual tiene que un poco... también ver los... propias trancas que uno trae porque uno tiene que sanar desde el origen para poder todo bien, porque finalmente voy a hacer todo, voy a traer una tranca desde atrás en el caso mío, y en el caso de las niñas lo mismo, em... pueden tratar de sanar esto, pero si entran en algo más no lo van a poder... no van a poder*

estar 100% bien. Entonces, em... creo que hemos tenido sesiones donde nos han ayudado bastante un poco a asimilar y comprender cosas que en la vida pasan y que a veces uno no puede hacer nada” (RM5M.A.11.ASI).

- M: Hemos conversado no más, conversar.

E: Tú me dijiste que tuviste una infancia horrible, difícil y que no quieres eso para tu hijo. Con la psicóloga ¿has podido hablar de tu infancia, o acá en el CEPIJ?

M: Con mi psicóloga, si

E: ¿Y qué cosas has ido viendo de tu infancia, han hablado de alguna forma, para tú ir sanando los dolores de tu infancia con la psicóloga?

M: Sí, es que lo que pasa señorita, es que mi taita a mí me intentó violar y resulta que después que cayó enferma la mamá. La tuvimos casi cinco años cuidándola y yo todo ese tiempo, yo encargándome del viejo también, llevándole las cosas” (S1M.O.8.M). En este caso, la madre destaca el proceso de psicoterapia individual que ella ha tenido, pues no se refiere a la intervención del PRM.

Igual, aunque fueron pocas adultas/os que refirieron sesiones enfocadas a eso, reflexionan que actividades como analizar la historia de vida (n=1) y ponerle nombre a las situaciones (n=1) fueron significativas en la elaboración del propio dolor. A continuación, se presentan estos relatos:

- *“Las conversaciones que hemos tenido acá con la asistente social, aparte de que son muy entretenidas, nos conjugamos bien yo creo. Ha sido más fácil y más práctico entender varias cosas, porque yo no fui maltratada físicamente, pero sí psicológica. Entonces mi mamá me decía <tú eres igual a tu papá> y yo no quería eso. Uno se va guiando a lo que nos dicen las asistentes o lo que me dice mi mamá o lo que me decía mi hermana, porque mi hermana tiene una paciencia de los dioses, que es la que yo no tengo, entonces esas conversaciones me fueron ayudando bastante, porque al salir de acá, yo tengo muy poca retención de memoria, entonces yo salía de acá y le contaba a mi hermana o a mi pareja o a mi mamá lo que habíamos conversado y ellos me daban también sus puntos de vista y ahí lo iba trabajando así” (SE5M.A.12.M.ASI).*

- M: El hecho de que se le puso nombre a lo que yo también estaba viviendo como adulta.

E: ¿Y eso sientes que a ti te ayudó a ir disminuyendo tu propio dolor, tu tristeza o la emoción que tú tenías por todo esto que habían vivido también como familia?

M: Y me ayudó a comprender también ciertas actitudes que yo tenía quizás” (SE4M.O.9.M).

- **Derechos de los Niños**

En cuando a los **Derechos aprendidos**, la mayoría de los AR afirman conocer Derechos de NN (n=17), refiriendo en general que han tenido instancias para aprenderlos en el PRM, pero, en algunos casos, indican que los conocen desde otras fuentes. Se mencionan diversos derechos, como a la educación, salud, ser protegidos, ser queridos, no ser maltratados, entre otros. Se observa una tendencia a que el lenguaje de los derechos tiende a ser con escaso tecnicismo y profundización de porqué éstos serían relevantes para NN.

- *E: Existen los derechos de los niños y las niñas. En este programa ¿le han enseñado lo que son esos derechos?*

M: Eh... la verdad no mucho, pero eh tengo claro cuáles son los derechos de mi hijo (...) El primer derecho que tiene mi hijo es tener una casa, y tener su cama. Eh... expresar lo que siente y tener eh de poder ir al colegio. Eh... de darle lo que necesita, eh...y tratar de estar siempre ahí para él, darle amor que es lo que necesita él” (RM4M.O.10.M.VGP).

- *“El derecho a la salud, derecho a... al estudio. Derechos a... no recuerdo, pero más al derecho al estudio” (NG4M.A.10.ASI).*
- *“De lo que siente ella, toda la cuestión, de que alguien no tiene que ser violentada ni que nadie les pegue. Ellos tienen que hablar y sí porque la (A) era muy calladita y aquí le enseñaron más a decir las cosas que le estaban pasando” (S5M.A.10.VGP).*
- *“El derecho a la alimentación, a la higiene, al mejor vivir a no maltratarlos ni física ni psicológicamente, que eso me cuesta, lo he trabajado bastante sí. Y eso que recuerde” (SE5M.A.12.M.ASI).*

Hay algunos/as adultos/as que refieren que no se los han enseñado o no los conocen (n=3):

- *O: Mire, yo creo, por lo que yo sé, pero no sé a ciencia cierta, si están siendo vulneradas las niñas. Es porque un derecho a que no sea así, por lo que yo sé.*

E: ¿Pero ya ha tenido alguna sesión específica en la que hablen particularmente de los derechos de los niños?

O: No, no” (S3O.A.11.VIF).

- **Derechos del Niño que consideran más importantes,** la mayoría destacan el derecho a ser escuchado, a ser escuchadas/os u opinar (n=6).

- *“Yo siempre he dicho que el derecho más importante que tiene mi hijo y mi hija es el derecho a ser escuchados (...) Porque los niños no mienten, no hay niño mentiroso, sino hace... los...los niños tratan de decirte lo que ven, lo que sienten y es súper importante ser escuchados” (NC2M.A.9.VGP).*
- *“A respetar su opinión_(...)uno como adulto, ve las cosas de una forma, a lo mejor ya de una forma, no sé cómo decirlo, muy diferente al punto de vista que tienen ellos, así que yo cuando voy a hacer algo les pregunto <oye, voy a hacer esto, ¿qué opinan?> y ellos dan su opinión ” (S4M.A.8.M.VGP).*

Se observa que los adultos/as tienden a mencionar que la relevancia del derecho a ser escuchados/as se relaciona a que favorece la confianza de solicitar ayuda o develar situaciones que les afecten, lo cual genera protección. Esto entrega al adulto/a información relevante sobre la vida del NN. Asimismo, se observa que destacan que esto les ayuda a conocer mejor al NN, conocer sus opiniones y puntos de vista. En este caso, quienes destacan este derecho son mayoritariamente los motivos de ingreso son por VGP y/o maltrato.

Le siguen en frecuencia, derecho a la seguridad o protección (n=5) y al afecto (n=3). A continuación, se exhiben algunos ejemplos de cómo los adultos refieren la relevancia de estos derechos:

- *“Yo creo que sería el de darles seguridad (...) Yo creo que ellos deben ser protegidos desde muy pequeños, entonces igual son bien vulnerados los niños. A esta altura yo a mi hija la amo, la quiero mucho, la (A) es mi hija po, entonces digo <que a mí me la pasen a llevar, pa mí es terrible>” (NG2M.A.12.ASI).*
- *“El afecto emocional en el sentido de afecto, de cariño (...) Porque si uno no, no le da cariño ni el amor respecto a eso, a ellos... eh, buscan por otro lado y aparte, aquí se crían con ese egoísmo y ese, ese odio <por qué no hiciste eso conmigo> o <yo lo necesitaba>. Porque si uno les entrega amor y... y todos los otros fundamentos que necesita el niño. Eso es lo más importante, que el niño va creciendo bien, no se va... no se te va desviando. Por lo menos a mí me pasó con el (O) que no era muy... que no era mucho de piel con él y él, así como un rechazo conmigo y empecé a dar ese afecto, cariño, amor, conversación, de escucharlo y es otro (O) . Ya él me... él es así como amoroso, me abraza” (NG1M.O.10.VGP).*

En cuanto al derecho a la seguridad, lo tienden a describir como una necesidad tanto macro-sistémica, es decir, a nivel comunitario o de sociedad como también, a nivel intrafamiliar. Del primero, refieren la relevancia de una comunidad que les otorgue a NN seguridad de que no serán vulnerados o dañados. A nivel familiar, indican la importancia de que crezcan en contextos seguros, libres de violencia.

Respecto del derecho al afecto, tienden a destacar tanto la necesidad de poder pasar más tiempos con NN, deseo que muchas veces se ve dificultado por obligaciones laborales. Igualmente, tienden a destacar que otorgarles un contexto de afecto, favorecerá su futuro y un desarrollo saludable y libre de “rabias”. Se observa que particularmente con el derecho a la seguridad, cuidadoras de niñas víctima de ASI, lo destacan como más relevante.

Le siguen en frecuencia los derechos a la salud (n=2), a ser respetados/as (n=2) y a poder vivir su infancia (n=2):

- *“Bueno lo que es salud, para que ella esté bien, no se vaya a enfermar o cualquier cosa, que tenga sus controles al día, en colegio igual, también para que, porque yo quiero que sea alguien en la vida el día de mañana; no quiero que sea igual que yo, que tenga entonces, otra... otro futuro quiero darle a mi hija”* (NC5M.A.12.M).
- *“Respeto marca todo, tantas cosas. Con lo que está pasando con mi hija es el respeto a que ella pueda decir <no>, a que ella, cuando no quiera algo, pueda hablar sin temor. Derecho a que ella esté bien, a que esté tranquila, a crecer en un ambiente tranquilo, sí, a todo”* (SE3M.A.12.ASI).
- *“A ser niños (...) Para mí, porque mi niñez fue espantosa, entonces yo quiero lo mejor para (O)”* (S1M.O.8.M).

Otros derechos que se mencionaron con menor frecuencia fueron derecho a vivir sin violencia, a que no les toquen sus partes íntimas, derecho a ser defendidos y derechos de la mujer.

Relativo a las actividades realizadas por el PRM para el aprendizaje de Derechos del Niño para las y los AR, con mayor frecuencia refieren que les han hablado de éstos (n=4) y que se los han enseñado los mismos NN (n=4). Respecto del hablar los derechos, refieren principalmente que éstos han sido mencionados de forma ocasional o bien, que emergen en el contexto de abordar la victimización del NN.

- *“Eh no me acuerdo más que las conversaciones de la psicóloga, ella siempre nos habla de lo que es eso, nos habla, pero no me acuerdo”* (NG4M.A.10.ASI).
- *“Puntualmente, así como que me digan <sabes que vamos a hacer una clase y éstos son>, no. Hemos conversado a raíz de lo que se pudo haber vulnerado (...) Como te digo, siempre se ha hablado de que situaciones que no debieran pasar o cómo llevar esa situación o corregir; no decirle <no>, sino explicarle por qué. Pero más allá de eso, no se ha tocado”* (SE4M.O.9.M).

En frecuencia le siguen realizar manualidades en familia (n=3), talleres grupales (n=3) y analizar la vida del adulto/a (n=3). A continuación se ilustran ejemplos, respectivamente:

- *M: Ella tenía que copiar un derecho y dibujarlo, crear algo sobre el... lo que eligió (...) Así que... en eso fue, en dibujar*

E: ¿Se acuerda qué derecho escogió ella?

M: Creo que derecho a la... a inventar juegos

E: El derecho al juego. Em... ¿cómo se sintió usted? ¿qué emoción sintió usted en esa sesión? ¿usted tenía que hacer algo?

M: Tenía que apoyarla, eh... en la creatividad, pero... que la (A) se incomoda cuando la miran y está dibujando, pero... le costó mucho, se demoró mucho, porque es muy perfeccionista igual, salió a mí, en dibujar, en pintar, así que... ahí la estuve apoyando, pero al final...

E: Y ¿cómo se sintió usted en esa actividad? ¿qué emoción sintió?

M: Eh... fue bonita la experiencia porque igual ella siempre, por ejemplo, le gusta ese derecho de ser libre, de correr. Entonces cuando estuvo hospitalizada la sufrió mucho porque no podía correr, así que... Yo sabía que iba a escoger ese derecho

E: ¿Qué aprendizaje podría sacar de esa actividad?

M: Aprendizaje... compartir más con mi hija, en la creatividad, en hacer cosas más juntas, eh... hay veces que la apoyo bastante, por ejemplo, en sus tareas. Pero en los dibujos eh... no mucho, porque a ella le gusta igual dibujar como todo sola, siempre como que se encierra en su pieza y ella quiere todo hacer sola, pero... así que... eso me gustaría más, acompañarla más en sus dibujos para que juntas creamos diferentes cosas, igual es algo bonito" (NG5M.A.10.ASI).

- *M: El paisaje también me acuerdo con la de los derechos de los niños*

E: A ver, cuénteme un poco cómo se relaciona el paisaje con los derechos de los niños.

M: Porque tenía... la primera sesión puro conversamos, entonces, no alcanzamos a terminar (...) puro conversamos acerca de los derechos de los niños, entonces, la segunda él me dijo <quedamos con la primera sesión a medias>. Me dijo <lo que vamos a hacer ahora es que usted tiene que elegir uno de los derechos del niño y plasmarlo aquí, hacer lo que usted quiere>, entonces... eh... hicimos los derechos del niño era... teníamos que elegir uno; entonces él nos mostró, nos nombró varios, igual tienen nombres como bien rebuscados, entonces, el derecho al, al... cómo era... al, a recrear (...) Como a diversión, algo así era parece (...)

Entonces ella como le gusta tanto la playa, hicimos la playa; hicimos la ola, ahí surfeando en plasticina, entonces empezamos a...hicimos la sesión con el papá. El cortó una canastita, le echamos frutas, como que andábamos de picnic. Dibujamos a la hermana, un balde. Le pegamos un montón de cosas y ahí nos entretuvimos todos

E: ¿Qué otra emoción sintió durante esa sesión?

M: Que igual fue bueno porque compartimos con el papá y estuvimos los tres haciendo cosas que a ella le gustan, porque los tres sabemos lo que a ella le gusta. Entonces era fácil para nosotros como papás participar de la este, porque <ah a la (A) el ir a la playa(...) > y empezamos todos a hacer cosas de chiquitita, qué se yo, vasos, uvas, frutas, y un montón de cosas (...)

E: Y ¿qué aprendizaje usted puede sacar de esa sesión?

M: Que igual esas cosas fortalecen no solamente a nosotros como familia, a ella como niña igual, puh. Porque igual cuenta con nosotros, entonces estar haciendo un este que le toca a ella, entre los tres igual es pa' ella yo creo que <estoy con mi papá y mi mamá, sentirme segura>" (NG2.A.12.ASI).

- *"Bueno, los leímos en las primeras sesiones. También hicieron una actividad como grupal con todos los... las madres y los... y también ahí nos explicaron con diapositivas algunas cosas" (RM3M.A.9.ASI).*
- *"Ellos en cada sesión te dan una herramienta, eh... para poder avanzar y no repetir el... el patrón de... de la violencia. Aparte que igual ellos son escuchados también y ven la opinión, escuchan las... las... las cosas que necesitan realmente los niños y después veímos la situación que tengo que cambiar yo o qué tengo que hacer yo, qué me falta a mí para que el niño siga avanzando" (NG1M.O.10.VGP).*
- *"Vengo creciendo con eso, porque, a lo mejor yo no tuve esos derechos, entonces, eh... yo trato que mis hijos tengan todo lo que yo no tuve... y eso es parte de darles amor, de... de entregarle la seguridad que ellos necesitan" (RM4M.O.10.M.VGP).*

Otras actividades que se mencionaron fueron, realizar recortes en familia, hablar de los derechos en familia y escribir.

3- Actividades Favoritas

Los adultos/as indicaron como actividades preferidas, hacer manualidades en familia (n=8), principalmente dibujo (n=4), pero también construir algo con distintos materiales y trabajos con arcilla. A continuación, se presentan ejemplos de estas actividades.

- *M: Hay una que una actividad que tuvimos afuera en el patio, donde está la piscina, que los niños estaban maravillados (...) En esa actividad estábamos pintando, los niños tenían que dibujar. Me parece que era dibujar el fin de semana y entonces... no... se sintieron muy cómodos (...) y además que salieron felices porque los habían invitado a la piscina (...)*

E: ¿Y qué cosas tenían que dibujar?

M: Era un fin de semana y también dibujar cómo veíamos nosotros la violencia, diferentes tipos de violencia. Había violencia, qué tipo de violencia primero vivíamos. Me recuerdo que (X) habló sobre la violencia del bullying, que él lo veía en el colegio, la (A) comentó acerca de la situación que había pasado en el liceo que unas niñas se estaban peleando y cómo solucionarlo.

E: ¿Y tenían que dibujar esas distintas situaciones?

M: Claro, esas distintas situaciones porque esa horita se repartió en dos sesiones, en dos sesiones diferentes; una era el fin de semana y el otro era el tipo de violencia que ellos habían visto, las que conocían y también era como escribir, dibujar el problema que era la violencia y cuál era la solución y que, decir también qué no estaba bien. Entonces el (X) habló del bullying y que se solucionaba hablando con las personas que no había que faltar el respeto y la (A) acerca de la pelea que tuvo en el colegio y se solucionaba llamando al apoderado, dijo la (A).

E: Y ahí usted, durante esa actividad, ¿qué emoción sintió?

M: (...) que ellos no normalizan la violencia, no son parte de la violencia. Ellos tienen entendido de que es un problema y que pueden pensar por sí solos de que hay soluciones (...) Ellos tenían que comentar después de dibujar qué es lo que significaba el dibujo(...).

E: ¿Y usted cree que hacer ese tipo de actividad, de alguna forma, que se tocan temas delicados, fuertes y profundos, siente que el haber hecho afuera, al lado de la piscina, es lo mismo que si la hubieran hecho adentro?

M: No.

E: ¿Qué diferencia siente de haber hecho esa actividad fuera que haberla hecho por ejemplo acá en un box?

M: Cuando están en una sala, claro, participan, pero es como más estresante. Por ejemplo, en el caso de(X), ya se quiere salir a los 10 minutos, que se cansa(...) Pero en las sesiones en el patio, como que les entregó cierta libertad; de hecho estaban preocupados de los pájaros, de la piscina, de todo. Pero también

escuchaban y como que tenían libertad de poder pararse pero claro, pero como el lugar es más amplio, iban un rato, después se sentaban, terminaron la actividad bien y no se aburrían para nada” (NC4M.A.10.M.VGP).

- M: Cuando hicimos la flor con mi hijo

E: La flor, eh... ¿qué es lo que le gustó tanto de esa sesión?

M: Eh... que mi hijo pudo reconocer que él me amaba

E: ¿por qué, usted sentía que su hijo tenía dificultades para expresarle el cariño a usted?

M: Sí

E: ¿Sí? ¿qué hizo durante esa flor? ¿cómo se dio cuenta que él le reconoció? ¿se lo dijo?

M: Que mi hijo, estábamos haciendo la flor y de repente, así como que estábamos y le digo <(O) esta no> y él de repente estaba haciendo, así como las flores y me queda mirando y me dice <mamá, tú eres mi vida>, entonces como que... oh...

E: ¿Cómo se sintió usted con eso?

M: Eh... (llora) muy bien, muy bien. Yo pensé que nunca lo iba a escuchar.

E: ¿Qué puede haber aprendido usted de esa actividad?

M: Eh... que... gracias a... a... a lo que me han enseñado aquí y a tener más tolerancia y a darme el tiempo de poder escuchar a mi hijo, eh... he podido lograr acercarme más a él y que él me tenga más confianza” (RM4M.O.10.M.VGP).

- M: Yo creo cuando modelamos la casa.

E: (....)¿qué aprendió en esa sesión?

M: Em... bueno, aparte de que aprendí que la niña tenía mucho, mucho, ganas de irse a vivir a un lugar así. Em... también aprendí que la casa era un lugar seguro para ella, independiente de que sea otra casa la que ella hizo, imaginaria. Pero, también me di cuenta que puede ser que ella se sienta segura en su casa en la que está ahora, porque puede ser relacionada la casa con algo seguro” (RM3M.A.9.ASI).

- M: Esa que conté con el asunto de la greda. Igual fue como, algo así como tan bonito al momento de que ellos expresaron sus... utilizaran... utilizaran materiales

E: ¿Y era esta greda blanca, esa cuando hicieron las emociones, los monstruos de colores?

M: Sí

E: ¿Y tuvieron que pintar esa greda?

M: Sí, por, la pintaron

E: ¿Se secaron en esa misma sesión o tuvieron que tener más de una sesión?

M: No, tuvieron... o sea en esa sesión dejaron pintado todo, pero ya la sesión pasada mostraron cómo quedaron, algunos no... no se secaron pero quedó la evidencia de que lo habían hecho.

E: ¿Por qué le gustó tanto esa sesión?

M: Porque realmente los niños fue la primera vez que pudieron expresar sus emociones y realmente cómo se sentían” (NC1M.O.9.M).

La actividad que continua con mayor frecuencia como de las favoritas fue la construcción de un árbol genealógico o genograma familiar (n=5). En algunos casos en sesiones individual (n=1), pero en la mayoría, en sesiones familiares, con NN presentes.

- M: El árbol genealógico, porque realmente ellos, de toda la gente que tenían a su alrededor ellos dejaron a la gente precisa, porque solamente ellos lo eligieron a su, a su gente cercana, a su familia como se puede decir

E: Entonces, de alguna forma, usted corríjame, en este árbol genealógico no es que fueran, estuvieron incorporados todos, incorporaban a las personas importantes

M: Importantes en ellos

E: Ah, ustedes tenían que elegir a las personas ¿o era toda la familia la que ponían en ese árbol?

M: No, no, ellos elegían cuál eran sus personas más cercanas, o sea, su familia. Ellos ahí pusieron, porque realmente siempre han estado, mis papás, a mi hermana y a una amiga mía que siempre ha estado ahí al 100% siempre.

E: ¿Y qué fue lo que más le gustó de esa actividad del genealógico, porqué la elige como de sus favoritas?

M: Porque los niños, no sé, en cada persona fueron ellos, dijeron realmente qué lo que... qué es lo que, lo que era para ellos las personas” (NC1M.O.9.M).

- M: Em... creo que un poco cuando armamos el árbol genealógico me di cuenta de algunas cosas que no... no sé si favorita, pero sí creo que me marcó mucho (...)Porque me di cuenta de cosas que...

E: ¿cómo armaron ese árbol? ¿fue escrito? ¿con fotos? ¿cómo fue?

M: *Sí, fue... armamos un cuadro (...) Eh... y fuimos armando como mi árbol genealógico y nos dimos cuenta de cosas que no me había dado cuenta*

E: *Y ese árbol genealógico ¿estabas tú sola en la sesión o también estaba alguna de tus hijas?*

M: *No, estaba yo sola*

E: *Ya, y ese fue desde este árbol genealógico ¿cuánto para atrás y cuánto para adelante?*

M: *Hablamos de mis abuelos hacia abajo*

E: *¿cómo te sentiste al estar haciendo este árbol genealógico?*

M: *Em... melancólica*

E: *¿qué aprendiste en esa sesión?*

M: *Es que lo que pasa es lo que le decía que me di cuenta de cosas que no me había dado cuenta*

E: *¿por ejemplo?*

M: *De que mi mamá nunca fue víctima de las circunstancias” (RM5M.A.11.ASI).*

En el mismo nivel de frecuencia, se encuentran juegos de mesa emocionales (n=5):

- *“La que más me gustó fue precisamente esa del juego, esa del Dixit (...) porque fue un espacio muy agradable dentro del juego, una manera distinta y se abarcaron varios temas dentro del mismo juego entonces” (SE4M.O.9.M).*
- *“Es la que le comentaba yo de los juguetes (...)La de los animales, que para mí fue bonito el escucharlos a ellos lo que sentían sobre mí” (S4M.A.8.M.VGP).*

Le siguen sesiones enfocadas en contención emocional para el adulto/a (n=3), analizar al NN (n=3), conversar en familia (n=3) y los derechos del niño/a (n=3). A continuación, citas respecto de dichas actividades respectivamente:

- *“M: Me gustó cuando una sesión mmm... estuve sola con el profesional y (...) en que hablamos harto rato y fue como... así, me sentí contenida (...) hablamos de todo lo que había pasado en el tiempo, así como que hicimos un pequeño recordatorio de todo de nuevo, y, claro, es fuerte recordar poh, pero a la vez me sentí contenida en esa situación, porque quizás otras veces no me había sentido tan contenida. Y me sentí escuchada y como que, después hicimos un ejercicio como de relajación al final y todo. Me quedó como un recuerdo bonito*

E: *¿ Qué aprendió de esa sesión?*

M: Em... yo creo que aprendí que... que hay personas que pueden ayudar, porque, claro, antes de llegar a este programa, yo me sentía un poco sola igual, así como que... me da pena (llora) (...) Como que aprendí ahí que igual hay esperanza, porque hay...hay personas, instituciones que pueden ayudar en estos casos, porque, ahí en ese momento yo me sentía como que no estaba... no había quien me ayudara, no... yo golpeaba y golpeaba puertas y no" (RM3M.A.9.ASI).

- "Lo que me dijeron, porque yo nunca miré que la parte psicológica, que igual a ella le afectaba, que era muy calladita, muy para ella y yo pienso que ella donde me veía a mí se quedaba ahí, para no decirme nada. Como yo tenía problemas, entonces en esa parte me ayudó igual, me gustó eso porque tenían razón ellas; la (A) se guardaba muchas cosas" (S5M.A.10.VGP).

- "M: Cuando hablamos... o sea, cuando el psicólogo calmó a la (A) cuando se puso a llorar y yo... a veces siento que no sé contenerla rápidamente y el psicólogo se pasó

E: ¿Qué fue lo que más le gustó de esa sesión?

M: Eh... eso, que el psicólogo... la trató de, con buenas palabras, eh bien amoroso él con (A).

E: Y ¿qué es lo que usted aprendió de esa sesión? (...)

M: Que... ser más paciente con mi hija, podría ser más paciente con mi hija para poder destacarla y entender a veces, le cuesta desahogarse, ella es muy para adentro, así que... eso, ser más paciente con ella" (NG5M.A.10.ASI).

- "M: Las otras sesiones han sido de la que la (A), cuando a ella le dijeron de **sus** derechos (...) Le preguntaron a la (A) lo mismo que me preguntaron a mí, pero decía que cuales son sus derechos de su vida y de cuáles también, eran sus obligaciones. Ella como hija, yo como mamá y le preguntaban cosas y ella como que no sabía responder mucho y ellas como que la trataban de ayudar, las tías, y porque tiene hipotiroidismo, de que ella tenía su obligación de tomarse sus remedio, de ir al colegio, de...cómo se llama, tener obligaciones en la casa, como hacer su cama, cosas así.

E: ¿Eso fue como conversada esa sesión o hicieron alguna actividad?

M: Un video y después nos iban preguntando (...)

E: ¿Qué es lo que más le gustó a usted de esa actividad en concreto, por qué le gustó tanto?

M: De que (A) sabía que ella tenía que...que tenía sus obligaciones aparte, y como siempre respondiendo bien, como que ella, como que sabe las cosas, que tenía

que ir a su colegio, que ayudar a su mamá en la casa, que tenía que, cómo se llama... ay...se me olvidó, hacer su cama

E: ¿Qué aprendizaje usted puede sacar de esa sesión, de los derechos?

M: Que está bien lo que le están enseñando a (A) y lo otro que yo me siento bien también como mamá, que he llevado por buen camino a mis hijos, enseñándoles cosas que yo he aprendido en el transcurso de mi vida” (NC3.A.11.ASI).

En todas las referencias asociadas a contención emocional, las y los AR la informan como una sesión individual, en el que se abordaron directamente las emociones asociadas al proceso del NN, pero también, de temáticas atinentes a la vida personal o preocupaciones cotidianas de la adulta/o. Todas las entrevistadas lo destacan como un espacio de contención, sentirse escuchadas y sentirse menos solas. Respecto a sesiones abocadas a analizar la situación del NN, destacan principalmente ayudar a comprender las conductas y el aspecto psicológico del NN.

Otras actividades mencionadas como preferidas, pero con menor frecuencia fueron hacer manualidades individuales, escribir cartas y talleres grupales en que participen otros NN y adultas/os.

4- Actividades que menos gustaron

Entre las que con mayor prevalencia refirieron como actividades que no gustaron son no tener sesión o que ésta sea muy breve (n=5), sesiones con el agresor/a (n=4), sesiones en formato telemático (n=3), sesión revictimizante (n=2) y sentirse juzgado/a (n=2)..

- *“M: Cuando me quedo sola no más, poh.*

E: ¿Le gustaría pasar, por ejemplo, a todas las sesiones? O a veces siente que está bien quedarse sola

M: Me gustaría quizás no pasar con ella, porque entiendo que ella también necesita ese espacio sola a veces, pero quizás pasar con otro profesional para que... como que... digo <qué fome quedarse ahí>. Bueno, yo igual aprovecho de leer, hacer algo, pero, a veces, en algunas ocasiones, digo <podría igual pasar yo con otro profesional y aprovechar de avanzar en algo poh>” (RM3M.A.9.ASI).

- *“Fue una sesión súper cortita que tuve con la Trabajadora Social en que me preguntó cómo había estado la semana, porque ella tenía que acompañar a otra niña de las que atienden al médico o llevarla al psicólogo entonces fue como la*

presentación de cómo estuvo la semana y (...) Fue como por compromiso” (SE4M.O.9.M).

- M: Cuando me juntaron con mi agresor y mis hijos (...). Estaba yo, mi hija y mi agresor y trataron de vincular a la fuerza a mi hija con mi agresor (...), bueno, nos sentamos yo y mi hija en un sillón, él se sentó en frente y la trabajadora (social) en el otro y empezaron a hablar de la maravillosa... de la maravillosa familia que éramos. Siempre de lo bueno, de por qué nosotros estábamos juntos, por qué llevábamos tanto tiempo, como de lo maravilloso que él era como papá

E: ¿Y él qué hacía, cómo era su reacción?

M: Sólo lloraba(...) Que para mí hija fue muy chocante ver al... su papá, hasta ese momento, que era su héroe, como su papá, el mejor papá del mundo, verlo llorar.

E: ¿Y en ese momento hablaron de la violencia?

M: No.

E: No ¿y qué emoción sintió usted en esa situación?

M: Rabia” (NC2M.A.9.VGP).

- M: Me citan sola como para decirme que el proceso iba a terminar y que la revinculación iba a ir sí o sí, aunque yo no quisiera. Incluso conmigo usaron el término de que <yo no le tenía que sacar el poto a la jeringa>, así me lo dijeron, con esas palabras y que ellas lo iban a hacer igual porque si ellas no lo hacían, el Tribunal lo iba a determinar de igual forma, aunque yo no quisiera, entonces, que yo no... que yo las tenía que ayudar, que yo tenía que empezar a relatar como cosas lindas del padre de (O) para ayudarlas a ellas. Yo me sentí tan mal, yo creo que yo llegué a la casa, me puse a llorar, no lo podía creer, no lo podía creer lo que me estaban diciendo, porque yo encontraba que... yo decía entre mí <cómo, si hablan de los derechos de (O), ellas mismas están vulnerando los derechos porque lo van a obligar a hacer algo que él no quiere hacer>

E: Y usted ¿le manifestaba su opinión en ese momento?

M: Sí.

E: Y ¿qué le decían?

M: Que yo estaba siendo problemática, que estaba siendo problemática, que estaba eh... haciendo como una barrera en el proceso, que yo claramente no quería que se viniera esta revinculación. Entonces, ellas encontraban que yo estaba siendo como el problema entre la unión de (O) y su padre (...) Cuando le dicen a (O) que se va a venir la revinculación con su papá y que tiene que hacer esta llamada del perdón (...).

E: ¿A qué se referían con llamada del perdón?

M: Ellas querían que (O) llamara a su padre y que su papá le pidiera disculpas y que con eso estaba todo solucionado, con esa llamada. Ahí era como que si el papá se disculpaba era como que era borrón y cuenta nueva” (RM2M.O.11.M).

- “No es que en general las por teléfono porque son más cortas las sesiones y no tenemos más intervención que el hablar puh, entonces esas son como más fomes” (NG2M.A.12.ASI).
- M: Bueno lo que menos me gustó fue esa, la que se me leyó el informe de los seis meses, que era, se supone, el informe final, porque además, se nos presentó a mi hijo y a mí en conjunto

E: Entonces los sentaron a los dos a leerles el informe

M: Sí (...) Entonces yo lo podía leer, al (O) se lo explicaron y yo al respecto tenía muchas opiniones y quizás ese era el momento para hablar de ciertas situaciones, para esclarecer de que no era lo que el programa pensaba, pero no tuve el espacio porque evidentemente, lo que le decía a X (Trabajadora Social) también, hay cosas que yo encuentro que mi hijo no tiene por qué saber. Y de ahí no tuve más el espacio para poder comentar esa situación hasta que llegó el punto del colapso y conversamos las tres con la dupla y se llegó a este término de la Violencia Vicaria.

VL: Y en ese momento, en esa sesión de la lectura, mirando hacia atrás ¿Qué sientes qué es lo que menos te agradó de esa sesión, lo que más te incomodó en esa oportunidad?

M: A mí me molestó que se me pidiera la opinión de lo que se estaba diciendo, estando mi hijo presente, porque por respeto a él era algo que yo evidentemente no iba a hacer.

VL: ¿Y cómo pudiste ver a (O)? ¿Cómo estaba él en ese momento? ¿Estaba silencioso, lo notabas tranquilo, inquieto?

M: No, estaba reflexivo y de hecho, bueno, no se los comenté, nunca. Notó que me molesté y después, por ejemplo, teníamos que ir a buscar a la hermanita a la sala cuna que estaba un poquito más abajo y él me pidió perdón por estar en esta situación (...)

E: ¿Qué hubieras esperado que hicieran distinto, como por ejemplo, para presentarte ese informe?

M: En que la retroalimentación pudiese haber sido más real. Encuentro que no es pertinente meter en los temas de evaluaciones...En este caso fue como evaluar culpas casi, lo que decía el informe, entonces en ese momento no era pertinente

la presencia de mi hijo. No correspondía, creo yo, porque también se me pidió la opinión y no tuve el espacio para poder hacerlo realmente” (SE4M.O.9.M).

- *“P: Fue casi al principio, cuando me sentí como atacado en el sentido de que todavía no había sido escuchado yo; mi parte, mi versión de toda esta situación y ella había venido anteriormente y me sentí vulnerado porque psicóloga con el trabajador (social) me atacaron en el aspecto como que yo era el culpable de la separación y todo, siendo que no había sido escuchado.*

E: ¿En qué sentido se sentía atacado, qué hicieron ellos para que usted se sintiera de esa forma?

P: Cuando me explicaron ellos, siempre como yo era el malo de la película, porque yo siempre el que ha puesto las reglas en el hogar. La mamá es más percibida, o sea, más sumisa en el aspecto de que la dan vuelta mucho y yo como que era el de las reglas. Por eso tenía mala relación con mi hijo, porque yo ponía restricciones

E: (...) ¿usted le planteó eso a los profesionales?

P: Sí.

E: ¿Y cuál fue la respuesta?

P: Me terminaron escuchando mi versión. Tenían que hacerlo, o sea, porque tenían la versión de la mamá” (S2P.O.10.VGP).

Otras sesiones que manifestaron con menor frecuencia que no les gustaron son talleres grupales con otros adultos, sesiones en las que el NN manifiesta emociones displacenteras, sesiones que les hicieron sentir tristeza y mal espacio físico.

4.3.2.4. Desarrollo de Herramientas en el/la cuidador/a

La gran mayoría de las/os cuidadores entrevistadas/os indica sí haber mejorado o desarrollado nuevas herramientas de cuidado hacia el NN (n=23) en comparación a su estado previo a su ingreso al PRM. Sólo una entrevistada refiere no haber aprendido ninguna herramienta.

En cuanto a sus capacidades afectivas y proteccionales al inicio o previo al proceso, una gran mayoría refieren que no entendían los síntomas ni qué le sucedía al NN (n=10), baja capacidad de contención emocional (n=4), conductas de sumisión en la cuidadora (n=4), normalización de la violencia (n=3) y parentalización o parentificación del NN (n=3).

- *“Antes que entre mi hija estaba muy rebelde, era terrible y yo no entendía qué tenía. Yo, de verdad, si usted me manda a declarar, yo voy a declarar que tenía*

todos los síntomas que uno ve en la tele, en los videos, pero yo decía <cómo, si (A) cuándo, si está siempre a mi lado, yo no las deajo, yo no tomo, no traigo a nadie a tomar ni tecito, nada, no hay momento que haya dejado a mi hija>. No podía asumir que le haya pasado eso” (NG4M.A.10.ASI).

- *“Yo empecé a pedir ayuda porque ya llevaba como un mes y yo la veía que se daba vuelta pa’ un lado y se ponía a llorar y yo no me daba cuenta que estaba llorando. Como al mes me di cuenta y entonces le dije que ¿qué le pasaba? Porque yo de primera me ponía a llorar con ella y ahí me empezó a decirme <(abuela) es que te tengo que contarte tantas cosas que no quiero que nadie sepa> y ahí me empezó a contar todo el maltrato” (RM1O.A.9.M).*
- *“Mire, siento que ahora aún no logro entender mucho más en realidad lo que le está, lo que le está pasando a (O). Yo creo que uno, he podido visualizar más, quizás, la gravedad como de su estado, quizás, mental, porque como le digo en (Otro PRM) era como <no es como ansiedad no más, el (O) sólo tiene ansiedad>. Y uno podía observar muchas cosas, conductas que él hacía, y que claramente me causaban mucha preocupación, pero era como que <no es que lo hace porque tiene ansiedad>, y yo claramente decía, pero, por ejemplo, no sé... ya, (O) cortaba los peluches, se cortaba los calcetines, como que buscaba excusas, como que trataba de cortarse, sufría de náuseas, vómitos, se mareaba, se enfermaba del estómago, no podía dormir” (RM2M.O.11.M).*
- *“Porque yo estaba tan mal que, no me entendía ni yo misma y menos iba a entender a (O)” (S1M.O.8.M).*
- *“Lo que pasa es que pa mí era super importante que ellas ingresaran porque yo no sabía cómo tratar a la (A), no sabía qué hacer, porque pa mí fue conocerla de nuevo, fue partir de cero. Entonces para mí igual era importante que ella participara, que también yo... pudieran enseñarme a... a cómo se trata, a cómo se le habla, porque yo no era capaz de mirarla a la cara. Lo único que hacía era llorar y lo único que hacía era pedirles perdón, no... no era capaz de abrazarlas, no las miraba a la cara y... y... de a poco, entre la asistente (Social), la Fiscal que me fueron explicando y todo y después, llegando acá, me decían que igual las tenía que abrazar, sólo no mirarlas no más” (RM5M.A.11.ASI).*
- *“Si antes no los podía ni contener, me ponía a llorar altiro. Ahora no, ahora los escucho y logro entender cuando ellos se sienten mal” (S4M.A.8.M.VGP).*
- *“Sumisa, callada, sin autoridad. Muy sumisa, porque él ejerció mucha...fui muy manipulada y lo acepté así. Me fui adaptando a lo que él quería. Yo no tenía voz ni voto en opinión de nada. Las pocas veces que nos juntábamos con su familia o*

la mía, que íbamos menos a la mía, yo no hablaba, no opinaba” (SE1M.A.8.M.VGP).

- *“El problema que nos trajo aquí fue un agarrón a la ducha, donde mi hijo se sintió totalmente vulnerado porque yo casi que lo metí con ropa, lo tironeé, todo, incluso lo pasé a arañar sin querer obviamente, y él se sintió muy enrabado y todo y obviamente su vía de escape en ese momento fue el papá y se lo comentó. No se contó el contexto, que era que mi hijo ya estaba en encopresis y cuál era mi parecer, o sea, yo iba al baño y veía deposiciones con sangre y yo no sabía que estaba pasando, por el hecho de la privacidad de mi hijo. En algún momento cuando lo vi lastimado y todo yo dije <Wow, si lo llevo así al médico, por ejemplo, quizás hasta me van a investigar por violación> entonces ¿Qué era el mal menor en ese momento? obligarlo a ducharse y hacerle curaciones obviamente invadiendo totalmente su privacidad” (SE4M.O.9.M).*
- *“Como antes yo trabajaba, ahora estar en casa, todo lo que yo estaba en mi forma de pensar, yo era más estricta, decía <niñas> y ellas <ya>, pues me ayudaban con mi otra bebé y acá la psicóloga me dijo <no, eso está mal, eso es su rol, ese no es rol de sus hijas, ellas tienen que hacer sus tareas y el estudio y ya>” (NG4M.A.10.ASI).*

Sin embargo, otro grupo importante indican que mantenían una buena comunicación con el NN (n=5) y que sí entendían los síntomas o comportamientos del NN (n=4).

- *“(A) siempre ha tenido una conexión muy grande con nosotros, con mi mamá y conmigo (tía) (...) Mi hermano con mi cuñada, ha sido una relación de doce, trece años de violencia constante (...) La (A) siempre quería quedarse con nosotros y siempre (...) El fin de semana que iban para la casa, ella quería estar con nosotros y mi hermano muchas veces le dijo no; <No, no> le decía y la (A) decía <pero porfa>” (S3O.A.11.VIF).*
- *“M: es que cuando el (O) sufrió eso, el (O) vivía con su papá. Entonces mi hijo era demasiado machista y muy agresivo. Entonces, no me dejaba él que me acercara a él. Él decía que yo era millonaria y por eso yo me había ido de la casa, pero no era así po (...) porque el papá como que le hacía la mente, el papá le decía <no, tu mamá se fue de la casa porque estaba hueveando con un hueón y como es millonaria>... Eh... y no era así pu. Entonces mi hijo, en reacción a eso no me dejaba mucho acercarme y cuando yo me acercaba a él, como que había un... un momento de agresividad muy grande, que un día me llegó a tirar una piedra o me decía <maraca conchetumadre> y un montón de cuestiones más (...)*

E: Y ahí, en ese sentido ¿cuánto usted siente que lograba entender esas conductas del niño?

M: Yo entendía que había una persona más grande metiéndole cosas en la cabeza, porque él era muy chiquitito, entonces un niño tan chiquitito no puede tener esa mentalidad” (RM4M.O.10.M.VGP).

Otras características que refieren haber tenido las adultas/os entrevistadas/os, indican haber mantenido un estilo de crianza autoritario, ver el ASI como algo ajeno a sus vidas, reaccionar impulsivamente con NN y replicar patrones vinculares transgeneracionales.

En cuanto a las herramientas desarrolladas en el PRM, refieren con mayor frecuencia mejores estrategias de comunicación adulta/o-NN (n=9), desarrollo de más capacidades de brindarle contención o seguridad al NN (n=9), desarrollo de más autoconfianza (n=6) y aprender a observar de mejor manera al NN (n=5) y mejor control de los impulsos en el adulto (n=5). A continuación, se ilustran respectivamente estas habilidades:

- *“En que yo antes no me daba el tiempo de hablar con ellos, yo conversaba lo típico que tú le preguntas <cómo te fue en el colegio> y si ellos decían <bien>, me quedaba con el bien. Hoy no, hoy no; les doy un tiempo a cada uno de forma individual, les pregunto <sí en el colegio me fue bien>, <pero bien por qué, qué hiciste, tus amigas> (...).Se ha dado la conversación, las profesionales han dado como la pauta para que yo, me pueda decir lo que ella siente” (NC2.A.9.VGP).*
- *“Yo creo que este programa me ha ayudado mucho en hartos, hartos aspectos, en hartos. Eh... prácticamente como persona. Eh... eh me ha hecho ver que soy importante, porque yo venía con el, como con el autoestima muy bajo. O sea, yo me encontraba culpable en muchas cosas y como que este programa me ha dado mucha confianza” (RM4M.O.10.M.VGP).*
- *“M: Por ejemplo yo ahora le pregunto, converso con él. Cuando le dan esas rabietas, no es que lo mande <ya, ándate para allá>, no; yo vengo, lo contengo, le empiezo a conversar, no... no lo dejo solo.*

E: ¿Y cómo lo contiene ahora, qué cosas hace en concreto para contenerlo que quizás no hacía antes?

M: Bueno, cariño le he hecho siempre. Eso de no dejarlo que explote porque le daba la lesera y ya y se iba enrabiado y se ponía y lloraba y lloraba y lloraba, y ahora lo dejo que, que llore, pero yo estoy al lado de él” (S1M.O.8.M).

- *“El hecho de tener más en cuenta sus derechos y estar más atenta a lo que ella siente en cualquier situación. Yo estoy muy pendiente ahora, yo estoy haciendo*

algo pero estoy observando de que nadie la pase a llevar con empujones o me cuestiono que hasta tal vez estoy exagerando mucho. Que no la miren feo o no sé, porque soy mucho de observar. No sé, que no le digan cosas, palabras que a ella le bajen su autoestima” (SE1.A.8.M.VGP).

Le siguen en herramientas, relevancia del apoyo sociocomunitario (n=4) y escuchar más al NN (n=3). A continuación, se exhiben estas nuevas herramientas, respectivamente:

- *“Yo, después del Tribunal fui derivada al Centro de la Mujer, ahí estuve un buen tiempo, también un apoyo, pero para mí y aquí es un apoyo, en este programa, es un apoyo para mí como mamá para mis hijos, entonces como que se complementó y tomé herramientas” (NC4M.A.10.M.VGP).*
- *“Escucharlo (...) Que me dé la opinión de qué es lo que quiere. Porque le voy a dar un ejemplo, yo soy monitor deportivo, y dirijo escuelas de fútbol y él está conmigo siempre y hay días que él no quería ir y yo no lo escuchaba, como que lo llevaba obligado y él no quería ir, porque estaba cansado (...) Y ahora yo lo escucho y le pregunto y yo le di esa confianza ahora, que cuando él no quiere asistir, que me diga y nos ayudamos” (S2P.O.10.VGP).*

Otras estrategias que también se mencionan, con menor frecuencia, son estilos de crianza democráticos y pasar más tiempo con NN.

Hay una adulta (NG5M.A.10.ASI) que indica no haber desarrollado nuevas herramientas, argumentando que la razón de esto sería que se ha sentido apoyada por el programa, pero que siente que siempre ha tenido herramientas para apoyar adecuadamente a su hija, por lo que el proceso se ha focalizado principalmente en apoyo psicológico para la niña, pues la cuidadora no requeriría de mejores o nuevas herramientas.

4.3.2.5. Proceso Psicosocial NN

Respecto a las observaciones que refieren las y los AR del proceso de intervención psicosocial en la/el NN, indican mayoritariamente que previo al inicio de la intervención, el NN presentaba conductas desadaptativas o los llamados síntomas externalizantes (n=4) o bien, no expresaba sus emociones (n=4).

- *“P:Es que (O) había empezado a golpearse
E: ¿A golpearse a sí mismo?*

P: Sí, a golpearse él, entonces, y pasaban pasaba puro encerrado, de cualquier cosa lloraba, entonces empezó a venir para acá y empezó a cambiar (...) ya (O) ha aprendido a controlarse más sus emociones porque antes tenía estos ataques de rabia, de frustración que...

E: ¿Y estos ataques de rabia y de frustración en qué se notaban?

P: En el colegio (...). Él sabía que yo siempre iba a llegar cuando a él le diera estos ataques de ira, porque eran ataques de ira en el colegio de mandar a todos a la punta del cerro, pateando hasta algunas puertas en el colegio y no le hacía caso a nadie” (S2P.O.10.VGP).

- *“Mire, antes de empezar el programa, el (O), sus emociones no, no las compartía con nadie, como que él se cerraba en él” (NC1M.O.9.M).*

También se menciona la somatización como síntoma previo al ingreso al programa.

Respecto de la situación actual del NN, es decir avanzado el proceso, en su mayoría indican que la NN logra expresar o manejar mejor sus emociones (n=4): *“Él a veces muy antisocial, muy callado, no hablaba con nadie, no saludaba a nadie, y cuando ingresé acá eh... soltó lo que él que tenía que soltar, habló lo que necesitaba hablar y ahí empezó un cambio, trabajando en conjunto de con los del CEPIJ” (NG1M.O.10.VGP).*

Otros aspectos que se mencionan de los avances del proceso son que el NN logra reconocer errores por parte del adulto/a, tiene mejor funcionalidad general y mayor capacidad de socialización.

Sin embargo, hay un caso específicamente de ASI, que reporta que ha habido una mantención del secreto familiar y que hay una retractación de la niña respecto de la victimización. En este caso, se puede pesquisar una credibilidad ambivalente y discursos erráticos respecto de la victimización. A continuación, se presentan 2 extractos de la entrevista a esta adulta responsable (NG5M.A.10.ASI).

- *“M: Bueno, yo, en la casa, la estoy apoyando, porque en mi casa nadie sabe sobre este tema, excepto mi mamá, pude contárselo y estamos como más unidas entre la abuela de mi hija y yo. Pero la abuela ha estado apoyando, así en oculto sí, porque nadie puede saberlo.*

E: ¿Por qué han decidido que nadie, de alguna forma, sepa de esto?

M: Eh ...lo que pasa es que al decir todo en mi casa ...está mi hermana viviendo ahí eh... cada uno tiene su propia parte en la casa de mi mamá. Pero sería como hasta finalizar todo esto, porque no sé si todavía es cierto, si no... y si es cierto, no quisiera agrandar todo esto. Yo no tengo una buena relación con mi papá; ahora

estamos como ahí parejo, pero creo que si le contara a él eh... sería todo peor y yo igual sigo viviendo acá porque este año cambió como todo para mí, entonces decirle a mi papá sería como un escándalo más grande.

E: Y, en ese contexto, la niña como que ¿también ha sido parte de este secreto?

M: Claro”.

- *“M: Le han preguntado sobre el tema, lo que ella dijo y bueno, hasta el momento, ella lo desmintió todo, pero sigue manteniendo lo mismo, así que la están como apoyando por si a lo mejor puede dar otro relato, eh... y yo igual apoyándola desde la casa*

E: Claro, ella me dice que lo que ella logra entender es que ingresa por un abuso sexual del papá, pero ella pareciera que se retractó y me dice ahora que <por la mentira que yo dije>

M: Sí

E: ¿Qué es lo que logra usted entender de eso, de ese cambio de discurso que ella ha tenido?

M: Que, cuando coloqué yo la denuncia eh ...me dijeron que no tenía que preguntarle a ella nada, pero yo no podía quedarme con la duda igual, así que le tuve que preguntar desde la... desde esa pregunta ella se retractó. Pero tampoco yo he notado ninguna... eh... una duda contra lo que me dijo, porque ella igual estaba pasando por Bullying en el colegio, así que por lo que dijo ahora yo le creo”.

Asimismo, se les consulta a las adultas/os sobre qué creen que ha significado el proceso en el PRM para el/la NN. Refieren mayoritariamente que le ha significado lograr abrir sus emociones (n=7), sentirse escuchado/a (n=5) y que le gusta asistir (n=5), lo cual es reflejado en las siguientes referencias:

- *“Yo creo que para la (A) ha sido como una puerta que se le abrió para que ella pudiera decir todo lo que sentía, todo lo que le pasaba. Al principio no podía, estaba cerrada la puerta, pero era porque la tenían reprimida, pero después no. De hecho, a la (A) le encanta cuando... cuando le decimos <oye tienes hora con la señorita (psicóloga)>, ella feliz porque le toca venir a hablar con ella” (S3O.A.11.VIF).*
- *“La (A) acá recibió mucha fortaleza. La escuchan, porque ella dice que en la casa antes nadie escuchaba y ella se refiere a su hermano y a mí, que nosotros no la escuchábamos y acá la escuchan; de hecho, ella dice eso. Entonces ha significado como la confianza de que alguien la escuche, pero como está...como son sesiones familiares, también estoy presente, también se...se afiata nuestra confianza y soy parte de” (NC4M.A.10.M.VGP).*

- *“No sé, pero ella viene feliz y se enoja cuando no... no pudimos tener estos días de la pandemia. De repente no veníamos <pucha> me decía. Pero no sé, le gusta venir, se encuentra feliz cuando viene”* (RM1O.A.9.M).

También mencionan que el proceso ha significado un espacio íntimo-seguro (n=3) como también, aprender los derechos de NN (n=3):

- *“Ha sido buenísimo. A mi hija le ha hecho bien, les gusta venir. Ellas cuando no pueden venir se quejan, les gusta venir porque aquí, yo igual les digo <Hija usted abusan de la paciencia de...> porque si quieren jugar juegan, pintan, tienen su espacio”* (SE1.A.8.M.VGP).
- *“Yo creo que ella lo ve como... como un lugar para estar tranquila, protegida y... y... y como que ella siente que aquí la ayudan po. Yo la veo, así como tranquila, aunque no... ella no habla mucho del tema po, de... cuando del tema del abuso no. La verdad es que nunca lo toca, o un par de veces lo... antes de dormirse a veces me hace acordar, como dos veces, y... y me comenta algo así parecido, pero no... como que ya no comenta mucho eso. Pero... pero sí, siempre me comenta que le gusta aquí porque dibuja, porque conversa y como que se siente tranquila aquí po, en un espacio que, como que sabe que no le va a pasar na”* (RM3M.A.9.ASI).
- *“Que se siente escuchado, se siente con más derechos en el buen sentido, de que hay gente y programas que realmente entienden a los niños, su pensar, su vivir, todo eso”* (S2P.O.10.VGP).
- *“Esto igual la ha ayudado a ella pa informarse también de todo lo que (...), de los derechos que ellos tienen. Porque de repente no, los niños no pescan tampoco y, si no hubiera venido a las sesiones, ahora no tendría idea de... de los derechos del niño. Porque en la escuela los pasan así no más <ya, ya, anotamos y ya, ya> queda, así como una pancarta y listo. Entonces, acá igual el psicólogo igual le conversa cosas”* (NG2M.A.12.ASI).

Entre otros aspectos que destacan del proceso refieren que la NN percibe mayor apoyo familiar, mejor comprensión de la victimización y mayor empoderamiento.

4.3.2.6. Fortalezas del PRM

Con mayor frecuencia, las adultas/os entrevistadas indican como fortaleza del programa, que ha constituido un apoyo psicológico para la/el NN (n=6). De igual modo, destacan buen trato a los usuarios por parte de los profesionales (n=5), profesionales con adecuada disponibilidad (n=4) y sentirse escuchadas/os como

adultas/os (n=3). A continuación, se presentan respectivamente referencias de cada fortaleza mencionada:

- *“El psicólogo (...) Porque los chiquillos lo adoran, lo quieren mucho al psicólogo. Eso me pone súper contenta. Yo no sé cuando ellos estarán solos no sé qué harán, si jugarán, si se reirán, no sé, aparte que tienen como juegos, como series, no sé, de tele en común y conversan de eso y siempre se siente como bien agradable con él” (S4M.A.8.M.VGP).*
- *“M: Es re importante pa los niños tener un psicólogo. A veces, porque no es lo mismo el psicólogo del consultorio, o el psicólogo que uno no tiene para pagar.*

E: ¿Por qué te parece que no es lo mismo el psicólogo del consultorio que el psicólogo del CEPIJ?

M: Porque no, porque un psicólogo del consultorio es de consultorio poh, entonces no se dedica solamente a ver tu caso (...) atienden un montón de gente. Acá es personalizado poh, entonces se trata directamente al afectado que es la (A), porque ella trae un problema grave. En el consultorio, si yo la llevo por este asunto, no me van a hacer a la (A) trabajar como me la hace trabajar el psicólogo de acá po” (NG2M.A.12.ASI).

- *“La acogida (...) Porque la intervención que hemos tenido siempre ha sido de buena forma. No se nos ha mirado raro, te tratan cordialmente, hay un respeto” (SE4.O.9.M).*
- *“Principal fortaleza... em... yo creo que la, la disponibilidad que tienen y la... la contención que hacen con las familias” (RM3M.A.9.ASI).*
- *“Sentirme escuchado, valorar la opinión de cada uno, tanto de (O) como mía, como de (X) y de la mamá de los chicos” (S2P.O.10.VGP).*

Entre otras fortalezas que mencionan es sentir que el programa les ha ayudado, que otorga herramientas para la cuidadora y la transparencia del proceso.

4.3.2.7. Debilidades del PRM

Entre las debilidades o aspectos a mejorar de su experiencia en el programa, mencionan con mayor frecuencia escaso trabajo con el/la adulto/a (n=6), poca frecuencia de sesiones (n=4) y profesionales prepotentes (n=3), como en los ejemplos respectivos:

- *“Bueno si entiendo del programa, se trata de los... de los... de los niños, de protegerlos, orientarlos, eh... enseñarle sus derechos, sus obligaciones. Pero también creo que... eh... base fundamental también, yo creo, hablar con la*

persona que está a cargo de esa persona. O sea, como que también, una parte de... de ayudar, digamos, sí... la, la persona, porque en mi caso soy yo no más, entonces, después familias otras no tenemos” (NG3M.O.8.M.VGP).

- “Hay mucha intervención para poco personal y eso ha afectado el tiempo y la continuidad de las sesiones” (SE4M.O.9.M).
- “*M:* En el programa anterior, por lo menos la forma, donde, como recibieron los niños no, no me gustaba. Eran como prepotentes, más encima en el lugar donde los tenían, era un lugar así como si hubiera sido una clínica; una silla por acá, otra silla por acá. No era un lugar familiar, así como que uno se sienta cómodo.

E: ¿En se notaba esa prepotencia?

M: Como que <ah, siéntate ahí y de ahí venimos>. Es como... como que el trato de... de... era malísimo” (NC1M.O.9.M).

En el caso de adjetivos como “trato prepotente” se puede observar que los casos tienden a referir tanto aspectos verbales como no verbales del trato al usuario, como por ejemplo, “veías caras malas” (NC2M.A.9.VGP) hasta aspectos verbales, como respuestas agresivas o de desinterés.

Entre otros aspectos que las adultas/os destacan, con menor frecuencia, como debilidades o aspectos a mejorar son sesiones de duración muy breve, falta de apoyo económico a las familias, falta de gestión con redes secundarias, espacios físicos poco acogedores, espacios no adaptados a NN en situación de discapacidad, pocos juegos, no se escucha a NN pequeños, falta de talleres extraprogramáticos y tiempo de espera extendido para ingresar efectivamente al PRM.

4.3.2.8. Significado del proceso.

Se les consulta a las entrevistadas qué ha significado para ellas/os el proceso de intervención en el programa, indicando en su mayoría que ha contribuido a mejorar las relaciones familiares (n=8), ayuda para el NN (n=7), empoderamiento del cuidador (n=7), sanar como familia (n=6) y sentirse escuchadas/os o apoyados (n=6).

- “Que estemos más unidas, que haya más confianza. Saber que, obviamente soy su mamá, pero que es mi deber estar atenta, preguntarles cómo están. Ha generado que estemos más unidas, que haya más protección” (SE1M.A.8.M.VGP).
- “Un gran avance, para tener una buena relación con nuestros hijos” (S2.O.10.VGP).
- “Estoy feliz por, por haber quedado aquí. Porque del principio me habían dicho que eran muy escasos los cupos, por eso se demoraron igual en llamarme. Entonces,

como el psicólogo todo es particular, en estos momentos no tenía los medios como para llevarla a particular así que, que me hayan dado esta oportunidad que dan aquí y que la(A) se haiga desahogado tanto. Porque hay cosas que, por ser, a mí no me contaba. De repente yo le preguntaba cómo le iba en el colegio, y salía enojada. Aquí al psicólogo se lo ha contado todo” (NG5M.A.10.ASI).

- *“Yo me siento mucho más tranquila porque sé que van a ayudar a (O), que tampoco hay como una presión acá con respecto quizás a la situación de (O), sino que eh...se respeta a él, se le respeta sus espacios, sus tiempos, entonces, y yo me siento mucho más tranquila” (RM2M.O.11.M).*
- *“Fuerza y esperanza de que podemos salir adelante, yo y él (...) He aprendido a valorarme, empezar primero que esté como esté, tengo que pensar primero en (O) para poder ayudarlo, porque no tiene la edad para, estaban todos los roles cambiados, él se preocupaba de mí, él estaba preocupado de mí y yo en otra” (S1M.O.8.M).*
- *“Una tranquilidad. Saber de que esta vez sí nos vamos a sanar” (NC2M.A.9.VGP).*
- *“Lo que es en este programa me he sentido más tranquila, más apoyada po. Como que ya no estoy sola luchando como me sentí un par de años, como luchando sola contra todo” (RM3M.A.9.ASI).*

4.3.2.9. Aprendizajes a partir del proceso en el PRM

Las y los AR refieren que el proceso las ha ayudado a entender mejor lo que siente el NN (n=7), desarrollar mayor autoconfianza (n=6), fortalecer redes sociocomunitarias (n=6), entender la importancia del apoyo psicosocial (n=5), comprender la importancia de compartir más con la/el NN (n=5) y reconocer la VGP (n=5).

- *“Yo creo que, a ver, se me hizo quizás, asimilar un poco lo que (O) sentía con respecto a vivencias propias. El círculo de repetición de los hechos (...) Yo creo que él se sentía minimizado (...) Porque había una frustración, había una rabia por el proceso que él estaba pasando, que no lo podía manifestar, que tampoco sentía que lo comprendían” (SE4M.O.9.M).*
- *“La confianza en mí (...) Antes yo no decía lo que sentía. Si algo me molestaba yo me quedaba callada, en cambio ahora no. Si ahora me molesta algo lo digo, no me lo guardo y he tratado de enseñarle a los chiquillos que sean igual, porque hace mal guardarse las cosas” (S4M.A.8.M.VGP).*

- *“Me ayudó bastante en saber que estas instituciones existen, a nosotros nos pasó el caso, pero de pronto le pasa a otra persona entonces como que uno ya tiene conocimiento y puede direccionar a estos lugares”* (SE3M.A.12.ASI).
- *“Poder compartir más con mi hijo, entendernos mejor, porque cuando estábamos no se nos daba el tiempo. Divertirnos más, pasar más tiempo juntos”* (SE2P.O.12.M).
- *“M: Los golpes, eso para mí era la violencia. Los golpes, no sé, el típico hombre que golpea a su mujer y la dejaba morada, eso era la violencia para mi*

E: ¿Y actualmente cómo significas la violencia?

M: No, la violencia es psicológica, la violencia es económica, de violencia también es de golpes y es, no sé, desde que <no vas a salir porque no estoy de acuerdo>, desde que <te vas a cambiar de ropa porque no me gusta que vayas de esa forma>, eso también es violencia y los niños lo saben (...) De hecho los niños sí fueron víctimas, ya ver a su papá que, que golpea a su mamá, fueron víctimas. Yo traté muchas veces de que no nos vieran, de que no supieran, de que no se dieran cuenta de que, de que el papá tenía también un problema de alcohol. Pero al final los niños son muy inteligentes, son demasiado inteligentes, ellos se dan cuenta de todo y una vez que salimos de... de ese...de esa vida que llevábamos con el papá, ellos recién dijeron <sí, yo sabía, yo sabía que mi papá tenía problemas con alcohol, yo sabía que mi papá te había pegado, yo sabía que tú llorabas en la noche, yo sé que estabas enojada por esto>” (NC4M.A.10.M.VGP).

Particularmente, en los relatos asociados a los aprendizajes de VGP, es pertinente señalar que hay un grupo de adultas que logran entender de alguna forma que fueron víctimas de violencia (machista), logrando distinguir principalmente distintas formas de violencia provenientes de sus (ex) parejas. Pero hay otro grupo (n=2) que logra además analizar que las/os NN también fueron víctimas de esa violencia, como es ejemplificado en el caso anterior, lo cual posiblemente tiene que ver con el trabajo psicológico y socioeducativo de la intervención.

Otros aprendizajes mencionados con frecuencia son desarrollo de herramientas de autocontrol conductual de la adulta/o respecto del NN (n=4), mayor tolerancia (n=3), unidad familiar (n=4), expresar más afectividad hacia el/la NN (n=3), escuchar más al NN (n=3), conocer más al NN (n=3), mejores competencias proteccionales (n=3), derechos de los NN (n=3). A continuación, se citan referencias respectivamente:

- *“Mejoraron de mí que yo me pueda relacionar con los niños de otra forma, no como la mamá ogro que retaba y gritaba todo el día”* (NC4M.A.10.M.VGP).

- *“Yo en lo personal, a la tolerancia, que me costaba mucho” (S2P.O.10.VGP).*
- *“De unir las familias (...) Porque cada uno era por su lado, y aquí uno expresa lo que uno quiere, lo que uno necesita” (NG1M.O.10.VGP).*
- *“Ser más cariñoso para aquellos que entreguen me entienden y confíen, porque de repente uno no lo hace, porque una de repente es tan... yo antes era de trabajo, trabajo, trabajo, trabajo, trabajo; que a ella no le falte nada, pero igual estaba mal” (S5M.A.10.VGP).*
- *“El respeto a escucharlos a ellos, eh... escuchar sus puntos de vista de ellos, o sea, su forma de... de... de ver ellos alguna situación y que tal vez uno pueda ahí ir recién orientando y <sí, ¿qué tal si hacemos esto?> o cosas así” (NG3M.O.8.M.VGP).*
- *“Conocer la personalidad de la (A), la personalidad yo la veía así de enojada todo el día. En el colegio ningún problema, y en la casa uy... enojada, llorona y acá tiene una personalidad: habla hasta por los codos dentro de las sesiones. También la he ido conociendo y su perspectiva también se ve. Me ha hecho mucho más como amiga también, aparte de ser mamá de ella” (NC4M.A.10.M.VGP).*
- *“Bueno, en realidad más que ayudar, es hacerla sentir a uno que puede brindarle protección, que puede darle lo que no tenía en la otra casa o con sus papás, eso es. No que uno no es la persona que <ay si no si no importa, normalicemos todo>, no. Aquí sí nos han dicho <es malo, es terrible lo que le estaba pasando a la niña y ustedes pueden y tienen las herramientas para poder sacarla de ahí y darle una mejor vida en el tiempo que tenga que estar con nosotros>” (S3O.A.11.VIF).*
- *“Que (A) sepa más sobre lo que ella tiene, sus derechos de...como niña, más adelante como mujer y adulta” (NC3M.A.11.ASI).*

Otros aprendizajes que fueron mencionados con menor frecuencia son que el proceso terapéutico no es lineal (avances y retrocesos), no normalizar la violencia, disminuir la culpa por la victimización (ASI), que no todos los NN hablan lo que les pasa, aprender a vivir con la experiencia de victimización, comprender mejor el ciclo evolutivo del NN, darle mayor autonomía al NN, poner límites y responsabilidades al NN, que los adultos no siempre tienen la razón y reconocer patrones transgeneracionales (particularmente en violencia y machismo).

4.4. Resultados Cuantitativos: Experiencia Profesionales

A nivel general, se observa una tendencia a tener perspectivas homogéneas de la experiencia de los profesionales que participan en los PRM, sin observarse

mayores diferencias ni por zona geográfica, ni por profesión. En la Tabla 7 se pueden observar en más detalle los siguientes resultados.

4.4.1. Percepción de logro en la restitución de derechos y calidad de vida de los NNA.

En cuanto a la restitución de derechos vulnerados asociados al motivo de ingreso al programa, el 93,2% (n= 204; M=1,62; D.E=0,682) indica estar muy de acuerdo y de acuerdo con que efectivamente a través del proceso de intervención psicosocial, se está logrando una restitución de los derechos vulnerados en las NNA ingresadas/os. Coherentemente, un 97,7% (n=214; M=1,43; D.E= 0.605) tienden a estar de acuerdo con que la intervención psicosocial aporta a una mejora en la calidad de vida de los usuarios/as. No se observan diferencias estadísticamente significativas ni entre zonas geográficas ni entre profesiones.

4.4.2. Métodos de intervención psicosocial.

El 91,3% (n=200; M=1,46; D.E= 0,797) reportó tener claridad de las orientaciones técnicas de intervención para la restitución de derechos vulnerados, por lo que intervienen bajo lineamientos claros y predeterminados y no bajo improvisación personal. El 91,3% (M=1,63; D.E=0,780) considera que los lineamientos técnicos de intervención con que actualmente trabaja el PRM, incorporan adecuadamente las diversidades locales culturales, étnicas, de género y geográficas. El 79% de los participantes indicó considerar estar de acuerdo y muy de acuerdo con que las supervisiones técnicas constituyen un aporte para mejorar la calidad de la intervención con los casos (M= 1,91; D.E= 1,067). No se observan diferencias estadísticamente significativas ni por profesión ni por zona.

En su trabajo, el 87,2% (n= 191; M=1,52; D.E= 1,006) indicó mantener una adecuada coordinación con su dupla, psicólogo o trabajador social, para el análisis y comprensión de los casos. El 98,2% (n=215; M=1,21; D.E= 0,543) afirma tener coordinaciones permanentes con las redes secundarias en las que se desenvuelven los casos con los que intervienen (por ejemplo, escuela, centros de salud, entre otros), sin observarse diferencias significativas por zona o profesión.

4.4.3. Condiciones laborales y satisfacción profesional.

El 79,9% (n=175; M=1,90; D.E= 1,000) afirma contar con condiciones materiales cotidianas adecuadas para poder realizar una intervención de calidad con los usuarios. El 83,6% (n=183; M=1,69; D.E=1,077) considera que el ambiente y trato

laboral son basados en el respeto. En cuanto a las jornadas de autocuidado, dedicadas al abordaje del estrés, relaciones laborales y burnout dirigidos a las/os profesionales y que son otorgadas por la institución, se presenta una mayor variabilidad, observándose que el 57,7% (n= 126; M=2,93; D.E= 0,972) tiende a considerar que estas instancias no han sido efectivas para mejorar el clima laboral. Las diferencias tienden a presentarse principalmente entre zonas geográficas, pues las zonas del norte grande, norte chico y sur, tienden a perspectivas desde estar de acuerdo hasta una postura neutra, en comparación con la Región Metropolitana y el extremo sur, cuya perspectiva tiende a considerar que estas instancias no están cumpliendo su objetivo (Tabla 7).

4.4.4. Estrategias y métodos de intervención.

En cuanto a las formas de intervención que están ocupando los profesionales, en el trabajo con adultos responsables, 64,8% de los profesionales refirió estar realizando principalmente sesiones de carácter familiar, un 28,8% refirió hacer sesiones principalmente individuales y un 6,4% otro tipo de intervenciones. Tanto psicólogos como Trabajadores Sociales refirieron realizar como principal actividad sesiones familiares; sin embargo, se observa también una alta tendencia por parte de trabajadores sociales de realizar principalmente sesiones individuales en comparación con psicólogos (36,2% vs 20,7%, p=0,028).

En cuanto a los métodos de **intervención con niñas y niños entre 7 a 12 años**, los profesionales indicaron que los tipos de intervención más frecuentes son terapia individual (68,9%); un 17,8% indicó realizar principalmente terapia grupal y un 13,2% otro tipo de intervenciones. A pesar de que tanto psicólogos como trabajadores sociales mencionaron la terapia individual como forma de intervención más frecuente, se observan diferencias significativas en cuanto a que psicólogos casi en su totalidad eligieron esta forma de intervención (78,3% vs 60,1%, p=0,013).

Respecto al **trabajo con las familias**, el 59,2% (n=129; M=2,42; D.E= 0,972) tiende a considerar que en su mayoría el o los adultos/as responsables muestran interés y se comportan disponibles durante la mayor parte del proceso en el PRM. Sin embargo, un porcentaje significativo (40,8%) observa una escasa disposición de los adultos responsables a colaborar con el proceso, tendiendo psicólogos a tener dicha perspectiva con mayor prevalencia que trabajadores sociales (Tabla 7). El 94,5% (n=207; M=1,29; D.E= 0,611) considera que además del NNA, la familia también vive un proceso de resignificación traumática mediante el proceso.

Tabla 7. Experiencia en los PRM por Profesión (T de Student) y Zona Geográfica (ANOVA)

Item	Psicólogo M	Trabajador Social M	p	Norte Chico M	Norte Grande M	Región Metropolitana M	Sur M	Sur extremo M	F	p
EXPERIENCIA										
Logro restitución Derechos	1,6	1,64	0,718	1,72	1,75	1,52	1,63	2	2,532	0,055*
Aporte de las supervisiones a la intervención	1,82	1,99	0,239	2,36	1,75	1,75	2,2	1,82	2,719	0,031*
Calidad condiciones materiales para intervenir	2	1,81	0,15	2,32	1,85	1,9	1,76	1,71	1,503	0,202
Proactividad en Capacitación	1,55	1,53	0,882	1,64	1,45	1,52	1,46	1,82	0,816	0,516
Intervenciones mejoran la calidad de vida de NNA	1,46	1,41	0,503	1,44	1,3	1,39	1,44	1,88	2,842	0,025*
Frecuencia coordinación con redes	1,2	1,22	0,751	1,2	1,05	1,23	1,24	1,18	0,538	0,712
Claridad orientación técnica de intervención	1,45	1,46	0,945	1,4	1,5	1,41	1,66	1,29	0,965	0,428
Lineamientos técnicos de intervención con perspectiva de diversidad sociodemográfica	1,61	1,65	0,692	1,85	1,72	1,59	1,59	1,65	0,568	0,686
Adecuada coordinación dupla psicosocial	1,54	1,5	0,807	1,76	1,25	1,43	1,63	1,82	1,474	0,211
Grato ambiente laboral	1,82	1,57	0,082	1,8	1,8	1,7	1,54	1,71	0,324	0,862
Profesional se considera suficientemente apto para terapia de trauma en NN	1,35	1,5	0,082	1,64	1,45	1,33	1,51	1,59	1,75	0,14
Familia también resignifica	1,31	1,27	0,655	1,28	1,1	1,25	1,41	1,53	1,712	0,149
Adulto colabora adecuadamente	2,56	2,29	0,04*	2,68	2,35	2,28	2,61	2,65	1,728	1,145
Autocuidado es efectivo	3,02	2,85	0,353	2,68	2,75	3,22	2,27	3,18	4,489	0,002*

*P=0.05; I.C=95%; *M= Media;*Para clarificación de los contenidos de cada pregunta, revisar ANEXO IV

Tabla 8. PruebaTurkey Post Hoc para resultados estadísticamente significativos en ANOVA, según zona geográfica

Zona geográfica	N	Logro restitución de derechos ELKT	Aporte de las supervisiones a la intervención ELKT	Intervenciones mejoran la calidad de vida de NNA ELKT	Autocuidado es efectivo ELKT
Región Metropolitana (RM)	116	1,52	1,75	1,30	3,22
Sur	41	1,63	2,00	1,44	2,27
Norte Chico (NC)	25	1,72	2,16	1,44	2,68
Norte Grande (NG)	20	1,75	2,20	1,30	2,75
Extremo Sur (SurE)	17	2,00	2,25	1,44	3,18
Significancia (Sig.)	—	0,064	0,021*	0,907	0,059*

* $p=0,05$

4.5. Resultados Cualitativos: Propuestas para Intervenciones Psicosociales para el abordaje de victimización infantil

4.5.1. Propuestas niños y niñas (NN)

Las propuestas de NN en este estudio se ven expresadas mediante ideas respecto de cuál debería ser la actitud del profesional, su espacio físico “ideal” y el “PRM ideal”. También, se les consulta por objetivos que consideran que serían relevantes que los profesionales trabajasen con los adultos durante el proceso. Igualmente, se indagan sus ideas para actividades que ellos creen que serían eficientes para el manejo y expresión de emociones displacenteras como tristeza y rabia, así como sesiones a nivel familiar que ellos considerarían significativas.

4.5.1.1. Actitud Profesional

NN refieren con mayor frecuencia que un aspecto muy importante es que el profesional tratante sea amable (n=10), que haga juegos (n=9), que sea divertido/a (n=7) y que valide la opinión de los NN (n=7). Asimismo, mencionan como relevante que sepa ayudar a NN a sentirse más tranquilos (n=5), que le converse al NN (n=4) y que sepa cuidar secretos (n=3). A continuación, se presentan ejemplos que ilustran respectivamente aquellas aptitudes que debiera tener el profesional:

- *“Respetar la opinión, ser... así... una buena persona, así como... ser amable”* (RM2.O.11.M).
- *“Tendrían que ser amorosos”* (RM3.A.9.ASI).
- *“Que, primero, necesitan tener más confianza con él, así como jugar así, hablar así y que luego hacerle más preguntas más personalizadas”* (RM4.O.10.M.VGP)
- *“Creo que jugar un juego eh con los niños porque son inteligentes y le gustan los juegos y así pueden... el niño puede confiar más en la psicóloga”* (NG1.O.10.VGP).
- *“Que cada momento como que me siento mal tira como un chiste eh... para que, en vez de sentirme muy agobiada y sentirme mal hace que el momento malo me lo haga divertido”* (RM5.A.11.ASI)
- *“Que sean graciosos”* (SE5.A.12.M.ASI).

- *“ Que escuchan nuestras opiniones y esas cosas, como que nos escuchan harto (...) Es que hay unos que no escuchan nada, entonces yo creo que tienen que escuchar y que den las opiniones” (NC4.A.10.M.VGP).*
- *“Hay que aprender a escuchar a los niños, su opinión de qué fue lo que pasó para no estarlos regañando por gusto” (SE3.A.12.ASI).*
- *“De que escuchen a los niños y si no quieren tener una revinculación o si quiere tener una revinculación con un familiar o no quiere verlos, que no lo hablen, que no lo obliguen y que hagan todo lo posible para que no lo...depende de lo que diga el niño” (SE2.O.12.M).*
- *“Primero que todo, ayudarlos a calmarse, a sentirse seguros para poder sacarse esas ideas e ir haciendo actividades que les ayuden” (SE1.A.8.M.VGP).*
- *“Que sea amable y que sepa cuidar los secretos” (NC1.O.9.M).*

También se menciona como relevante que el terapeuta les dé su espacio, que tenga una forma de ser distinta al agresor/a, que haga cosas de niñas/os, que no los envíe a SENAME (temor a que se los separe de la familia por el proceso judicial).

Si bien es una propuesta transversal, con mayor prevalencia en las zonas del norte, NN destacan la necesidad de que el profesional sea divertido. Particularmente en las zonas del sur, indican la relevancia de que hagan sentir escuchados a los NN.

En cuanto al motivo de ingreso, además de los contenidos transversales mencionados, en VGP destacan la necesidad de que el psicólogo ayude al NN a sentirse más tranquilo y, en el caso de maltrato, que los profesionales hagan sentir a NN escuchados. Asimismo, si bien es una sugerencia transversal, tanto NN víctimas de maltrato como VGP sugieren con mayor frecuencia que el terapeuta les haga juegos. Nuevamente, si bien es una propuesta transversal, NN víctimas de maltrato, destacan la importancia de que el terapeuta sea amable. En ASI hay una tendencia a sugerir al terapeuta como una persona que debe ayudar al NN a desahogarse y que sea divertido.

4.5.1.2. Características del espacio físico

Se les consulta a NN cómo sería el espacio físico ideal de un CEPIJ, específicamente los espacios comunes, la infraestructura general, más allá de los box de atención. A esto, con mayor frecuencia indican que los espacios deberían contar con juguetes (n=14) y juegos instalados como parte de la infraestructura

(n=9). Asimismo, contar con materiales para dibujar y pintar (n=9), un televisor (n=8) y tener comida (n=5). Asimismo, respecto de la infraestructura, indican que les gustaría espacios amplios (n=7), más de una sala de espera (n=7), las paredes pintadas de colores (n=5), decoración (n=4) y patio (n=6).

Ejemplos algunas de las descripciones anteriores, a continuación:

- *“Con juguetes y con cosas para dibujar y pintar”* (NC4.A.10.M.VGP).
- *“Tendría juegos, tendría una casita de muñecas, tendría peluches y tendría rompecabezas, una mesa para colorear, tendría un televisor para que vean televisión, películas y eso”* (SE3.A.12.ASI).
- *“Tendría un columpio (...) Un resbalín, pero como se dice, con colchonetas porque hay niños que están haciendo así y no saben cómo subirse y si se cae se caen como en la colchoneta para que no se lastimen”* (NC5.A.12.M).
- *“Un espacio para café, para jugo para los niños, para los papás, cosas para que picoteen, comida”* (SE4.O.9.M).
- *“Niño: Más... más divertida y con más color*
VL: Ya, que tuviera más color ¿qué color te gustaría que tuviera por ejemplo?
Niño: Eh... todos, pero menos el negro porque eso es como... no es tanto como un color, porque es como... miedo” (NG3.O.8.M.VGP).
- *“Que tengan como más decoraciones así (...) que tengan como <bienvenido>”* (NG5.A.10.ASI).
- *“Como un parque pa que los niños se entretengan mientras esperar”* (NG1.O.10.VGP).
- *“Tendría como una, como un patio con muchos juegos”* (RM1.A.9.M).

También hay ideas que se presentan como tener plantas, luces led, biblioteca, cámaras de vigilancia, animales y vistas a la naturaleza.

4.5.1.3. PRM Ideal

Refieren que el programa ideal es aquel que respeta la opinión de NN (n=3), que se realizan actividades que NN elijan (n=3), que sea un espacio de diversión (n=3) y que se realicen sesiones al aire libre (n=3). Afirman que un buen programa debería ayudarles a olvidar sus problemas (n=2), que hagan más juegos (n=2), que hagan manualidades (n=2), que se entreguen premios a NN (n=2), que haya

juguetes (n=2). A continuación, se presentan reflejos de esas propuestas, respectivamente:

- *“Prestarle atención a los niños, escucharlos. Por ejemplo terminar de darle una solución a su problema, ayudarlos; por ejemplo si tiene un problema con el papá ayudar a que los dos se abuenen y puedan conversar juntos y todo eso”* (S2.O.10.VGP).
- *“Las salas serían con una mascota que ellos escogieran y con mucha, y con mucha diversión y ellos pudieran hacer lo que ellos quisieran”* (S4.A.8.M.VGP).
- *“Que, esto no se puede, pero sería tener una sesión como en un parque o... yendo a caminar (...) Al aire libre porque uno no está tan encerrado”* (RM5.A.11.ASI).
- *“Más juegos como de distracción para los niños, como que hagan más manual... por así decirlo, más manualidades que te enseñen o de los derechos y así”* (NG2.A.12.ASI).
- *“Como cuando vengan niños de jugar mucho con ellos y darles como premios o dulces”* (NC5.A.12.M).
- *“Que tendría todas las cosas que los niños, lo que les gustara, lo fueran a tomar (...), disfraces, lápices, hojas, muchas cosas (...) Peluches”* (RM3.A.9.ASI).

4.5.1.4. Propuestas de Sesiones/Actividades Familiares y de Manejo Emocional

- **Para el manejo y/o expresión de Tristeza**

Como actividades para manejar o trabajar la tristeza, NN proponen mayormente hacer actividades que les hagan sentir bien (n=8), como actividades al aire libre, reír, manualidades o actividades que el NN elija. También proponen dibujar cómo se sienten (n=6), jugar (n=5) y hablar (n=2). A continuación, se presentan citas de aquellas ideas de actividades:

- *“Hacer distracciones. A mí, eh... lo que me quita la tristeza es cuando me hacen reír, por ejemplo, tengo primos y amigos que son como muy chistoso y que uno los mira y con solo mirarlos se empieza a reír ¿me entiende?”* (NG2.A.12.ASI).
- *“Niña: Como a todos los niños le gustan las manualidades, entonces eso lo haría sentirse mejor, feliz*

VL: *¿Y qué manualidades se te ocurren que podrían hacer para sentirse menos tristes?*

Niña: Hacer una casita con cartón piedra (...) o si no, hacer peluches. Yo no sé hacer, yo no sé si sabe coser y eso, tejer. Yo por ejemplo hago pulseras de gomitas y de lana” (SE1.A.8.M.VGP).

- Niña: Hacer algo que le hiciera sentir protegido

VL: Por ejemplo ¿qué cosa se te ocurre? ¿qué podrían hacer?

Niña: Que pudieran hacer... que le hiciera sentir seguro su casa, que hiciera su casa como yo.

VL: Ya, hacer su casa, perfecto. Eh y ¿por qué crees que eso ayudaría a un niño a sentir menos pena? ¿por qué el hacer, el construir un lugar seguro lo ayudaría a sentir menos pena?

Niña: Porque así se va a sentir seguro y se va a ir olvidando” (RM3.A.9.ASI).

- “Preguntarle así lo que le gustaba hacer y hacer la actividad que a él le gusta” (RM4.O.10.M.VGP).

- “Un juego de emociones, a dibujar lo que tú sientes, lo que te hace feliz, lo que te hace triste, a lo que le tienes miedo, lo que no, que tus fobias, si te da miedo los payasos, los lugares chicos” (SE5.A.12.M.ASI).

- Niña: Dibujar con él y decirle qué es lo que recuerda y que se lo diga y que estará a salvo con él, a salvo conmigo

VL: ¿Y qué cosa podría dibujar para sentir menos tristeza?

Niña: A la persona que le hizo daño y después quemarlo

VL: Perfecto ¿Y por qué crees que eso lo ayudaría?

Niña: No sé” (S4.A.8.M.VGP)

- Niña: Tener juguetes y dibujos para que ellos pinten y dibujen y hacer juegos de mesa

VL: Ya ¿por qué hacer juegos, dibujar, y tener juguetes ayudaría a los niños a sentir menos tristeza?

Niña: Porque mi prima antes tenía tristeza entonces, yo la puse a jugar y a dibujar y ahí va aumentando su energía” (NC4.A.10.M.VGP).

- “Por ejemplo sería el pasapalabra, por ejemplo uno que la mamá le cuente al psicólogo de qué tiene el niño para que el psicólogo sepa qué hacer y el Pasapalabra diga ya, le toca la letra A y la letra A sería, por ejemplo, contar los problemas que tiene con la mamá, después con mi papá y ahí uno se va divirtiendo

y va sintiendo más seguridad al contarle al psicólogo y no sabiendo que le está contando” (S2.O.10.VGP).

- Niño: La honestidad

VL: ¿Por qué la honestidad? ¿a qué te refieres con la honestidad?

Niño: Mmm... ser honesto y explicarle por qué uno se siente triste y para que lo ayuden, listo” (RM2.O.11.M).

También se proponen actividades grupales con otros niños, la tarea de cuidar algo (por ejemplo, una planta) o actividades con animales.

- **Para el manejo y/o expresión de rabia**

En este tipo de actividades, se observa mayor diversidad de ideas y propuestas. Respecto de las ideas que proponen NN para abordar el manejo de la rabia, refieren con mayor frecuencia golpear algo (n=4), meditar o música relajante (n=4) y juegos de mesa (n=3). También proponen actividades de movimiento corporal (n=2), sesiones grupales con otros NN (n=2), juegos con muñecos (n=2), dibujar (n=2) y actividades para potenciar la concentración (n=2). A continuación, se presentan ejemplos de dichas ideas:

- “Un juego que se relaje (...) Como ponerle un saco y que él lo empiece a golpear (...) porque... ahí puede sacar la furia” (NG1.O.10.VGP).
- “Porque siempre que yo me enojo vamos con mis tíos al terreno o cuando estoy bien enojada agarro palos y le empiezo a pegar las cosas porque estoy enojada y una de las formas es que me ayuda es le tengo que pegar a un punto sin que se me corra ese punto” (S3.A.11.VIF).
- Niña: Yo creo que escuchar música (...)Porque tú te colocas los audifonos y escuchar música relajante así, te baja la rabia
VL: ¿Y sería sólo música relajante o también otro tipo de música?
Niña: Sí, lo que ellos quieran” (NC4.A.10.M.VGP).
- “Unos videos para relajarte, una música relajante” (SE5.A.12.M.ASI).
- “Meditar (...) Así que haya solamente silencio, eh que se acostara y que cerrara los ojos y que calmara” (RM4.O.10.M.VGP).
- “Puede ser como un rompecabezas, esa actividad es buena porque para algún niño que sienta rabia cuando no puede hacer algo, pueda intentar armarlo y si no, puede volver a intentar para que se calme un poquito” (SE3.A.12.ASI).

- Niño: *Un juego de mesa*
VL: *¿cuál juego de mesa?*
Niño: *El gato*
VL: *El gato ¿por qué eso lo ayudaría a sentir menos rabia?*
Niño: *Uno se divierte” (S1.O.8.M).*
- *“Que cuando yo sea grande quería tener así como una casa así igualita y que podrán hacer una actividad de carreras de, con bicicletas, con patines, scooter, hacer una carrera pero sin tiempo y sin, es como una carrera pero sin quién gana, solamente como un juego” (NC3.A.11.ASI).*
- Niño: *Por ejemplo, haciendo lo que más le gusta o por ejemplo tener una pared llena de manos y la misma gente que puso esa mano, ponga por ejemplo “no a la violencia” y ahí ese niño se va a dar cuenta de eso y va a pensar “ah ya, tengo que mejorar esto, tanto eso”*
VL: *¿O sea, sería como una actividad grupal en que participarían hartos niños?*
Niño: *Sí, para que todos los niños vayan viendo todo lo que escriben los demás” (S2.O.10.VGP).*
- Niño: *Que jugaran a los muñequitos*
VL: *Ya ¿y por qué jugar a los muñequitos lo ayudaría a sentir menos rabia?*
Niño: *Para que ocupen todas sus rabias con todo el muñeco*
VL: *¿qué deberían hacer con los muñecos, cómo sería ese juego con los muñecos?*
Niño: *Pueden jugar a desarmar la casita” (NC1.O.9.M).*
- Niña: *Traer unos juguetes que son desestresantes*
VL: *¿Como cuál se te ocurre?*
Niña: *Como que son unos peluches y tú los aplastas, lo aprietas” (SE5.A.12.M.ASI).*
- Niña: *Sí, porque cada, decirle cuál es su preferencia de las cosas y que las dibuje*
VL: *¿Y por qué eso lo ayudaría a sentir menos rabia?*
Niña: *Porque yo cuando siento que hago cosas feas, dibujo y me doy cuenta que dibujo bonito” (S4.A.8.M.VGP).*

- *“De que juegue dardos porque los dardos es una actividad de máxima concentración y cuando estás enrabiado no tienes concentración, te podría ayudar los dardos para concentrarte y tirarlo y no estás tan enojado” (S3.A.11.VIF).*

Otras actividades propuestas fueron hacer role playing, que les enseñen sus emociones, salir de paseo, que rayen algo. Se observa en VGP y maltrato sugerencias de actividades que el NN elija, como también dibujar o incluso escribir.

- **Ideas de actividades en sesiones Familiares**

En su gran mayoría, NN proponen como actividades en familia que el programa podría realizar, en su gran mayoría jugar (n=13), seguido por hacer manualidades (n=4) y cocinar (n=2). A continuación, se presentan ejemplos de estas ideas, respectivamente:

- *“Que jugaran con los muñecos, pero si hay un adolescente, que jugaran con un Uno o cartas más que entiendan” (NC1.O.9.M).*
- *“Jugar Monopolio (...)porque si juega de uno, no puedes hablar con nadie, pero si juegan en familia, van a hablar mucho” (NG1.O.10.VGP).*
- *“Niña: El de jugar con la casita*
E: ¿por qué eso habría sido, te había gustado hacerlo en familia?
Niña: Porque cada... porque cada persona de la familia toma un personaje que lo representa” (RM1.A.9.M).
- *“Niña:De que tú tienes que hacer la dinámica de un objeto o de una cosa o de una parte y tienen que adivinar qué es esa cosa*
E: ¿Como mímicas?
Niña: Sí” (S3.A.11.VIF).
- *“Por ejemplo, en el monopolio y que cada persona le va tocando y tienen que sacar una cartita y por ejemplo ya, a una persona le toca una carta que diga <el peor momento que ha pasado, el mejor o el mejor momento en familia> y todo eso y ahí uno tiene que decir, de expresar” (S2.O.10.VGP).*
- *“Una de hacer un monstruo, pero cuando vayan a pintar, que lo pinten depende de cómo se sienten” (SE3.A.12.ASI).*
- *“Para empezar, dibujar las emociones y que cada uno haga el retrato de su papá o su mamá o del hijo o de la hija y que ahí ponga sus cualidades” (SE4.O.9.M).*

- *“Que pudiéramos con una hoja tremenda eh que yo me dibujara a mí y mi familia se dibujara a ella misma(...)Que toda la familia viniera, mi mamá y mi hermano y yo me dibujara a mí y le diera la hoja pa que dibujara a mi mamá y después a mi hermano” (RM3.A.9.ASI).*
- *“Hablar de las cosas que le gustan a los adultos, que le gustan a los niños. Probar la comida que le gusta al adulto y al niño o niña no y lo mismo que el adulto probar lo que le gusta a la niña o niño y al adulto no (...)Que cada uno traiga la comida (...)Por ejemplo a mí no me gusta el brócoli y a mi mamá sí, entonces yo tengo que comer brócoli y a mí me gusta el repollo y a mi mamá no, entonces mi mami tiene que comer el repollo (...)Sería divertido probar las cosas que no te gustan, decir y probarlo con los ojos cerrados y decir <lo que estoy comiendo es brócoli> y si me gusta o no me gusta” (SE5.A.12.M.ASI).*

Otras actividades que proponen NN son paseos familiares, amigo secreto y ver películas.

Si bien es una sugerencia transversal a los distintos motivos de ingreso, con mayor frecuencia NN víctimas de VGP y maltrato sugieren sesiones en que se juegue en familia. En ASI se pueden destacar sugerencias como salidas a terreno y en VGP, ver películas en setting.

4.5.2. Propuestas adultas/os responsables (AR)

4.5.2.1. PRM Ideal

Indican con mayor frecuencia la necesidad de incorporar más profesionales a los programas (n=11), sugiriendo principalmente más cantidad de psicólogas/os y trabajadores sociales dado que no serían suficientes para la cantidad de usuarios (n=5). Igualmente hay sugerencias de incorporar neurólogos, psiquiatras y psicólogo adulto.

- *“Que hayan muchos más trabajadores (psicólogos y trabajadores sociales) para que a cada dupla le toque menos casos y sean más precisos, para que no pierdan la idea con todos los casos que tienen ahora y se fijen más en una familia o dos” (SE5M.A.12.M.ASI).*
- *“Un neurólogo que igual, eso sería igual para ver realmente porque hay niños que llegan por diferentes cosas que el niño realmente es porque, por su cabecita, tienen problemas e igual deberían implementar algo así” (NC1M.O.9.M).*
- *“Aparte de, no sé, la psicóloga, psiquiatra también” (NG1M.O.10.VGP).*
- *“También tener a un psicólogo, pero no psicólogo de niño, un psicólogo de adulto, porque resulta de que uno trata de.. de decir <pucha, cómo lo hago> o <me está*

pasando esto y no sé qué de qué forma reaccionar>. No sé, eso creo yo, para uno desahogarse bien” (S3O.A.11.VIF).

Específicamente, la sugerencia de psicólogo para adultos va en línea con la idea de incorporar terapia para adultos (n=3), como se ve reflejado en la siguiente cita:

- *“Si son los padres que ellos también tengan una terapia (...), que ellos también tengan una reparación porque igual viven, vivieron esa violencia, esas cosas y los niños igual (...) La reparación de los padres, eh...son los pilares de los niños, si uno no está bien los niños no van a estar bien” (NG1M.O.10.VGP).*

Con menor frecuencia también sugirieron profesionales de la cultura y deporte, psicopedagogos, terapeutas ocupacionales y fonoaudiólogos.

Otra sugerencia que aparece con frecuencia es la de desarrollar talleres (n=8), proponiendo principalmente talleres para cuidadores (n=4), deportivos (n=2) y artísticos (n=2), como se ilustra a continuación:

- *“M: Que hubieran más talleres para padres. Siento que ayudan muchísimo los talleres para padres.*

VL: ¿Cómo sientes que deberían ser estos talleres? ¿enseñar qué cosas, hacer qué cosas en este tiempo de talleres?

M: Mire, por ejemplo, en Copiapó más que nada a través del CESFAM, del programa del CESFAM participé más en talleres eh... claramente estuve en talleres de habilidades parentales, eh... eh... talleres de tipos de familias, eh... sobre las crianzas saludable, sobre también los hábitos, los niños, estuve también en talleres de salud dental pa’ enseñarle a los niños. Igual hicieron talleres como... para detectar si los niños tienen autismo, entonces eh... siento que todo ese tipo de talleres en realidad ayudan, ayudan como, como papás” (RM2M.O.11.M).

- *“Con charlas más a ellos (...) Como papás algunos venimos como con problemas de nuestras infancias que no teníamos quizás la oportunidad de ir a un psicólogo, cosas así, entonces vivimos otra época nosotros y me pongo en su lugar de... de él. Entones hay personas que nunca han recibido una charla, un consejo, entonces, los hijos siempre repiten lo de los padres” (NG3M.O.8.M.VGP).*
- *“Yo haría un centro deportivo cultural, porque hay mucho niño que se pierde, que tiene muchas habilidades tanto deportivas, culturales. Sentirse ellos útiles en esta vida, que hay mucho niño que siente que no vale nada y uno lo ve el día a día siendo que tiene unas condiciones extremas” (S2P.O.10.VGP).*

Otros contenidos sugeridos con menos frecuencia para estos talleres son de enseñarles oficios a NN, talleres socioeducativos abiertos a la comunidad.

Otras propuestas que sugieren son de realizar con mayor frecuencia sesiones al aire libre (n=4) y actividades lúdicas (n=4), que los profesionales sean empáticos (n=3) y que haya personal para cuidar al NN en sala de espera. En cuanto a funcionamiento, proponen que las sesiones sean más recurrentes (n=3), que se realicen coordinaciones con la escuela (n=3) y que se reduzcan las listas de espera para ingresar al PRM (n=3). A continuación, se referencian algunas de estas propuestas:

- *"M: En realidad me imagino, así como como salidas a terreno, como a lo mejor no tener a los niños aquí, a lo mejor, quizás, hacer las sesiones en otro, quizás, por ejemplo, afuera, en un parque, eh... me imagino así."*

VL: ¿Por qué crees que eso sería bueno para mejorar las atenciones?

M: Porque creo que se genera como... como una confianza y siento que a lo mejor un niño se puede relajar más (...). Siento yo, que a lo mejor un niño se puede sentir como más intimidado en una salita. Pero al aire libre siento que se va a sentir como con una libertad y con una confianza a lo mejor" (RM2M.O.11.M).

- *"M: Si no tienes profesionales idóneos para el cargo de nada te sirve"*

VL: ¿Y qué crees que debe ser el requisito básico para un profesional que ingrese a este tipo de programa?

M: Empatía" (NC2M.A.9.VGP).

- *"Porque dicen <la familia>, pero los chiquititos no van a poder asistir a las horas. Entonces alguien acá que esté con mi hija, y que puedan estar con mi otra hija, apoyando" (NG4M.A.10.ASI).*
- *"Es importante que las sesiones sean más seguidas" (RM3M.A.9.ASI).*
- *"Que no hubieran listas de espera" (RM5M.A.11.ASI).*

Otras propuestas mencionadas fueron que se realicen más sesiones con los adultos, más visitas domiciliarias, que en los casos de maltrato también se trabaje con el agresor/a y que haya profesionales con especialización en victimización, que el tiempo de la terapia sea según las necesidades de cada usuario.

En cuanto al espacio físico, las y los AR sugieren la existencia de áreas verdes (n=7), espacios físicos amplios (n=5), infraestructura con juegos (n=4) espacios acogedores (n=3). Las siguientes referencias ilustran estas ideas:

- *“A mí me gustaría que fuera una instalación grande, pero que tuviera patio, que los niños pudieran estar afuera jugando, en contacto con la naturaleza. No siempre encerrados en una habitación” (S3O.A.11.VIF).*
- *“Los juegos, no sé, hasta le pondría piscina” (RM1O.A.9.M).*

4.5.2.2. Actitud del/a profesional

Indican como relevante principalmente que este conozca a la familia (n=7), que haga visitas domiciliarias (n=6), que sea empático con las/os NN (n=4) y que haga más sesiones individuales con NN (n=3). A continuación, respectivamente se ilustran estas sugerencias:

- *“De que también hubieran sesiones con el papá, que sea intervenido durante y con los niños. No solamente la mamá, porque se responsabiliza y sí, claro, si sanamos nosotros, bien, pero dentro de esa familia siempre va a estar presente en el papá y no es intervenido, como familia no, sino que solo. También darle esa importancia, de que en las sesiones sean con el papá y los niños” (NC4M.A.10.M.VGP).*
- *“Quizás más familiares pero con... no solamente con el núcleo, quizás con los abuelos, que pudieran también asistir. Eso para mí sería bueno porque a veces, mi mamá al menos, no entiende. Ella piensa lo mismo que pensaba yo al principio; que yo estoy aquí prácticamente, me están evaluando mi forma de criar y ella tiene el susto de que porque como yo trabajo y los dejo, y están yendo a la escuela, la escuela de verano piensa que eso es malo. Pero me gustaría que ella viniera para que entendiera que no es así” (S4M.A.8.M.VGP).*
- *“Se podría decir para que vean la situación que viven (...) Por ejemplo, yo una vez creo que en un... en una entrevista le estaba comentando que un segundo piso, por ejemplo, yo no tengo luz... tengo luz, pero adaptaciones pequeñas (...) Eso podría ser para que visiten más las condiciones que viven” (NG5M.A.10.ASI).*
- *“Yo creo que más visitas domiciliarias (...) Porque pueden vernos actuar dentro de su entorno, porque acá es algo recreativo para ellos, en cambio en su casa pueden ver cómo se comportan, cómo son” (SE5M.A.12.M.ASI).*
- *“M: A los trabajadores sociales les recomendaría que fueran más empáticos, que recordaran cuando ellos eran niños. A veces el ver a un adul... un niño, al ver a un adulto preguntándole cosas es chocante, no así si tú te pones al nivel de él o tratas de...de visualizar que tú también fuiste niño.*

VL: ¿Y qué tipo de cosas piensas que a veces puede ser chocante que, que tú percibiste que olvidan a veces que también fueron niños?

M: Las formas de...de preguntarle cosas. Muchos trabajadores sociales son como muy duras. O sea, de repente el lenguaje hay que suavizarlo para darte cuenta que ellos también son niños. Por muy vulnerado que sea un menor, no deja de ser niño” (NC2M.A.9.VGP).

- *“Que fuera más individual la entrevista en algún momento (...) porque con más personas a veces uno se cohíbe y no se atreve a decir lo que siente o se hace una pregunta generalizada, no va como no solamente al entrevistado (...) para los niños como para los papás” (S4.A.8.M.VGP).*

Es pertinente destacar que cuando plantean la necesidad de visitas domiciliarias, los argumentos van desde las condiciones materiales, ver actuar e interactuar a NN y su familia en su entorno real, así como visualizar condiciones proteccionales, como por ejemplo, quienes visitan el domicilio.

Otras características que se mencionaron como relevantes en el terapeuta son que se muestre preocupado por el caso, que realice gestiones a nivel comunitario, resguardo de la confidencialidad, que tenga disponibilidad para intervenciones en crisis, que informe del proceso judicial/legal, que no haga sentir juzgado al adulto/a, que mantenga informado al adulto del proceso del NN y que sea lúdico/a con el NN.

4.5.2.3. Objetivos a Trabajar

Se indaga con las adultas/os, qué objetivos, además de los ya trabajados, sugerirían al programa que se trabajara, indicando en su mayoría que incorporarían, además de los derechos, también los deberes de NN (n=3), herramientas para comprender y abordar las emociones y conductas del NN (n=2). Igualmente, mencionan que el adulto/a resignifique o elabore su propio dolor (n=3). A continuación, se ilustran respectivamente estas sugerencias:

- *“M: Si bien es cierto ellos tienen sus derechos, que también les hagan ver sus deberes, como hijos. Porque me pasa con la de 17 que saca muy a flor de piel sus derechos y se olvidan de los deberes como hijos. Si bien es cierto, tienen sus derechos, pero que también vaya de la mano el hecho de enseñarle cuáles son sus deberes como hijos.*

E: ¿Por qué crees que es importante que los niños también aprendan sus deberes o sus responsabilidades?

M: Porque cuando uno como padre les dice <hijo> o <hija> en mi caso, yo sé que acá a cierta edad ya tienen que ir adquiriendo, hacer sus cosas, ordenar, no sé, que ellos no vean que uno los está pasando a llevar. Porque (A) me decía que ella

tenía sus derechos, que no debía trabajar, por ejemplo, y yo le digo <sí, hija, está bien, porque de hecho yo no te puedo decir hija anda a trabajar, anda a buscar trabajo o anda a hacer trabajo, pero sí hija, tú a tú edad, tú tienes también tus deberes acá en la casa. Si tú sacas algo tú tienes que ordenar, si ensucias algo, eso no es...> que ellos entiendan que uno no los está violentando en decirles <anda y limpia lo que ensuciaste>, ¿Me entiende? Eso (...)Que vaya de la mano, ambas cosas” (SE1M.A.8.M.VGP).

- *“Yo creo que ahí hacer algún tipo de sesiones donde se nos guíe cómo tratar cada tema o si el niño se pone de alguna forma rebelde, digamos, que uno sepa cómo abordar el tema y no descontrolarse, no enojarse. Mi descontrol es enojarme, como yo le decía al psicólogo. De primera para mí, no sé, con (X) que es la que más desobedece, no son grandes cosas pero <hija, saca los pies de la mesa> y que <hija, ya hay que ir a acostarse>: <ya, ya voy, ya voy> y pasa media hora y sigue ahí. Cómo uno abordar o qué palabras usar o qué actitud tomar para que ellos entiendan que si uno está hablando dos o tres veces ya obedezcan y no caer uno en chuta, molestarse. Y yo con ellas no uso palabras malas, de ofenderlas, no, pero sí, pucha, mi primera reacción es la paleta, ¿me entiende?. Yo le decía al psicólogo, soy sincera, yo ahora sé que eso también no corresponde, entonces yo le decía al psicólogo <entonces ayúdeme> qué hago yo en ese caso para no caer en eso. Cómo consigo o cómo yo debo actuar o cómo debo hablar o qué semblante debo tener para que ellas obedezcan” (SE1M.A.8.M.VGP).*
- *“Yo encuentro que en esto se enfocaron en lo que corresponde, que eran los niños, pero aun así yo creo que igual necesito no sé, una sesión aparte, para mí, para yo expresar realmente todo lo que sentía. Porque realmente igual fue un caos llegar a este programa, a esta instancia, porque habíamos pasado miles de cosas antes de llegar a algún programa y todo esto va a quedando dentro y uno como mamá, uno espera siempre el momento en la noche, para poder desahogarse y sentirse bien(...) Aquí, si uno está mal uno cómo puede ayudar a un hijo si realmente no sabe ni cómo sacarse el dolor de uno” (NC1M.O.9.M).*

4.5.2.4. Ideas de actividades terapéuticas y socioeducativas para los AR.

Se les consultó a las adultas/os participantes, respecto de ideas para abordar distintos objetivos terapéuticos y socioeducativos con las/os adultos responsables o cuidadores de NNA que han sido especificado. Específicamente, se solicitaron ideas para que los adultos/as aprendan los derechos de NNA, actividades para aprender o entender las consecuencias emocionales que tiene para un NNA la victimización (ASI, maltrato, VGP) y sesiones para que un adulto problematice o deje de naturalizar el maltrato hacia NNA.

- **Actividades para el aprendizaje de los Derechos de NNA**

Para este objetivo, las adultas/os sugirieron diversas ideas, siendo la más frecuente, aprender los derechos mediante juegos (n=5). Principalmente, sugirieron juegos de mesa (por ejemplo legos, puzles, bachillerato) pero también, otros de carácter más simbólico:

- *“Así como un tipo de bachillerato, donde se hace como le pregunta, no sé, está relacionado a los temas de los niños, los derechos, algo así” (S4M.A.8.M.VGP).*
- *“P: Juegos de expresión, que me lo enseñó un profesor a mí cuando chico(...)Que es llevar un objeto y que cada uno dé su expresión acerca del objeto (...)Yo siempre llevo un peluche cuando lo hago con los niños y solo se los entrego y les digo <dígale algo, exprese algo sobre él>, cualquier cosa.*

VL: ¿Y eso cómo ayudaría a los adultos a aprender los derechos de los niños?

P: En decirle <te quiero>, llamarlo por su nombre, preguntarle <¿cómo estás?>, todas esas cosas yo creo que ayudan a la comunicación. De que el objeto se sienta escuchado y ese objeto es el niño” (S2P.O.10.VGP).

La siguiente sugerencia que aparece con frecuencia es que la/el adulto se posicione en el lugar del NNA (n=3) y/o que conecte con su propia niñez (n=2). Se puede observar que las ideas se centran en que el adulto desarrolle empatía hacia las vivencias del NNA, mediante juegos, juegos de roles y recordando su propia niñez o conectando con el NN interior. Mediante ese proceso emocional y simbólico, lograr asociarlo a los derechos (respetados o vulnerados) de los NNA. A continuación, se presentan ejemplos que ilustran estas ideas:

- *“M: Yo si fuera psicóloga haría una actividad así como que los padres que se pusieran en el lugar de un niño. Como que no sé, en un juego, que vayan entendiendo realmente qué es lo que es ser niño, porque hay algunos adultos que se les olvida que también fuimos niños*

VL: ¿Y cómo se le ocurre que, qué juego podría ayudar al adulto por ejemplo a ponerse en el lugar y a volver a ser un poco niño?

M: Si ese mismo juego que es con, como con colores, círculos con, cómo es que se llama(...)

VL: ¿Twister?

M: Ese, yo creo que con ese juego, poniendo en cada, una situación para que ellos igual vayan entendiendo de a poco a los niños. Porque yo creo que si todos, nunca nos olvidáramos, nos olvidamos que fuimos niños, yo creo que sería más fácil

VL: El ponerse en el lugar de los niños ¿cómo usted lo asocia al derecho del niño, a que vayan aprendiendo esos derechos de los niños?

M: Porque si uno se va poniendo en el lugar de los niños, uno entiende, porque hay niños que sí están, necesitan mucha ayuda, hay niños que no, que es por rebeldía nomás. Pero ahí uno se pone en el lugar de los niños. porque la mayoría de los niños tienen algo por qué son así, algunos niños son rebeldes, porque hay cosas que va pasando en la casa o también cosas que va pasando fuera de y los niños a veces nos atreven a decirlo” (NC1M.O.9.M).

- M: Yo creo que los haría participar, pongámonos en el lugar <yo soy tu hijo>, pongámonos en el lugar del hijo y pensemos que, <¿qué es lo que quiero yo como niño?>. No sé, <no tienes 30 años, tienes 10 años>, <pongámonos en el lugar de la (A)>, yo creo que eso ayudaría (...) Yo creo que empatizamos de mejor forma. Esto, no sé, nos ponemos en el lugar del niño, no sé, en el caso, <mis papás me sacan súper poco, no tengo recreación> y <ya, ponte en el lugar, tengo 10 años, paso sentado en una tele, juego play y... y desde ahí, no sé, salgo a un patio que, de tres por tres, ¿cómo me siento, cómo te sientes tú?>, <tú eres el papá ¿cómo te sientes? Mal, me siento que mis papás no tienen tiempo para mí, me siento que a lo mejor soy un estorbo porque mi mamá trabaja, llega a las 8 de la noche y mi papá trabaja, pero el fin de semana duermen, descansan ¿cómo te sientes, a ver? >. Ya, sí voy a empatizar, voy a esforzarme por el sábado salir o el domingo recrearlos un poco. Yo creo que eso sería como muy bueno” (NC4M.A.10.M.VGP).
- M: Ponerse uno en un espejo y mirarse uno cuando uno era niño. Qué no quería, qué no le gustaba, qué comida no le gustaba y, pues, un reflejo de qué podemos hacer ahorita con nuestros niños.

VL: ¿Cómo haría que los adultos aprendan mejor los derechos de los niños?

M: Por lo menos el derecho a quererse tal como son, a la igualdad, derecho a sentir amor como persona, todas esas cosas” (SE3M.A.12.ASI).

Otra idea que surge con frecuencia es la actuación o visualización de obras de teatro (n=5), principalmente humanas o mediante títeres o muñecos, con temáticas directamente asociadas a los derechos de las infancias. En estas ideas se puede pesquisar que las adultas/os proponen que mediante estas técnicas teatrales, tanto actuarlas como visualizarlas, se pueden enseñar directa y concretamente los

derechos, pero también, favorecer procesos reflexivos respecto de estos mismos y la propia vida de los usuarios. A continuación, se ilustran estas propuestas:

- *“A mí me gusta actuar, yo los haría actuar, ver como un sketch con mis hijos así para que aprendamos. Es una actuación o bien de títeres también puede ser y así como a veces son tímidos, puedes expresarte más o hacer algo de los derechos”* (NG4M.A.10.ASI).
- *“M: Como actividades más didácticas yo creo, que en donde a uno como papá le pregunten de qué forma, por ejemplo, nosotros eh... respetamos estos como derechos de los niños. Por ejemplo, <¿qué es lo que uno también hace para respetar como estos derechos?>. O también el pensamiento que uno puede tener, porque, yo siento que igual para el papá uno sabe que el derecho a la educación es cierto, pero también pueden haber papás que digan <no>, porque a lo mejor (...) antiguamente los niños, niños también de 12 años se iban a trabajar y los papás decían <No, no se estudia más y se van todos a trabajar>, una cosa así. Entonces, yo siento que igual hay ciertas cosas en que hay que hacer que también como personas, nosotros también tomemos conciencia también de los niños en... que si usted se fija, cuando hay problemas en las familias o cómo eso impacta también en la vida del niño, yo siento que ahí.*

VL: Eso sería importante ¿qué actividad se te ocurre que se podría hacer para enseñarles eso?

M: Ah como tipo así obras de teatro (...) Uno coloca el escenario, entonces ahí claramente los personajes actuarían, y el que está observando, yo creo que internamente las personas que están observando sabrían <ah esto sí, ah esto lo hago, no lo hago> o por último uno diría <ya, no hay que hacerlo porque esto provoca...>” (RM2M.O.11.M).

Otras ideas que también emergieron, fueron sesiones en las que directamente se analicen los derecho de NNA, analizar las propias falencias en los cuidados hacia la/el NNA, videos educativos, manualidades en las que se expresen derechos, hacer canciones de los derechos.

- **Actividades para comprender las consecuencias psicoemocionales de la victimización**

Para este propósito, las/os adultos propusieron de forma más frecuente el mostrar **videos socioeducativos** (n=6), proponiendo contenidos que ayuden al adulto a

entender mejor los síntomas, conductas y sentimientos de las/os NN. Incluso, proponen el uso de videos en Redes Sociales como TikTok.

- *“Yo creo que sería bueno quizás poner un vídeo de esos que hay en internet, que a veces están como para crear consciencia en uno. Pero me ha pasado que a veces no me doy cuenta de cosas hasta que no las veo y digo <oh, verdad, no me había dado cuenta de esto> y así”* (S4M.A.8.M.VGP).
- *“Ahora como los niños están mucho con TikTok, haciendo TikTok, para decirle lo que piensan los niños o que vean lo que están viviendo los niños o que vayan cantando en TikTok las cosas que ellos les van molestando, pero sin que ellos sepan que es, que uno los quiera, para que no se, cómo se dice, que uno se los diga hablando pero ellos los digan cantando”* (NC3M.A.11.ASI).

Entre otras ideas que sugieren, aunque con menor frecuencia son actividades que ayuden a entender mejor las emociones del NN (n=3), jugar en familia (n=2) y conversar directamente con el cuidador o familia dichas consecuencias (n=2). Particularmente, se observa que las actividades orientadas a jugar en familia los/as adultos/as indican que favorece una mejor comunicación adulto/a- NN. A continuación, se presentan ejemplos de cada una de estas ideas, respectivamente:

- *“Yo creo que la afectación de los niños por lo general se da porque uno los minimiza en cuanto a su opinión y todo. Entonces, quizás enfrentarlos, no sé, a cartas o tarjetas donde se detallen ciertas situaciones, pero que no quede que se lea solamente. Y que al final se pregunte por las emociones vinculadas a esa situación y que al momento no se pueda decir nada. Sólo al final”* (SE4M.O.9.M).
- *“M: Sacarlos a jugar a la pelota.*
E: ¿A los adultos?
M: Con los niños
E: Ya, sacar a los adultos a jugar a la pelota con los niños ¿por qué crees que esa actividad los ayudaría a darse cuenta de a poquitito que el no tomar en cuenta a los niños, no dedicarles tiempo, hace que se sientan solos y tristes?
M: Porque ahí conversarían más” (S1M.O.8.M).
- *“M: Más fácil sería estar reunidos todos en una mesa y hablar de...de lo sucedido. Así como me ha tocado a mí con la (A).*
E: Ya, <todos> se refiere a ¿muchos adultos, la familia?
M: La familia, el psicólogo” (NG5M.A.10.ASI).

Otras ideas que surgieron con menor frecuencia fueron compartir experiencias de infancia a nivel familiar, videos socioeducativos, obras de teatro, socioeducación de la relevancia de la psicoterapia en NN, aprender a entender los dibujos de NN, lectura de cuentos con temáticas asociadas para desarrollar empatía.

- **Actividades para desnaturalizar el maltrato como método de crianza**

Respecto de este objetivo terapéutico, las/os entrevistadas/os, mencionaron con mayor frecuencia la necesidad de charlas – individuales y/o grupales-socioeducativas al respecto (n=5), videos (n=4), que el agresor/a conecte con la propia niñez o NN interior (n=4), enseñarle a los adultos/as los traumas que esta victimización puede generar (n=3) y actuación (n=3). El conectar con la niñez, tienden a relacionarlo principalmente con que el adulto agresor/a conecte con sus propias carencias de la infancia o las vulneraciones de las que fue víctima, para así lograr una mayor empatía con el NN. Por su parte, en las actuaciones, principalmente proponen actividades tipo juego de roles, en que algunos actúen de NN y otros de agresores o bien, generar situaciones ficticias que promuevan que el adulto se ponga en el lugar del NN. A continuación, se presentan respectivamente estas sugerencias:

- *M: Una charla. Una buena charla. Sí, una charla, no sé*

VL: Una charla ¿individual, con otros papás?

M: Individual, o sea, creo que ambas. Ambas, primero individual para conocer cómo es la persona o en qué falla la persona y después grupal porque son diferentes personas, diferentes personalidades y tal vez la violencia va a ser de tipo diferente, igual. Hay gente que golpea frecuentemente, otros que tal vez las palabras frecuentes y ahí una charla bien explicada o bien enseñada, cosa que nos haga ver y entender que estamos mal, que son situaciones que no corresponden” (SE1M.A.8.M.VGP).

- *M: Volviendo a la niñez.*

VL: ¿Cómo se vuelve a la niñez, qué actividad se te ocurre para volver a la niñez?

M: Hipnosis. Recordar como tú eras cuando chico, recordar que a lo mejor, no sé, en mi caso, a lo mejor suena muy egocéntrico, pero yo, a mi madre, como le contaba al principio, mi madre fue criada muy bruto porque fue criada en el campo. Mi mamá jamás me dijo si me quería, mi mamá se murió y yo todavía no sé si de verdad me quiso, si está orgullosa de mí. Nunca me pegó, pero sí me hizo a lo mejor esa violencia emocional que a mí todavía me pesa. Entonces, sabe, yo rompí ese patrón, yo creo que a mis hijos, yo creo que los aburro diciéndoles que lo amo,

pero no quiero que ellos el día de mañana digan <pucha, mi mamá se murió y nunca supe si me quiso>” (NC2M.A.9.VGP).

- *“Podría hacer una especie de retroalimentación y hacerlo llegar al punto donde ellos fueron violentados y vulnerados y después los volvería de nuevo al estado normal. Obviamente sacarlo cuando están llorando casi, para que así lo sientan y que vean que lo que les pasó, es que lo que le están haciendo al niño ahora. Es como llevarlo en carne propia, pero adultos” (S3O.A.11.VIF).*
- *“Como mostrar casos de gente y de los traumas que puede... puede llevar el día de mañana. O sea, por ejemplo, yo te lo hablo de mi caso particular, yo fui una niña muy golpeada, eh... yo no me críe con mi mamá, mi mamá me abandonó, eh... y las pocas veces que la veía era pa ir a pegarme. Y se hace como un contraste, porque, por ejemplo, yo en mi caso, que no todos los casos son iguales, hay gente que es golpeadora, eh... veo que es un caso extremo de gente que... no golpea ni les dice nada a los niños y como que... y yo soy una mamá como súper aprehensiva, con muchas reglas, con muchas cosas, pero que... como que... no sé, las veces que, por ejemplo, yo... le he mandado un palmetazo, por ejemplo, la (A) cuando... eh... de repente se ha puesto agresiva, como que... <contrólate>, me he sentido más mal yo que ella. Entonces creo que eso es importante, como mencionar los traumas que a uno le genera después, con los años” (RM5M.A.11.ASI).*

Otras actividades sugeridas fueron que el terapeuta les otorgue a las/os *tips* para estilos normativos bien tratantes, aprendizaje mediante juegos de mesa y manualidades, sesiones de conversaciones entre el/la agresor y el NN, en el que se otorgue un espacio para que la/el NN exprese sus puntos de vista. También se propone que el agresor/a tome terapia.

4.5.2.5. Necesidades locales/ territoriales

Se les consultó a las/os participantes respecto de sugerencias específicas de su territorio que harían a los PRM. En cada zona, todos los adultos indicaron necesidades que consideraron pertinentes a su territorio (n=5, por zona), salvo en el Norte Chico que sólo 2 entrevistadas pudieron referir necesidades específicas. Se puede observar como una problemática transversal a nivel país, la sensación de escasa disponibilidad de PRM, pero en zonas muy pobladas, como la Región Metropolitana, respondería principalmente a las listas de espera y alta demanda hacia los programas. Por su parte, en otras zonas más rurales o lejanas, como la

Región de O'Higgins o Región de Tarapacá, respondería a escasa cantidad de programas, sobre todo en localidades más lejanas.

Otra problemática que se pudo pesquisar a nivel más transversal, fue la percepción de que hay gran cantidad de NNA que estarían siendo vulnerados en sus derechos y que no están siendo identificados y pesquisados, proponiéndose la necesidad de fortalecer las redes comunitarias educar a los diversos actores sociales para reducir esta grave problemática.

A continuación, se presentan en detalle, por zona geográfica, éstas y otras problemáticas territoriales referidas por las entrevistadas/os.

- **Norte Grande (Región de Tarapacá).**

Indican que hay una problemática social ya que en la zona existirían muchos NNA que están siendo vulnerados/as y que no están siendo visualizados por el sistema ni ingresados a programas (n=3). Tienden a relevar la necesidad de mayor acción del sistema (educacional o sanitario, por ejemplo) o mayor información para saber qué hacer en casos de vulneración a NNA. Igualmente, en un caso mencionan la problemática de la migración irregular y la vulnerabilidad que aquello implica.

- *“Yo estoy en ese alrededor y cuando me hablan a mí no sé cómo orientarle y me gustaría ayudar a muchas niñas que han pasado por todo lo que... cuántos niños los han abusado o por sus mismos padrastros y no fueron a decir nada porque esa persona los mantiene, o porque son extranjeros y no tienen leyes, y... y va a pasar que no tienen carnet ¿cómo van a entrar acá?” (NG4M.A.10.ASI).*

Por otro lado destacan la necesidad de atención oportuna y el problema de los largos tiempos de listas de espera para ingresar efectivamente al PRM (n=2).

- *“De acá, de Iquique, tuvieran más em... locales como estos, porque como hay poco cupo para algunos niños, eh... así, todos los que están pasando por estas situaciones puedan entrar más rápidamente (...) Eso, porque acá yo creo que los pocos que hay, en Iquique no más; en Hospicio no sé si habrá. Que hubieran más... más...más disponibilidad en estos programas, más cupos (...) que sea más rápido la... la llamada (...) Claro, la espera. Sí, porque yo igual tuve que esperar como casi dos meses” (NG5M.A.10.ASI).*

Otras ideas o problemáticas que mencionan se darían a nivel zonal fueron la necesidad de trabajar también con el agresor/a sexual, puesto que éstos deberían estar en la cárcel, pero la realidad es que se encontrarían libres. Asimismo, relevan

la problemática de las extensas jornadas laborales, impactando en los tiempos que pueden compartir con NN. Destacan la problemática del bullying escolar. Igualmente, sugieren la necesidad que el programa les brindara apoyo económico o material para satisfacer necesidades básicas. Asimismo, relevan la realidad de zonas lejanas, sugiriendo flexibilidad de los programas para poder tener por ejemplo, sesiones telemáticas.

- **Norte Chico (Región de Atacama).**

Particularmente en esta zona, hubo escasa verbalización de necesidades territoriales específicas (n=2), pero quienes lo hicieron, referenciaron la necesidad de que los programas coordinen con el sistema escolar y comunitario, a fin de que NN potencialmente vulneradas/os sean protegidas/os. Asimismo, se propone que haya mayor difusión de la existencia de estos programas.

- *“Que en los programas estén más pendientes de los colegios, porque en el colegio realmente se nota al niño que está realmente vulnerado, y cuál es el niño que necesita apoyo. Yo creo que estar más pendiente en los colegios, porque igual al niños que, igual que en las plazas. Porque hay niños que... que no tienen hogar y en los lugares que van llegando y no... y no todos los niños pueden pedir ayuda, porque como uno tiene el temor de que <Ah, no> si uno ve miles de cosas en el SENAME y a veces es por miedo que no se pide ayuda” (NC1M.O.9.M).*

- **Zona Central (Región Metropolitana)**

Los adultos/as, destacan diversas problemáticas territoriales, siendo las principales las listas de espera producto de escasa disponibilidad de PRM (n=2) como también, la falta de escolarización de muchos/as NNA (n=2).

- *“Siempre yo pensaba de que esto era muy lento, que la justicia era muy mala. Hoy en día, tengo la mirada que, si bien es malo esto, muy lento y todo, creo que hay mucha gente negligente en el proceso, pero también me doy cuenta que no hay recursos suficientes ¿ya? Em... por ejemplo, los cupos que tienen los CEPIJ son súper bajitos y hay mucho niño. Eh... siento que, y es algo que ojalá lo pudierai levantar. Todas las comunas deberían tener, no pueden existir comunas en Chile que no tengan centros de reparación, o quedan demasiado lejos. De hecho, por lo mismo yo hablé con mi alcaldesa y le expliqué el tema y le dije y ellos reactivaron el CEPIJ de Quinta Normal que estaba botado (...) Que es muy poco los programas que hay; hay muy poca capacidad. Creo que el Estado debería tener mayor cantidad de recursos para estos programas” (RM5M.A.11.ASI).*

- *“O: Nosotros acá tenemos de todo, tenemos hasta piscina, tenemos hartas plazas, igual como sea el alcalde se preocupa. Pero en la cosa de escolaridad, yo encuentro que... es que va por los papás. Hay harto que hacer, los niños no tienen mucha escolaridad*

E: ¿A qué se refiere con que le falta escolaridad?

O: Póntele si el niño faltó, faltó no más. No lo mandan a buscar. Hay que hacer como una guía si, supongamos por qué no fue. Ya, uno va, pero llega al fondo donde están los papás, y si hay papá drogadicto o si la abuela no lo mandó; tratar un apoyo pa la familia” (RM1O.A.9.M).

Otras problemáticas que relevan las adultas/os es que habría NN en riesgo psicosocial, sea por estar en abandono o por delincuencia circundante, falta de profesionales especializados, escaso apoyo psicosocial a las familias, tendencia a medicar por psiquiatría a los NN, falta de lugares de esparcimiento.

- **Zona Centro-Sur (Región de O’Higgins)**

Plantean diversas necesidades, siendo las más frecuentemente mencionadas la escasa cantidad de PRM, particularmente en zonas lejanas(n=2) y necesidad de apoyo para movilización (n=2), tanto en el sentido económico, pero también para usuarios que puedan residir en zonas rurales alejadas y que requieran moverse al PRM, generalmente situado en la ciudad. Esta última sugerencia indican que en ocasiones los han ido a buscar directo a las zonas o bien, han realizado visitas domiciliarias.

- *“Más que nada, estructural; que fuera más cerca de donde yo vivo, porque yo igual, no vivo muy lejos, una media hora de acá, pero el venir ya implica más tiempo para mí y yo pierdo no de trabajar porque a mí igual me pagan pero pierdo horas que yo las ocupo en otras cosas” (S4M.A.8.M.VGP).*
- *“Que hubiera locomoción (...)Sí, porque a mí hoy día mismo, me fueron a buscar e igual que el psicólogo con la señorita (trabajadora social). De repente yo no podía venir y no podía venir nadie de la casa, entonces ellos iban para allá” (S1M.O.8.M).*

Entre otras problemáticas locales o sugerencias a éstas, plantean tiempos extensos para ingresar al PRM, escasa calidad de la educación a nivel local, necesidad de talleres o actividades extraprogramáticos para NN, necesidad de mejor coordinación con la red de salud y educación por parte de los PRM, necesidad de apoyo a madres solteras.

- **Extremo Sur (Región de Magallanes y la Antártica Chilena)**

En esta zona, destacan principalmente la necesidad de visualizar NNA que actualmente estarían siendo vulnerados/as y que no están siendo protegidos por el sistema (n=3) y de que a nivel comunitario se realicen talleres o actividades socioeconómicas para prevenir victimización (n=2).

- *“Si cada región tiene sus propias necesidades, igual acá que estamos tan alejados de todo, pero podría ser más lugares, más...Cómo se dice (...) Más centros, pienso yo de pronto porque, o sea, gracias a Dios uno cuenta. O también pienso que ahora hay muchas personas que viven situaciones y muchos no lo saben, entonces cómo indagar más para ayudar más a las personas de que se liberen de todas esas cosas” (SE3M.A.12.ASI).*
- *“Es que lamentablemente nuestra cultura todavía no cambia. Yo siempre he dicho que lamentablemente los chilenos somos mediocres. No aprendemos y no queremos aprender. Entonces, hay muchas cosas que sanar y no están los espacios para hacerlo. Insisto, se busca reparar el daño, pero no evitarlo. Llegamos a situaciones tremendas, donde se vulneran los niños, pero se atiende eso y no hay una conexión por ejemplo global” (SE4M.O.9.M).*

También destacan la necesidad de tener más espacios recreacionales para los NN y/o familias (n=3).

- *“Por ejemplo, tener un lugar más abierto, o un lugar donde tengan cómo entretenerse. Acá Punta Arenas a nivel regional, no hay muchas cosas para divertirse, entonces a veces, una, la gente no tiene los medios. A lo mejor en el programa se sienten más acogidos que a lo mejor de salir con los papás así de <vamos a dar una vuelta>, si sabiendo que el mismo programa le tiene cosas de entretenimiento o les abre las puertas a ellos. Decir <esto no tiene un costo, esto es para disfrutarlo, es para ustedes, para los niños>, eso pienso yo” (SE2P.O.12.M).*

Asimismo, se menciona la necesidad de que cuidadoras que quieran trabajar, tengan posibilidades y apoyo para encontrar trabajo.

4.6. Resultados Cuantitativos: Propuestas de las y los profesionales

Se observa una tendencia a converger en opiniones respecto de los métodos y formas de intervención más efectivos para utilizar en intervención psicosocial con NN en edad escolar que han sido victimizados/as, sin mayores diferencias significativas si se compara tanto entre zonas geográficas como entre profesionales (Tablas 9 y 10).

4.6.1. Organización del PRM.

Respecto de las metodologías o lineamientos técnicos de intervención, un 32,9% opinó que las atenciones debieran responder a un modelo único y centralizado para todo el país. Un 20,5% refirió no estar de acuerdo ni en desacuerdo y un 46,6% mostró tendencia a considerar que el modelo no debiera ser centralizado ($M=3,21$; $D.E=1,435$). Se observa que psicólogos tienden a expresar una tendencia desde el neutro hacia la aprobación de un modelo centralizado, en comparación con trabajadores sociales, que fluctúan desde lo neutro a considerar que el modelo debe tener un enfoque local (Tabla 9). En cuanto a distribución geográfica, no se observaron diferencias.

Por otro lado, un 56,6% ($n=124$; $M=2,81$; $D.E=1,320$) tiende a tener una opinión desde neutro y tendiente al desacuerdo respecto de que para otorgar una atención de mayor calidad, los PRMs deberían estar focalizados según rangos etarios de los usuarios/as. Asimismo, un 94,1% ($n=206$; $M=1,34$; $D.E=0,661$) tiende a estar de acuerdo con que las asesorías técnicas de análisis de caso son fundamentales para incrementar la calidad de la intervención psicosocial.

4.6.2. Capacitación profesional.

En cuanto a los niveles de preparación técnica, hay dispersión de opiniones respecto de que el conocimiento técnico y teórico en materias de tratamiento e intervención en psicoterapia es más importante que la experiencia en el trabajo en PRMs, encontrándose en proporciones similares opiniones desde estar de acuerdo (32,9%), ni de acuerdo ni en desacuerdo (32,9%) y en tendientes al desacuerdo ($M=2,95$; $D.E=1,218$). Sin embargo, no se observan diferencias estadísticamente significativas ni entre zonas geográficas ni entre profesiones.

4.6.3. Roles de psicólogo y trabajador social.

Se presenta una tendencia a considerar que psicólogo/a y trabajador social no debieran tener roles segregados; sin embargo un 30,6% ($n=67$; $M=3,44$; $D.E=$

1,459) afirma que tienen roles de intervención independientes, relacionados a su conocimiento técnico y no debiese uno interferir en el trabajo del otro. Por ejemplo, si bien tanto trabajadores sociales como psicólogos tienden a opinar que psicólogos/as también deben intervenir directamente con los adultos responsables, existe una tendencia mayor por parte de psicólogos que en trabajadores sociales a estar de acuerdo con esa afirmación (Tabla 9). A pesar de que existe variabilidad en la opinión respecto de los roles de cada profesional en el proceso, la gran mayoría de los participantes (99,1%; n=217) considera que para que el proceso tenga alta calidad, las duplas psicosociales deben tener permanente coordinación (M=1,06; D.E=0,413). Sólo un 21% (n=46; M=3,82; D.E=1,308) opina que el único rol del psicólogo debiese ser el trabajo clínico individual con la niña o niño. Coherentemente, el 98,6% (n=216; M=1,16; D.E=0,525) opina que el trabajo del psicólogo/a debe implicar también intervenciones con la familia.

4.6.4. Fases y tiempos del proceso intervención para el logro de la resignificación traumática y restitución de derechos.

El 88,6% (n=194) considera que el tiempo necesario para realizar un adecuado diagnóstico psicosocial son 3 meses. Un 85,8% (n=188) cree que cada sesión debe durar entre 40 y 60 minutos; un 10% consideró que éstas deben durar entre 20 y 30 minutos (n=22). En cuanto a lograr la resignificación del trauma, el 41,1% (n=90) indicó que se requiere de 1 año y medio, el 36,5% (n=80) refiere 1 año, el 11,9% (n=26) 2 años y el 10,5% (n=23), recomienda solo 6 meses de intervención. No se observaron diferencias significativas entre las distintas profesiones.

4.6.5. Enfoque sistémico-ecológico.

Respecto de la necesidad de realizar intervenciones con el sistema en el que se desenvuelve el NN, el 75,4% considera que es necesario realizar intervenciones de manera regular con las familias, sugiriendo que las intervenciones con los adultos responsables, debiesen realizarse 2 veces al mes (51,1%) o 3 o más veces (44,7%). Solo un 10,5% (n=23; M=4,25; D.E= 1,098) considera que no es relevante realizar intervenciones con las redes comunitarias, como escuela o sistema de salud, con un 81,5% de acuerdo y muy en desacuerdo con esa afirmación. La mayoría de los participantes (78,1%) propone que una coordinación mensual con las redes comunitarias es suficiente. Tampoco se observaron diferencias significativas entre profesionales ni zonas geográficas.

4.6.6. Técnicas de intervención.

En cuanto a las características de las **intervenciones con NN en edad escolar**, el 98,2% (M=1,16; D.E=0,436) considera que el abordaje terapéutico se ve sustancialmente favorecido con actividades simbólicas (por ejemplo juegos, arte, entre otras). El 54,8% (n=210; M= 0,436) refiere considerar que el juego debiese ser la actividad realizada con mayor frecuencia. Tanto las actividades de carácter verbal como artísticas fueron referidas como el segundo tipo de actividad más recomendada, con un 28,3% (n=62) cada una. El 53% (n=116) caracterizó actividades de carácter sensorial como las que menos recomendaría.

En cuanto a las características de las **intervenciones con adultos/as responsables**, el 77,5% (n= 172; M=4,18; D.E= 1,117) tiende a estar en desacuerdo con que con las familias se debiera hacer un trabajo primordialmente verbal y narrativo y no uno lúdico o simbólico. Sin embargo, al preguntar respecto de qué actividad debiese ser más frecuente como método de intervención con adultos responsables, el 82,2% indica que las actividades de carácter verbal debiese ser la principal forma de intervención, seguida por juegos como segunda actividad más recomendada.

Tabla 9. Propuestas para intervenciones de calidad en los PRM por Profesión (T de Student) y Zona Geográfica (ANOVA)

Item	Psicólogo (M)	Trabajador Social (M)	p	Norte Chico (M)	Norte Grande (M)	Región Metropolitana (M)	Sur M	Sur extremo (M)	F	p
PROPUESTAS										
PS y TS deben intervenir independientemente	3,31	3,56	0,212	3,36	3,85	3,39	3,29	3,76	0,762	0,551
Ps trabaja con familias también	1,09	1,23	0,056*	1,28	1,28	1,1	1,22	1,29	1,04	0,338
Modelo debe ser centralizado	3,01	3,41	0,04*	2,96	4,1	3,04	3,1	4	4,073	0,003*
Ps solo debe trabajar individual con NN	3,72	3,91	0,272	3,44	4,25	3,78	3,73	4,35	1,884	0,114
Coordinación dupla es necesaria	1,08	1,04	0,469	1,04	1	1,04	1,2	1	1,363	0,248
NN requieren intervenciones simbólicas	1,16	1,16	0,985	1,16	1,2	1,16	1,17	1,12	0,09	0,985
No se requieren sesiones familiares	4,54	4,5	0,811	4,48	4,75	4,43	4,68	4,53	0,737	0,568
Conocimiento importa más que la experiencia	2,93	2,97	0,811	2,48	2,85	3,08	3,1	2,58	1,834	0,123
Relevancia de asesoría para la calidad de la intervención	1,35	1,24	0,887	1,6	1,2	1,27	1,44	1,41	1,849	0,121
No son relevantes las coordinaciones con redes	4,2	4,29	0,528	4,48	4,35	4,16	4,39	4,06	0,825	0,51
Intervención debe basarse en el rango etario	2,69	2,92	0,195	2,88	3	2,73	2,98	2,59	0,497	0,738
Con las familias el trabajo debe ser principalmente verbal y no lúdico	4,26	4,1	0,27	4,36	4,35	4,2	4,07	3,82	0,809	0,52
No es relevante realizar regularmente sesiones familiares	4,21	3,95	0,094	4,16	4,55	4,06	3,95	3,76	1,325	0,262

*P=0.05; I.C=95%

*M= Media

*Para clarificación de los contenidos de cada pregunta, revisar ANEXO IV

Tabla 10. Prueba Turkey Post Hoc para resultados estadísticamente significativos en ANOVA, según zona geográfica.

Zona geográfica	N	Media
Norte Chico (NC)	25	2,96
Región Metropolitana (RM)	116	3,04
Sur	41	4,0
Extremo Sur (SurE)	17	4,0
Norte Grande (NG)	20	4,1
Significancia (Sig.)	—	0,996 / 0,085 / 0,063

Nota. Valores de significancia corresponden al test post hoc de Tukey HSD entre combinaciones específicas de zonas. Se considera diferencia significativa cuando $p < 0,05$.

4.7. Integración de resultados

La integración de los hallazgos cualitativos y cuantitativos se realizó mediante triangulación convergente (Fetters et al., 2013), permitiendo identificar coherencias, complementariedades y tensiones en torno a la experiencia de intervención psicosocial en los PRM y las propuestas para que los tratamientos efectivamente elaboren la experiencia y restituyan los derechos vulnerados. Se contrastaron las percepciones de NN, AR y profesionales, proporcionando una visión integral sobre el funcionamiento del sistema.

4.7.1. Coherencias: Convergencias en la Evaluación del Impacto de los PRM

Los resultados reflejan *una evaluación positiva generalizada sobre la intervención en PRM*, tanto desde la perspectiva de los NN y sus cuidadores como desde los y las profesionales. El 97,7% de profesionales considera que la intervención mejora la calidad de vida de los usuarios/as. Esto se alinea con los relatos de NN que afirman sentirse más aliviados emocionalmente y con una mayor comprensión de la vulneración de la cual fueron víctimas. Desde la percepción de las y los AR, se observa que la intervención facilita mejoras en la expresión emocional y autoestima del NN, analizando que el proceso estaría principalmente orientado a la reparación psicológica y emocional del NN, interviniéndose principalmente a NN por sobre intervenciones a las y los adultos.

Esta coherencia refuerza la noción de que los PRM cumplen un rol significativo en la reparación del daño psicosocial y la restitución de derechos vulnerados.

4.7.2. Complementariedades: Diferencias en la implementación de métodos de intervención

Si bien hay consenso en la efectividad de la intervención, los datos reflejan diferencias en la forma en que se aplican los métodos. El 98,2% de los y las profesionales indicó que el juego, actividades plásticas y otras estrategias simbólicas favorecen el abordaje terapéutico. Esta percepción es respaldada por los NN, quienes expresan que estas metodologías facilitan la confianza y la expresión de emociones, siendo de las más significativas en su proceso.

Sin embargo, al examinar la intervención con los adultos responsables, los datos reflejan diferencias en las estrategias utilizadas. El 77,5% de las y los profesionales está en desacuerdo con que el trabajo con familias deba ser exclusivamente verbal y narrativo, destacando la importancia de métodos simbólicos u otro tipo de estrategias. No obstante, *en la práctica, el 82,2% reporta utilizar principalmente actividades verbales con los adultos responsables*, lo que sugiere una *desconexión entre el ideal metodológico y su aplicación concreta*. En ese respecto, se observa un desafío relevante en las estrategias de intervención con los adultos responsables, dado que todas las entrevistadas indicaron que las sesiones individuales han sido netamente verbales, asociadas a temáticas cotidianas, preguntas del terapeuta y en algunos casos, psicoeducación respecto del proceso y necesidades del NN. Las adultas/os destacan la necesidad de abordar temáticas asociadas a sus propias emociones e historia durante el proceso. Aquellas que tuvieron ese tipo de intervenciones, relevaron lo beneficiosas que fueron para aumentar su comprensión de la victimización y vivencias socioemocionales del NN.

Igualmente, los resultados indican que tanto profesionales como usuarios, destacan la importancia de sesiones familiares como un espacio de comunicación y conocerse más entre los integrantes, pareciendo ser, junto a las sesiones individuales con NN las que con mayor frecuencia se realizan.

4.7.3. Tensiones: Diferencias en la participación de las y los Adultos Responsables y la Centralización del Modelo

- **Brecha en la Participación de las Adultas Responsables**

Un aspecto crítico identificado es la disparidad entre la intención de las y los AR de participar y la percepción profesional sobre su involucramiento. Un significativo 40,8% de profesionales considera que los adultos muestran escasa disposición a colaborar en la intervención. En contraste, en los relatos cualitativos, algunas/os cuidadores mencionan que las barreras para su participación se relacionan con la

falta de claridad en su rol y escasa información del proceso, pocas sesiones individuales y pocos espacios para elaborar su propio dolor respecto de la vivencia del NN. Indican que la mayoría de las sesiones son solo con el NN, o bien a nivel familiar, observándose una tendencia a escasos espacios individuales con el AR.

Esta tensión refleja la necesidad de fortalecer la comunicación entre PRM y cuidadores, asegurando su integración efectiva en el proceso, observándose la necesidad de facilitar aspectos de gestión (como movilización por ejemplo en zonas alejadas), la utilización de técnicas de intervención más diversas y creativas por parte de profesionales que favorezcan la adherencia y motivación del adulto/a en el proceso.

- **Centralización vs. Adaptación Territorial del Modelo PRM**

El análisis cuantitativo indica que el 46,6% de las y los profesionales considera que el modelo no debería ser centralizado, mientras que un 32,9% apoya un enfoque uniforme. En los relatos cualitativos, se enfatiza la necesidad de adaptaciones locales o necesidades territoriales asociadas a accesos de servicios, transporte, factores de riesgo y protectores, entre otros. Igualmente, en la percepción de derechos relevantes se observaron algunas diferencias territoriales.

Las diferencias también se reflejan entre profesiones: *los psicólogos/as favorecen en mayor medida un modelo más centralizado, en comparación de trabajadores sociales que marcadamente prefieren un enfoque más flexible y adaptado*. Esto se podría interpretar desde la formación profesional, dado que el pregrado en psicología en Chile tiende a tener una perspectiva de intervención principalmente centrada en la clínica y el setting terapéutico y trabajadores sociales por su parte, poseen una formación más comunitaria y centrada en aspectos socioculturales.

Esta divergencia sugiere la necesidad de establecer un equilibrio entre *lineamientos nacionales y flexibilidad territorial*, asegurando que los PRM respondan a las particularidades socioculturales de cada región, pero manteniendo una línea de intervención coherente y basada en la evidencia.

CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN

5.1. Interpretación de los Resultados

Los hallazgos de este estudio revelan que la mayoría de los niñas y niños (NN) entrevistados comprenden el motivo de su ingreso al PRM, aunque con distintos niveles de profundidad. Se observa que aquellos que han sido víctimas de maltrato físico o psicológico presentan una mayor capacidad de análisis sobre su situación, mientras que NN que han sufrido abuso sexual infantil (ASI) suelen describir su ingreso con un enfoque que varía desde la evasión hasta una narrativa más detallada. Por otro lado, NN víctimas de violencia de género en la pareja (VGP) tienden a describirla sólo como conflictos familiares, evidenciando una limitada internalización de la perspectiva de género y del impacto de este tipo de violencia en sus derechos y bienestar. Estas diferencias por motivo de ingreso podrían ser analizadas desde la disociación de víctimas de ASI y VGP (Sarkis, 2022) o bien, como falta de intervenciones que aborden de forma más focalizada la elaboración traumática, según especificidades asociadas a las distintas formas de victimización. Los resultados exhiben como efectiva una tendencia a intervenir con métodos similares en NN en edad escolar; sin embargo, detecta algunas especificidades que debieran ser consideradas y adaptadas en base al tipo de victimización y contexto sociocultural.

La evidencia refiere que la capacidad de narrar y elaborar el trauma está influenciada por la naturaleza del evento y por la presencia de un entorno protector que facilite su procesamiento. Estudios como los de Lonergan (2014) y Beckord et al. (2025) destacan que las víctimas de VGP y ASI suelen presentar mayores dificultades en la elaboración verbal del trauma, dado el impacto en sus sistemas de regulación emocional y memoria autobiográfica. Esto sugiere la importancia de intervenciones adaptadas a las necesidades individuales de cada NN, incorporando técnicas que estimulen distintas áreas, desde las sensitivas, simbólicas, hasta las verbales, favoreciendo una integración resiliente de la experiencia victimizante (Capella y Gutiérrez, 2014) e identificar especificidades relativas al motivo de ingreso.

Asimismo, refuerzan la evidencia del rol de las y los adultos responsables (AR) en un proceso terapéutico, constituyendo sus competencias afectivas y de cuidados aspectos fundamentales en el proceso de recuperación psicosocial del NN (Kliethermes, Schacht y Drewry, 2014). Sin embargo, en la práctica, los resultados, tanto desde la experiencia de AR como profesionales, evidenciaron que los contenidos y métodos de intervención han tendido a ser restringidos y limitados, destacando la necesidad de diversificar tanto las técnicas como los contenidos de

las sesiones, con el objetivo de lograr un incremento efectivo de sus habilidades parentales/marentales.

Los resultados sugieren que la percepción del PRM está influenciada por tres factores principales: la relación con las y los profesionales, las metodologías y técnicas de intervención, y el rol del AR en el proceso terapéutico.

5.1.1. Experiencia de las niñas y niños en la Intervención

5.1.1.1. Valoración positiva del PRM

NN destacan el PRM como un espacio de contención emocional, donde han aprendido a identificar y gestionar sus emociones, además de aliviar el dolor asociado a la victimización, lo cual es coherente con la evidencia que destaca la psicoterapia como un espacio relevante para la elaboración del trauma infantil (Gómez et al., 2021). También valoran la intervención como un proceso que ha contribuido a mejorar y fortalecer los vínculos familiares. Sin embargo, hay experiencias que no fueron satisfactorias, permeadas por la percepción del NN de que no se respetó su opinión o derechos, obligándoseles, por ejemplo, a vincularse con agresores en casos de maltrato. Igualmente, hubo casos que mencionaron sensación de indiferencia o falta de compromiso por parte de los y las profesionales tratantes, mermando su motivación con el proceso, lo cual es coherente con la evidencia que releva que la calidad de la alianza terapéutica es clave para el éxito de la intervención en trauma infantil (Salloum et al., 2024)

5.1.1.2. Metodologías y técnicas de intervención

NN prefieren enfoques terapéuticos simbólicos, como el juego y el arte, ya que facilitan la expresión emocional y la generación de un vínculo de confianza con el terapeuta. En el contexto de terapia con NN victimizados, destacaron la importancia de actividades lúdicas como un espacio para desconectarse momentáneamente o disminuir el dolor asociado a la vulneración, activando en ellas/os emociones placenteras y movilizando recursos resilientes. El setting y el juego pueden ser entendidos como un espacio en que el NN retoma una sensación de control (Axline, 2000).

Aunque hablar sobre la victimización y las emociones asociadas no siempre es una actividad agradable, NN en edad escolar, reconocen que es un componente esencial en el proceso de elaboración de la experiencia traumática. Es fundamental que estas conversaciones respeten los tiempos de cada NN y sean abordadas con un formato adecuado a sus características individuales y nivel de desarrollo (Gómez et al., 2021). La literatura sostiene que la integración de enfoques lúdicos y narrativos en la terapia con NN favorece una mejor elaboración del trauma y

previene la revictimización (Lowell y Renk, 2018), así como las técnicas de exposición progresiva en contextos seguros, favorecen la elaboración del trauma (Gkintoni et al., 2024). También resaltan la importancia de las sesiones familiares, que consideran fundamentales para mejorar la comunicación y el fortalecimiento del vínculo con sus cuidadores.

5.1.1.3. Dificultades en la comprensión de la violencia de género

Los resultados de esta investigación refuerzan que NN que han vivido en contextos de violencia de género en la pareja (VGP) especialmente donde la madre ha sido víctima de violencia por parte del padre o pareja, tienden a conceptualizar la violencia como conflictos familiares normalizados. Esta mirada parcial limita el reconocimiento del daño sufrido y favorece procesos de parentalización y perpetuación de estereotipos sexistas (Lizana, 2012). Por ejemplo, en algunos relatos por parte de adultas, se evidenciaron conductas en las que niños replicaron patrones de violencia hacia figuras femeninas, expresándose mediante insultos o estereotipos machistas. Estos hallazgos son coherentes con literatura previa que sostiene que la violencia de género, vivida o presenciada, constituye un modelo de aprendizaje relacional en el que se naturaliza el uso de la violencia para resolver conflictos y mantener el control (Ordóñez y González, 2012).

El estudio de Porter y López-Angulo (2022) aporta evidencia empírica sobre las consecuencias de la denominada violencia vicaria, definida como aquella ejercida sobre los hijos para dañar a la madre. Esta violencia puede manifestarse en forma física, psicológica, sexual, judicial, económica o vincular, y sus efectos sobre NN son múltiples, incluyendo síntomas internalizantes, externalizantes, somáticos, entre otros. Estos patrones, además de afectar el bienestar psicoemocional de NN, se instalan en ellos/as como modelos relacionales que refuerzan prácticas desiguales y violentas, reproduciendo la lógica de dominación masculina que caracteriza la violencia de género.

En este contexto, se hace necesario incorporar la perspectiva de género en la intervención psicosocial con NN usuarios de los PRM, especialmente aquellas/os que han estado expuestos a VGP. Sin una lectura crítica de género que visibilice la relación entre el maltrato hacia la mujer y el daño sufrido por NN, el riesgo de revictimización y cronificación del trauma se incrementa (Porter y López-Angulo, 2022).

Asimismo, resulta interesante el dato de que la gran mayoría de profesionales (86,3%) y AR (84%) participantes en este estudio, son mujeres, resultando esto un dato social relevante. Sin embargo, como también alerta la literatura, el hecho de que las mujeres predominen en estos roles no garantiza la incorporación de un enfoque de género crítico, lo que implica la urgencia de formación especializada,

reflexión ética y revisión de los marcos conceptuales que guían la intervención (Ordóñez y González, 2012; Lizana, 2012).

En suma, para mejorar la calidad de las intervenciones en NN víctimas de VGP, resulta indispensable promover un enfoque psicosocial con perspectiva de género que reconozca estas formas de violencia no sólo como un asunto de pareja y conflictos intrafamiliares, sino como una forma de violencia estructural que impacta directamente en el desarrollo y bienestar de NN. Este enfoque debiera ser transversal a las intervenciones en victimización infantil, considerando la articulación entre violencia contra la mujer, violencia vicaria e incluso violencia institucional, cuando el Estado, por acción u omisión, no protege adecuadamente a las víctimas (Porter y López-Angulo, 2022).

5.1.1.4. Enfoque de derechos

Si bien NN han tenido oportunidades para aprender sobre sus derechos, este aprendizaje se ha dado principalmente en el ámbito escolar y no lo destacaron como un objetivo sistemático dentro del PRM. Se identificaron diferencias en la internalización de derechos según la zona geográfica y el motivo de ingreso. En sectores de mayor vulnerabilidad socioeconómica, particularmente en el norte de Chile, NN priorizan derechos básicos como alimentación, vivienda y no discriminación, mientras que en otras regiones mencionan derechos más complejos, como el derecho al juego y al ocio. Entre NN víctimas de maltrato y VGP, se observó una mayor conciencia sobre derechos como el buen trato y la no violencia. Sin embargo, en los casos de ASI, se identificó una menor mención de derechos asociados a la indemnidad sexual. Estos hallazgos subrayan la importancia de incorporar el enfoque de derechos de la infancia como un pilar central en la intervención terapéutica, dado que favorece su empoderamiento y la prevención de nuevas victimizaciones (Lenta y Zaldúa, 2020).

5.1.2. Experiencia de Intervención Psicosocial de las y los Adultos Responsables

Las y los AR valoran la intervención del PRM, pero reportan barreras en su participación. Existen dificultades para involucrarse activamente en el proceso terapéutico, debido a la falta de claridad sobre su rol en la intervención y a condiciones externas como el trabajo, responsabilidades domésticas o bien, no ser citadas/os a sesiones, observándose algunas diferencias territoriales en ese ámbito, como por ejemplo en zonas rurales reportan dificultades en el transporte. Por otro lado, se observa escasa diversidad de técnicas utilizadas para trabajar los objetivos terapéuticos con los adultos responsables, a diferencia de sesiones familiares, cuando se involucra a NN, en las que sí hay mayor incorporación de otras técnicas lúdico-simbólicas, como también, en algunos casos, análisis de la

historia familiar. Quienes recibieron ese tipo de intervenciones más sofisticadas, tanto a nivel individual como familiar, indicaron que favorecieron su comprensión del enfoque de derechos, de la victimización y síntomas del NN, como también su empatía hacia el NN. Esta escasa diversidad de técnicas o estrategias de intervención es coherente con estudios previos que indican que profesionales de PRM, consideran que requieren diversificar sus estrategias de intervención en el trabajo individual con AR (Flores et al., 2012), puesto que priman intervenciones de tipo verbal y socioeducativas, como también, conversaciones enfocadas a la cotidianidad. De esta manera, empoderar y hacer más activos a los/as AR será fundamental en la calidad del proceso.

5.1.2.1. Percepción de impacto en las niñas y niños

Las y los cuidadores reportan mejoras en el autoestima y regulación emocional del NN a partir de la intervención, destacando aspectos como “reparación del trauma” mediante apoyo psicológico y abordaje sintomatológico. Este es el principal significado que otorgan al proceso en el PRM, reforzando la importancia del proceso de intervención psicológica en el bienestar del NN (Gómez et al., 2021).

5.1.2.2. Baja comprensión del rol del adulto/a en la intervención

Mientras una proporción considerable de profesionales considera que los y las AR no se comprometen activamente, hay cuidadores que mencionan que no siempre comprenden los objetivos de la terapia o que no recibieron suficiente orientación o sesiones individuales. En ese respecto, la mayoría de las y los adultos indica que el trabajo ha sido principalmente individual con NN o bien con actividades de carácter familiar. Se observa que el trabajo individual con el adulto/a sería mayoritariamente informar situaciones cotidianas o que el/la profesional reporte avances del proceso individual del NN, manteniéndose un rol tendiente a lo pasivo en el AR. La evidencia tiende a destacar lo crucial del trabajo en competencias parentales en la psicoterapia infantil, particularmente en victimización (Kliethermes, Schacht y Drewry, 2014), constituyendo esto un aspecto a mejorar en los PRM, tanto en los objetivos y contenido, como en las actividades y métodos de intervención.

5.1.2.3. Falta de abordaje individual con la adulta/o responsable

La mayoría de las entrevistadas/os indican que los espacios de intervención individuales fueron escasos y que cuando éstos ocurrían, se focalizaron en que el/la profesional les consulta de situaciones cotidianas o bien, informa aspectos de proceso del NN. En otros casos, la intervención fue más profunda, incorporándose aspectos como herramientas para el abordaje de la sintomatología o conductas del NN. Aun así, algunas adultas/os destacaron sesiones en el que la/el trabajador social les brindó espacios de contención emocional o que se abordaron aspectos

de la historia de vida del adulto/a e incluso de su historia familiar. Esto conllevó a mayor consciencia de los patrones transgeneracionales que impactan en su vínculo con el NN, mayor comprensión de las victimizaciones e incremento de la empatía hacia la vivencia y síntomas del NN. Hay evidencia que señala que el abordaje del trauma en AR, también impacta en el tratamiento del NN victimizado (Lowell y Renk, 2018).

5.1.2.4. Enfoque de Derechos

La mayoría de las y los adultos indica conocer los Derechos del Niño, sin embargo, algunas tendían a mostrar dificultades para verbalizarlos o explicarlos. La mayoría refiere que en el programa se han abordado escasa u ocasionalmente, emergiendo principalmente cuando se aborda la victimización del NN. Hay casos que indican que es el NN quien les comunica que ha aprendido sus derechos y se los explica. En ese sentido, se observa que, si bien ha habido cierto grado de abordaje del enfoque de derechos, éste ha sido ocasional y más indirecto, pareciendo no ser un objetivo sistematizado o integrado al plan de intervención. Las adultas/os proponen estrategias verbales, videos, juegos, role playing, obras de teatro, análisis de la historia vital e incluso conectar con la niña interna para aprender los derechos de los niños. Igualmente, hubo un número importante de AR que destacaron la importancia de enseñar tanto los derechos como los deberes de NN.

5.1.3. Caracterización de la Intervención Psicosocial desde la percepción de las y los Profesionales

Las y los profesionales destacan que la intervención en PRM es efectiva en la restitución de derechos y elaboración de la victimización de NN, pero mencionan desafíos operativos y metodológicos.

5.1.3.1. Alta carga laboral

Menos de la mitad de profesionales participantes considera que existen estrategias adecuadas de autocuidado, lo que sugiere una necesidad de mejorar la eficacia de éstas. Igualmente, la mayoría han ingresado recientemente a los programas y poseen poca experiencia previa, sugiriendo una alta rotación laboral y condiciones de trabajo que requerirían ser analizadas y mejoradas. Esto es coherente con lo que refieren muchos adultos/as, asociados a largas listas de espera o escasa cantidad de sesiones, dando cuenta de un exceso de carga laboral o colapso del sistema. Estos datos son coherentes con la evidencia, que sugiere que trabajadores de – en ese entonces- SENAME contarían con elevados niveles de estrés psíquico y rotación laboral (Bilbao et al., 2018).

5.1.3.2. Percepción de autoeficacia elevada entre las y los profesionales.

El hecho de que profesionales con baja experiencia en intervención con NN victimizados se autoperciban como altamente calificados para los desafíos técnicos que implica la intervención terapéutica con NN victimizadas/os, puede responder a múltiples factores: desde una sobreestimación de sus competencias, hasta mecanismos adaptativos frente a la exigencia institucional sin suficientes recursos formativos o supervisión clínica. Este hallazgo sugiere la necesidad de fortalecer los dispositivos de inducción, formación continua y evaluación externa de competencias, de modo que la calidad de la atención no dependa únicamente de la autopercepción profesional, sino de criterios objetivos y éticamente fundados.

5.1.3.3. Valoración de metodologías terapéuticas simbólicas

La gran mayoría de profesionales indica que el juego, el arte y otras estrategias simbólicas favorecen el abordaje terapéutico tanto con NN como con adultas/os. Sin embargo, en la práctica, con AR el trabajo individual ha sido únicamente verbal, observándose escasa variación de métodos terapéuticos y de enseñanza, lo cual es coherente con los resultados cualitativos.

5.2. Propuestas para intervenciones psicosociales efectivas y pertinentes para infancias victimizadas

A partir de los datos cualitativos y cuantitativos, se identificaron propuestas e ideas clave para fortalecer la intervención psicosocial en PRM, favoreciendo su pertinencia evolutiva y territorial.

5.2.1. Perspectivas diversas en cuanto a la flexibilidad en el modelo PRM

A nivel global, casi la mitad de las y los profesionales considera que el modelo no debería ser centralizado, afirmando que las realidades territoriales exigen estrategias diferenciadas. En contraste, aproximadamente un tercio se muestra a favor de la centralización.

Se identifican algunas leves diferencias según profesión en la percepción de qué modelo PRM sería más efectivo para la intervención: las psicólogas/os defienden en mayor medida que las/os trabajadoras sociales, un modelo más centralizado, mientras que estos últimos/as priorizan la flexibilidad territorial. Por su parte, las AR mencionaron algunas necesidades territoriales diferenciadas.

Se puede interpretar en base a la relevancia que le otorgan a los espacios de supervisión externa y análisis de casos, como al significativo porcentaje que recomienda la descentralización del modelo, que sería pertinente un modelo

estandarizado pero que su estructura permita la integración de factores locales y culturales (Saraceno y Martínez, 2018).

5.2.2. Fortalecimiento del trabajo con adulta/o responsable

Se recomienda la implementación de metodologías que incorporen de manera más efectiva a los y las AR, asegurando que comprendan la relevancia de su rol en la recuperación de NN, a través de sesiones familiares, pero también un trabajo individual sistemático y con objetivos claros con el o la AR. Espacios de contención emocional y de análisis de la propia historia vital y transgeneracional, también favorecen la comprensión de la victimización y las consecuencias en el bienestar integral del NNA (Lowell y Renk, 2018). Por lo tanto, los objetivos de intervención familiares y con AR debieran ser integrales, abarcando desde estrategias de contención emocional hasta socioeducación en victimización, ciclo vital y necesidades biopsicosociales del NN.

5.2.3. Diversificación y optimización de métodos de intervención

Se propone ampliar el uso de estrategias lúdicas y terapias basadas en el juego para NN, así como metodologías adaptadas a los AR, siempre con objetivos terapéuticos claros y con el fin último de la elaboración integral de la victimización del NN. Actividades plásticas, juegos, role playing, teatro, meditación, tanto en adultos/as como en NN son técnicas que contribuyen tanto a la elaboración traumática, como el abordaje y psicoeducación en temáticas complejas. Particularmente en adultos/as, las actividades han sido casi únicamente el hablar, observándose escasa diversidad de estrategias interventivas (Flores et al., 2012). Sin embargo, tanto para NN como con adultos/as, el abordaje verbal de los diversos objetivos terapéuticos, resulta fundamental para cristalizar los aprendizajes o experiencias terapéuticas y elaborar la experiencia traumática.

5.2.4. Incorporación del Enfoque de derechos

Este estudio da cuenta de la relevancia de la comprensión de los Derechos del Niño, tanto en NN como en sus AR. El entendimiento y valoración de los derechos fundamentales constituye un objetivo preventivo y terapéutico, empoderando a NN, ayudándoles a reconocer y denunciar posibles victimizaciones y favoreciendo la resignificación del trauma mediante la comprensión de que la victimización la ejerció otro/a. Asimismo, resulta relevante que el trabajo sea también con el AR puesto que si hay una comprensión únicamente por parte del NN, podría ser incluso iatrogénico, incrementándose la probabilidad de victimización, por ejemplo, en casos de maltrato. Es fundamental que los programas incorporen este objetivo de forma sistemática como parte del proceso terapéutico (Lenta y Zaldúa, 2020).

Igualmente, emerge como importante socioeducar en responsabilidades del NN, pero esto debe ser basado en el enfoque de resguardo de derechos

fundamentales. Es decir, que el incumplimiento o cumplimiento parcial de un “deber” o responsabilidad por parte del NN no implique en ninguna circunstancia la anulación o vulneración de sus derechos humanos. Es decir, el aprendizaje de los derechos debe dotar a las y los AR de herramientas que contemplen estilos de crianza democráticos y basados en el buen trato como formas de establecer normas y responsabilidades a NN.

5.2.5. Mejoras en la carga laboral y autocuidado profesional

Se sugiere reducir la cantidad de casos por profesional y fortalecer instancias de supervisión técnica y apoyo emocional. Las listas de esperas son una problemática que los usuarios/as mencionaron con frecuencia como un aspecto que disminuye lo oportuno y la calidad de la atención. Igualmente, los y las profesionales destacan la relevancia de que las duplas de intervención mantengan permanentes coordinaciones y análisis de caso. Esto es coherente con estudios que refieren altos niveles de Burnout en trabajadores de los servicios de protección a la infancia (Bilbao, 2019), siendo altamente relevante espacios de autocuidado al personal, puesto que además de constituir un derecho laboral, impacta en la calidad de la intervención (Mejor Niñez, 2024).

5.2.6. Características del terapeuta

NN relevan que es fundamental para la construcción adecuada del vínculo paciente-terapeuta, que éste valide sus opiniones, emociones y expresiones; que sea amable y respetuoso, que sea lúdico y creativo, que les converse y que en ocasiones haga actividades que el NN elija, adaptándose al ciclo evolutivo y características individuales de cada NN (Leiva y Rubí, 2022). Las y los adultos destacan las mismas características como importantes, pero agregan, que sea capaz de otorgar espacios de contención y validación al adulto/a, como análisis de su propia historia vital. Más aun, resulta fundamental que las y los profesionales que intervienen con NNA que han sido víctimas de vulneraciones constitutivas de delito tengan conocimiento técnico y procedimientos coherentes a los Derechos de las Infancias respetando, por ejemplo, sus opiniones y derecho a ser oídas/os. Igualmente, es sustancial que se capaciten en temáticas asociadas a los patrones transgeneracionales de la crianza y las victimizaciones, perspectiva de género y dinámicas de violencia (UNICEF, 2019). Sin esos conocimientos y habilidades blandas, es posible que un/a profesional cometa conductas revictimizantes o bien, tendientes al autoritarismo que no entiendan la complejidad de los fenómenos de maltrato y los aspectos sociales y culturales involucrados.

5.2.7. Espacios terapéuticos acogedores: propuestas desde la vivencia de usuarios/as PRM

Tanto NN como sus AR coincidieron en la importancia de contar con infraestructura y espacios adecuados para el proceso de intervención. Desde la mirada de los NN, se enfatizó el deseo de contar con entornos más acogedores y estimulantes, que incluyan juegos instalados, patio, materiales para pintar, televisión, juguetes y alimentos. Además, propusieron espacios más amplios, coloridos y lúdicos, que les permitan sentirse cómodos, seguros y en sintonía con su etapa de desarrollo. Por su parte, las AR sugirieron la incorporación de áreas verdes, patios abiertos y zonas de recreación, reconociendo el valor de estos espacios para la expresión emocional y la contención de los NN. Asimismo, destacaron que un entorno físico adecuado puede favorecer el vínculo terapéutico y contribuir a una experiencia de atención más cálida, cercana y reparadora. Estas propuestas permiten relevar la importancia de considerar el ambiente físico como un componente significativo de la intervención, no solo en términos logísticos, sino también simbólicos, afectivos y relacionales.

5.3. Implicancias Prácticas: Propuesta de un Modelo Terapéutico Restaurativo

En base a los resultados y hallazgos expuestos en esta investigación, se propone un modelo de intervención orientado a la reparación relacional y psicosocial, que entiende que la restauración de las consecuencias socioemocionales producto de la victimización a niñas y niños (NN), involucra una corresponsabilidad del estado, el sistema de justicia, la comunidad, la sociocultura, las familias, como también la consideración de las características individuales del NN y una perspectiva evolutiva. Se plantea que *el enfoque de derechos debe ser un eje transversal en toda la intervención*, como se ilustra en la Figura 4.

La intervención en trauma infantil implica desafíos y estrategias específicas, que la hacen diferente al método utilizado con población adulta (Gkintoni et al., 2024). Este estudio enfatiza la importancia de considerar a niños, niñas y adolescentes (NNA) como sujetos de derechos y agentes activos en sus procesos de recuperación. En el contexto de la intervención psicosocial en PRM resulta relevante garantizar su participación efectiva en los procedimientos terapéuticos que buscan la reparación del daño y la restitución de sus derechos vulnerados. Si bien el modelo propuesto plantea una perspectiva terapéutica, su enfoque se inspira en los principios fundamentales de la justicia restaurativa y terapéutica (Travisany, 2019) entendida como un marco ético y relacional que promueve la reparación integral del daño, la participación activa de la víctima, y la

reconstrucción de vínculos en contextos de vulneración (Tamarit, 2012; Pillado y Farto, 2019). Aunque la justicia restaurativa se ha desarrollado principalmente en el ámbito judicial, su aplicación ha comenzado a extenderse hacia prácticas psicosociales y comunitarias, particularmente cuando se trata de infancias victimizadas (Pereda, 2015). Desde esta perspectiva, el Modelo Terapéutico Restaurativo propuesto no se centra en la resolución judicial del conflicto, sino en promover, desde la intervención psicosocial, procesos que favorezcan la restitución de derechos, la elaboración emocional del daño y el fortalecimiento de la agencia de los NN y sus AR. Por ello, se utiliza el término “restaurativo” en sentido ampliado, con base en sus fundamentos filosóficos y reparadores, más que en su aplicación judicial directa.

Desde un *enfoque ecológico-sistémico* (Barudy, 1998), la intervención restaurativa en NN víctimas de violencia debe ser integral, abordando *dimensiones sociojurídicas, sociocomunitarias, culturales, familiares e individuales*. Esto implica entender los determinantes sociales de la salud mental (Leiva, et al., 2021) como factores clave en la configuración de los procesos de victimización y sanación. En este marco, el reconocimiento de los derechos humanos de la infancia es un componente crucial de la intervención en victimización, pues favorece la apropiación del sentido de justicia y el empoderamiento de los NN, fortaleciendo su capacidad de reconocer, prevenir y denunciar situaciones de violencia (Lenta y Zaldúa, 2020) como se ha podido colegir en esta investigación.

5.3.1. Características generales del modelo de intervención

El modelo de intervención propone implementar enfoques terapéuticos basados en la evidencia sugiriendo, por ejemplo, la Terapia Cognitivo Conductual Centrada en el Trauma (TF-CBT). No obstante, modelos como el EMDR, algunas intervenciones psicodinámicas o intervenciones de carácter ecléctico, también han mostrado evidencia de funcionar en el abordaje del trauma infantil (Gkintoni et al., 2024; Gospodarevskaya y Segal, 2012). Sin embargo, más allá del enfoque clínico específico, este modelo agrega la necesidad de ***transversalizar la perspectiva de derechos de la infancia y género en todas las fases y dimensiones del proceso terapéutico.***

Se entiende al NN como un sujeto inserto en una historia de vida particular, un contexto sociocultural y familiar específico, pero también, con características individuales y temperamentales propias, las cuales deben ser consideradas en el proceso de intervención. Igualmente, considerar la perspectiva evolutiva y del desarrollo será fundamental para una intervención de calidad.

Tal como se representa en la Figura 4, ***el modelo propuesto se articula en cuatro dimensiones de intervención, cada uno de los cuales impactará en el proceso individual del NN y en su elaboración del trauma o victimización:***

1. Intervención individual con el NN, busca fortalecer su autoestima, comprensión del motivo de ingreso (victimización), abordaje de síntomas, empoderamiento y acceso a redes protectoras.

2. Intervención con el adulto responsable (AR), se orienta al desarrollo de competencias parentales, comprensión de la victimización, habilidades de mentalización, contención, vínculo seguro y el abordaje de patrones transgeneracionales.

3. Intervención familiar, promueve la mejora de dinámicas relacionales, la comunicación y resiliencia familiar.

4. Intervenciones intersectoriales o sociocomunitarias, buscan activar y articular redes comunitarias, de salud, justicia, educación y toda instancia relevante para la protección integral del NN.

Cada uno de estos niveles responde a objetivos terapéuticos específicos- los cuales serán profundizados en apartados posteriores-, permitiendo un abordaje integral de la vivencia traumática y restitución de derechos vulnerados. ***Más allá del enfoque clínico seleccionado - sugiriéndose el uso de aquellos basados en evidencia- este modelo enfatiza como ejes transversales a cada dimensión y objetivo de intervención la perspectiva sistémica-comunitaria, así como los derechos de las infancias y la perspectiva de género*** (Lenta y Zaldúa, 2020; Ordoñez y González, 2012). También, alineado con la evidencia y los resultados de este estudio, se plantea como ***fundamental la figura del terapeuta*** en toda la intervención, tanto en el establecimiento de un vínculo seguro con las y los usuarios como en el manejo de conocimientos técnicos y la implementación práctica del modelo ecosistémico.

La figura 4 sintetiza el funcionamiento general del modelo, cuyos objetivos han sido introducidos en los apartados anteriores. Todos estos aspectos deben ser integrados en un Plan de Intervención personalizado, ajustado a las necesidades de cada usuario/a y con pertinencia sociocultural.

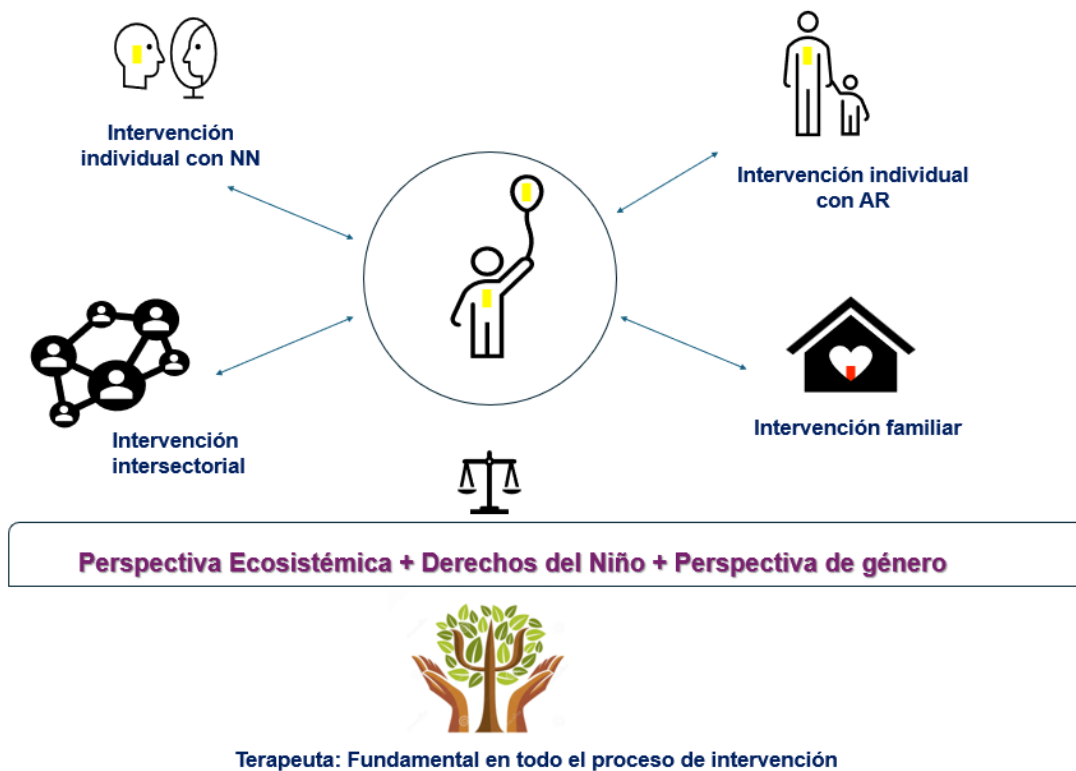


Figura 4. Propuesta de Modelo Terapéutico Restaurativo.

La Figura 4 resume gráficamente la propuesta del modelo de intervención restaurativo, planteado a partir de los hallazgos de esta investigación. En el centro del tratamiento se ubica al NN, reconocido/a como sujeto de derechos y agente activo en su proceso terapéutico. Este eje central se articula con cuatro dimensiones principales de intervención: la intervención individual con el NN, la intervención con adulta/o responsable (AR), la intervención familiar y la intervención intersectorial o sociocomunitaria.

Cada una de estas dimensiones responde a objetivos terapéuticos específicos y complementarios, orientados a la elaboración del trauma y la restitución de derechos vulnerados, que serán profundizados en los próximos apartados.

El modelo integra como ejes transversales el enfoque de derechos, la perspectiva de género y la perspectiva sistémico-comunitaria, los cuales deben estar presentes en todas las fases del proceso terapéutico. Igualmente, releva al terapeuta como actor fundamental en el proceso de intervención y logro de los objetivos terapéuticos. La Figura 4 permite comprender de forma clara e integrada los principales componentes del modelo de intervención propuesto, su orientación

ecológica, y su compromiso con una intervención reparadora, situada y contextualizada, acorde a los principios de la justicia restaurativa.

5.3.1.1. Rol del Terapeuta en la Intervención

El modelo destaca que el rol del terapeuta es un factor determinante en la efectividad del proceso de reparación, tal como se presenta en la Figura 4. Sus principales competencias incluyen:

- Claridad en el diagnóstico y objetivos terapéuticos.
- Manejo de modelos de intervención basados en evidencia.
- Que las técnicas que utilice sean diversas, mas no aleatorias, puesto que deben estar orientadas a objetivos terapéuticos concretos.
- Empatía, creatividad y habilidades lúdicas para la vinculación con el NN.
- Perspectiva evolutiva, considerando las características individuales y estadio del desarrollo del NN.
- Conocimiento en trauma, derechos de la infancia y el fenómeno de la violencia.
- Capacidad de trabajo con AR, incorporándoles efectivamente en el proceso reparatorio. Requerirá el manejo de estrategias creativas, verbales y no verbales que favorezcan el aprendizaje y el *insight*. Las actividades con AR deben estar enfocadas en el incremento de sus habilidades parentales/marentales.
- Comprensión de los fenómenos culturales e interseccionales que impactan en la victimización contra las infancias.
- Que se coordine sistemáticamente con las redes sociocomunitarias y el intersector.

Estos elementos aseguran que la intervención no solo sea técnica y estructurada, sino que también favorezca la confianza y la participación activa del NN en su propio proceso de recuperación, así como el fortalecimiento del intersector como elemento estructurante en la elaboración de la victimización y restitución de derechos.

5.3.1.2. Duración y temporalidad de la Intervención

Los y las profesionales consultados enfatizan la necesidad de intervenciones prolongadas para lograr una reparación efectiva. En ese sentido, *se recomienda que el proceso terapéutico tenga una duración de 12 a 18 meses, incluyendo una fase diagnóstica de aproximadamente 3 meses*, procedimiento fundamental en un adecuado proceso de intervención (Lieberman y van Horn, 2009). Esto permitiría una mayor profundidad en el trabajo con el NN y su familia, evitando abordajes superficiales que puedan generar revictimización o procesos incompletos.

Para el abordaje de los objetivos en los cuatro ámbitos descritos, este modelo sugiere diversas estrategias facilitarán el logro de éstos. En los apartados anteriores, el modelo presentó lo que se busca lograr y bajo qué fundamentos teóricos. *A continuación, se detallarán más profundamente los objetivos específicos de intervención en cada eje de intervención y se argumentará el cómo se pueden lograr, mediante técnicas y actividades específicas:*

5.3.1.3. Intervención Individual con el niño o niña

El trabajo terapéutico con los NN busca no solo aliviar la sintomatología causada por la victimización, sino también fortalecer su sentido de seguridad y control sobre su propia historia de vida (Barudy y Dantagnan, 2011; Meyerson et al., 2011). Para ello, el modelo propone ***técnicas centradas en la elaboración de la experiencia traumática y posicionamiento como sujeto de derechos.***

Esta dimensión, tendrá como objetivos terapéuticos específicos la comprensión del motivo de ingreso o victimización, su posicionamiento como sujeto de derechos, posicionamiento como superviviente, manejo y conexión emocional, abordaje de emociones asociadas al evento traumático, potenciación de sus recursos resilientes y autoestima, así como el abordaje de síntomas socioemocionales específicos causados por la victimización. Igualmente, será importante que el NN conozca recursos protectores de sus redes primarias y secundarias para prevenir o denunciar eventuales vulneraciones.

Para abordar los objetivos mencionados es posible utilizar diversas técnicas (Figura 5):

- **Estrategias socioeducativas**, de verbalización de aprendizajes y experiencias.
- **Técnicas narrativas** de resignificación.
- **Técnicas simbólicas y expresivas**, como manualidades, juegos y actividades lúdicas.
- Actividades que exploren la **historia de vida**.
- **Técnicas sensoriales**, de meditación y relajación, que potencien la sensación de control sobre sus emociones y conductas.
- **Escucha activa y contención emocional**.

Todas estas estrategias fueron mencionadas por NN como adecuadas para abordar diversos objetivos terapéuticos. Por lo tanto, muchas pueden ser utilizadas para trabajar distintos objetivos del plan de intervención individual (Figura 5). Lo relevante de esto, es que el/la terapeuta mantenga claridad de porqué y para qué está utilizando cada actividad, manteniendo el control del proceso y conectando estas diversas técnicas con un objetivo terapéutico específico.

Además, el modelo enfatiza la importancia de la posición del NN como superviviente (Llanos y Sinclair, 2001) facilitando su empoderamiento y previniendo dinámicas de revictimización. Se busca fortalecer su capacidad de reconocimiento de riesgos, dotándolo de herramientas para la autoprotección y denuncia de situaciones de vulneración. Finalmente, este modelo releva la importancia de considerar las características individuales de cada NN (Narayan et al., 2021) para un proceso personalizado.

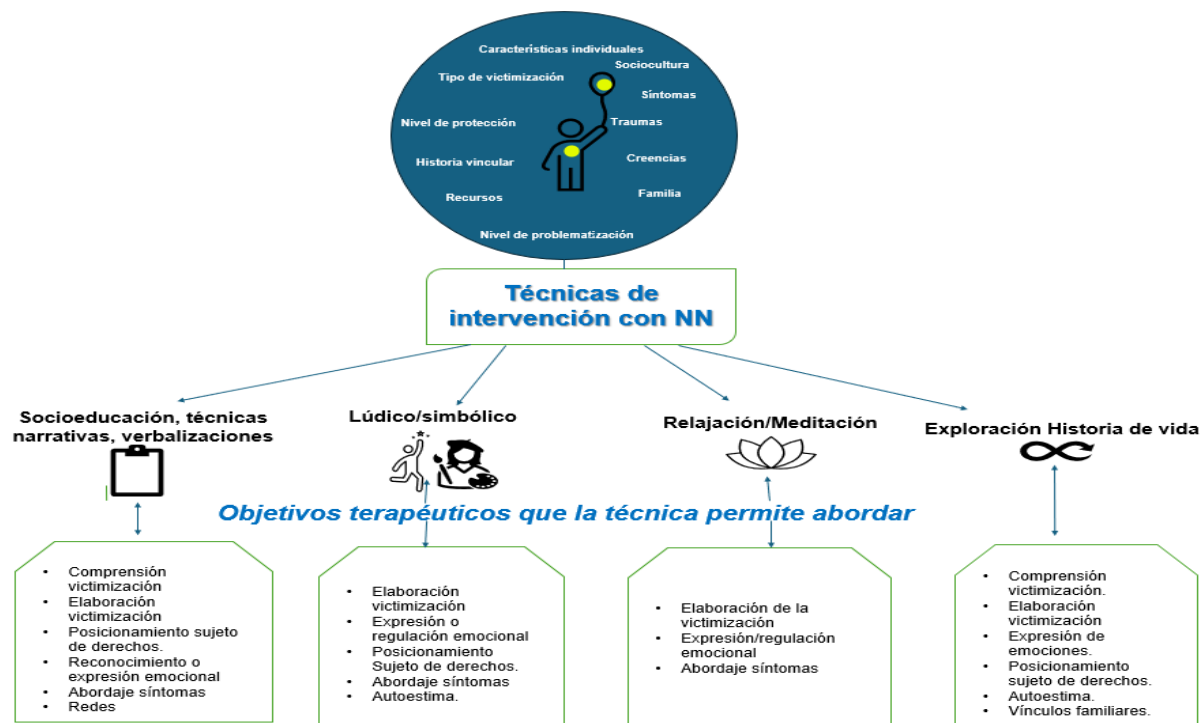


Figura 5. Técnicas de intervención en sesiones individuales con niñas y niños

La Figura 5 sintetiza técnicas de intervención que son efectivas para abordar objetivos terapéuticos específicos, que han sido detallados en apartados anteriores. Ilustra la importancia de comprender la situación y sintomatología del NN situado en su contexto sociocultural, familiar, características individuales, síntomas y otros aspectos biopsicosociales. Representa, conforme los resultados de la investigación, que técnicas de verbalización, actividades lúdico/simbólicas, estrategias de meditación y relajación, así como exploración de su historia vital, serán efectivas para diversos objetivos terapéuticos, los cuales se mencionan conectados a cada técnica. También, el tipo de victimización específica también deberá ser considerado para la elección de estrategias y objetivos terapéuticos. Integrar todos estos aspectos favorecerá el desarrollo de técnicas y objetivos

efectivos. La Figura 5 representa que la elección de los objetivos y técnicas debe ser coherente a la realidad particular de cada NN.

5.3.1.4. Intervención con Adulto Responsable (AR)

El trabajo con AR es clave en la recuperación del NN, dado que su rol, estilo de crianza y comprensión de la victimización impactan directamente en el proceso de reparación (Gkintoni et al., 2024). Sin embargo, los hallazgos indican que las intervenciones con los AR han sido mayormente informativas y verbales, sin una exploración profunda de sus propias experiencias y patrones transgeneracionales, los cuales impactan en el vínculo y estilos de crianza hacia el NN. Lo lúdico y lo simbólico no son exclusivos de la infancia, sino que ofrecen a las personas adultas una vía accesible para conectar con sus emociones, resignificar vivencias y explorar nuevas formas de vínculo (Schaefer, 2004). En el contexto terapia de reparación de vulneración de derechos a las infancias, estas estrategias pueden emplearse no como una terapia en sí, sino como herramientas psicosociales que potencien la capacidad de los adultos/as para sostener emocionalmente al NN, facilitar la comunicación afectiva y promover una comprensión más empática y profunda del daño psicosocial y su reparación.

El modelo propone la necesidad de optimizar la calidad de las sesiones individuales y técnicas de intervención con AR, a fin de potenciar sus procesos de aprendizaje. El espacio individual con el/la AR tendrá como objetivos específicos el incremento de competencias parentales manifestadas en el posicionamiento del NN como sujeto de derechos, comprensión de la victimización y síntomas asociados a ésta, entendimiento del fenómeno de lo transgeneracional, desarrollo de formas de crianza democráticas y bien-tratantes, comprensión del estadio evolutivo del NN, mejora de estrategias comunicacionales, de contención y regulación emocional hacia el NN, incremento de habilidades de autorregulación emocional y conductual, así como desarrollo de capacidades empáticas y de mentalización hacia la situación y vivencias del NN. Igualmente, buscará el incremento de competencias proteccionales y preventivas por parte del AR, así como una mejora en la integración en redes socio-comunitarias relevantes para el bienestar del NN. El abordaje de estos objetivos será un método fundamental para que la terapia efectivamente logre una elaboración del trauma en el NN, que la AR sea activa/o en el proceso y que los avances individuales del NN puedan tener una proyección en el mediano o largo plazo, luego del egreso de la intervención.

Para lograr estos objetivos y por tanto, el incremento de sus competencias parentales/marentales, los hallazgos de esta investigación sugieren las siguientes actividades y contenidos:

- **Análisis de historia de vida y patrones transgeneracionales**, facilitando la comprensión de la victimización desde una perspectiva histórica y familiar, potenciando su capacidad de mentalización y empatía hacia las vivencias emocionales y cotidianas del NN.
- **Estrategias de contención emocional, para mejorar la regulación emocional del AR y su empatía hacia el NNA**, lo cual la evidencia señala es fundamental en el abordaje del trauma infantil (Lieberman y Van Horn, 2009).
- **Uso de metodologías simbólicas y creativas**, tales como juegos, manualidades y ejercicios reflexivos, promoviendo la integración emocional y cognitiva de la experiencia, las cuales pueden ser utilizadas para los diversos objetivos terapéuticos.
- **Trabajo en crianza bien-tratante**, favoreciendo el desarrollo de competencias parentales protectoras y el fortalecimiento del vínculo con el NNA.

Técnicas similares a las utilizadas con NN, aunque adaptadas según ciclo evolutivo, son útiles también en los procesos de empoderamiento e incremento de competencias parentales y protectoras en adultos/as. Por lo tanto, además de las actividades verbales y narrativas, técnicas lúdico-simbólicas como el juego y el arte, pueden ser muy efectivas para el logro de los objetivos de intervención. Asimismo, el análisis de historia de vida personal y familiar, resultaron muy relevantes para la comprensión de la victimización, patrones transgeneracionales y empatía hacia las vivencias, síntomas y conductas del NN, tal como se ilustra en la Figura 6.

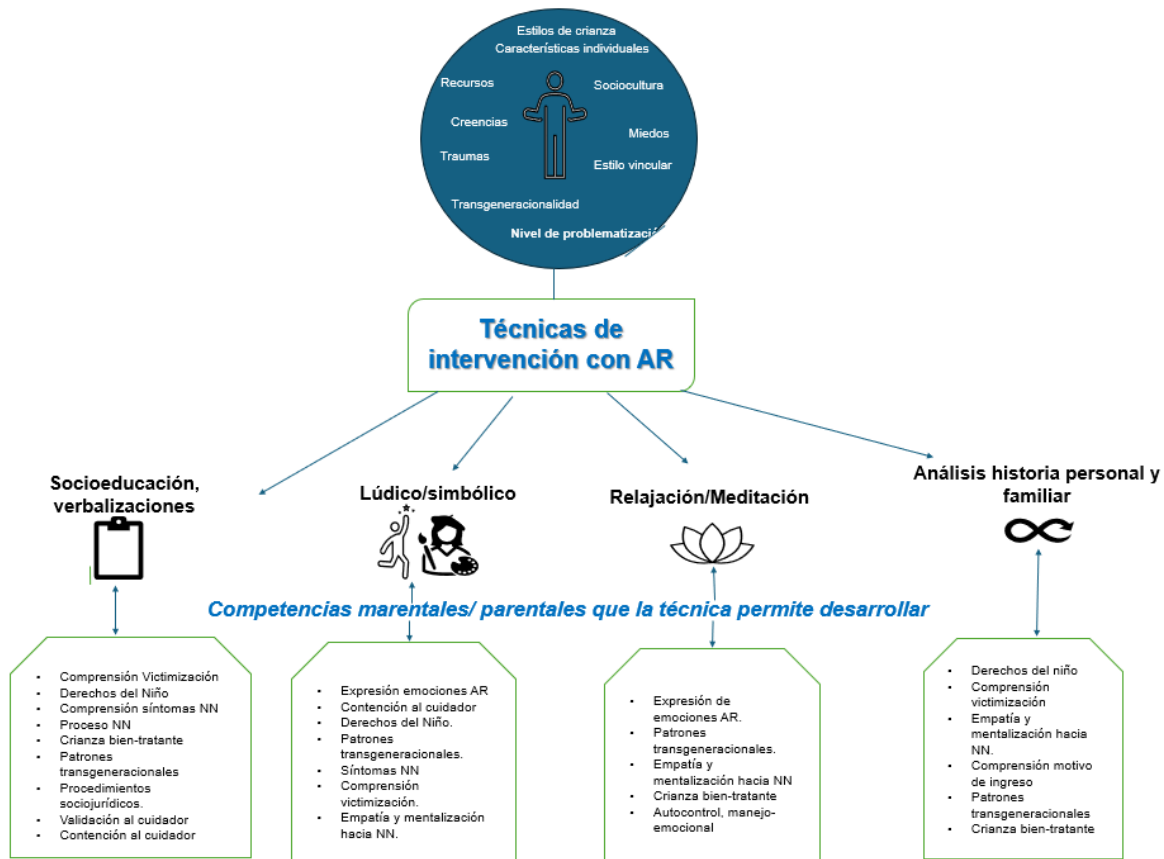


Figura 6. Propuesta de trabajo psicossocial individual con Adulto Responsable (AR).

La Figura 6 representa la relevancia de entender las conductas, estilos de crianza y características individuales del AR situados en su contexto biopsicosocial, sugiriendo técnicas de intervención verbales y no verbales para el abordaje de objetivos específicos. Se destaca la técnica de la exploración de la historia vital para que el adulto/a incremente su comprensión de la victimización y posicione al NN como sujeto de derechos. Cada técnica, puede abordar diversos objetivos, los cuales se especifican conectados a cada técnica. Es fundamental que el/la terapeuta tenga claridad de porqué y para qué objetivo utiliza cada técnica.

5.3.1.5. Intervención a nivel Familiar

El abordaje sistémico y restaurativo requiere no solo trabajar con el NN y su cuidador principal, pero también sesiones familiares y, en casos necesarios involucrar familia extensa y/o terceros significativos que puedan potenciar la resiliencia familiar o individual. Las sesiones familiares son relevantes tanto para mejorar las dinámicas relacionales en el núcleo familiar, vínculo NN-AR,

favoreciendo la sensación de confianza y seguridad del NN hacia su AR. Buscará aumentar las competencias parentales en el AR. Podrá tener objetivos flexibles, conforme las necesidades de cada caso, pudiendo ser éstos mejorar la comunicación familiar, comprensión familiar de la victimización, comprensión de los derechos del niño, comprensión de la historia familiar y patrones transgeneracionales y mayor conocimiento entre los integrantes del núcleo familiar. De ser necesario, se podrá incorporar familia extensa que puedan potenciar los procesos de resiliencia individual y familiar.

La Figura 7 detalla los objetivos y actividades terapéuticas de esta dimensión, destacando los siguientes componentes:

- **Comunicación y fortalecimiento del núcleo familiar**, promoviendo la visibilización de las necesidades del NN y la construcción de acuerdos familiares.
- **Reconocimiento y transformación de patrones de crianza**, abordando la influencia transgeneracional de la violencia.
- **Estrategias de resiliencia familiar**, fomentando la reconstrucción de la dinámica familiar desde una perspectiva reparadora.

En este nivel, se requiere que la intervención sea culturalmente adecuada y contextualizada a las necesidades de cada caso.

Nuevamente, las técnicas verbales, lúdico-simbólicas y de exploración de la historia de vida familiar, pueden utilizarse para abordar distintos objetivos terapéuticos. Es fundamental considerar las características particulares y sociambientales de cada sistema familiar para trabajar objetivos y actividades pertinentes.

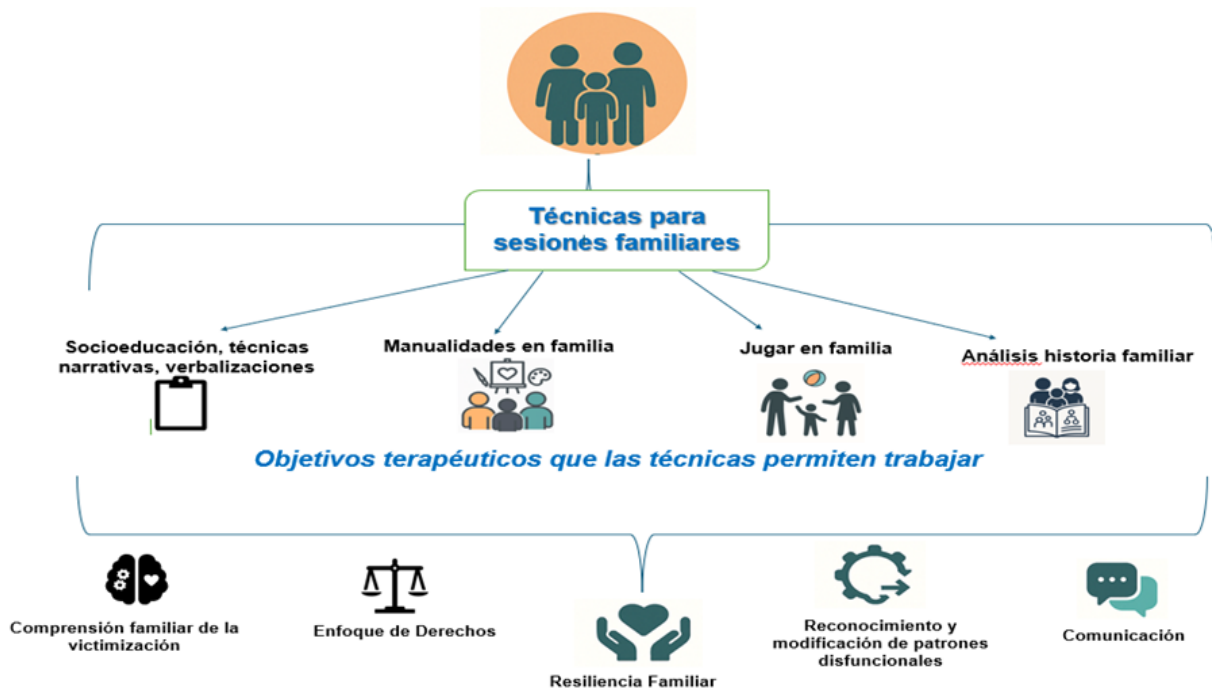


Figura 7. Propuesta de trabajo psicosocial a nivel familiar.

La Figura 7 ilustra el trabajo a nivel familiar. Éste favorece la cohesión del sistema y una interpretación más colectiva de la victimización y los derechos de la infancia. Asimismo, se promueve la comunicación, espacios afectivos y el conocimiento entre las y los integrantes. Las diversas actividades, narrativas, lúdicas, artísticas y de reconocimiento de la historia familiar, favorecerán la resiliencia familiar y la coherencia del proceso, tal como lo representa el esquema.

5.3.1.6. Intervención socio-comunitaria e intersectorial

Las diversas formas de maltrato y abusos contra las infancias son una problemática que nos involucra como sociedad toda. Tanto la prevención como el tratamiento cuando la vulneración constitutiva de delito ya ha ocurrido, no debe quedar supeditada sólo al contexto intrafamiliar (Barudy, 1998). Los Estados deben ser activos en asegurar tanto la protección de NNA como la justicia restaurativa, concretándose en leyes y sistemas de justicia que integren realmente los compromisos establecidos en la Convención Internacional de los Derechos del Niño (1989). También, esto debiera manifestarse en todos los espacios y servicios locales en los que se desenvuelve la ciudadanía y en efecto, NNA. Hay países, culturas y sociedades que relativizan la relevancia de los derechos de la infancia y que no consideran las diferencias de género como una problemática social y cultural (Aldeas Infantiles SOS Internacional y MMI-LAC, 2018; Porter y López-Angulo, 2022).

Fundamentado en lo anterior, este modelo terapéutico sugiere que los programas de reparación debiesen tomar un rol activo en socioeducar y sensibilizar respecto de los Derechos del Niño, como también de la complejidad del fenómeno de la victimización a las infancias y las consecuencias biopsicosociales presentes y futuras para ese NN. Sin un ambiente familiar, jurídico y sociocomunitario empático y que acompañe el proceso del NN, no se logrará una adecuada resignificación del trauma ni restitución efectiva de los derechos vulnerados. Mediante coordinaciones e intervenciones promocionales que promuevan que la red socio-comunitaria en la que se desenvuelve el NN, efectivamente contribuya a la elaboración del dolor, pero también, prevengan la revictimización u ocurrencia de nuevas vulneraciones.

Para esto, es necesario que los diversos espacios en que se desenvuelve el NN o que impactan en su vida, conozcan la perspectiva de derechos del niño y entiendan en mayor medida la complejidad de los fenómenos de la violencia contra la infancia y las consecuencias o síntomas que esto genera para la víctima en su presente y futuro. Para ello, desde el diagnóstico el/la terapeuta debe conocer los distintos espacios e instituciones en las que se desenvuelve el NN y su familia y concretar coordinaciones; por ejemplo, con su institución educacional, sistema de salud, Fiscalía, Tribunales o cualquier instancia sociocomunitaria que interactúe con el NN. Igualmente, el método interventivo debe promover que tanto el AR como el NN conozcan la red, sus derechos y sistema de protección.

El objetivo principal es promover un sistema sociocomunitario que acompañe y proteja el proceso de elaboración y restitución de derechos, haciéndose corresponsables del mismo, como se representa en la Figura 8.

La/el terapeuta deberá activar redes sociales, comunitarias y jurídicas relevantes para la protección y restitución de los derechos del NN. Implicará coordinaciones por parte de las y los profesionales tratantes, con instituciones educacionales, de salud, judiciales y toda instancia socio-comunitaria que emerja como relevante en el proceso. También requerirá un incremento de las competencias del AR para involucrarse de forma efectiva con estas redes y la comunidad. La socioeducación al NN favorecerá el cumplimiento de estos objetivos.

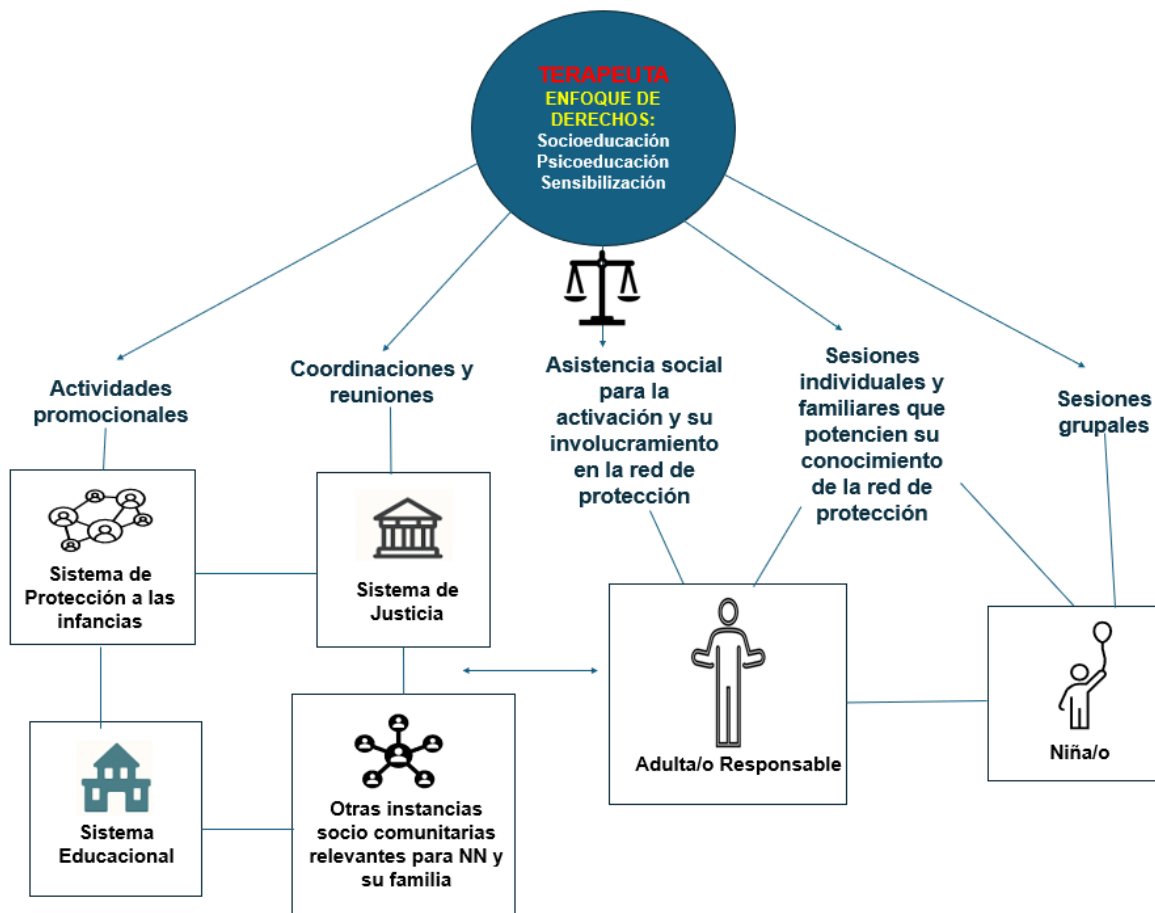


Figura 8. Intervención psicosocial con el intersector.

La Figura 8 ilustra el trabajo que debiera desplegar el/la terapeuta con el objetivo de potenciar que los sistemas sociales y comunitarios promuevan la protección y restitución de derechos vulnerados. El esquema muestra que el/la profesional tratante debe tener integrado en toda su intervención el Enfoque de Derechos del Niño y a partir de éste socioeducar, psicoeducar y sensibilizar a las distintas instancias comunitarias en las que se desenvuelve el NN. En la Figura 8 se mencionan instituciones sociales y se sugieren reuniones, coordinaciones y actividades promocionales para el logro de los objetivos de intervención. Asimismo, el método propone intervenir con el NN y su AR para potenciar su conocimiento y vínculo con la red de protección y exigencia de sus derechos fundamentales.

5.3.2. Incorporación de nuevas tecnologías a los métodos de intervención

El avance de la tecnología ha impulsado el desarrollo progresivo de nuevas herramientas en salud mental, destacándose el uso de plataformas web,

Inteligencia Artificial (IA) y tecnologías de Realidad Extendida (XR), como la Realidad Virtual (RV) y la Realidad Aumentada (RA) (Cruz-González et al., 2025; Riva y Serino, 2020)

Las y los usuarios de esta investigación no reportaron ningún uso de éstas más allá de videos educativos, dando cuenta de que los avances tecnológicos no han sido integrados a las intervenciones en los PRM. En este contexto, el modelo propuesto, releva la necesidad de estar alerta y con apertura para incorporar nuevos avances científicos relativos a nuevas tecnologías que puedan reforzar los procesos terapéuticos.

La IA, definida como la capacidad de un sistema para interpretar datos externos, aprender de ellos y aplicar dicho aprendizaje para cumplir tareas específicas, imitando funciones cognitivas humanas (Giron Sierra, 2023), ha evidenciado un crecimiento significativo en el campo de la salud mental. Técnicas como el aprendizaje automático (machine learning), aprendizaje profundo (deep learning), procesamiento de lenguaje natural (NLP) y reconocimiento de imágenes han demostrado utilidad en diagnóstico, monitoreo y predicción de diversos trastornos psiquiátricos, especialmente en población adulta. Entre las aplicaciones más destacadas se encuentra la detección temprana de depresión, esquizofrenia, conducta suicida y trastornos de ansiedad (Cruz-González et al., 2025).

En población infantil, si bien las aplicaciones son aún muy incipientes, se han reportado avances interesantes, como el uso de sistemas multi-agentes de IA para el análisis automatizado de pruebas proyectivas infantiles (Zhang et al., 2024) y la incorporación de robots sociales para la evaluación longitudinal del bienestar emocional de NN (Abbasi et al., 2025).

Respecto a XR, definida como tecnologías que proveen contextos virtuales inmersivos y experiencias interactivas para las/os usuarias/os (Rauschnabel et al., 2022). Existe evidencia más robusta de intervenciones en salud mental con estas tecnologías, especialmente en el uso de RV en intervenciones para tratar fobias específicas trastornos ansiosos, adicciones (Parrish et al., 2016; Riva y Serino, 2020) y TEPT (Eshuis et al., 2021). Estas tecnologías permiten crear entornos inmersivos y controlados, favoreciendo procesos terapéuticos mediante exposición gradual a estímulos significativos asociados al motivo de intervención (Freeman et al., 2017).

En el ámbito de la salud mental infantil, XR se ha utilizado predominantemente en contextos educativos y de entrenamiento emocional, mediante el diseño de

entornos virtuales interactivos que promueven la regulación emocional, la resiliencia y el desarrollo de habilidades sociales (Dray y Symons, 2025).

Particularmente en el abordaje de la victimización infantil y ASI, investigaciones emergentes han explorado aplicaciones de IA y XR en tres grandes áreas:

- **Entrenamiento de profesionales:** Se han desarrollado programas de simulación con avatares infantiles que permiten entrenar habilidades de entrevista forense en casos de abuso sexual y maltrato. Estos programas, basados en algoritmos probabilísticos, mejoran el uso de preguntas abiertas y disminuyen la incidencia de preguntas sugestivas, optimizando la calidad de las entrevistas (Kask et al., 2022; Hassan et al., 2023).
- **Prevención:** Se han implementado entornos virtuales y videojuegos educativos orientados a fortalecer habilidades de autoprotección en niños, aumentar el reconocimiento de situaciones de riesgo y fomentar la denuncia de situaciones abusivas (Rowe et al., 2014; Sánchez-Jiménez et al., 2024).
- **Intervenciones terapéuticas:** Si bien más escasas, existen experiencias preliminares de uso de videojuegos serios diseñados para facilitar el procesamiento emocional y la elaboración del trauma en niñas y niños sobrevivientes de abuso sexual (Endendijk et al., 2021).

Sin embargo, la investigación sobre el uso de nuevas tecnologías en el tratamiento psicoterapéutico directo de niñas y niños víctimas de ASI continúa siendo muy poco frecuente, requiriéndose mayor desarrollo empírico y validaciones clínicas robustas.

En función de esta evidencia, el modelo propuesto en esta investigación plantea que la incorporación progresiva de tecnologías como IA y XR constituye una oportunidad para complementar los métodos de intervención tradicionales en los programas que intervienen con infancias victimizadas:

- Promover la capacitación de profesionales mediante herramientas basadas en IA y XR que favorezcan habilidades y conocimientos asociados al abordaje de trauma y victimización infantil.
- Fomentar la creación de recursos digitales destinados al trabajo con AR, especialmente en el fortalecimiento de competencias parentales/marentales y estrategias de apoyo.
- Explorar el uso controlado de tecnologías inmersivas en la intervención terapéutica con niños, niñas y adolescentes, respetando su nivel de desarrollo y garantizando siempre altos estándares éticos.

Se sugiere que la implementación de este modelo esté alerta a los avances tecnológicos y la evidencia disponible en el ámbito de la psicoterapia y abordaje de la victimización infantil, para integrarlo oportunamente en los planes de intervención. La integración de tecnologías emergentes en este campo exige, además, la adopción de principios éticos sólidos, el resguardo de la privacidad de los usuarios, la adaptación cultural-territorial de las intervenciones y la constante evaluación de su efectividad clínica y evidencia científica.

5.4. Limitaciones

Este estudio contiene la limitación de que sólo fue desarrollado en una misma institución, es decir, Corporación Opción. Si bien esta es el organismo colaborador de Mejor Niñez más grande de Chile, existen diversas instituciones que implementan PRM. Por lo tanto, ambas fases de la investigación exhiben y representan la realidad de solo esa institución. Por lo tanto, hay una limitación en representatividad de la muestra más allá de esta institución.

En la fase cualitativa, las directoras de cada uno de los PRM-CEPIJ en que se desarrolló el estudio, convocaron a participar a NN y familias que tuvieran adherencia. En ese respecto, existe una tendencia a relatar una experiencia positiva en el PRM, sin embargo, no se indagó la perspectiva de quienes han tenido baja adherencia o han sido refractarios. Esta decisión se tomó por temas pragmáticos, es decir, para asegurar que la muestra asistiera a la entrevista de investigación.

Por otro lado, dado que Corporación Opción fue la única institución que aceptó desarrollar la intervención para la fase cuantitativa no se desarrolló un pilotaje para la aplicación del cuestionario a profesionales, pues no se contaba con muestra para validar el instrumento y se aplicó directamente a la muestra final, es decir psicólogos y trabajadores sociales que actualmente intervienen en los PRM-CEPIJ. Para contrarrestar esta limitación, el instrumento fue creado a partir de análisis de contenido de entrevistas a profesionales del área, sometido a validación por expertas y evaluado mediante Alfa de Cronbach para medir su coherencia interna.

Otra posible limitación de la fase cuantitativa es la presencia de sesgo de deseabilidad social, dada la naturaleza de los instrumentos de autoinforme aplicados a profesionales que intervienen en casos de alta sensibilidad social y clínica. Es posible que algunas respuestas hayan estado influenciadas por la necesidad de proyectar una imagen de competencia, compromiso o suficiencia técnica, especialmente en temas como preparación para la atención a NN víctimas o la calidad de la intervención. Si bien se garantizó el anonimato, este tipo de sesgo

se puede presentar en estudios donde los sujetos evalúan su propio desempeño en escenarios institucionales.

CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES

Los hallazgos de este estudio permiten comprender en profundidad el proceso de intervención psicosocial desarrollado en los Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Infantil (PRM), integrando las experiencias, percepciones y propuestas de niñas y niños (NN) en edad escolar, sus adultos/as responsables (AR) y profesionales tratantes en distintas regiones de Chile. En coherencia con los objetivos propuestos, la investigación describe cómo las/os actores vivencian la intervención, identifica los factores que inciden en su calidad y efectividad, caracteriza las estrategias profesionales empleadas y releva propuestas para optimizar el abordaje del daño causado por la victimización. Todo ello desde una mirada situada, evolutiva y territorialmente contextualizada, que pone en el centro los derechos de la infancia y la necesidad de avanzar hacia modelos de atención integrales, flexibles y culturalmente pertinentes.

Este estudio constituye un esfuerzo deliberado por incorporar el enfoque de derechos en una investigación que concierne directamente a las infancias. Destacando los principios de autonomía progresiva y el derecho a ser escuchadas/os, se recogieron las voces de NN respecto de sus procesos psicosocio-terapéuticos, explorando sus experiencias, sensaciones, interpretaciones y propuestas para un acompañamiento más efectivo, coherente con su etapa evolutiva y contexto sociocultural. La investigación entrega insumos concretos para el desarrollo de programas y eventuales políticas públicas que aborden de manera eficaz la complejidad de la vulneración de derechos y sus consecuencias multidimensionales.

La Tabla 11, resume la articulación metodológica entre algunos de los componentes claves del estudio, los cuales han sido profundizados y detallados en la discusión, lo cual refuerza su coherencia.

Tabla 11. Síntesis integradora de los objetivos, hallazgos y conclusiones.

Objetivo Específico	Principales Hallazgos	Conclusiones derivadas
<p>1- Describir la experiencia de intervención psicosocial de NN en edad escolar usuarios de PRM.</p>	<p>NN destacan como significativo la intervención terapéutica en su bienestar emocional y vínculos familiares. Señalan la relevancia de las actividades lúdicas y narrativas, así como de las sesiones familiares. También relatan experiencias no gratas, asociadas principalmente a no sentirse escuchados/os ni considerados/os en sus opiniones.</p>	<p>Las intervenciones son valoradas por su impacto emocional y familiar, pero requieren fortalecerse en términos de participación efectiva de NN, promoviendo su voz y agencia dentro del proceso terapéutico. Es clave favorecer una comunicación activa, prácticas participativas y espacios lúdicos que validen su experiencia.</p>
<p>2- Describir la experiencia de intervención psicosocial de los adultos responsables (AR).</p>	<p>AR destacan el incremento de la salud mental en el NN y valoran la orientación recibida. Sin embargo, identifican barreras en su participación, asociadas principalmente a escasas intervenciones individuales, listas de espera y la necesidad de ajustar algunas gestiones conforme a necesidades territoriales.</p>	<p>Las intervenciones con AR generan efectos positivos, pero es necesario promover espacios terapéuticos individuales para su abordaje, disminuir listas de espera y flexibilizar gestiones conforme a las condiciones y recursos del territorio, fortaleciendo así una atención más equitativa y contextualizada.</p>
<p>3- Identificar las estrategias, métodos y enfoques utilizados por los profesionales tratantes en la intervención psicosocial dentro de los PRM, evaluando su alineación con las necesidades de la población atendida.</p>	<p>Se valoran enfoques clínicos integrativos, técnicas narrativas, lúdico-simbólicas y psicoeducación, las cuales son utilizadas principalmente con NN y en sesiones familiares. Sin embargo, con adultas/os, las estrategias se limitaron a lo verbal. También, se reporta valoración de la supervisión técnica, sobrecarga laboral y necesidad de especialización.</p>	<p>Las estrategias empleadas muestran diversidad y pertinencia con NN, pero requieren diversificación y profundización en el trabajo con adultos. Asimismo, se torna urgente fortalecer condiciones laborales, acceso a supervisión técnica permanente y formación especializada en trauma y enfoque de derechos.</p>
<p>4- Analizar la experiencia y caracterizar las propuestas de niños y niñas, adultos/as responsables y profesionales tratantes para mejorar la eficacia y pertinencia de las intervenciones psicosociales en el abordaje de la victimización, incorporando un enfoque evolutivo y territorialmente contextualizado, con el fin de desarrollar un modelo de intervención psicosocial que oriente y fortalezca las prácticas terapéuticas en los PRM.</p>	<p>Se desarrolla un Modelo Terapéutico Restaurativo, cuyo método se basa en las experiencias y propuestas de usuarios/as y profesionales respecto de la intervención psicosocial con infancias victimizadas. Se destaca la relevancia de intervenir a nivel individual con NN, con su AR, familia y a nivel socio-comunitario.</p>	<p>El modelo releva la urgencia de avanzar hacia modelos de intervención reparatorios integrales, evolutivos y culturalmente pertinentes, con enfoque interseccional y de derechos. El modelo plantea estrategias y técnicas concretas para avanzar en esa dirección</p>

A través de la investigación, se visibilizaron las perspectivas de NN que han sufrido vulneraciones constitutivas de delito, así como de sus AR, identificando fortalezas y nudos críticos en la atención brindada por los PRM. Entre los elementos explorados se incluyen el funcionamiento cotidiano de los programas, la actitud del terapeuta, las estrategias de intervención, los espacios físicos, el trato recibido y

las actividades significativas para la elaboración del trauma o vivencia dolorosa. Estos hallazgos destacan que la intervención no puede entenderse únicamente como un espacio técnico, sino como una experiencia relacional, ética y simbólica para quienes participan en ella.

Desde la perspectiva profesional, los datos cuantitativos recogidos aportan evidencia complementaria que refuerza los hallazgos cualitativos, especialmente en relación con la necesidad de diversificar las estrategias de intervención —en particular con AR—, de implementar modelos de intervención estructurados pero adaptables a los contextos socioculturales, y de promover espacios institucionales de autocuidado profesional, que disminuyan el agotamiento laboral y la alta rotación de personal, factores que inciden directamente en la calidad del proceso terapéutico.

En base a estos hallazgos, se propone un modelo de intervención que integra enfoques clínicos basados en evidencia (como TF-CBT) con una perspectiva terapéutica restaurativa y el enfoque ecológico-sistémico. Este modelo reconoce la interconexión entre trauma, victimización, derechos de la infancia, perspectiva de género y factores socioculturales, permitiendo una intervención multidimensional. No solo se orienta a la disminución sintomatológica del NN, sino también al fortalecimiento de su red de apoyo familiar y comunitaria, promoviendo transformaciones más estructurales que favorecen procesos terapéuticos sostenibles y culturalmente pertinentes. La perspectiva interseccional debe estar transversalmente integrada en el diseño y ejecución de las intervenciones.

En este sentido, el modelo enfatiza la corresponsabilidad en la restitución de derechos, asignando un rol activo a terapeutas, familias y comunidad. La intervención, por tanto, debe ir más allá del espacio del setting clínico e involucrar también a los entornos significativos del NN -escuela, salud, sistema de justicia, comunidad-, favoreciendo así un proceso verdaderamente restaurativo.

Las actividades lúdico-simbólicas —juegos, manualidades, dramatizaciones— fueron señaladas por NN como recursos relevantes para explorar emociones, generar confianza y resignificar experiencias dolorosas. Estas herramientas debiesen ser centrales en los abordajes con NN en edad escolar, articuladas con objetivos terapéuticos concretos.

En esa línea, se observó que, independientemente de la zona geográfica y el tipo de victimización -abuso sexual infantil (ASI), violencia de género en la pareja (VGP) o maltrato-, NN tienden a valorar positivamente el uso de métodos lúdicos y simbólicos como juegos, manualidades y técnicas narrativas. Estas estrategias permiten el abordaje de emociones complejas y facilitan la elaboración del trauma en un lenguaje accesible y no amenazante. Sin embargo, también se identificaron especificidades relevantes que deben considerarse en función del motivo de

ingreso y de las características individuales de cada NN. Por ejemplo, los NN víctimas de ASI suelen manifestar mayor dificultad para la verbalización directa de los hechos, lo que implica adaptar el ritmo y el foco terapéutico a sus necesidades emocionales. Por su parte, en casos de maltrato, emerge con fuerza la necesidad de intervenir en los patrones de crianza y comunicación intrafamiliar. Estos matices —analizados en los resultados y discusión— refuerzan la necesidad de intervenciones personalizadas, sensibles y basadas en la comprensión del motivo de ingreso (tipo de victimización) como eje articulador del proceso reparatorio. Aun así, se identificó como método transversal, la necesidad de generar espacios de verbalización de la experiencia vulneratoria en momentos determinados del proceso, para potenciar la elaboración del potencial trauma y la cristalización de aprendizajes; este método puede ser no necesariamente agradable, pero NN lo refirieron como fundamental en el abordaje del dolor psíquico.

En este marco, las técnicas narrativas y verbales emergen como una herramienta valiosa para la resignificación de la experiencia, siempre que se respeten los ritmos del NN, sus características individuales y se garantice un contexto emocionalmente seguro. El estudio no promueve la exposición forzada del relato traumático, pero sí reconoce la importancia de facilitar instancias de verbalización progresiva, guiada, empática y simbólicamente mediada. Asimismo, se plantea que los programas de intervención deben incorporar estrategias que aborden no sólo las consecuencias inmediatas del maltrato, sino también los mecanismos neurobiológicos y psicológicos que median entre la violencia y el potencial desarrollo de psicopatología infantil.

Coherente con literatura previa (Gkintoni et al., 2024; Barudy, 1998), los resultados reafirman la importancia de trabajar de forma profunda y sistemática con los AR, así como de articular la intervención con redes comunitarias (escuelas, servicios de salud, sistema de justicia, entre otros). Se propone, por lo tanto, un modelo estandarizado, pero lo suficientemente flexible para integrar particularidades territoriales, culturales y familiares, optimizando la pertinencia y eficacia del abordaje.

En cuanto al trabajo con los AR, los hallazgos corroboran la relevancia de fortalecer sus competencias afectivas y proteccionales mediante estrategias diversas: narrativas, técnicas verbales, juegos simbólicos, como también, la exploración de su historia vital y patrones de crianza. La comprensión de la historia familiar y personal demostró habilitar un mayor entendimiento del presente y las vivencias del NN, potenciando la empatía, la regulación emocional y la reparación vincular.

En ese contexto, la figura del terapeuta emerge como un agente clave del proceso reparatorio. Su capacidad técnica, sensibilidad ética, habilidades relacionales y comprensión del fenómeno de la violencia determinan en gran parte la calidad del

proceso terapéutico. El establecimiento de un vínculo confiable, respetuoso y empático con NN y su AR constituye un pilar fundamental del modelo sugerido. Asimismo, el/la terapeuta debe tener claridad del motivo por el cuál selecciona una determinada técnica de intervención; el estudio plantea la necesidad de diversificar las estrategias, pero no de utilizarlas de manera aleatoria, pues debe haber claridad y coherencia de los objetivos que cada estrategia busca abordar.

Por otro lado, los hallazgos dan cuenta de que los PRM no han integrado avances tecnológicos en el abordaje de la victimización infantil. En ese contexto, el modelo propuesto destaca la importancia de mantener apertura y flexibilidad hacia la incorporación de nuevas tecnologías, tales como la Inteligencia Artificial (IA) y la Realidad Extendida (XR), como herramientas complementarias a los métodos de intervención tradicionales. La evidencia emergente sugiere que estas tecnologías podrían optimizar los procesos de diagnóstico, monitoreo, prevención y reparación, siempre que su integración sea realizada bajo criterios éticos rigurosos, con resguardos de privacidad y pertinencia evolutiva. Si bien su uso en población infantil aún se encuentra en etapas muy iniciales, su potencial para fortalecer el entrenamiento de profesionales, enriquecer el trabajo con AR y diversificar las estrategias terapéuticas dirigidas a NN, representa una línea de innovación que la reparación en vulneración de derechos debería considerar en su evolución futura.

Esta investigación, en suma, ofrece aportes concretos para el diseño de programas de intervención, eventuales políticas públicas, la formación de profesionales y la coordinación entre los distintos sectores sociales para el abordaje de la victimización infantil. Promueve la necesidad urgente de modelos estandarizados pero sensibles a la diversidad territorial y cultural, que integren el conocimiento neurobiológico, los enfoques clínicos efectivos y una perspectiva intersectorial de derechos. La reparación, así entendida, trasciende lo clínico y se convierte en una apuesta ética, política y social por una infancia libre de violencia, reconocida como sujeto de derechos y acompañada en su proceso de recuperación y empoderamiento.

A partir de los hallazgos y limitaciones de este estudio, se identifican posibles líneas de investigación futuras que permitirían profundizar y complementar el conocimiento generado. En primer lugar, dado que esta investigación fue realizada en una misma institución, sería relevante desarrollar estudios comparativos entre distintas instituciones que implementan PRM, para ampliar la representatividad y observar posibles diferencias en la experiencia de usuarios/as. Asimismo, se sugiere explorar la perspectiva de NN y AR con baja adherencia o abandono del tratamiento, lo cual permitiría identificar barreras estructurales y subjetivas al acceso y permanencia en los procesos terapéuticos. También se recomienda realizar más investigaciones focalizadas según rango etario (infancia temprana,

edad escolar y adolescencia) y tipo de victimización (ASI, VGP, maltrato), dada la evidencia de que, aunque los NN tienden a valorar intervenciones similares (lúdico-simbólicas), existen especificidades según la historia de victimización y características individuales que inciden en la eficacia de las técnicas empleadas, así como ciclo evolutivo. Existe mayor evidencia en NNA víctimas de ASI, sin embargo, la investigación en intervención en víctimas de maltrato y VGP es más escasa. Igualmente, estudios asociados a la incorporación de tecnologías en el abordaje de victimización infantil, favorecería el desarrollo de herramientas que potencien el uso terapéutico de los avances tecnológicos disponibles. Por otro lado, resulta fundamental evaluar longitudinalmente el impacto del modelo de intervención propuesto, midiendo variables asociadas a la restitución de derechos, bienestar subjetivo, continuidad del vínculo protector y capacidad de resiliencia post egreso. Igualmente, resultaría pertinente desarrollar investigaciones similares en otros países latinoamericanos, para entender en mayor profundidad las diferencias o similitudes que se pueden presentar a nivel de comprensión y abordaje de los derechos de la infancia y las vivencias de victimización.

Finalmente, se sugiere avanzar en el desarrollo y validación de instrumentos que permitan evaluar de manera estandarizada la calidad de las intervenciones, tanto desde la perspectiva de los usuarios/as como de las y los profesionales, considerando dimensiones evolutivas, territoriales y socioculturales que garanticen una intervención situada y pertinente.

REFERENCIAS

- Abbasi, N. I., Laban, G., Ford, T., Jones, P. B., y Gunes, H. (2025). *A longitudinal study of child wellbeing assessment via online interactions with a social robot*. arXiv. <https://arxiv.org/abs/2404.10593v3>
- Aldeas Infantiles SOS Internacional y Movimiento Mundial por la Infancia de Latinoamérica y el Caribe (MMI-LAC). (2018). Actualización de la situación de los derechos de la niñez en América Latina y el Caribe. Oficina Regional para Latinoamérica y el Caribe de Aldeas Infantiles SOS Internacional. [Actualización-situación-derechos-de-la-niñez-LAAM MMI-LAC.pdf](#)
- American Psychiatric Association APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Axline, V. M. (2000). *Terapia de juego: El tratamiento no directivo de la infancia* (R. Culaciati, Trad.). Paidós. (Trabajo original publicado en 1947).
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia*. Barcelona Paidós.
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2011). *La Fiesta mágica y realista de la resiliencia infantil*. Barcelona Gedisa.
- Beckord, J., Birke, J., Krakowczyk, J. B., Hesse, S., Hinney, A., Dörrie, N., Schneider, J. S., Komlenac, N., Bäuerle, A., y Teufel, M. (2025). PTSD and CPTSD in the new ICD-11 – A latent profile analysis. *Psychiatry Research*, 344, 116350. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116350>
- Bender, L. (1989). *Tests proyectivos gráficos*. Ciudad, editorial
- Benjet, C. La salud mental de la niñez y la adolescencia en América Latina y el Caribe. *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*; 2009; 234-242. doi
- Bilbao, M., Martínez-Zelaya, G., Pavez, J., y Morales, K. (2018). *Burnout en trabajadores de ONGs que ejecutan política social en Chile*. *Psicoperspectivas*, 17(3), 1-26. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol17-issue3-fulltext-1454>
- Bilbao, M. (2019, 17 de julio). *Más de un 30% de los trabajadores del SENAME presenta signos de desgaste laboral o burnout*. Universidad Alberto Hurtado. Recuperado de <https://www.uahurtado.cl/home/mas-de-un-30-de-los-trabajadores-del-sename-presenta-signos-de-desgaste-laboral-o-burn-out/>
- Borghero, F., Martínez, V., Zitko, P., Vöhringer, P. A., Cavada, G., y Rojas, G. (2018). Tamizaje de episodio depresivo en adolescentes. Validación del instrumento PHQ-9. *Revista médica de Chile*, 146(4), 479-486. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872018000400479>
- Bowlby, J. (2014). *Vínculos afectivos : formación, desarrollo y pérdida*. Madrid Morata.
- Capella, C., y 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 Individuo Y Sociedad*, 13(3). <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol13-issue3-fulltext-348>
- Castellanos, S. (2013). Una aproximación al desarrollo psicosexual desde la perspectiva de la metapsicología freudiana. *Pensamiento Psicológico*, 11(2), 157-175. ISSN:1657-8961
- Céspedes, A. (2015). *Esos locos bajitos*. New York Penguin Random House.

Cicchetti, D. y Handley, E. D. (2017). Methylation of the glucocorticoid receptor gene, nuclear receptor subfamily 3, group C, member 1 (NR3C1), in maltreated and nonmaltreated children: Associations with behavioral undercontrol, emotional lability/negativity, and externalizing and internalizing symptoms. *Development and Psychopathology*, 29(5), 1795–1806. <https://doi.org/10.1017/s0954579417001407>

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

Cohen, J. A., Mannarino, A. P., y Deblinger, E. (2012b). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents* (2nd ed.). The Guilford Press.

Congreso Nacional de Chile. (2022). *Ley N° 21.430 sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia*. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. <https://bcn.cl/2yqb7>

Contreras, J. y Muñoz, C. (2017). Análisis del programa de protección especializada en maltrato y abuso sexual del Servicio Nacional de Menores en la Región del Bio-Bio, un perspectiva desde el recurso humano. *Revista de Estudios Políticos y Estratégicos*, 5(1), 12–28. Disponible en: <https://revistaepe.utem.cl/articulos/violencia-urbana-y-juventud-en-empalme-graneros-rosario-argentina-urban-violence-youth-empalme-graneros-rosario-argentina/>

Cortada, N. (2004). Teoría y Métodos para la Construcción de Escalas de Actitudes. Capítulo 4: Escalas Likert.

Creswell, J. W., Hanson, W. E., Clark Plano, V. L. y Morales, A. (2007). Qualitative Research Designs. *The Counseling Psychologist*, 35(2), 236–264. <https://doi.org/10.1177/0011000006287390>

Cruz-Gonzalez, P., He, A. W. J., Lam, E. P., Ng, I. M. C., Li, M. W., Hou, R., Chan, J. N. M., Sahni, Y., Vinas Guasch, N., Miller, T., Lau, B. W. M., y Sánchez Vidaña, D. I. (2025). Artificial intelligence in mental health care: A systematic review of diagnosis, monitoring, and intervention applications. *Psychological Medicine*, 55(e18), 1–52. <https://doi.org/10.1017/S0033291724003295>

Denzin, N. y Lincoln, Y. (Eds.) (2011). *The SAGE Handbook of qualitative research*. USA Sage.

Der Kolk, V. B., MD. (2015). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma* (Reprint ed.). Penguin Books.

Dray, J., y Symons, D. (2025). Review of Innovative Mental Health Support for Children and Young People: Generative AI Co-design Applications and Challenges. *Current Developmental Disorders Reports*, 12(1). <https://doi.org/10.1007/s40474-025-00328-z>

Endendijk, J. J., Tichelaar, H. K., Deen, M., y Deković, M. (2021). Vil Du?! incorporation of a serious game in therapy for sexually abused children and adolescents. *Child And Adolescent Psychiatry And Mental Health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-021-00377-3>

Eshuis, L., Van Gelderen, M., Van Zuiden, M., Nijdam, M. J., Vermetten, E., Olf, M., y Bakker, A. (2021). Efficacy of immersive PTSD treatments: A systematic review of virtual and augmented reality exposure therapy and a meta-analysis of virtual reality exposure therapy. *Journal Of Psychiatric Research*, 143, 516-527. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.11.030>

Farmer, T., Robinson, K., Elliott, S. J., y Eyles, J. (2006). Developing and implementing a triangulation protocol for qualitative health research. *Qualitative Health Research*, 16(3), 377-394. <https://doi.org/10.1177/1049732305285708>

Fetters, M. D., Curry, L. A., y Creswell, J. W. (2013). Achieving integration in mixed methods designs—Principles and practices. *Health Services Research, 48*(6pt2), 2134-2156. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12117>

Finkelhor, D. (2007). "Developmental Victimology: The comprehensive study of childhood victimization". En, Davis, R.C., Luirigio, A.J. y Herman, S. (Eds.), *Victims of Crime* (3rd ed) (pp. 9-34). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Flores, K., San Martín, E. y Jarpa, C. (2012). *Construcción Metodológica desarrollada por equipos profesionales de programas de reparación de maltrato y abuso infantil de la Región del Bio-Bio*. Universidad del Bio-Bio. Disponible en: http://repobib.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/2093/1/Karam_Flores_Estefania.pdf

Freeman, D., Reeve, S., Robinson, A., Ehlers, A., Clark, D. M., Spanlang, B., y Slater, M. (2017). Virtual reality in the assessment, understanding, and treatment of mental health disorders. *Psychological Medicine, 47*(14), 2393-2400. <https://doi.org/10.1017/s003329171700040x>

Gartstein, M. A. y Putnam, S. P. (2019). *Toddlers, Parents and Culture*. Routledge.

Giron Sierra, J. M. (2023). *Introducción a la inteligencia artificial*. Editorial Almuzara.

Gkintoni, E., Kourkoutas, E., Yotsidi, V., Stavrou, P. D., y Prinianaki, D. (2024). Clinical Efficacy of Psychotherapeutic Interventions for Post-Traumatic Stress Disorder in Children and Adolescents: a systematic review and analysis. *Children, 11*(5), 579. <https://doi.org/10.3390/children11050579>

Glaser, B. G., y Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Aldine Publishing

Gómez, C., Lama, X., y Capella, C. (2021). Psicoterapia y Superación de Agresiones Sexuales: Mensajes de Niños/as y Adolescentes a Pares y Psicoterapeutas. *Psykhé (Santiago), 30*(2). <https://doi.org/10.7764/psykhe.2019.22385>

Gospodarevskaya, E., y Segal, L. (2012). Cost-utility analysis of different treatments for post-traumatic stress disorder in sexually abused children. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 6*(15). <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-15>

Graham-Bermann, S. A., Gruber, G., Howell, K. H. y Girz, L. (2009). Factors discriminating among profiles of resilience and psychopathology in children exposed to intimate partner violence (IPV). *Child Abuse & Neglect, 33*(9), 648–660. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.01.002>

Greene, J. C., Caracelli, V. J. y Graham, W. F. (1989). Toward a conceptual framework for mixed-method evaluation designs. *Educational Evaluation and Policy Analysis, 11*(3), 255–274. <https://doi.org/10.3102/01623737011003255>

Hamui-Sutton, A. (2013). Un acercamiento a los métodos mixtos de investigación en educación médica. *Investigación en Educación Médica, 2*(8), 211–216. [https://doi.org/10.1016/s2007-5057\(13\)72714-5](https://doi.org/10.1016/s2007-5057(13)72714-5)

Hassan, S. Z., Sabet, S. S., Riegler, M. A., Baugerud, G. A., Ko, H., Salehi, P., Røed, R. K., Johnson, M., y Halvorsen, P. (2023). Enhancing investigative interview training using a child avatar system: a comparative study of interactive environments. *Scientific Reports, 13*(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-023-47368-2>

Humble, J. J., Summers, N. L., Villarreal, V., Styck, K. M., Sullivan, J. R., Hechler, J. M. y Warren, B. S. (2018). Child-Centered Play Therapy for Youths Who Have Experienced Trauma: a Systematic

- Literature Review. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 12(3), 365–375. <https://doi.org/10.1007/s40653-018-0235-7>
- Jaffee, S. R. (2017). Child Maltreatment and Risk for Psychopathology in Childhood and Adulthood. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13(1), 525–551. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045005>
- Kanter, B. y Pereda, N. (2020). Victimización Sexual en la Infancia e Intervención Basada en la Evidencia: *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 197–212. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.313>
- Kask, K., Pompedda, F., Palu, A., Schiff, K., Mägi, M., y Santtila, P. (2022). Transfer of Avatar Training Effects to Investigative Field Interviews of Children Conducted by Police Officers. *Frontiers In Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.753111>
- Kliethermes, M., Schacht, M. y Drewry, K. (2014). Complex Trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(2), 339–361. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2013.12.009>
- Lecannelier, F. (2016). *A.M.A.R: Hacia un cuidado respetuoso de apego en la infancia*. Santiago B DE BOOK
- Lecannelier, F. (2018). *El Trauma oculto en la infancia*. SUDAMERICANA.
- Lecannelier, F., Guajardo, H. y Kushner, D. (2019). Organización Temprana del Sí-mismo desde una mirada de Complejidad Neuroafectiva. *Revista de Psicoterapia*, 30(112), 43–60. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i112.283>
- Leech, N. L. y Onwuegbuzie, A. J. (2007). A typology of mixed methods research designs. *Quality & Quantity*, 43(2), 265–275. <https://doi.org/10.1007/s11135-007-9105-3>
- Leiva-Peña, V., Rubí-González, P., y Vicente-Parada, B. (2021). Determinantes sociales de la salud mental: Políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, e158. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.158>
- Leiva-Peña, V., y Rubí-González, P. (2022). Lingüística en el ejercicio de la psicoterapia infantil: Desafíos para la práctica clínica. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 60(3), 299-307.
- Lenta, M. M., y Zaldúa, G. (2020). Vulnerabilidad y exigibilidad de derechos: la perspectiva de niños, niñas y adolescentes. *Psykhé*, 29(1), 1-13. <https://doi.org/10.7764/psykhe.29.1.1225>
- Li, M., D'Arcy, C. y Meng, X. (2015). Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychological Medicine*, 46(4), 717–730. <https://doi.org/10.1017/s0033291715002743>
- Lieberman, A. F. y van Horn, P. (2009). Giving Voice to the Unsayable: Repairing the Effects of Trauma in Infancy and Early Childhood. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(3), 707–720. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2009.02.007>
- Lincoln, Y. S., y Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.
- Llanos, M. T., y Sinclair, C. (2011). Terapia de Reparación en Víctimas de Abuso Sexual. Aspectos Fundamentales. *Psykhé (Santiago)*, 10(2). <https://doi.org/10.7764/psykhe.10.2.373>
- Lonergan, M. (2014). Cognitive behavioral therapy for PTSD: The role of complex PTSD on treatment outcome. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 23(5), 494–512. <https://doi.org/10.1080/10926771.2014.904467>

- Lowell, A., y Renk, K. (2018). Cognitive-behavioral treatment of PTSD with a young boy and his mother following the experience of chronic domestic violence. *Clinical Case Studies*, 17(3), 166–187. <https://doi.org/10.1177/1534650118771220>
- Meyerson, D. A., Grant, K. E., Carter, J. S., y Kilmer, R. P. (2011). Posttraumatic growth among children and adolescents: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 949–964. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.06.003>
- M. D.R. E. (1990, 27 septiembre). *Ministerio de Relaciones Exteriores (Biblioteca del Congreso | Ley Chile)*. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=15824>
- Mejor Niñez: Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia. (2023). *Lineamientos técnicos para intervenciones ambulatorias en protección especializada* (Resolución Exenta N° 658/2023). Gobierno de Chile.
- Mejor Niñez: Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia. (2024). *Informe de Cuenta Pública Participativa 2023-2024*. Gobierno de Chile.
- Morales Vallejo, P., Urosa Sánchez, J. L., y Blanco Blanco, A. (2003). Construcción de escalas Likert: Una guía práctica (Capítulo 1). En Cuadernos de estadística. Editorial Muralla y Huespérides.
- Mundanca, R. y Flores, C. (2014). Derechos del niño, participación infantil y formación ciudadana desde espacios educativos no formales: la experiencia del Consejo Consultivo de Niños, Niñas y Adolescentes de la comuna de Coquimbo, Chile. *Temas de Educación*, 1, 123- 141. Disponible en: <https://revistas.userena.cl/index.php/teduacion/article/view/531>
- Naciones Unidas. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
- Narayan, A. J., Rivera, L. M., Bernstein, R. E., Harris, W. W., y Lieberman, A. F. (2021). Positive childhood experiences predict less complex trauma-related symptoms among children with child welfare involvement. *Child Abuse & Neglect*, 115, 104993. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.104993>
- Narayan, A. J., Lieberman, A. F. y Masten, A. S. (2021). Intergenerational transmission and prevention of adverse childhood experiences (ACEs). *Clinical Psychology Review*, 85, 101997. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101997>
- Nunnally, J. C., y Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- Onwuegbuzie, A. y Collins, K. (2015b). A Typology of Mixed Methods Sampling Designs in Social Science Research. *The Qualitative Report*. Published. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2007.1638>
- Onwuegbuzie, A. J. y Leech, N. L. (2007). A Call for Qualitative Power Analyses. *Quality & Quantity*, 41(1), 105–121. <https://doi.org/10.1007/s11135-005-1098-1>
- OPCION (2020). *Corporación Opción*. Disponible en: <https://opcion.cl/somos/>
- Ordóñez Fernández, M. del P., y González Sánchez, P. (2012). Las víctimas invisibles: niñas y niños expuestos a violencia contra la mujer. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 5(1), 30–36. <https://doi.org/10.4321/S1699-695X2012000100007>
- Organización Mundial de la Salud OMS (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud OMS (2013). *Determinantes sociales de la salud*. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/es/

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). Clasificación Internacional de Enfermedades para estadísticas de mortalidad y morbilidad, 11ª revisión (CIE-11). Organización Mundial de la Salud. <https://icd.who.int/>

Organización Mundial de la Salud OMS(2020). *Salud mental del adolescente*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Organización Panamericana de la Salud. (2020). Prevenir y responder a la Violencia contra las niñas y los niños en Las Américas: *Resumen sobre la situación regional 2020*. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53036/OPSNMHNV200036_spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Pastor, E., Prado, S. y Moraña, A. (2018). Impacto de la Convención sobre los Derechos del Niño en los Estados de Argentina, Brasil, Chile, España y Uruguay. *Revista Prisma Social*, 66-100. ISSN: 1989-3469

Parrish, D. E., Oxhandler, H. K., Duron, J. F., Swank, P. R., y Bordnick, P. S. (2016). Feasibility of virtual reality environments for adolescent social anxiety disorder. *Research On Social Work Practice*, 26(7), 825-835. <https://doi.org/10.1177/1049731514568897>

Pereda, N., Abad, J., y Guilera, G. (2013). Experiencias de victimización y polivictimización en una muestra clínica de menores: internalización, externalización y sintomatología psicopatológica general. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 21, 41-50. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4224563>

Pereda, N. (2015). Justicia restaurativa en menores víctimas: una revisión de la evidencia empírica. *Revista de Victimología*, (1), 133-150.

Pereda, N. (2019). *¿Cuánta violencia es demasiada? Evaluación de la polivictimización en la infancia y la adolescencia*. *Papeles del Psicólogo*. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2892>

Pillado González, E. (Dir.), y Farto Piay, T. (Coord.). (2019). *Hacia un proceso penal más reparador y resocializador: avances desde la justicia terapéutica*. Dykinson.

Porter, B., y López-Angulo, Y. (2022). Violencia vicaria en el contexto de la violencia de género: Un estudio descriptivo en Iberoamérica. *CienciAmérica*, 11(1), 1–47. <https://doi.org/10.33210/ca.v11i1.381>

Rapley, T. (2014). *Los análisis de la conversación, del discurso y de documentos en investigación cualitativa*. Madrid Morata

Ren, Y., Yang, S., Peng, Y., Liu, A., y Zhu, Z. (2024). Retrospective ACEs predict complex PTSD symptoms in a large sample of Chinese young adults longitudinally: The moderating role of self-compassion. *BMC Psychiatry*, 24, 425. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05830-z>

Riva, G., y Serino, S. (2020). Virtual reality in the assessment, understanding and treatment of mental health disorders. *Journal of Clinical Medicine*, 9(11), 3434. <https://doi.org/10.3390/jcm9113434>

Rowe, L. S., Jouriles, E. N., y McDonald, R. (2014). Reducing Sexual Victimization among adolescent girls: a randomized controlled pilot trial of My Voice, My Choice. *Behavior Therapy*, 46(3), 315–327. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.11.003>

Salloum, A., Lu, Y., Echiverri-Cohen, A., Metts, A. V., Salomon, K., Chen, H., y Storch, E. A. (2024). The roles of therapeutic alliance and negative cognitions in parent-led treatment versus standard

care therapy for posttraumatic stress. *Child & Youth Care Forum*, 53(4), 801–823. <https://doi.org/10.1007/s10566-023-09774-5>

Sánchez-Jiménez, V., Arriba, M. L. R., Ortega-Rivera, J., y Muñoz-Fernández, N. (2024). Can Virtual Reality be Used for the Prevention of Peer Sexual Harassment in Adolescence? First Evaluation of the Virtual-PRO Program. *Psychosocial Intervention*, 33(1), 29-42. <https://doi.org/10.5093/pi2024a1>

Saraceno, B. y Martínez, A. (2018). *Discurso global, sufrimientos locales: análisis crítico del movimiento por la salud mental global*. Herder.

Sarkis, S. (2022, diciembre 5). Dissociation as self-defense in childhood sexual abuse. *Psychology Today*. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/your-brain-on-body-dysmorphia/202212/dissociation-as-self-defense-in-childhood-sexual-abuse>

Scott, K. M., Smith, D. R. y Ellis, P. M. (2010). Prospectively Ascertained Child Maltreatment and Its Association With DSM-IV Mental Disorders in Young Adults. *Archives of General Psychiatry*, 67(7), 712. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.71>

Seikkula, J., and Arnkil, T. E. (2006). *Dialogical Meetings in Social Networks*. London Karnac.

Schaefer, C. E. (Ed.). (2004). *Terapia de juego con adultos*. Paidós.

SENAME. (2020). *Informe Trimestral*. Disponible en: <https://www.sename.cl/informe-trimestral-2020/trimestre-1-2020-ENERO-SEPT/proteccion.html>

Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M., y Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79-101. <https://doi.org/10.1177/1077559511403920>

Subsecretaría de Prevención del Delito. (2023). *II Encuesta Nacional de Polivictimización en Niños, Niñas y Adolescentes*. Ministerio del Interior y Seguridad Pública

Tamarit Sumalla, J. M. (Ed.). (2012). *La justicia restaurativa: desarrollo y aplicaciones*. Comares.

Travisany Alarcón, S. (2019). *Justicia Terapéutica en la Fiscalía de Chile: Una estrategia que favorece el respeto y garantía de los Derechos Humanos de las víctimas y usuarios*. Universidad de Chile.

UNESCO (2021). *PRM*. Disponible en: <http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/politicas/765/programa-reparatorio-en-maltrato-prm>

UNICEF. (2005). *Informe Estado Mundial de la Infancia*. Disponible en: https://www.unicef.cl/centrodoc/pdf/estados/sowc05_sp.pdf

UNICEF. (2019). *Estudio para el fortalecimiento de los Programas Ambulatorios del Servicio Nacional de Menores*. Disponible en: <https://www.unicef.org/chile/media/2441/file/desinternacion.pdf>

UNICEF Chile, Subsecretaría de la Niñez y Dirección de Presupuestos. (2024). *Estimación de la inversión pública del Gobierno Central destinada a niños, niñas y adolescentes año 2023*. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. <https://www.unicef.org/chile/informes/estimaci%C3%B3n-de-la-inversi%C3%B3n-p%C3%ABlica-del-gobierno-central-destinada-ni%C3%B1os-ni%C3%B1as-y>

Vega, P. V., Castillo, C. M., y Celis, I. V. (2024). Consideraciones claves en el proceso de asentimiento en niños, niñas y adolescentes: revisión integrativa. *Andes Pediatría*, 95(1), 91. <https://doi.org/10.32641/andespediatr.v95i1.4968>

Vicente, B., Saldivia, S., de la Barra, F., Melipillán, R., Valdivia, M. y Kohn, R. (2012). Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Revista médica de Chile*, 140(4), 447-457. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872012000400005>

Vicente, B., Saldivia, S., de la Barra, F., Kohn, R., Pihan, R., Valdivia, M., Rioseco, P. y Melipillan, R. (2012). Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: a community epidemiological study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(10), 1026–1035. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02566.x>

Warmingham, J. M., Handley, E. D., Rogosch, F. A., Manly, J. T., y Cicchetti, D. (2019). Identifying maltreatment subgroups with patterns of maltreatment subtype and chronicity: A latent class analysis approach. *Child Abuse & Neglect*, 87, 28–39. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.08.013>

World Health Organization (2021). *Improving the mental and brain health of children and adolescents*. Disponible en: <https://www.who.int/activities/Improving-the-mental-and-brain-health-of-children-and-adolescents>

Zhang, Y., Wang, K., Yu, Z., Zhu, Y., Zhao, X., Wang, J., y Qian, Y. (2024). PsyDraw: A multi-agent multimodal system for mental health screening in left-behind children. *arXiv*. <https://arxiv.org/abs/2412.14769>

ANEXOS

ANEXO I: Consentimientos informados.

I.1) Planilla información general para conocimiento de las/os participantes del estudio

Información para Participante

Proyecto de Investigación para Tesis Doctoral:

Experiencia de niñas/os en edad escolar, adultos responsables y profesionales tratantes en las intervenciones de los Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Infantil (PRM): *Un estudio de diseño mixto*

Respetable participante, junto con agradecer su disposición a participar de la presente investigación, mediante este documento informamos los objetivos y métodos que se utilizarán en la investigación.

El objetivo general es comprender la experiencia de niños y niñas en edad escolar, adultos responsables y profesionales tratantes ingresados en PRM de Corporación Opción desde una perspectiva evolutiva y de pertinencia territorial, incorporando los requerimientos locales en el norte, centro y sur de Chile.

Esto, con el fin de incorporar los puntos de vista y requerimiento de quienes viven los procesos de intervención psicosocial en estos programas.

El diseño del estudio es de carácter mixto, es decir, incorporará información cualitativa (entrevistas a niñas, niños y adultos usuarios de PRM) y cuantitativa (encuesta estructurada a profesionales tratantes de estos programas).

Asimismo, cada participante del estudio lo hará de forma voluntaria y deberá llenar una ficha con información sociodemográfica, datos que se mantendrán confidenciales, utilizados únicamente con fines académicos.

La información obtenida en estricta confidencialidad los datos personales de los participantes. Los resultados de la investigación serán utilizados con fines académicos o como insumos que contribuyan a la elaboración de eventuales políticas públicas a fin de incrementar la calidad de las intervenciones en PRM.

Los resultados serán presentados a los participantes de la información, una vez finalizado el periodo de análisis de datos.

Los métodos y objetivos de esta investigación se desarrollarán en estricto respeto y resguardo de los derechos de niños y niñas, estipulados en la Convención sobre los Derechos del Niño

I.2) Consentimiento informado familiar usuario PRM

Consentimiento informado familiar usuario PRM

Proyecto de Investigación para Tesis Doctoral:

Experiencia de niñas/os en edad escolar, adultos responsables y profesionales tratantes en las intervenciones de los Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Infantil (PRM): *Un estudio de diseño mixto*

Yo _____ RUN _____ Fecha de Nacimiento _____ adulto usuario/a PRM(nombre y localidad PRM) de Corporación Opción declaro participar voluntariamente del estudio "Experiencia de niñas/os en edad escolar, adultos responsables y profesionales tratantes en las intervenciones de los Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Infantil (PRM): *Un estudio de diseño mixto*" llevado a cabo por la estudiante de Doctorado en Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, psicóloga Varinia Leiva Peña. Mi colaboración será mediante la participación en una entrevista en profundidad y completando una ficha sociodemográfica con antecedentes personales, los cuales serán mantenidos en estricta confidencialidad.

Asimismo, declaro estar al tanto de los objetivos y métodos utilizados para el desarrollo de esta investigación.

Firma

Varinia Leiva Peña

**Estudiante Doctorado en Salud
Mental, Universidad de
Concepción**

Firma

Nombre Participante

**Adulto Usuario (Nombre
PRM)**

Firma

Felipe García

**Director Doctorado en Salud
Mental, Universidad de
Concepción**

1.3) Consentimiento informado para adulto responsable del NN

Consentimiento Informado Adulto Responsable NN

Proyecto de Investigación para Tesis Doctoral:

Experiencia de niñas/os en edad escolar, adultos responsables y profesionales tratantes en las intervenciones de los Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Infantil (PRM): *Un estudio de diseño mixto*

Yo, _____ RUN _____, adulto/a responsable de _____, RUN _____, fecha de nacimiento _____ usuario/a PRM (nombre y localidad PRM) de Corporación Opción, autorizo a mi pupilo/a a participar voluntariamente del estudio "Experiencia de niñas/os en edad escolar, adultos responsables y profesionales tratantes en las intervenciones de los Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Infantil (PRM): *Un estudio de diseño mixto*" llevado a cabo por la estudiante de Doctorado en Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, psicóloga Varinia Leiva Peña. Autorizo su participación en el estudio mediante una entrevista en profundidad y completando una ficha sociodemográfica con sus antecedentes personales, los cuales serán mantenidos en estricta confidencialidad.

Asimismo, declaro estar al tanto de los objetivos y métodos utilizados para el desarrollo de esta investigación.

Firma

Varinia Leiva Peña

**Estudiante Doctorado en Salud
Mental, Universidad de
Concepción**

Firma

Nombre Participante

**Adulto Usuario (Nombre
PRM)**

Firma

Felipe García

**Director Doctorado en Salud
Mental, Universidad de
Concepción**

I.4) Asentimiento informado para NN

Asentimiento informado:

Proyecto de Investigación para Tesis Doctoral:

Experiencia de niñas/os en edad escolar, adultos responsables y profesionales tratantes en las intervenciones de los Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Infantil (PRM): *Un estudio de diseño mixto*

Yo _____ RUN _____ Fecha de Nacimiento _____ usuario/a PRM(nombre y localidad PRM) de Corporación Opción declaro participar voluntariamente del estudio "Experiencia de niñas/os en edad escolar, adultos responsables y profesionales tratantes en las intervenciones de los Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Infantil (PRM): *Un estudio de diseño mixto*" llevado a cabo por la estudiante de Doctorado en Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, psicóloga Varinia Leiva Peña. Mi colaboración será mediante la participación en una entrevista en profundidad y completando una ficha sociodemográfica con antecedentes personales, los cuales serán mantenidos en estricta confidencialidad.

Asimismo, declaro estar al tanto de los objetivos y métodos utilizados para el desarrollo de esta investigación.

Firma

Varinia Leiva Peña

**Estudiante Doctorado en Salud
Mental, Universidad de
Concepción**

Firma

Nombre Participante

**Adulto Usuario (Nombre
PRM)**

Firma

Felipe García

**Director Doctorado en
Salud Mental, Universidad
de Concepción**

1.5) Consentimiento Informado para profesional PRM

Consentimiento informado para Profesional PRM:

Proyecto de Investigación para Tesis Doctoral:

Experiencia de niñas/os en edad escolar, adultos responsables y profesionales tratantes en las intervenciones de los Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Infantil (PRM): *Un estudio de diseño mixto*

Yo, _____ RUN _____, de profesión _____, actualmente desempeñándome en PRM(nombre y localidad PRM) de Corporación Opción, declaro participar voluntariamente del estudio "Experiencia de niñas/os en edad escolar, adultos responsables y profesionales tratantes en las intervenciones de los Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Infantil (PRM): *Un estudio de diseño mixto*" llevado a cabo por la estudiante de Doctorado en Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, psicóloga Varinia Leiva Peña. Mi participación en el estudio será mediante contestar un cuestionario estructurado y completando una ficha sociodemográfica con sus antecedentes personales, ambos de manera telemática. Mis datos personales serán mantenidos en estricta confidencialidad.

Asimismo, declaro estar al tanto de los objetivos y métodos utilizados para el desarrollo de esta investigación.

Firma
Varinia Leiva Peña
Estudiante Doctorado
en Salud Mental,
Universidad de
Concepción

Firma
Nombre Participante
Adulto Usuario (Nombre
PRM)

Firma
Felipe García
Director Doctorado en
Salud Mental, Universidad
de Concepción

ANEXO II: Convenio entre Corporación Opción y Doctorado en Salud Mental Universidad de Concepción

CONVENIO DE COOPERACIÓN ENTRE CORPORACIÓN OPCIÓN

Y

EL DOCTORADO EN SALUD MENTAL, FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

En Santiago a 10 de Julio 2021 en el marco del proyecto de investigación "Propuestas de niñas y niños para los programas PRM" del Doctorado en Salud Mental de la Universidad de Concepción, ubicada en Barrio Universitario sin número, Concepción representado para estos efectos por el Director Ejecutivo del programa Dr. Felipe García Martínez, RUN 11.683.534-7, y Corporación de Oportunidad y Acción Solidaria - Corporación Opción, RUT 71.715.000-7, representada por su Subdirectora Milagros Nehgme Cristi, ambas con domicilio en Carlos Justiniano 1123, comuna de Providencia, se acuerda firmar un convenio de cooperación para el desarrollo de la investigación "Propuestas de niñas y niños para los programas PRM", de conformidad las cláusulas siguientes:

PRIMERO ANTECEDENTES:

La Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción se encuentra desarrollando un Doctorado en Salud Mental, en su departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Este programa de Doctorado e tiene como fin desarrollar investigación científica de frontera en salud mental, en forma autónoma, liderando o formando parte de equipos multidisciplinarios, aportando a la generación y comunicación de nuevo conocimiento en la disciplina y proyectando sus resultados hacia la salud mental de las comunidades para dar respuesta a las interrogantes derivadas del ser, quehacer y saber del área. En este caso, contribuir al entendimiento de los procesos psicoterapéuticos de infancia que ha sufrido vulneraciones a sus derechos fundamentales, a fin de aportar en pensar políticas públicas y acciones terapéuticas atinentes a sus necesidades locales y rango etario.

Corporación OPCION es una corporación privada sin fines de lucro que tiene que proteger y defiende los derechos de los niños, niñas y adolescentes y promueve el ejercicio de su ciudadanía, a través de atención directa en centros especializados y el diseño de propuestas innovadoras en el ámbito de las políticas públicas.

SEGUNDO: OBJETO DEL CONVENIO. El presente convenio tiene por objeto desarrollar una investigación con el objetivo de comprender las experiencias y propuestas de niños y niñas, como de familias y profesionales tratantes en los programas de Reparación del Maltrato (PRM), a fin de contribuir a construir modelos de intervención psico-socio-terapéutica basado en la experiencia de usuarios e incorporando la perspectiva local y etaria.

Los objetivos específicos principales de la investigación son los siguientes:

- Sistematizar la experiencia terapéutica de NNA ingresados en PRM Cepij en el norte, centro y sur de Chile, como de sus adultos responsables y profesionales tratantes.

- Identificar las propuestas de NNA ingresados en PRM Cepij como de sus adultos responsables y profesionales, para el desarrollo de programas psicosociales efectivos, coherentes con sus intereses, gustos y necesidades socioambientales

- Ampliar el conocimiento de los procesos psico-socio terapéuticos en infancia vulnerada desde la mirada de NN por sobre una perspectiva adulto-céntrica.

TERCERO: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION. La investigación se basa en un modelo mixto, con cuestionarios a profesionales de PRM (muestra representativa con enfoque cuantitativo) y entrevistas en profundidad a niñas y niños entre 7 y 12 años y familias usuarias de estos programas en distintas zonas geográficas del país (enfoque cualitativo)

CUARTO: OBLIGACIONES DE LAS PARTES

De Corporación Opción:

1. Favorecer la institución el acceso a la muestra (niñas y niños ingresados en PRM CEPIJ, profesionales tratantes psicólogos, trabajadores sociales, así como familias usuarias de los programas mencionados), facilitando el contacto y la implementación de los instrumentos de evaluación, así como el acceso a las dependencias de los PRM Cepij que serán parte del estudio.

De la Universidad:

1. Al finalizar la investigación, se otorgará una devolución de los principales resultados tanto a Corporación Opción como a los/as participantes del estudio.
2. Los procedimientos durante este proyecto se atenderán estrictamente al enfoque de derechos de la infancia.

QUINTO: CONTRAPARTES. El programa de Doctorado designa como contraparte a la psicóloga y estudiante del doctorado Varinia Leiva Peña M.D, cédula nacional de identidad N°18.159.735-6, quien suscribe de forma adicional este documento

SEXTO DURACION DEL CONVENIO. En cuanto a la duración de la investigación, esta se desarrollará entre los años 2021 y 2023, esperándose la presentación del proyecto, desarrollo de instrumentos de evaluación, implementación, análisis de datos y presentación de resultados progresivamente durante dicho período. Esto para dar cumplimiento a los compromisos de la Universidad para con Corporación Opción, en virtud de los plazos de la investigación.

SEPTIMO. CONSIDERACIONES ETICAS. El proyecto será presentado y aprobado por el Comité de ética de la Universidad de Concepción, antes del inicio de su ejecución.

Asimismo, se otorgarán consentimientos y asentimientos informados a las/os participantes de la muestra y se resguardarán confidencialmente los datos de las personas entrevistadas. Al finalizar la investigación, se otorgará una devolución de los principales resultados tanto a Corporación Opción como a los/as participantes del estudio.

En base a lo anterior, sírvase el presente documento como antecedente del conocimiento y aprobación entre las partes de este convenio de mutua colaboración, así como de los acuerdos mencionados

Varinia Leiva Peña M.D

Psicóloga

Estudiante de Doctorado en Salud Mental, Universidad de Concepción

Rut. 18.159.735-6



Felipe García Martínez M.D, Ph.D

Director Doctorado en Salud Mental

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad de Concepción

Rut. 81.494.400-K

**MILAGROS
ISABEL
NEHGME
CRISTI**

Firmado digitalmente por
MILAGROS ISABEL
NEHGME CRISTI
Fecha: 2021.07.08
22:00:34 -04'00'

MILAGROS NEHGME CRISTI

Subdirectora

Corporación de Oportunidad y Acción Solidaria - Corporación Opción

71.715.000-7

ANEXO III: Aprobación comité de ética

III.1) Carta de Aprobación proyecto de Tesis Doctoral del Comité de Ética Científico (CEC) Universidad de Concepción



Campus Concepción
Chacabuco esq. Janequeo S/N, Concepción
Casilla 160 C - Correo 3
T: (56-41) 2204407

CONCEPCIÓN 23 de agosto 2022
CEC 6 /2022

Ps. Varinia Leiva Peña
Programa Doctorado en Salud Mental
Facultad de Medicina
Universidad de Concepción
Presente

Estimada Prof. Bastías:

Junto con saludar, le informamos que el Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina ha revisado su proyecto **“Experiencia en la intervención psicosocial de niñas y niños en edad escolar, adultos responsables y profesionales tratantes de los Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Infantil (PRM): Un estudio de diseño mixto”**, el cual es **Aprobado**.

Sin embargo, de acuerdo a la Ley 20.120 y al reglamento, 2017/083 de la Universidad de Concepción, este proyecto debe ser enviado para su evaluación, al Comité Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción.



Dra. Isabel Cottin Carranza
Presidenta
Comité Ético Científico
Facultad de Medicina
Universidad de Concepción

III.2) Carta de Aprobación Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo (VRID) de la Universidad de Concepción



CERTIFICADO

El Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción ha revisado el **PROYECTO DE TESIS** titulado **"EXPERIENCIA EN LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL DE NIÑAS Y NIÑOS EN EDAD ESCOLAR, ADULTOS RESPONSABLES Y PROFESIONALES TRATANTES DE LOS PROGRAMAS DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA EN MALTRATO Y ABUSO SEXUAL INFANTIL (PRM): UN ESTUDIO DE DISEÑO MIXTO"** presentado por la Psicóloga **SRTA. VARINIA ANAÍ LEIVA PEÑA**, en calidad de candidata al grado de Doctor en Salud Mental por la Universidad de Concepción, junto a su Profesora Guía **DRA. PATRICIA RUBÍ GONZÁLEZ**, docente del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad de Concepción, y ha comprobado que cumple con las normas y procedimientos éticos y bioéticos establecidos nacional e internacionalmente para estudios que involucran personas.

La presente propuesta del Proyecto de Tesis para la obtención del grado de Doctor en Salud Mental tiene como objetivo general comprender el proceso de intervención psicosocial en los PRM e identificar propuestas para mejorar las intervenciones desde la perspectiva de NN en edad escolar usuarios PRM, sus adultos responsables y profesionales tratantes en el norte, centro y sur de Chile. Para esto contempla el desarrollo de 04 (cuatro) objetivos específicos, a saber: inicialmente propone (1) describir la experiencia en la intervención psicosocial de NN en edad escolar, usuarios de PRM en el norte, centro y sur de Chile, así como también (2) describir la experiencia en la intervención psicosocial de adultos responsables usuarios de PRM en el norte, centro y sur de Chile; después pretende (3) caracterizar la intervención psicosocial de PRM a partir de la percepción de profesionales tratantes para, por último, (4) identificar las propuestas de NN, sus adultos responsables y profesionales tratantes para mejorar el funcionamiento de las intervenciones en los PRM desde una perspectiva evolutiva y de pertinencia territorial, incorporando los requerimientos locales del norte, centro y sur de Chile.

Para la ejecución de las actividades enmarcadas en los objetivos específicos, se prevé la recolección de datos, que consideran un muestreo razonado e intencional, a través de la implementación de entrevista semiestructurada individual, que sigue una pauta inicial y será conducida por la Investigadora Responsable, cuyas respuestas serán tratadas con los debidos resguardos de seguridad, privacidad y confidencialidad.

En este estudio de carácter exploratorio de diseño mixto con predominancia cualitativa, situado en el paradigma pragmático (Creswell, et al., 2007; Hamui-Sutton, 2013) y en la teoría fundamentada (Glasser y Strauss, 1967), la muestra estará constituida de al menos 15 entrevistas en profundidad a niños y niñas (entre 7 a 12 años) usuarios del programa en cinco PRM de Corporación Quechil y La Florida, O'Higgins y Punta Arenas, que se encuentren en fase de tratamiento o egreso, y sus respectivos adultos responsables (legales), que serán entrevistados individualmente.

La participación de cada sujeto estará basada en los procesos de consentimiento informado y asentimiento informado conforme corresponda, toda vez que sean regularmente aplicados y aceptados.

Barrio Universitario s/n,
Edificio Empreudec
Fono (56-41) 2204302
Casilla 160 C - Correo 3, secreverid@udec.cl
Concepción, Chile





Universidad de Concepción
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad

sus términos de manera individualizada y registrada, conforme modelos presentados a este Comité institucional. Todo lo anterior está detallada y rigurosamente descrito en el Proyecto de Tesis que se revisa.


En los análisis de los datos, se utilizará pruebas estadísticas adecuadas para obtener el resultado que busque dar respuesta a lo planteado.


La custodia de la información de los documentos de autorización correspondientes y de los resultados del estudio que se propone, estará a cargo de la Srta. Varinia Anaí Leiva Peña y serán utilizados exclusivamente para el proyecto que se revisa.

La ejecución de este Proyecto de Tesis presentado a revisión al Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, asegura que no vulnera los derechos y la dignidad de los sujetos participantes en la investigación, garantizando la libertad, la voluntariedad y la privacidad de los mismos, presentando para ello los métodos de protección que respaldan la confidencialidad de los datos de investigación y de custodia de la información obtenida, con estricta observancia de todas las características formales y necesarias para su validez.

Este Comité considera que el proyecto presentado observa los derechos asegurados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los derechos y principios de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, las Normas Éticas de la Organización Panamericana de la Salud para Investigaciones con Sujetos Humanos, la Constitución de la República de Chile, la Ley N° 20.120 "Sobre la Investigación Científica en el Ser Humano, su Genoma y Prohíbe la Clonación Humana, la Ley N° 20.584, que "Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud" y la Ley N° 19.628 "Sobre Protección de la Vida Privada". Así también, sigue las Sugerencias para Escribir un Consentimiento Informado en Estudios con Personas, del Comité Asesor de Bioética FONDECYT/CONICYT.

En atención a todo lo anterior y considerando que el Proyecto de Tesis para optar al grado de candidata al grado de Doctor en Salud Mental por la Universidad de Concepción titulado "**EXPERIENCIA EN LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL DE NIÑAS Y NIÑOS EN EDAD ESCOLAR, ADULTOS RESPONSABLES Y PROFESIONALES TRATANTES DE LOS PROGRAMAS DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA EN MALTRATO Y ABUSO SEXUAL INFANTIL (PRM): UN ESTUDIO DE DISEÑO MIXTO**", presentado por la SRTA. VARINIA ANAÍ LEIVA PEÑA, no muestra elementos que puedan transgredir las normas y principios éticos y bioéticos de la investigación en seres humanos, así como también los principios rectores de nuestra Institución Universitaria, los delineados en la Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación (2010) y las normas relativas adoptadas por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica – CONICYT, y en consecuencia por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo – ANID del Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, ~~este Comité~~ resuelve aprobarlo, confirmando el presente Certificado.


DRA. M. ANDREA RODRÍGUEZ TASETS
PRESIDENTA
COMITÉ DE ÉTICA, BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN



Barrio Universitario s/n,
Edificio Empreudec
Fono (56-41) 2204302
Casilla 160 C – Correo 3, secrevrid@udec.cl
Concepción, Chile

ANEXO IV: Instrumentos utilizados

FASE CUALITATIVA

IV.1) Entrevista semiestructurada niño/a

A) EXPERIENCIA EN EL PROCESO DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN LOS PRM:

1. Cuando entraste a este programa, ¿te explicaron la razón por la que ingresas? ¿Qué es lo que lograste entender de la razón por la que ingresas a este programa?
2. ¿Sabes qué objetivos o qué cosas has trabajado junto al psicólogo o trabajador social durante el tiempo en que haz estado en este programa?
3. ¿Cuántas veces al mes vienes al programa? ¿Cuánto rato dura cada sesión aproximadamente?
4. Tu adulto responsable (se mencionará quien aparezca en la ficha de ingreso) ¿ha estado de acuerdo en que participes de este programa? ¿le gusta que tu vengas acá? (No ¿por qué no le gusta? ¿Qué dice del programa o qué hace cuando tu debes asistir a tus sesiones?)
5. Las actividades que has hecho en el programa, la mayoría de las veces ingresas a la sesión sol@ o con alguien de tu familia?
6. Las sesiones que has tenido sol@, ¿cómo te has sentido la mayor parte de las veces? ¿porqué?
7. Cuando debes venir a este programa ¿Te gusta venir o preferirías hacer otra cosa (¿o NO VENIR? (¿por qué? ¿Qué cosa?)
8. ¿La mayoría de las veces que vienes al programa, cuál de estas tarjetas se parece más a lo que sientes cuando debes asistir al CEPIJ? (utilizar tarjeta de las emociones) ¿qué es lo que te hace sentir así cuando vienes?
9. ¿Te gusta conversar con la/el psicóloga? ¿Le tienes confianza? ¿Te hace sentir cómodo cuando tienen sesiones juntos? / ¿Qué cosas hace la psicóloga que te hace sentir de esa forma?
10. ¿Te gusta conversar con la/el trabajador social? ¿Le tienes confianza? ¿Te hace sentir cómodo cuando tienen sesiones juntos? / ¿Qué cosas hace la trabajadora social que te hace sentir de esa forma?
11. ¿Han existido ocasiones en que no quieras asistir al programa? ¿Porqué?
12. ¿Hay algo o alguna situación que te haya hecho sentir mal o incómodo/a durante este tiempo participando en el programa? ¿Podrías contarme que pasó esa vez?
13. La sala de recepción cómo es ¿qué haces por mientras esperas tu sesión? ¿Cuánto rato debes esperar previo a entrar a tu sesión?
14. ¿En ocasiones has tenido sesiones en las que participen tú y otras personas de tu familia? (Sí Me puedes contar que actividades hicieron en 3 sesiones distintas? ¿Como te sentiste en cada sesión? ¿Qué aprendiste en cada sesión?; NO ¿Te gustaría haber tenido alguna sesión con otra persona de tu familia? ¿Con quién? ¿Porqué?
15. Existen los derechos de los niños y niñas. ¿En este programa te han enseñado lo que son estos derechos? (No explicarle lo q son los derechos y omitir siguiente pregunta; Sí ¿Qué derechos aprendiste? ¿Cuál ha sido el derecho más importante para ti que haz aprendido? ¿Por qué ha sido tan importante para ti?
16. (PREGUNTAR SOLO EN CASO DE QUE LA RESPUESTA DE LA PREGUNTA ANTERIOR SEA SÍ) ¿Me podrías contar qué actividades han hecho para que puedas aprender los derechos de niños y niñas? / De esas actividades cuál es la que más te gustó ¿Por qué? / ¿Cuál es la que menos te gustó?

17. Cuándo ingresaste a este programa ¿Cómo estaban tus emociones? (posibilidad de usar tarjetas de las emociones si es que no lo expresa verbalmente), Hoy en día ¿Cómo están tus emociones? ¿Crees o no que el programa te ha ayudado a sentirte mejor? ¿En qué cosas? ¿Porqué?
18. ¿Cuáles son las 3 sesiones preferidas que haz hecho en este programa? ¿qué es lo que más te gustó de cada sesión? ¿ qué sentiste en cada sesión? ¿ qué aprendiste en cada sesión?
19. Cuales son las 3 sesiones que menos te han gustado ¿Qué hiciste en cada sesión? ¿Cómo te sentiste en cada sesión? ¿Porqué crees que esa actividad te hizo sentir así?
20. Vivir algo doloroso es algo que nos marca, que en ocasiones nos deja muy tristes o con miedos. Cuando empezaste a venir a este programa y entendiendo que habías vivido algo difícil o doloroso, puedes mostrarme entre estas tarjetas, las 3 emociones que más sentías? (tarjetas de las emociones). ¿Qué cosas hacías en tú día a día? ¿Cómo te dabas cuenta de que te sentías de esas formas?
21. Las vivencias dolorosas, como dijimos antes, nos pueden marcar y hacernos sentirnos mal e inseguros ¿Hay alguna sesión o sesiones en particular que tu sientas que te haya ayudado en mayor medida que otras a superar esa vivencia dolorosa? (NO ¿Por qué crees que ninguna sesión te ayudó más que la otra? ; Sí ¿qué cosas de esa actividad te ayudó a entender un poco más tu vivencia?)
22. Ya ha pasado un tiempo desde que iniciaste tu proceso en el CEPIJ, ¿Qué emociones sientes hoy en día? ¿Qué cosas crees que te han ayudado a sentirte así durante este proceso?
23. La seguridad personal se define como la sensación de quererse a uno mismo, de saber las cosas buenas que uno tiene y también las cosas que se pueden mejorar. Al iniciar tu proceso en el Cepij , del 1 al 5 (se construirá escala LIKERT para algunas preguntas), cuán seguro de ti mismo estabas?
24. ¿Hoy en día, en esta escala, ha cambiado o se mantiene igual? / Sí hay cambio ¿Qué cosas han hecho que tengas más (o menos) seguridad personal? ¿En qué notas esos cambios en ti mismo?
25. Dibuja tu sesión más favorita
26. Dibuja la sesión que menos te ha gustado.
27. ¿Si pudieras decir cuán conforme te sientes con el programa, cuál opción escogerías? (Escala Likert) ¿Por qué?
28. Si un amigo/a tuyo que quieres mucho le pasara algo muy difícil o doloroso en la vida. ¿Le sugerirías venir a este programa? ¿porqué?
29. Si pudieras definir tu experiencia en el CEPIJ una o 2 palabras ¿Con qué palabras definirías tu experiencia en el CEPIJ y lo que ha significado para tu vida?

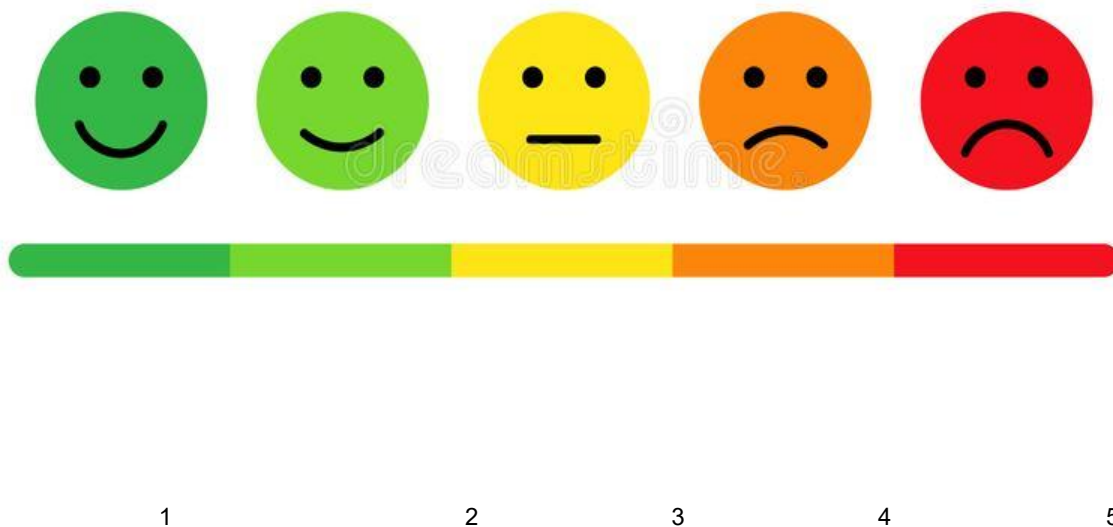
B) PROPUESTAS:

- 1- Si pudieras proponerle algo a las tías del CEPIJ para mejorar este programa ¿Qué cosas sugerirías para que el programa funcionara mejor y pudiera ayudar mejor a las niñas y niños que aquí asisten?
- 2- Si pudieras proponerle algo a la psicóloga del CEPIJ para mejorar las sesiones y que los niños se sientan mejor cuando vienen ¿Qué cosas sugerirías para que las sesiones hagan sentir más cómodos a los niños y niñas que vienen?
- 3- Si pudieras proponerle algo a la trabajadora social del CEPIJ para mejorar las sesiones y que los niños se sientan mejor cuando vienen ¿Qué cosas sugerirías para que las sesiones hagan sentir más cómodos a los niños y niñas que vienen?
- 4- Imagínate que pudieras inventar o un juego o una actividad para ayudar a un niño que viene al CEPIJ a hacer alguna actividad para ayudarlo a sentir menos pena o tristeza, ¿Qué actividad o juego podría ayudarlo?

- 5- Imagínate que pudieras inventar o un juego o una actividad para ayudar a un niño que viene al CEPIJ a hacer alguna actividad para ayudarlo a sentir menos rabia, ¿Qué actividad o juego podría ayudarlo?
- 6- Imagínate que pudieras inventar o un juego o una actividad para hacer en familia en el CEPIJ, ¿Qué actividad o juego te habría gustado hacer?
- 7- Si fueras constructor y pudieras inventar la sala de espera perfecta y soñada para ti, para el CEPIJ ¿Cómo sería esa sala? ¿Qué cosas tendría? ¿Porqué te gustaría que la sala fuera así?
- 8- Si tuvieras una varita mágica para inventar el programa perfecto, para ayudar a las niñas y niños a superar sus penas y dolores y a estar seguros, ¿Cómo sería ese programa?

OPCIONES Formatos escala Likert:





- (1) Muy alta (ej. Seguridad personal o satisfacción)
- (2) Alta
- (3) Ni alta ni baja
- (4) Baja
- (5) Muy baja

IV.2) Entrevista semiestructurada adulta/o

A) EXPERIENCIA EN EL PROCESO DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN LOS PRM:

- 30. ¿Qué es un PRM? ¿Para qué sirve este programa?
- 31. Cuando entraste a este programa, ¿te explicaron la razón por la que ingresa el niño? ¿Qué es lo que lograste entender de la razón por la que XXX ingresa a este programa?
- 32. ¿Sabes qué objetivos o qué cosas se han trabajado a nivel individual con el niño y a nivel familiar durante el tiempo en que has estado en este programa?
- 33. ¿Cuántas veces al mes viene el niño al programa? ¿Cuántas veces al mes citan a algún adultx que tenga relación con el niño al programa? ¿Cuánto rato dura cada sesión aproximadamente?
- 34. Actualmente, está ud. De acuerdo con que (nombre del niño) esté ingresado en este PRM (No ¿porqué no le gusta? ¿en algún momento estuvo de acuerdo?)
- 35. Las actividades que ha hecho XXX en el programa, la mayoría de las veces ingresa a la sesión sol@ o con alguien de la familia? (acompañado- ¿Con quiénes entra generalmente?)

36. Las sesiones que ud. Ha ingresado solx a setting ¿con qué profesional o profesionales lo ha hecho? ¿qué actividades suelen hacer? ¿Qué temas suelen abordar cuando ud ingresa a setting?
37. ¿cuán satisfecho se siente ud con la calidad de este programa? (Escala Likert).
38. ¿Hay algo o alguna situación que te haya hecho sentir mal o incómodo/a durante este tiempo participando en el programa? ¿Podrías contarme que pasó esa vez?
39. ¿En ocasiones ha tenido sesiones en las que participen (nombre niñx), ud y otras personas de la familia? (Sí Me puedes contar que actividades hicieron en 3 sesiones distintas?¿Como te sentiste en cada sesión? ¿Qué aprendiste en cada sesión?; NO ¿crees que habría sido conveniente para el proceso terapéutico o el bienestar de (nombre niñx) haber tenido sesiones familiares? ¿porqué? ¿qué te habría gustado trabajar?
40. Existen los derechos de los niños y niñas. En este programa le han enseñado lo que son estos derechos? (No explicarle lo q son los derechos y omitir siguiente pregunta; Sí ¿Qué derechos aprendiste? ¿Cuál ha sido el derecho más importante para ud como cuidador que ha aprendido? ¿Porqué ha sido tan importante para ud?
41. (PREGUNTAR SOLO EN CASO DE QUE LA RESPUESTA DE LA PREGUNTA ANTERIOR SEA SÍ) ¿Me podrías contar qué actividades han hecho para que puedas aprender los derechos de niños y niñas? / De esas actividades cuál es la que más te gustó ¿Por qué? / ¿Cuál es la que menos te gustó?
42. Cuándo ingresa (nombre niñx) a este programa ¿qué tanto lograbas entender las emociones de (nombre niñx) y las razones por las que ingresa a este programa?
43. ¿Este programa te ha ayudado a desarrollar herramientas como cuidador de (nombre niñx)? (Sí ¿Qué herramientas ud siente que ha desarrollado o mejorado desde que ingresó a este programa? ¿Cómo se manifiestan en el día a día en su relación con (nombre niñx); NO ¿porqué siente que este programa no le ha ayudado a desarrollar mejores habilidades como cuidador?¿Qué le faltó a este programa para hacer un mejor trabajo en este ámbito?)
44. ¿Cuáles son las 2 sesiones preferidas que has hecho en este programa? ¿qué es lo que más te gustó de cada sesión? ¿ qué sentiste en cada sesión?¿ qué aprendiste en cada sesión?
45. Cuales son las 2 sesiones que menos te han gustado ¿Qué hiciste en cada sesión?¿Cómo te sentiste en cada sesión? ¿Porqué crees que esa actividad te hizo sentir así?
46. Que un ser querido, especialmente un niñx como (nombre niñx), nos duele y marca ¿sientes que este proceso te ha ayudado a entender en mejor medida la vivencia que tuvo tu hijx? (Sí ¿qué es lo que haz logrado comprender este tiempo con la ayuda de este programa? ¿qué cosas, acciones o actividades ha hecho este programa para ayudarte en este proceso?; NO ¿Porqué sientes que este programa no te ha ayudado? ¿Qué cosas crees que este programa podría haber hecho distinto para que tu hubieras comprendido mejor la experiencia de XXX?
47. Las vivencias dolorosas de nuestros niñxs, como dijimos antes, nos pueden marcar y generarnos mucho dolor ¿Hay alguna sesión o sesiones en particular que tu sientas que te haya ayudado en mayor medida que otras a superar esa vivencia dolorosa? (NO ¿Por qué crees que ninguna sesión te ayudó más que la otra? ; Sí ¿Qué hicieron en esa sesión? ¿qué cosas de esa actividad te ayudó a entender un poco más tu vivencia y tu emoción en base a lo que le pasó a XXX?)
48. Cuando recién XXX ingresa a este programa, qué opinabas y sentías respecto de la vivencia por la que XXX ingresa a este programa.
49. Hoy en día ¿Sientes algún cambio respecto de cómo te sentías y lo que pensabas respecto de la vivencia por la que XXX ingresa a este programa? (Sí ¿Me podrías describir cuáles son los principales cambios que percibes?; NO ¿Poqué piensas que este programa no tuvo un mayor impacto en tu vida?)
50. ¿Qué crees que ha significado para XXX su proceso en el PRM?
51. ¿Qué ha significado para la familia el proceso en el PRM?
52. ¿Qué es lo que más destacarías como fortaleza de este programa?¿porqué?

53. ¿Qué destacarías como principal debilidad del programa? ¿Porqué?
54. ¿Cómo resumirías lo que este programa ha significado para ti como cuidadorx?
55. ¿Cómo resumirías lo que tu crees que este programa ha significado para XXX?
56. Describe las 4 cosas principales que has aprendido en este programa
57. A nivel general, cuál es tu nivel de satisfacción con este programa? (escala Likert)
58. Tus competencias de contención y habilidades de cuidado al ingreso a este programa eran (escala Likert)
59. Tus competencias de contención y habilidades de cuidado en la actualidad son (escala Likert)

B) PROPUESTAS:

- 9- Si pudieras proponerle algo a la psicóloga del CEPIJ para mejorar este programa ¿Qué cosas sugerirías para que el programa funcionara mejor y pudiera ayudar mejor a las niñas y niños que aquí asisten?
- 10- Si pudieras proponerle algo a la trabajadora social del CEPIJ para mejorar este programa ¿Qué cosas sugerirías para que el programa funcionara mejor y pudiera ayudar mejor a los familiares a apoyar de mejor forma a los niños de este programa?
- 11- Si pudieras construir el PRM ideal para ayudar de la mejor forma a niñas y niños que han sido vulnerados y a las familias a acompañar y respetar los derechos de los niños ¿Cómo sería ese PRM?
- 12- Si pudieras crear una sesión para que l@s adult@s puedan comprender de la mejor forma los derechos de los niños ¿Qué actividad propondrías? Una que tu crees que a ti te habría servido.
- 13- Si pudieras crear una sesión para que l@s adult@s puedan comprender de la mejor forma las consecuencias emocionales que la vivencia de vulneración de XXX ¿Qué actividad propondrías? Una que tú crees que a ti te habría servido.
- 14- Si pudieras crear una sesión para que l@s adult@s puedan comprender de la mejor forma que el maltrato y la violencia hacia niños y niñas los daña física y mentalmente ¿Qué actividad propondrías? Una que tu crees que a ti te habría servido.
- 15- ¿Qué necesidades específicas tienen las personas de este territorio que tu crees que sería muy importante que este PRM tomara en cuenta e incorporara para mejorar la calidad de sus atenciones hacia niñas y niños y sus familias?
- 16- ¿Hay alguna otra propuesta que se te ocurra para mejorar la calidad de las atenciones de los PRM hacia niñas y niños?

OPCIONES Formatos escala Likert:

1	2	3	4	5
Ninguna herramienta herramientas	muy pocas herramientas	Pocas herramientas	Algunas herramientas	Muchas

FASE CUANTITATIVA

IV.3) Cuestionario estructurado profesionales PRM (psicólogos y trabajadores sociales)

Respetable profesional:

Agradecemos profundamente su colaboración en el estudio: "Experiencia en la intervención psicosocial niñas/os en edad escolar, adultos responsables y profesionales tratantes de los Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Infantil (PRM): Un estudio de diseño mixto", correspondiente a la tesis doctoral de Doctorado en Salud Mental de la Universidad de Concepción de la psicóloga Varinia Leiva Peña, cuyo objetivo es comprender su experiencia como trabajador/a en Programas de Reparación de Maltrato (PRM) y sus propuestas para poder mejorar la calidad de las intervenciones.

Este cuestionario está dirigido a psicólogas/os y Trabajadores Sociales que actualmente se encuentren interviniendo directamente con usuarios/as en PRM.

Sus respuestas serán de carácter anónimo y confidencial, utilizados únicamente para fines académicos y de mejora de políticas de trabajo e intervenciones con las infancias.

Gracias por su colaboración.

Varinia Leiva Peña

Psicóloga

Master of Brain and Mind Sciences, University of Sydney

Doctorado © en Salud Mental, Universidad de Concepción

CUESTIONARIO

Le solicitamos pueda contestar los temas que se le presentan a continuación:

I. ANTECEDENTES PARTICIPANTE:

1. ¿Cuál es su profesión o rol en el PRM?

- A) Psicóloga/o
- B) Trabajador/a Social

2. ¿Cuál es su edad? (responda en años)

3. Identidad de Género

- A) Mujer
- B) Hombre
- C) Otro

4. Año de ingreso al PRM

5. Nombre del PRM en el que actualmente se desempeña.

Región	N°	PROGRAMA	DIRECTOR/A
Tarapacá	1	Cepij Alto Hospicio	GABRIELA ZARAZA
	2	Cepij Iquique	MARISEL SALAS
	3	Cepij Iquique 2	Rose Mary García
	4	Cepij Iquique Opción	Yoana Alcayaha
Atacama	5	Cepij Copiapó Opción	Yanira Barraza
	6	Cepij Copiapó Tierra Amarilla	EDITH SAAVEDRA
	7	Cepij Caldera 2.	BÁRBARA CARVAJAL
	8	Cepij Tierra Amarilla	Francisca Ormeño
	9	Cepij Copiapó Tierra Amarilla 2	Alexis Rubio
Coquimbo	10	Cepij Monte Patria.	CATERINA TRABUCCO
RM	11	Cepij Lo Prado	Carolina Contreras
	12	Cepij La Florida	Paulina Gallardo
	13	Cepij La Florida Opción	Carla Pizarro
	14	Cepij La Florida 2	Marcela Rivera
	15	Cepij Ñuñoa	Silvana Suarez
	16	Cepij Ñuñoa Peñalolén	Catalina Valdez
	17	Cepij La Granja 2	Claudia Navarro
	18	Cepij La Granja	Camila Araya
	19	Cepij Puente Alto	Paz Cofré
	20	Cepij Santiago	Erica Monsalve.
	21	Cepij Santiago Quinta Normal	Karen Jiménez
	22	Cepij Santiago Estación Central	Isabel Ortega
	23	Cepij PAC	Carolina Nuñez
	24	Cepij San Miguel	Rut Silva
	25	Cepij Conchalí	América Obreque
Ohinggins	26	Cepij Metropolitano Norte	Ariel Arancibia
	27	Cepij La Pintana.	Viviana Escalona
	28	Cepij San Fernando	FELIPE MEDINA
	29	Cepij San Fernando 2	DENISSE MOLINA
	30	Cepij San Fernando Placilla	YESSENIA ESCOBAR
	31	Cepij Rengo	VANESSA LUCAVECHE
Aysén	32	Cepij Rengo 2	BÁRBARA ESCOBAR
	33	Cepij Aysén	SEBASTIÁN GUZMÁN
Magallanes	34	Cepij Coyhaique	Camila Rodríguez
	35	Cepij Puerto Natales	FRANCISCA VENEGAS
	36	Cepij Punta Arenas	Ximena Velasquez

6. ¿Actualmente se encuentra trabajando como psicóloga/o o trabajador social en intervenciones directas con NNA en algún PRM CEPIJ?

- A) Sí
- B) No

7. **¿Acepta participar en la Investigación "Experiencia en la intervención psicosocial de niñas/os en edad escolar, sus adultos responsables y profesionales tratantes de los PRM: Un estudio de diseño mixto" en el contexto de tesis de Doctorado en Salud Mental de la Universidad de Concepción de la Ps. Varinia Leiva Peña?. Si acepta, deberá contestar el presente cuestionario.**

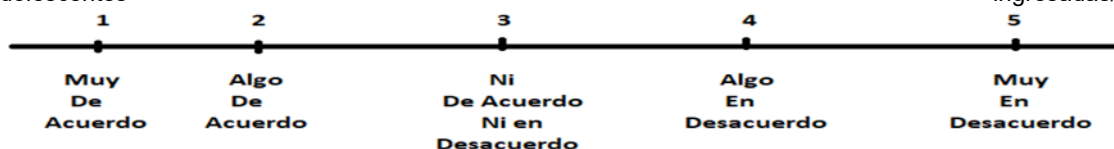
- A) Sí
- B) No

8. **¿Trabajó antes en algún otro PRM?**

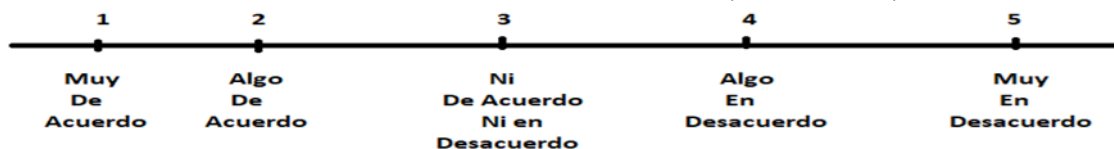
- A) Sí
- B) No

II. **A continuación, se presentan afirmaciones respecto de SU EXPERIENCIA profesional y laboral en los programas PRM, responda según su grado de acuerdo con cada afirmación, en un continuo que va desde "Muy De Acuerdo" a "Muy en Desacuerdo". CONTESTE PRINCIPALMENTE PENSANDO EN NN ENTRE 7 A 12 AÑOS.**

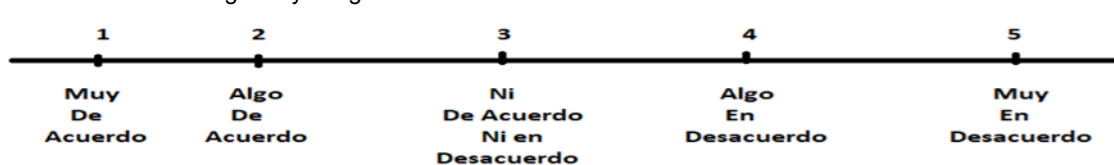
1. Considero que en el PRM en el que actualmente trabajo, efectivamente se logra, mediante el proceso de intervención, una restitución de los derechos vulnerados asociados al motivo de ingreso en las niñas, niños y adolescentes ingresadas/os.



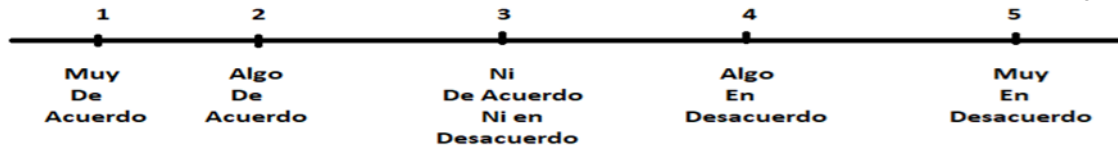
2. Considero que las supervisiones a la intervención psicosocial constituyen un aporte significativo para incrementar la calidad de mis atenciones con las/os usuarias/os en el PRM.



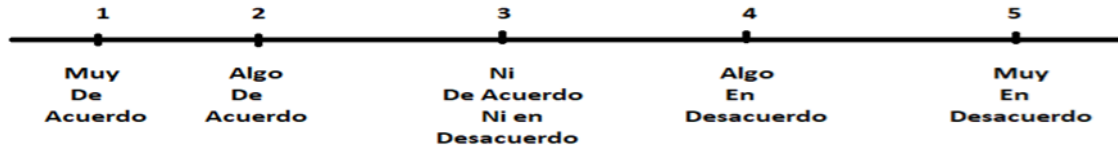
3. Considero importante que cada intervención con niñas, niños y adolescentes tenga un objetivo claro y concreto relativo al motivo de ingreso y resignificación de la vivencia traumática.



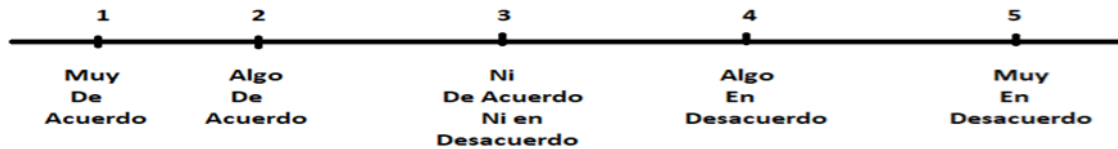
4. Considero que en el PRM cuento con las condiciones materiales adecuadas para poder realizar una intervención de calidad con los usuarios del programa



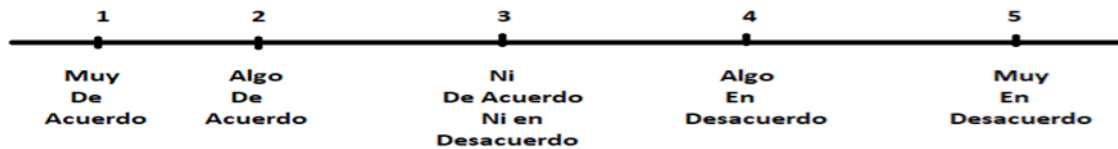
5. Considero que he desplegado acciones concretas para capacitarme en temas que me permiten abordar adecuadamente los distintos tipos de casos



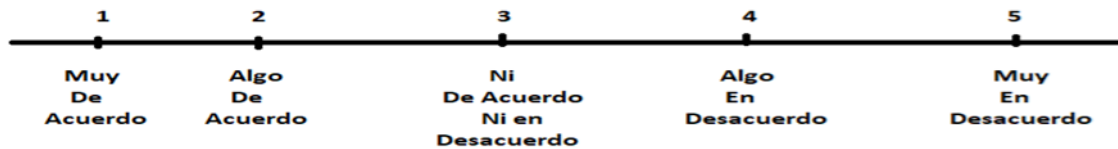
6. Considero que las intervenciones psicosociales entregadas a los usuarios del PRM en el que trabajo mejoran la calidad de vida psicosocial de niñas, niños y adolescentes.



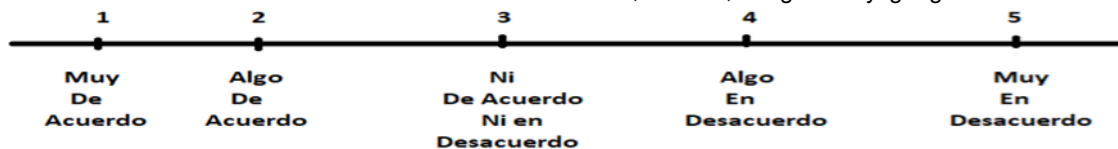
7. En mi trabajo en el PRM, permanentemente tengo coordinaciones con las redes secundarias en las que se desenvuelven los casos con los que me corresponde intervenir (por ejemplo, escuela, centros de salud, entre otros).



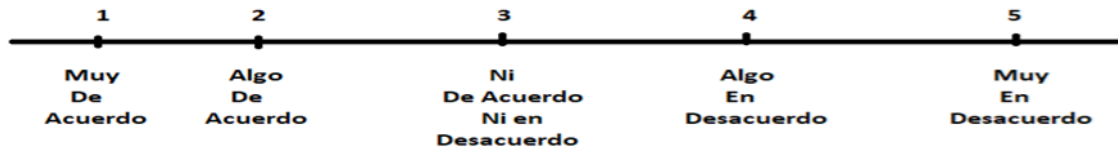
8. En mi trabajo en el PRM, existe claridad del orientación técnica de intervención para la restitución de derechos vulnerados, por lo que intervengo bajo lineamientos claros y predeterminados y no bajo mi improvisación personal.



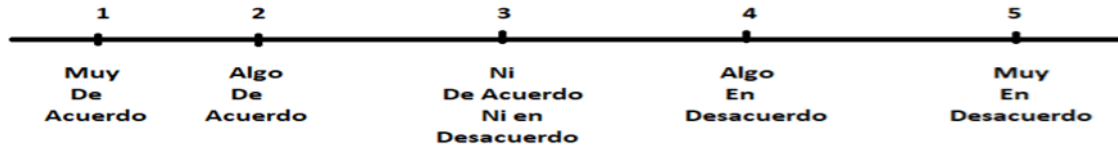
9. Considero que el modelo de intervención con que actualmente trabaja el PRM en el que me desempeño, atiende adecuadamente las diversidades locales culturales, étnicas, de género y geográficas. IDEM ge



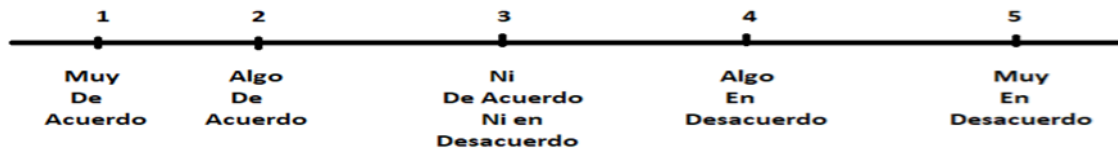
10. Considero que actualmente tengo un trabajo coordinado y fluido con mi dupla para la atención y análisis de los casos



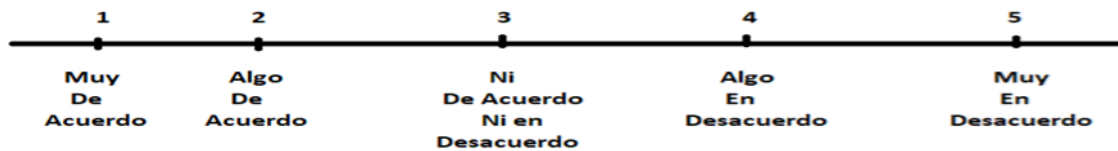
11. Considero que el ambiente y trato laboral en el PRM es centrado en el respeto.



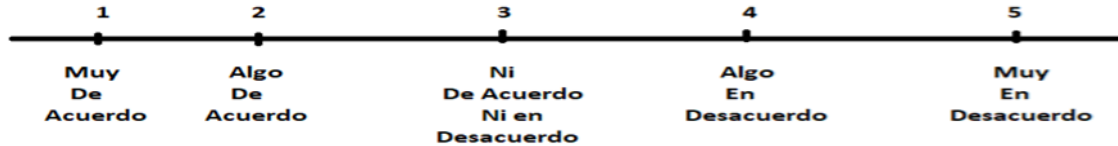
12. Me considero un/a profesional suficientemente preparado/a para trabajar en terapia de resignificación traumática con niños/as entre 7 y 12 años.



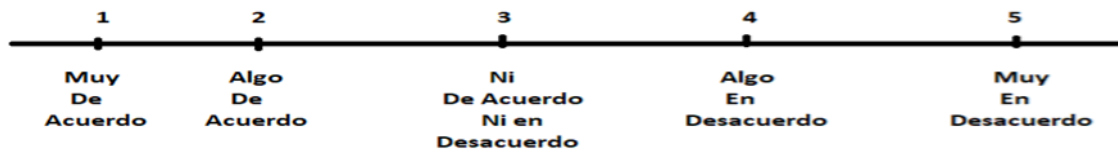
13. Considero que las familias que ingresan a PRMs también viven un proceso de resignificación traumática.



14. Considero que, en su mayoría el o los adultos/as responsables muestran interés y se comportan disponibles durante la mayor parte del proceso en el PRM.

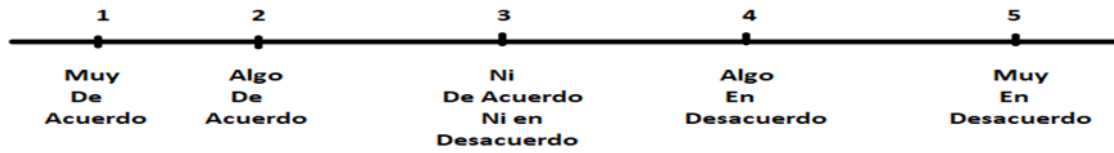


15. Considero que las instancias de autocuidado para las/os profesionales otorgadas por la institución, son efectivas y favorecen el clima laboral.

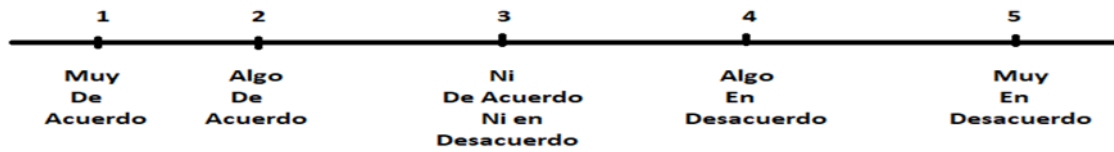


III. **ITEMS PROPUESTAS:** A continuación, se presentan afirmaciones respecto de propuestas para mejorar la calidad de las intervenciones en los PRM. Responda según su grado de acuerdo con cada afirmación, en un continuo que va desde “Muy De Acuerdo” a “Muy en Desacuerdo”: **CONTESTE PENSANDO PRINCIPALMENTE EN NN ENTRE 7 A 12 AÑOS**

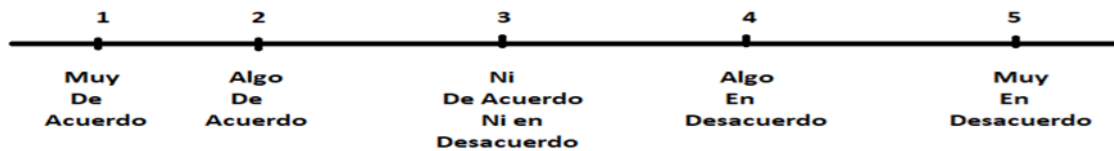
1. Psicólogo/a y trabajador social tienen roles de intervención independientes, relacionados a su conocimiento técnico y no debiese uno interferir en el trabajo del otro.



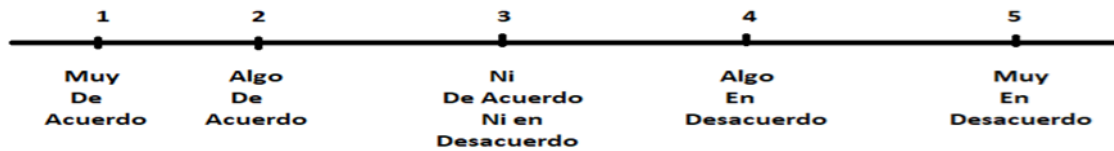
2. El rol del psicólogo/a en un PRM implica también el trabajo con las familias de las/os, niñas, niños y adolescentes ingresados/as.



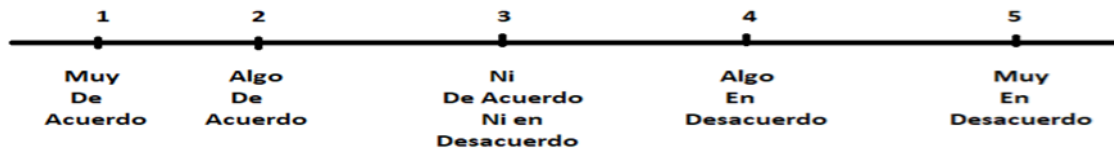
3. Considero que el modelo de intervención debería ser centralizado y con un mismo enfoque para todo el país.



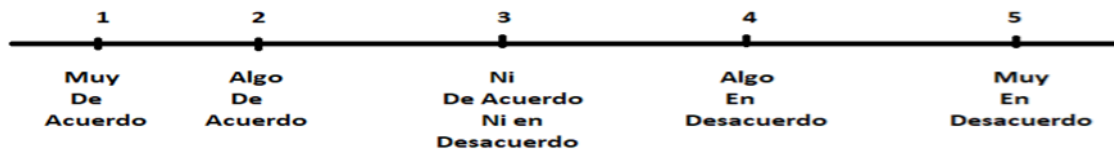
4. El único rol del psicólogo debiese ser el trabajo clínico- individual con la niña o niño, orientado a la resignificación traumática asociada a la vulneración.



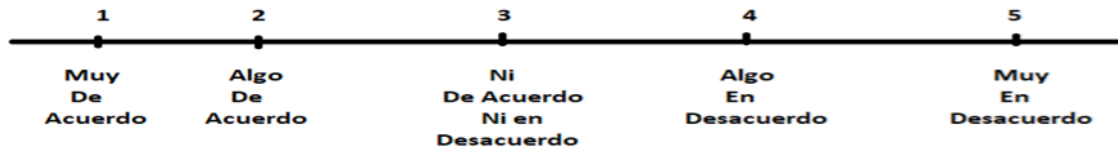
5. Considero que para realizar una intervención psicosocial de calidad es fundamental que la dupla psicosocial intervenga coordinadamente y mantenga permanente retroalimentación de cada caso.



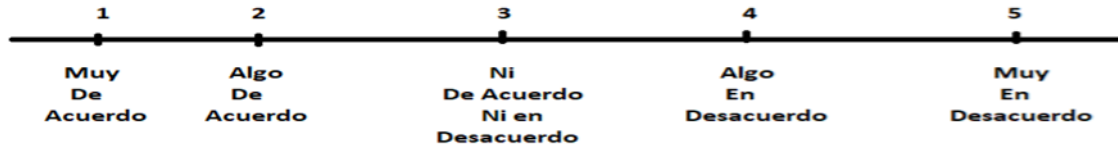
6. El trabajo con niñas y niños entre 7 y 12 años se ve sustancialmente favorecido con actividades simbólicas (por ejemplo juegos, arte, entre otras).



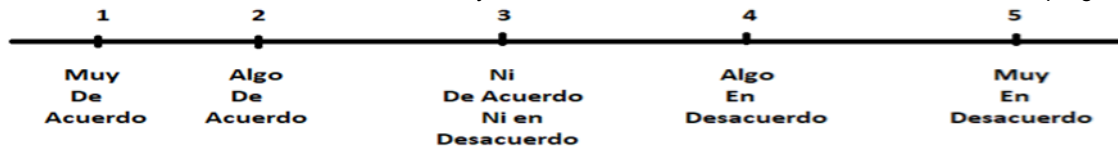
7. En el trabajo con niñas y niños pequeños no es necesario realizar sesiones familiares, puesto que con las sesiones individuales es suficiente para un adecuado proceso de reelaboración del trauma.



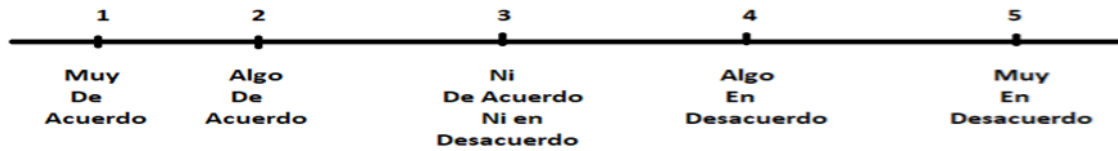
8. Considero que el conocimiento técnico y teórico en materias de tratamiento e intervención en psicoterapia es más importante que la experiencia en el trabajo en PRMs.



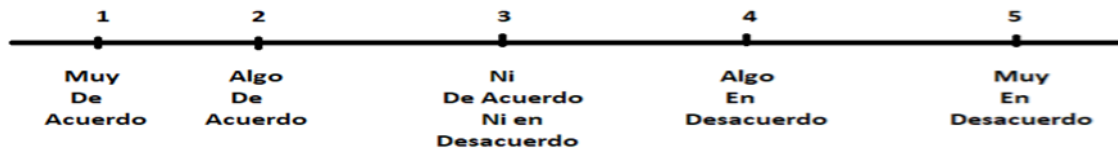
9. Considero que las asesorías de procesos son fundamentales para incrementar la calidad de la intervención psicosocial con las y los usuarios del programa



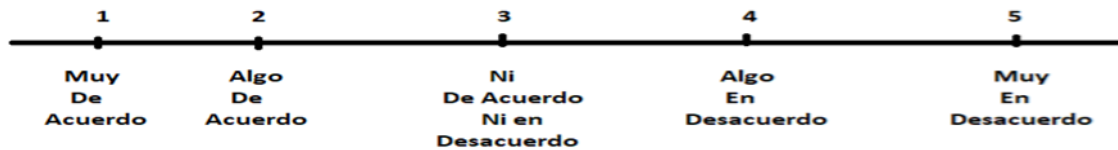
10. Considero que para incrementar la calidad de las intervenciones con usuarios/as PRM, deberíamos focalizarnos principalmente en la atención directa a niños y sus familias y no generar coordinaciones con las redes comunitarias.



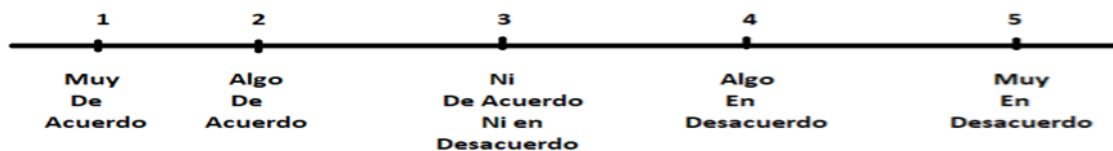
11. Considero que, para otorgar una atención de mayor calidad, los PRMs deberían estar focalizados según los rangos etarios de sus usuarios/as.



12. Considero que con las familias se debiera hacer un trabajo primordialmente verbal y narrativo y no uno lúdico o simbólico.



13. En el trabajo con niñas y niños entre 7 y 12 años no genera un mayor impacto en la terapia de resignificación traumática, el realizar con frecuencia sesiones de carácter familiar.



IV. A continuación, se presentan preguntas relativas al trabajo en PRM. Seleccione la alternativa que más se acerque a su opinión.

1. ¿Desde tú punto de vista, ¿cuántas atenciones presenciales se deberían tener al mes con niños/as entre 7 y 12 años?

- A)1
- B)2
- C) 3
- D)4 o más.

2. ¿Desde tú punto de vista, ¿cuántas intervenciones presenciales se deberían tener al mes con los adultos responsables?

- A) 0
- B) 1
- C) 2
- D) 3 o más.

3. ¿Desde su punto de vista, ¿cuántas coordinaciones directas se deberían tener al mes con las redes comunitarias de niños/as usuarios PRM?

- A) 0
- B) 1
- C) 2
- D) 3 o más

4. Desde su punto de vista ¿cuál debería ser la duración de cada sesión con un niño o niña entre 7 y 12 años?

- A) Entre 10 a 20 minutos.
- B) Entre 20 a 30 minutos.
- C) Entre 40 a 60 minutos
- D) Entre 1 a 2 hrs.
- E) Otro.

5. Desde su punto de vista, a nivel general ¿cuánto sería el tiempo necesario para completar un adecuado proceso de resignificación traumática para niñas y niños entre 7 y 12 años?

- A) 6 meses

- B) 1 año
- C) 1.5 año
- D) 2 años
- E) Otro.

6. Ordena de mayor a menor frecuencia, enumerando de 1 la más frecuente a 4 la menos frecuente, las actividades que Ud considera se deberían emplear en sesiones con niñas y niños entre 7 y 12 años.

Actividades verbales Actividades Artísticas Actividades de juego Actividades sensoriales

7. Ordena de mayor a menor frecuencia, enumerando de 1 la más frecuente a 4 la menos frecuente, las actividades que Ud. Considera que se deberían emplear en sesiones con la familia o adultos responsables.

Actividades verbales Actividades Artísticas Actividades de juego Actividades sensoriales

8. En el trabajo con el o los adultos responsables, realizo principalmente:

- A) Sesiones individuales
- B) Sesiones familiares
- C) Otro

9. En el trabajo con niñas y niños entre 7 y 12 años, realizo principalmente sesiones de:

- A) Terapia individual
- B) Terapia Grupal
- C) Otro

10. ¿Cuánto tiempo crees que es necesario para realizar un adecuado proceso de diagnóstico psicosocial al niño y su contexto?

- A) No considero relevante realizar esta fase.
- B) 1 mes
- C) 2 meses
- D) 3 meses

ANEXO V:

Libro de Códigos para Cuestionario Cuantitativo (para análisis estadístico para SPSS 25)

GENERO

Mujer= 1

Hombre=2

Otro= 0

UBICACIÓN

NG= 1

NC=2

RM=3

S=4

SE=5

PROFESION:

Psicólogo= 1

TS=2

VALORES LIKERT

Muy de acuerdo= 1

Algo de acuerdo= 2

Ni de acuerdo ni en desacuerdo= 3

Algo en Desacuerdo = 4

Muy en desacuerdo=5

SI-NO

Sí=1

No=0

IV. A continuación, se presentan preguntas relativas al trabajo en PRM. Seleccione la alternativa que más se acerque a su opinión.

¿Desde tú punto de vista, ¿cuántas atenciones presenciales se deberían tener al mes con niños/as entre 7 y 12 años? (Presencialidad NN)

1=1

2=2

3=3

4 o más=4

¿Desde tú punto de vista, ¿cuántas intervenciones presenciales se deberían tener al mes con los adultos responsables? (Presencialidad Adulto)

0=0

1 =1

2 =2

3 o más= 3

¿Desde su punto de vista, ¿cuántas coordinaciones directas se deberían tener al mes con las redes comunitarias de niños/as usuarios PRM? (Intervenciones red comunitaria)

0=0

1 = 1

2= 2

4 o más= 3

. Desde su punto de vista ¿cuál debería ser la duración de cada sesión con un niño o niña entre 7 y 12 años? (Duración Sesión)

Entre 10 a 20 minutos. =1

Entre 20 a 30 minutos.=2

Entre 40 a 60 minutos= 3

Entre 1 a 2 hrs.= 4

Otro (especifique en minutos)= 0

Desde su punto de vista, a nivel general ¿cuánto sería el tiempo necesario para completar un adecuado proceso de resignificación traumática para niñas y niños entre 7 y 12 años? (Tiempo resignificación trauma)

6 meses=0

1 año= 1

1.5 año=3

2 años=2

Otro =4

En el trabajo con el o los adultos responsables, realizo principalmente:

Sesiones individuales=1

Sesiones familiares=2

Otro = 0

En el trabajo con niñas y niños entre 7 y 12 años, realizo principalmente sesiones de:

Terapia individual=1

Terapia Grupal= 2

Otro=0

¿Cuánto tiempo crees que es necesario para realizar un adecuado proceso de diagnóstico psicosocial al niño y su contexto? (Tiempo diagnóstico)

No considero relevante realizar esta fase= 0

1 mes= 1

2 meses=2

3 meses=3

PREGUNTAS LIKERT RECODIFICACIÓN PARA SPSS

- Considero que en el PRM en el que actualmente trabajo, efectivamente se logra, mediante el proceso de intervención, una restitución de los derechos vulnerados asociados al motivo de ingreso en las niñas, niños y adolescentes inresadas/os:

Logro restitución Derechos ELKT

- Considero que las supervisiones a la intervención psicosocial constituyen un aporte significativo para incrementar la calidad de mis atenciones con las/os usuarias/os en el PRM

Aporte de las supervisiones a la intervención ELKT

- Considero importante que cada intervención con niñas, niños y adolescentes tenga un objetivo claro y concreto relativo al motivo de ingreso y resignificación de la vivencia traumática.

Relevancia objetivo sesión ELKT

- Considero que en el PRM cuento con las condiciones materiales adecuadas para poder realizar una intervención de calidad con los usuarios del programa

Calidad condiciones materiales para intervenir ELKT

- Considero que he desplegado acciones concretas para capacitarme en temas que me permiten abordar adecuadamente los distintos tipos de casos

Proactividad en Capacitación ELKT

- Considero que las intervenciones psicosociales entregadas a los usuarios del PRM en el que trabajo mejoran la calidad de vida psicosocial de niñas, niños y adolescentes.

Intervenciones mejoran la calidad de vida de NNA ELKT

- En mi trabajo en el PRM, permanentemente tengo coordinaciones con las redes secundarias en las que se desenvuelven los casos con los que me corresponde intervenir (por ejemplo, escuela, centros de salud, entre otros).

Frecuencia coordinación con redes ELKT

- En mi trabajo en el PRM, existe claridad de la orientación técnica de intervención para la restitución de derechos vulnerados, por lo que intervengo bajo lineamientos claros y predeterminados y no bajo mi improvisación personal.

Claridad orientación técnica de intervención ELKT

- Considero que los lineamientos técnicos de intervención con que actualmente trabaja el PRM en el que me desempeño, atiende adecuadamente las diversidades locales culturales, étnicas, de género y geográficas

Lineamientos técnicos de intervención con perspectiva de diversidad sociodemográfica ELKT

- Considero que actualmente tengo un trabajo coordinado y fluido con mi dupla para la atención y análisis de los casos

Adecuada coordinación dupla psicosocial ELKT

- Considero que el ambiente y trato laboral en el PRM es centrado en el respeto.

Grato ambiente laboral ELKT

- Me considero un/a profesional suficientemente preparado/a para trabajar en terapia de resignificación traumática con niños/as entre 7 y 12 años.

Profesional se considera suficientemente apto para terapia de trauma en NN ELKT

- Considero que las familias que asisten a PRMs también viven un proceso de resignificación traumática.

Familia también resignifica ELKT

- Considero que, en su mayoría el o los adultos/as responsables muestran interés y se comportan disponibles durante la mayor parte del proceso en el PRM.

Adulto colabora adecuadamente ELKT

- Psicólogo/a y trabajador social tienen roles de intervención independientes, relacionados a su conocimiento técnico y no debiese uno interferir en el trabajo del otro.

PS y TS deben intervenir independientemente PLKT

- Considero que las instancias de autocuidado para las/os profesionales otorgadas por la institución, son efectivas y favorecen el clima laboral

Autocuidado es efectivo ELKT

- El rol del psicólogo/a en un PRM implica también el trabajo con las familias de las/os, niñas, niños y adolescentes ingresados/as

Ps trabaja con familias tbn PLKT

- Considero que el modelo de intervención debería ser centralizado y con un mismo enfoque para todo el país.

Modelo debe ser centralizado PLKT

- El único rol del psicólogo debiese ser el trabajo clínico- individual con la niña o niño, orientado a la resignificación traumática asociada a la vulneración

Ps solo debe trabajar individual con NN PLKT

- Considero que para realizar una intervención psicosocial de calidad es fundamental que la dupla psicosocial intervenga coordinadamente y mantenga permanente retroalimentación de cada caso.

Coordinación dupla es necesaria PLKT

- El trabajo con niñas y niños entre 7 y 12 años se ve sustancialmente favorecido con actividades simbólicas (por ejemplo juegos, arte, entre otras)

NN requieren intervenciones simbólicas PLKT

- En el trabajo con niñas y niños pequeños no es necesario realizar sesiones familiares, puesto que con las sesiones individuales es suficiente para un adecuado proceso de re-elaboración del trauma.

No se requieren sesiones familiares PLKT

- Considero que el conocimiento técnico y teórico en materias de tratamiento e intervención en psicoterapia es más importante que la experiencia en el trabajo en PRMs.

Conocimiento importa + q la experiencia PLKT

- Considero que las asesorías de procesos son fundamentales para incrementar la calidad de la intervención psicosocial con las y los usuarios del programa

Relevancia de asesoría para la calidad de la intervención PLKT

- Considero que para incrementar la calidad de las intervenciones con usuarios/as PRM, deberíamos focalizarnos principalmente en la atención directa a niños y sus familias y no generar coordinaciones con las redes comunitarias

No son relevantes las coordinaciones con redes PLKT

- Considero que, para otorgar una atención de mayor calidad, los PRMs deberían estar focalizados según los rangos etarios de sus usuarios/as

Intervención debe basarse en el rango etario PLKT

- Considero que con las familias se debiera hacer un trabajo primordialmente verbal y narrativo y no uno lúdico o simbólico

Con las familias el trabajo debe ser principalmente verbal y no lúdico PLKT

- En el trabajo con niñas y niños entre 7 y 12 años no genera un mayor impacto en la terapia de resignificación traumática, el realizar con frecuencia sesiones de carácter familiar.

No es relevante realizar regularmente sesiones familiares PLKT

ORNN= Orden de actividades niño/a

ORAR= Orden de actividades adulto responsable.

ANEXO VI: Entrevistas a profesionales para construcción cuestionario cuantitativo

VI.1) Entrevista a Trabajadora Social

Entrevista en profundidad a 2 profesionales de avanzada experiencia en PRM del área de psicología y trabajo social: Jacqueline Juica, 8 de junio 2021

Entrevistadora: Varinia Leiva Peña, estudiante Doctorado en Salud Mental, Universidad de Concepción

La siguiente entrevista, tiene como objetivo explorar la experiencia de experta de una profesional del área social y psicológica en PRM así como sus sugerencias para mejorarlo. En base a los contenidos desarrollados, se elaborará un cuestionario que será aplicado a una muestra significativa de profesionales psicólogos y trabajadores sociales de PRM de Corporación Opción, a fin de indagar su experiencia en los programas y sus propuestas para mejorar la calidad de las intervenciones con niñas y niños en primera infancia (entre 0 a 10 años)

Se desarrollarán 32 preguntas abiertas de contenido general y 10 preguntas específicas a la profesional psicóloga y 9 a la trabajadora social. Se espera una duración de entre 2 a 3 horas con una pausa de 15 minutos a la mitad de la entrevista.

1) ¿Cuál es la misión y visión de un PRM?

La misión y la visión de un prm...Yo creo que en esos términos, la propuesta no es tan compleja de pensar, en lo que implica un prm cierto? Entendiendo que un prm parte su sigla de reparación de maltrato grave. Entonces desde esa lógica em...la misión siempre va a ser generar instancias de reparación, que es una palabra que en lo personal no me gusta, pero em..que tiene que ver con el resignificar algunos eventos traumáticos que viven los niños, niñas y adolescentes. Entonces, esa es la misión que debe tener un PRM en los procesos de intervención que desarrolla. Y en cuanto a la visión, al menos yo del tiempo en que trabajé en un PRM nunca me quedó clara la visión..ya como..la misión era súper clara, reparación ya..porque es casi como automática. La respuesta permanente del PRM, lo que te dicen desde el primer día es eso, pero la visión a mí nunca me quedó clara...eso, la visión nunca fue algo claro o nunca ha sido algo claro en el tiempo que yo llevo trabajando en los PRMs ya. Porque hay unos que parten desde una visión más católica, otros que parten ...tienen una mirada muy distinta, que tiene que ver mucho con el asistencialismo. Entonces eso fue algo bastante confuso en el proceso al menos de trabajo que desarrollé en los PRM.

2) ¿Cuál es la organización básica de un PRM, desde los roles y atribuciones de cada trabajador/a del programa?

Mira, te voy a hablar de lo que sucede en la realidad y lo que yo creo que debería pasar. Bueno..desde lo que sucede en la realidad, yo trabajé en 2 PRMs. Trabajé en el PRM de la Corporación Opción y también antes trabajé en el PRM por Fundación Mi Casa, en distintas zonas; trabajé en primera instancia en Calama en un PRM y posteriormente en Copiapó. Eh...y en ambas instituciones, te podría hablar que desde el trabajo profesional está siempre la dirección, están los profesionales que en este caso serían trabajador social, psicóloga, que componen la dupla y en el tiempo en que yo inicié el trabajo en PRM, no existía la figura de los coordinadores, ya, ni coordinador clínico ni coordinador proteccional cierto, que vendrían a ser como terceros, a demás de los directores, que te ayudan a hacer los análisis de caso y entender los procesos de cada niño, según sus necesidades. Pero cuanto yo partí, esa figura no estaba, entonces el programa se regía digamos, por la directora y la dupla psicosocial, que se encargaba de los 25 casos em...y el análisis se reducía a ese trío de profesionales. Ya donde..

3) ¿Y hasta cuándo más o menos te tocó que no hubiera un coordinador o coordinadora que ayudara en el análisis?

Mira, yo creo que eso parte por la zona en la que trabajé, que en Calama en realidad, como que el programa, llevaba harto tiempo de funcionamiento cuando yo inicié mi trabajo ahí, pero la territorialidad no...estaba tan distante la realidad a lo mejor más céntrica que es Santiago, en términos de la reparación, del entender los programas, como que esto no estaba visible. No era visible ni siquiera como mencionar aquello, no existía, era algo invisible totalmente por parte de la fundación y también por los profesionales que trabajaban en la fundación, ya. Entonces partía mucho con eso, con la territorialidad. Estaba tan descentralizado el programa que en el fondo no lograba ver o no tenía una comparación de cómo funcionaban los otros PRM...em...entonces ahí ..

4) Entonces estaban prácticamente en contexto de aislamiento, como de no mirar quizás más globalmente el funcionamiento de otros programas.

Sí, porque cuando yo trabajaba en Calama, este era el único PRM en Calama. Entonces no tenían esa visión como de el trabajo que desarrollaban otras fundaciones, porque además, hay fundaciones que están eh..a nivel nacional y otras que están por zonas. Entonces por ejemplo Tierra Esperanza, Fundación Mi Casa, la mayoría están en la zona norte o en la zona centro y Opción está más en la zona sur, así como varias instituciones privadas que se hacen cargo cierto, con subvención de estos PRM. Y en Fundación Mi Casa, me tocó ver esa parte en la que em..estaba invisibilizada esta figura, estaba invisibilizado a demás en los espacios de análisis. Entonces pasaba mucho que uno, más bien reaccionaba y accionaba e intervenía eh..con el conocimiento que existía..ya..como de lo que tú sabías, de lo que tú entendías, de lo que tú te preparabas, de lo que tú estudiabas, pero no estaba esta mirada externa.

5) Desde su experiencia, ¿en qué medida consideras que los PRM en Chile están efectivamente cumpliendo con la restitución de derechos vulnerados de niñas, niños y adolescentes?

Mira, la verdad que es una pregunta muy difícil (risa).. Perdón que me ría pero es súper difícil porque el problema no viene del funcionamiento de los PRM, viene de los lineamientos que propone SENAME. Entonces tenemos un servicio nacional de menores que no entiende las necesidades de intervención de los niños, niñas y jóvenes y que además es un servicio súper contradictorio porque intenta resignificar, restituir derechos a través de programas ambulatorios como lo son los PRM. Pero en los contextos residenciales, vemos niños que están siendo vulnerados por el mismo servicio. Entonces eh..hay una intencionalidad de restituir derechos, pero en realidad quien rige a los programas, a los PRMs no lo hace, no apunta a restituir derechos. Entonces hay una contradicción ahí que se genera independiente de las instituciones privadas que tomen parte de los PRM, sí, porque hay un tema de lineamientos que viene de, que va más allá de lo que pueda hacer un PRM, de lo que pueda hacer una institución privada. Entonces yo creo que aquí, hablar de restitución de Derechos, hoy día no existe la restitución de derechos en los PRM. ¿Hay procesos de re-elaboración? Claro que sí, pero inciden una multiplicidad de factores que no tienen que ver con el trabajo solo que hace la dupla. Sino que cómo el contexto te va ayudando para eso, cómo el servicio se acciona. Entonces pasa y esto es una opinión súper personal Varinia, que en Chile no se piensa en los derechos de los niños, no se piensa en la restitución, no se piensa en restablecer realmente protocolos de derecho. ¿Entonces qué pasa? Que SENAME trabaja aislado, además de un lineamiento bastante precario en términos de derechos. Trabaja totalmente aislado, entonces hablar de restitución, implica todo, ver al niño de manera integral y los PRM solo logran ver el área interveniva, el área de re-elaboración, el área de reparación, pero no pueden trabajar a veces sobre el contexto que se determina. Por ejemplo, los factores de salud del sistema familiar, factores económicos del sistema familiar. Y eso tiene que con otras aristas y que el Estado de Chile no propicia esa restitución de derechos.

6) Entonces es como que hay unos lineamientos para restitución de los derechos asociados a una vulneración en particular, pero el programa desde los lineamientos de SENAME no se hace cargo de todos los determinantes sociales que promueven una vulneración y no solamente esa vulneración, sino que múltiples vulneraciones ¿A eso te refieres?

Exacto. Sí a eso me refiero, porque la restitución de derechos no tiene que ver con que el niño re-elabore su experiencia traumática. Esa es una parte del trabajo que tiene que ver con la terapia, pero cuando hablamos

de restitución de derechos, hablamos de ver a un niño en el sistema macro, sí, en todo lo que es el sistema de protección. Eso tiene que ver con salud, educación, el acceso a la economía, a la cultura. Entonces los PRMs son el 10% de lo que en verdad implica una restitución de derechos. Lo que sí hace el PRM son procesos de re-elaboración que en la mayoría de las veces es significativa y eso sí lo puedo decir. Pero creo que es una mínima parte en lo que respecta a la restitución.

7) ¿Cuál es el rol de un/a trabajador social en un PRM?

El rol del trabajador social... Mira la verdad que cuando yo trabajé en Fundación Mi Casa, que fue el primer PRM en el que yo trabajé, el rol del trabajador social se centraba en la habilitación de competencias parentales de los adultos. Es decir, de los padres o los cuidadores o de la persona que está a cargo del niño, niña o adolescente, pero en la situación o en el rol que yo ejercía al menos, en Opción como trabajadora social, era amplificar eso. No se centraba sólo en la habilitación de competencias sino que en el trabajo con el sistema familiar y yo creo que eso era la diferencia que tenía esta segunda experiencia en un PRM de Opción versus lo que yo te hablaba recientemente de una experiencia en Calama. Entonces en Opción sucedió, sucede que hay una amplia mirada de cómo se realizan el trabajo em..de intervención, donde la dupla psicosocial no es dicotómica. No es la trabajadora social habilidades y la psicóloga terapia, sino que es un trabajo en conjunto. Y eso es más o menos, no podría definirte el rol. El rol está definido por contrato, está definido por lineamientos técnicos, cierto, pero en la práctica sucede eso. Que hay una multiplicidad de funciones pero en realidad es más que la habilitación, tiene que ver con el trabajar con el sistema familiar en todo contexto, en el que ellos puedan entender las dificultades y eso no parte con la habilitación de competencias, es un proceso de resignificación igual con la familia.

8) ¿Cuál es el rol de un/a psicólogo en un PRM?

Del psicólogo. Yo creo que todos tienen claro que el psicólogo lo que hace es un proceso de terapia, de intervención con los niños, niñas y adolescentes. Pero como te decía eh...una cosa es el rol que está descrito por los lineamientos y una cosa muy distinta es lo que uno hace en la práctica.

9) Desde tu punto de vista ¿en qué medida existe complementariedad entre las labores del psicólogo/a y trabajador social?

Yo creo que em...la complementariedad está en todos los aspectos del trabajo. Creo que acá hay cosas fundamentales. Que el trabajo en un PRM no es dicotómico; no es el trabajador social hace esto y la psicóloga hace esto, sino que es un trabajo que tiene que ver con la complicitud de la dupla psicosocial.

10) ¿Y en qué sentido se complementan por ejemplo?

Por ejemplo, en los aspectos...no voy a centrarme en lo administrativo. Me voy a centrar en lo interventivo. Ya, tiene que ver con que, por ejemplo, el psicólogo va abordando algunos objetivos a nivel de terapia, cierto, con el niño y eh... es de mucha significancia que el trabajador social sepa qué objetivo se está abordando de parte de la terapia psicológica para poder trabajar con el adulto y el adulto pueda entender la situación del niño. Entonces eso es fundamental, la comunicación y la comprensión de los objetivos trazados. Por eso te digo que no es eh...negro y blanco..y tiene que haber una cercanía de la dupla, que la dupla en conjunto pueda visualizar el fenómeno, pueda entender la situación del niño y con eso trabajar con la familia. Entonces, si bien la trabajadora social no hace terapia, sí es parte del proceso a nivel sistémico. Entonces si bien el psicólogo se centra más en lo terapéutico, el psicólogo da los insumos para trabajar con el sistema. Y en eso tiene que haber coherencia por parte de los profesionales..eh... hay que conocer la historia, los profesionales tienen que estar en comunicación respecto de cada caso..em...y que es un trabajo bien difícil, porque con la cantidad de casos, a veces, no siempre se puede eh..abordar todas las problemáticas que se van presentando

11) En el ejercicio de tus intervenciones psicosociales directas, ¿cuáles consideras que son las principales dificultades de trabajar con niñas y niños en primera infancia, es decir, aquellas/os entre 0 y 10 años?

En primera infancia en lo que es mi experiencia personal al menos, tiene que ver con la infraestructura de los espacios..eh... porque existe carencia de los materiales, de los insumos para trabajar en ese grupo etario, eso es lo primero. Lo segundo es que em..existe una mirada muy tradicional del setting, sí... como que el setting es ir y generar terapias narrativas y ojalá partir por ahí. Pero cuando te encuentras con un grupo etario tan

pequeño, ahí se te cae esa forma de ver la terapia, entonces tienes que desplegar estrategias acorde a la etapa evolutiva de los niños tan pequeños. Y para eso se requiere infraestructura, se requiere capacitación también a los profesionales ya em..y como te digo, tiene que ver con el entender distintas formas de ejercer, o no de ejercer, sino que de hacer la terapia, la resignificación y que no solo parte por esa mirada más tradicional, sino que tiene otros aspectos y yo creo que esos niños, de este grupo etario, son el desafío, porque implica otras acciones, implica tener otros materiales, implica habilitar espacios para ellos y que no están, lamentablemente no están. Al menos yo, la experiencia que he tenido en los PRMs, no están y siempre se habló de invertir dinero en aquello, pero nunca pasó en la práctica. Entonces eso yo creo que es lo más complejo.

12) En el ejercicio de tus intervenciones psicosociales directas, ¿cuáles consideras que son las principales dificultades de trabajar con las familias de niñas y niños que han sido víctimas de vulneraciones constitutivas de delito?

Mh..lo más difícil o lo más complejo desde la intervención psicosocial es la falta de conexión en las redes de apoyo. Salud trabaja por su parte de una manera, educación trabaja por su parte, SENAME trabaja por otra parte. Entonces se repite esto que te digo yo, que no hay un funcionamiento coherente de la red en sí, de toda la red institucional para restituir derechos. Entonces que pasa que em...claro... uno trabaja con el sistema familiar, pero te das cuenta que hay un problema de salud y que eso se demora en hacer la gestión, en que hay que estar pidiendo autorizaciones, entonces, se cierran las puertas por parte de los otros servicios. Entonces yo creo que eso entorpece el proceso y alarga también los periodos de intervención de los niños...eh..porque no siempre está la hora al neurólogo, no siempre está la hora al psiquiatra, porque hay que esperar, entonces yo creo que aquí la gran falencia es que el sistema y me refiero al Estado de Chile, no logra visualizar en sí, las implicancias de los derechos de niños, niñas y jóvenes en nuestro país. Todavía están muy invisibilizados. Entonces em..trabajan todos de manera aislada y eso no ayuda, no contribuye a que los niños puedan efectivamente mejorar, sanar, porque todo es parte de..o al menos yo siempre he creído que es parte del sistema po, es una mirada sistémica efectivamente, donde todos los intervinientes tienen que ser parte. Entonces yo creo que esa es una de las grandes barreras que existe en la intervención. Otra de las grandes barreras, creo que son los recursos económicos que otorgan las instituciones para el trabajo. Ya y aquí parto desde la precarización laboral, los sueldos son bajísimos para la cantidad de trabajo que uno tiene en los PRMs, porque no solo es intervenir, hay que manejar plataforma de SENAINFO, donde uno tiene que registrar en la plataforma de SENAINFO, tiene que registrar en un documento Word aparte de la plataforma SENAINFO. Están los informes trimestrales que se deben enviar al tribunal de familia, que son distintos además al proceso diagnóstico que uno hace y a la evaluación de diagnóstico que uno emite, entonces, además, hay muchos factores que inciden en el estrés laboral y que uno disminuya, cierto eh, la posibilidad de otorgar mejores atenciones. Son muchos casos, porque la carga laboral es mucha, porque el sistema en sí no trabaja mancomunado en función a los niños, em..

13) Después vamos a profundizar en la entrevista esos aspectos laborales, pero ahora te quiero llevar a la otra pregunta. En el ejercicio de las intervenciones y el cumplimiento de los objetivos socioterapéuticos hacia los niños y niñas como sus familias, ¿el PRM entrega lineamientos o un programa concreto para realizar la intervención o es más bien es planificado según la creatividad del/ la profesional a cargo del caso?

Yo creo que, lo que pasa con los PRM es que tiene lineamientos técnicos súper claros; objetivos, objetivos específicos, pero eso le queda chico como se dice, a la realidad que uno vive como profesional en los PRM, porque son objetivos que son muy grandes, para cada proceso de intervención. Entonces aquí hay..ya partimos desde la singularidad de cada caso, qué necesita cada niño, qué necesita cada familia. Entonces claro, el PRM el lineamiento es claro en sus objetivos, pero eso no siempre se puede llevar a la práctica, ya, porque las familias tienen otras necesidades, otros requerimientos, que van más allá de los lineamientos que ellos puedan tener como programa.

14) O sea de alguna manera, si te entiendo bien, ¿hay como un lineamiento centralizado, pero que no da abasto con las realidades locales o familiares particulares de cada caso?

Exacto, eso es lo que sucede. Entonces ahí parte, uno como profesional tiene que trazar nuevos objetivos que estén centrados en el caso a caso y en eso em...es el profesional finalmente, quien despliega los recursos y las estrategias para lograr aquello. Entonces sí depende un poco de la creatividad de cada profesional.

15) ¿En qué medida el trabajo y la calidad de las intervenciones por parte de cada profesional son fiscalizadas?

Yo diría que casi nunca. Creo que la...porque la supervisión que genera el servicio nacional de menores se basa en los mismos lineamientos técnicos que tiene y en el cumplimiento de metas cuantitativas. Entonces cada vez que hemos tenido una supervisión es, si está o no está el registro, es si está o no está el informe, pero en ningún momento hay espacios de análisis de cada caso y que se supervise cualitativamente el caso, sino que siempre es como más de lo cuantitativo.

16) De ser fiscalizadas ¿cómo consideras que es la calidad de la fiscalización y en qué medida aportan a mejorar el servicio de atención psicosocial a niñas, niños y adolescentes?

Yo creo y voy a hablar desde lo ...desde un poco el rol que he ejercido tanto en los PRM como en otras instancias de trabajo, pero que igual son ligadas a la infancia y lo que yo podría decir que no hay una calidad favorable en las supervisiones que se hacen y es porque uno se encuentra permanentemente con que las personas que supervisan no están capacitadas para hacerlo o no tienen la capacitación y el conocimiento y por lo demás, existen prejuicios también, en algunos sistemas familiares. Entonces como..niños que han estado históricamente en la red de protección y que son conocidos por la red de protección, entonces el análisis no se centran en aspectos que vengan a modificar la realidad de ese niño o de esa familia..ya..sino que son como vistos como <aah no po..esta señora ya lleva tiempo, es como el tercer ingreso, otra vez.>, entonces no hay una problematización de esos casos que realmente apunten al cambio. Yo creo que eso parte por las supervisiones que genera SENAME, porque no van a lo cualitativo sino que a lo cuantitativo.

17) ¿cuál ha sido tu mayor(es) satisfacción (es) al trabajar en un programa PRM?

Mi mejor...yo creo que, ha sido lo más difícil y al mismo tiempo lo más satisfactorio, eh..son los casos y voy a hablar de casos em... que es el entender la realidad de los niños que viven en residencia, que eso parte desde mi trabajo en PRM...em..y creo que eso ha sido significativo eh..y que ha permitido en lo personal, el que yo pueda entender los problemas y verlos de otra forma y darle la importancia que tienen a los procesos que se desarrollan con niños..em...y eso ha sido yo creo, lo más significativo..em..que los niños vuelvan a estar en su sistema familiar, em..a restituir el derecho a vivir en familia. Entonces yo creo que eso ha sido, digamos, lo más favorable y que he podido trabajar estando en PRM, sí.

18) ¿En qué medida podría afectar o no en los resultados y curso de una intervención con niñas, niños y sus familias, las diversidades étnicas, culturales, migratorias, económicas, educacionales, entre otras de las/os usuarios?

Em..interfiere bastante y porqué lo digo, por lo mismo que hablábamos recién. Los lineamientos del PRM es así, el PRM es así y así son los objetivos y la interculturalidad está en el cumplimiento de objetivos, pero no está en lo cualitativo...eh..el tema de todo, de la diversidad, el tema cultural, la sociodeprivación también, que existen en muchos sistemas familiares, muchos sistemas familiares que son analfabetos y le piden evaluar el programa mediante la aplicación de encuestas. Entonces em..es como...el PRM desde los lineamientos está super bien pensado, pero uno lo lleva a la práctica y te das cuenta que invisibilizan esos factores, que la gente que viene de otros países efectivamente es discriminada...em...porque se invisibiliza que ellos vienen de otra forma de ver las cosas, de otra forma de ver la infancia y en eso se cae en prejuicios también. Entonces, partiendo por ahí, es complejo, porque existe en el papel, el que uno tiene que mirar la interculturalidad, tiene que mirar la diversidad, pero en la práctica existen muchos prejuicios asociados. Y eso parte inclusive por el modelo de intervención, o sea la señora tiene que llegar y rellenar fichas, eh...una persona que habla quechua, que viene de otro país, em...tiene que rellenar fichas para cumplir metas. Entonces, todo eso es incoherente en lo que quiere hacer el programa. Entonces como te digo ahí, vemos lineamientos claros, pero que en la práctica, realmente no suceden.

19) Podrías darme algún ejemplo, sin profundizar en antecedentes personales brevemente, de 2 casos que hayan sido particularmente difíciles de lograr los objetivos terapéuticos?

Sí, bueno, contarte que fueron 2 casos que efectivamente estaban en residencia, entonces, em.. fue complejo y fue complejo por la visión que tiene SENAME, que es lo que hemos estado hablando en este tiempo, cierto, de estigmatizar a los niños que están en contextos residenciales y sus familias, porque hay un histórico en el sistema de protección, con las malas prácticas que se dan en residencia, entonces uno intencionaba cierto, abordar con los niños eventos traumáticos, relacionados por ejemplo a las vulneraciones en la esfera sexual, pero los niños estaban siendo vulnerados en la misma esfera en el lugar donde debían ser protegidos, entonces, era como avanzar 2 y retroceder 2 más. Porque en el fondo, la dinámica instaurada en la institución y sobre todo en los contextos residenciales es a normalizar esos patrones..ya..y yo creo q eso fue lo más complejo y siempre va a ser lo más complejo porque en efecto, las residencias no tienen una mirada de protección, ya, sino que el asistencialismo. Y eso es lo complejo, porque tampoco hay estrategias como para preveer la existencia de vulneraciones, para trabajar sintomatología con los niños dentro de los contextos residenciales y finalmente es su casa, pero no se ve así.

20) Y Esos dos casos eran de residencia?

Sí, 2 casos, eh...claro, eran 2 casos y fue bastante complejo, porque a demás sucede en uno particular que, los niños tuvimos que trasladarlos a otra región porque la región aquí ya se estaba quedando sin eh...sin institución para hacerse cargo de la residencia. O sea la residencia se cerró y tuvieron que reubicar a los niños y no importó si los niños estaban cerca de su sistema familiar en la otra residencia. No importó si los niños iban a tener no régimen comunicacional con sus familias una vez que se trasladaran a otras residencias. Entonces en sí, se vulneraron sus derechos de parte de las mismas instituciones. Entonces es súper complejo porque cómo tú le explicas a un niño que tú le haz dado un mínimo de predictibilidad, porque el PRM tampoco es que haga más que aquello. Porque en realidad los casos que están en residencia, los que deben hacer más, son las residencias, sí..pero lo poco que tu puedes hacer por ese caso, se ve afectado.

21) En base a los 2 ejemplos anteriores, ¿cuáles fueron las principales dificultades del caso para alcanzar los objetivos de intervención?

En los 2 casos y te voy a hablar de..porque eran niños de distintas edades, pero en los 2 casos interfirió lo mismo. Las conductas maltratantes de ETD dentro del contexto residencial, las vulneraciones vivenciadas dentro del contexto residencial por otros pares..eh..el bajo manejo en término de sintomatología y de regulación de las profesionales y las ETD en residencia, el no realizar el despeje familiar a tiempo respecto de quiénes podrían o no hacerse cargo de los niños para poder generar un egreso del contexto residencial, em...y esto que te digo yo de em..de ..la estigmatización de los casos que han persistido larga data en los contextos residenciales y que eso no viene solo desde las residencias, viene desde el servicio nacional de menores, al menos acá en Atacama, que es donde yo he podido trabajar más. Entonces esos han sido los principales factores creo yo, que han afectado los procesos con los niños. Porque en realidad re-elaborar con un niño en un contexto residencial es complejo, porque cuáles son sus figuras de contención. Entonces yo creo que eso es..y yo creo que esa es la piedra de tope de todos los PRM, cómo trabajar con niños en contexto residencial.

22) Podrías darme algún ejemplo, sin profundizar en antecedentes personales, de 2 casos que hayan sido particularmente facilitadores para lograr los objetivos terapéuticos?

Casos facilitadores, creo que em..la verdad es que yo te podría decir no hay..no te podría dar un caso que haya sido facilitador o que haya sido menos complejo...es difícil porque en realidad, lo que pasa en los PRM es que uno no solo trabaja con la vulneración en la esfera sexual, trabaja con violencia de género en la pareja, con maltrato grave, maltrato relevante, institucionalización temprana. Entonces son varias, varias aristas que uno va trabajando, pero yo creo que los facilitadores estaban en aquellos casos en que se trabajaba con otra red. Por ejemplo, los casos que estaban en PRM y al mismo tiempo estaban en familias de acogida, ya, porque el trabajo de los FAE o de las familias de acogida, igual es un trabajo bastante significativo en la adaptación de los niños en un contexto externo, que no es su familia de origen, no es su papá, no es su mamá. Puede ser un tío, una abuela e incluso un externo, un tercero significativo. Pero PRM, perdón, FAE, hace tan bien el proceso de adaptación de los niños en ese sistema que el PRM puede generar una re-elaboración con esos adultos, porque ya está la adaptación a este sistema, hay una contención en esa adaptación y el PRM puede

centrarse en sus objetivos de re-elaboración. Entonces yo creo que eso fue alguno de los facilitadores que al menos yo pude trabajar estando en PRM.

23) En la realidad práctica del ejercicio profesional ¿Cuáles crees que son los principales factores que influyen en que un/a profesional entregue un servicio de calidad a sus usuarios/as?

La cantidad de casos que pueda tener..em..porque estamos hablando de casos que son de alta complejidad y no es uno, son 25, entonces yo creo que el número de casos ..y a veces más...o sea, yo llegué a tener 30 casos eh..unos en egreso y seguimiento, otros tantos en intervención. Y en realidad, el egreso y seguimiento es, yo diría que es como una falsa esperanza, porque en etapa de egreso y seguimiento siguen habiendo crisis que uno debe ir conteniendo, entonces cuando hay tantos casos, hay menos disponibilidad por parte de los profesionales y la verdad es que los que trabajamos ahí damos prioridad, aunque suene un poco em..poco profesional aquello, pero es dar prioridad a aquellos casos que son mucho más complejos que otros. Y en realidad eso va al juicio que uno tenga como profesional y la dupla psicosocial tenga de cuál es más complejo que otro. Entonces yo creo que la cantidad de casos es algo que influye en los factores. La carencia de espacios de autocuidado que son... Yo he estado en PRM y los autocuidados pasaban a ser más estresores que facilitadores para disminuir el estrés. La doble pega administrativa, esto de registrar en una plataforma y además tenerlo en una carpeta y a demás tener que escribirlo, complejo, em..La...digamos, la forma de ingreso, que a veces ingresaban de 10, de 15, de 8..eran muchos ingresos a la vez...em...entonces eso implicaba que en el mismo periodo se tenía que evaluar diagnóstico, de los 8 ingresos nuevos, de los 15 ingresos nuevos, entonces eso también es agotador, porque es una aplicación de pruebas, con visitas domiciliarias; implican muchas estrategias que van de por medio, entonces eso también es complejo. Y lo otro que es complejo, que me parece más grave aun, es que em..llegamos muchos con muy poca experiencia en el trabajo en red y eso hace que uno no le tome el peso a lo que es trabajar en infancia, porque viene como recién salido de la universidad. Y me pasa, porque yo también salí de la universidad a trabajar a un PRM. Entonces em..es de mucha relevancia que las instituciones que tienen los PRM, se hagan cargo que aquella inexperiencia de sus profesionales y los capaciten, porque uno trabaja con la vida de niños, con la vida de familias..entonces yo creo que esa es una conducta bastante negligente por parte de las instituciones.

24) ¿Porqué crees tú que hay profesionales recién egresados que ingresan a trabajar con casos de alta complejidad más que profesionales con experiencia?¿Qué pasa ahí en los PRM?

Sí, yo creo que pasa como te digo, la carga laboral, la falta de recursos, los sueldos son bajísimos, son muy bajos los sueldos que pagan. Yo te digo, yo trabajando en PRM tenía que pelearme con mis compañeras, casi en una competencia para obtener un bono, porque el bono se lo ganaba la persona que lograba hacer todos los informes, que tenía todos los registros al día. Y estamos hablando de 30 casos que los veías una vez por semana y que además de verlos o visitarlos, tenías que hacer informes, registros y teniendo todo eso al día, tu podías recién optar al bono, pero el bono no era para todos. Entonces ahí también se generaba una competencia que era bastante estresante, a raíz de la precarización que había a nivel económico. Entonces yo creo que eso pasa; la gente que tiene más experiencia, no va a invertir su experiencia y su conocimiento en un contexto en el que paguen poco, porque a demás implica desgaste emocional, implica mucha pega administrativa, alto nivel de estrés. Además, yo te puedo decir, las condiciones laborales no son óptimas. Nosotras hasta peleábamos por cuál era la mejor silla con la que se iba a quedar. Entonces estoy hablando de aspectos básicos que tiene que ver con dónde tu te sientas para trabajar a aspectos macro que tienen que ver casi con una explotación laboral. De tener muchos casos, de tener que cumplir sí o sí y de que si no cumplías, había sanciones; te ponían una, dos, tres cartas de amonestación, la amenaza del despido permanente. Entonces yo creo que la gente que tiene experiencia y que ha invertido en estudios para con la infancia, no se va a someter a esa precarización y creo que la gente nueva sí está dispuesta, porque es una nueva experiencia, porque uno ganando experiencia puede optar a otros trabajos. Lo digo porque yo también fui nueva cuando empecé en el PRM, entonces yo creo que eso es lo que pasa.

25) ¿podrías relatar cómo ha sido tu experiencia en el trabajo de dupla psicosocial?

Uy..difícil también (risas). La verdad es que el PRM, en los 2 PRM que yo estuve, te voy a hablar de las 2 experiencias. Las 2 experiencias fueron con una rotación de profesionales permanente. Yo en un año pasé por lo menos por 5 duplas, por 5 psicólogos..em..y obedecía a que el trabajo era tan arduo que se cansaban, se aburrían, no se lograban vincular con los niños. Y lo complejo ahí no era para uno como profesional, sino que para las familias, el impacto que eso generaba en los niños donde no había ninguna predictibilidad en su proceso de reelaboración. Entonces fue difícil y yo creo que se une mucho a lo que hablábamos recién, no, como de esta precarización y este constante estrés que, en realidad no todos están dispuestos a aquello y se van rápidamente. Y con las duplas que pude tener de manera más permanente, em..debo decir que tuve buenas experiencias, al menos con las personas que estuvieron más tiempo..eh..en el sentido de entender la infancia desde otro punto de vista y ahí tiene que ver con un plano personal, con que a mí me gusta el trabajo en infancia, pero no todos los profesionales tienen esa visión. Todo eso implica o afecta a las personas que vienen a trabajar en estos espacios.

26) Desde tu punto de vista ¿los programas PRM deberían tener un modelo de intervención centralizado con lineamientos generales o bien, modelos locales en las distintas regiones del país?

Sí, yo creo que tiene que haber modelos locales porque la realidad que tenemos en Copiapó y te lo puedo decir que yo he trabajado en Copiapó y en Calama, que son las dos zona norte, pero totalmente distintas la una de la otra. Entonces el modelo PRM tiene que flexibilizar ante las necesidades territoriales que tiene cada región cierto y yo creo que también tiene que empezar a alinearse en términos de la comprensión del fenómeno.

27) ¿En qué sentido?

En el sentido de que por ejemplo, yo te podría decir que eh...yo...te lo voy a decir como desde el trabajo que hago ahora que se distancia un poco del PRM. Yo sé que estamos centradas en el PRM pero para que tu me entiendas un poco..Por ejemplo yo ahora, trabajo con varias instituciones de distintas regiones y para el sur sucede mucho que se dan muchas vulneraciones, por ejemplo, en el ámbito sexual, más que las de violencia. A diferencia por ejemplo, de la zona norte, que uno logra visualizar más situaciones de violencia y malos tratos en la crianza. Entonces el modelo del PRM tiene que agenciarse según esas necesidades, de los ingresos que uno tenga a los programas y conocer de problema, del fenómeno de lo que es la violencia, de lo que es el abuso sexual, cierto...eh...y centrar los objetivos en aquello..entonces...y eso no pasa porque los objetivos del PRM son lineales.

28) Probablemente pueden haber factores culturales y territoriales que influyen en los tipos ingreso a los programas, que influyen en cómo las personas entienden la infancia, entienden la violencia, entienden el maltrato, el buen trato, incluso el género, que yo creo que no se puede tener una visión universal de eso.

Exacto. Entonces yo sí creo, disculpa Vari, es que el PRM tiene lineamientos muy macro, que no se van a la especificidad de cada región, de cada lugar...em...entonces por ejemplo, yo te podría decir aquí en los PRM hay 2, Tierra Amarilla y el Cepij Copiapó-Caldera y el Tierra Amarilla tiene muchos más ingresos de niños en contexto residencial que los que tiene el Copiapó-Caldera, por ejemplo. Entonces em...yo creo que eso ya es una especificidad. O sea si el PRM Tierra Amarilla va a trabajar con niños que están en contexto residencial, apuntemos a eso y a preparar a lo mejor el programa para ese tipo de perfiles y tener una especialización cosa de tener un buen proceso para esos niños, sí y eso yo creo que tiene que pasar a nivel nacional en todos los PRMs o en los lineamientos del PRM, que exista una especificidad por zona, por patrones culturales que hay en cada región, eh..porque hemos visto que este sistema macro, este lineamiento macro de los PRM, no sirve para todos.

29) ¿Cuáles consideras que son las fortalezas y debilidades del modo de intervención de terapia grupal en infancia de 0 a 10 años?

Ya...yo creo que las fortalezas son muchas, eh... porque basándonos en algunos modelos de intervención, cierto, el trabajar en terapias grupales, permite disminuir la estigmatización o autoestigmatización que se genera a raíz de la vulneración de derechos de los niños. Entonces, al menos el trabajo que logré yo hacer desde la modalidad grupal, yo visualicé como factor relevante, el que se disminuya la estigmatización en trabajo grupal, el que existe mayor empatía en la respuesta que tienen los niños con sus pares, eh...en que

muchos niños y familias incluso, hicieron amistades a raíz de la misma historia o una historia similar que vivieron con sus hijos, entonces permite ampliar la visión que tienen de la vulneración, ya. Y eso yo creo que es muy significativo y es un factor relevante en los procesos de terapia grupal. ¿Cuáles son las debilidades? Cuando no hay un proceso de terapia grupal claro y se hace por cumplir metas y es lo que habitualmente pasa en los PRM. Cada equipo, sacar más intervenciones, <metamos 30 niños en una intervención y saquemos las intervenciones mensuales> y en eso se pierden los objetivos, se pierde la claridad del proceso de intervención y se desgasta más al equipo profesional...

30) O sea, de alguna manera, que la intervención esté bien hecha...

Exacto. Porque pasaba mucho o en la experiencia que yo te puedo dar, es que nosotros tabajabamos en las sesiones grupales pero seguíamos teniendo casos individuales, entonces existía la misma presión e inclusive más carga laboral para los profesionales que trabajaban. Pero el impacto de las terapias grupales, obedecían a eso, a lo que implica la grupalidad, el hablar de aquello con una persona que tiene una realidad similar a la tuya y eso en sí es muy resignificador para los niños, pero cuando se hace bien, como lo decíamos.

31) ¿Cuáles consideras que son las fortalezas y debilidades del modo de intervención de terapia individual en infancia de 0 a 10 años?

Si tu me preguntas a mí, yo creo que em, de 0 a...es que es complejo, porque yo creo que en la primera infancia, tienen que ser terapias con la figura de cuidado de los niños, porque la mamá tiene que aprender a leer a ese niño, a responder a ese niño cuando son pequeños. Estoy hablando no sé, de los 0 a los 4,5 años, donde probablemente la mamá...a demás considerando son mamás que su hijo vive una vulneración compleja, entonces ahí yo creo que hay que trabajar con las figuras de cuidado o por ejemplo, si estas vulneraciones tienen que ver con la negligencia parental, con el descuido de los adultos, más relevante aún, trabajar desde esa forma. Eh...no sólo en espacios individuales, es difícil ya, porque el niño necesita de otro para co-regular. Entonces ahí em...a veces sucede que en los PRM solo se centra en la atención individual por sobre la familiar, yo creo que ahí está, se pierde un poco el foco de lo que es la terapia con esos niños pequeños ya, porque es importante tener un espacio individual, pero al mismo tiempo buscar a la figura co-regulara para que pueda apoyar esos avances con los niños, sobre todo como te decía, en los casos que son de negligencia o patrones relacionales un poco más complejos. Y con los más grandes ¿Qué te podría decir? De 5 a 10...yo creo que la debilidad, no creo que existan debilidades, yo creo que lo que hay que potenciar ahí son las herramientas a los profesionales..

32) ¿En qué sentido?¿qué tipo de herramientas?

En que...hay que incorporar herramientas más lúdicas en los profesionales..ya..que los profesionales puedan comprender al niño desde un trabajo más lúdico, porque hablar de terapia o tener un espacio terapéutico para un niño tan pequeño, no siempre..a veces es amenazante, porque son pequeños y les cuesta también entender que van a un espacio de terapia. Entonces yo creo que ahí eh.. la institución debiese facilitar las herramientas para que los profesionales puedan abordar o puedan generar estrategias de intervención acorde a la etapa de los niños y que a demás faciliten el recurso, el espacio, la sala y aquí te voy a contar una experiencia que me pasó hace poco, que por ejemplo acá trabajando en Copiapó, teníamos bien pocos recursos materiales de juguetes eh.. y varias cosas, pero por ejemplo una amiga, que trabaja igual en un PRM en el sur eh...tenía una sala con la caja de arena, por ejemplo, completa, ósea tenía un estante con todas las figuras para poder trabajar terapéuticamente con niños de la edad que tú me preguntas. Entonces yo creo que ahí también va por cada institución en el que realmente apunten al trabajo con esa edad, de ese grupo etario.

33) ¿En qué medida consideras que es relevante o no la participación de la familia en el proceso de resignificación traumática y restitución de derechos de niñas, niños y adolescentes?

Yo creo que es fundamental...eh...no hay ningún proceso terapéutico que se pueda sostener, al menos yo creo, solo, sin una red familiar, entendiendo a demás la complejidad de las vulneraciones con las que se trabaja en un PRM. Entonces es súper relevante el trabajo que se haga con las familias, que además la familia igual viene traumatizada por ese evento. Siempre hay que mirar al niño de manera sistémica, sí..el trauma no sólo lo impacta a él, sino que también a la familia y la respuesta que vaya a tener la familia, entonces em...sí trabajamos solo con el niño, la familia a lo mejor no va a responder a las necesidades de él o si trabajamos

solo con la familia, invisibilizamos las necesidades del niño. Entonces yo creo que es un trabajo que tiene que ser con ambos.

34) Desde tu perspectiva ¿Cuánto tiempo de intervención en un programa PRM sería necesario para lograr adecuadamente los objetivos de restitución de derechos y resignificación? ¿porqué?

Mira, la verdad es que yo no me creo capaz de decirte cuánto tiempo. Porque la experiencia que yo he tenido es de periodos cortos y de periodos muy extensos. Que en realidad no depende del trabajo que haga solo el profesional, sino que de las necesidades que vayan teniendo los niños, entonces no podría decirte un tiempo; yo creo que el tiempo del proceso terapéutico dependerá de las necesidades y de los avances que tenga cada niño y cada familia y yo creo que eso se invisibiliza en los programas, en los PRM particularmente, donde el cumplimiento es 1 año em..y en el año, independiente de las necesidades que pueda estar el niño, se egresa igual. ..eh..o es más, hay niños que se mantienen más de un año, siendo que su proceso ya debe haber terminado porque el niño ya no quiere hacer más terapia pero se mantiene porque no hay ingresos nuevos. Entonces yo creo que aquí eh..el sistema juega mucho con eso y yo creo que el tiempo lo debe determinar el proceso del niño y de la familia.

35) Claro, igual de alguna manera, las subvenciones, generan un impacto en los tiempos en que están las niñas y los niños.

Exacto, es que el modelo está pensado mercantilmente...sí..como del recurso, la ganancia, el dinero...em...y volvemos a lo mismo que hemos hablado todo este tiempo, cierto, que en realidad, por ahí no hay una restitución de derechos, porque se sigue viendo de manera ganancial el proceso de intervención. Entonces yo creo que el proceso depende de los niños..eh..y de sus tiempos también.

36) ¿Consideras que la teoría psicosocial es importante para hacer una adecuada intervención socioterapéutica con las familias de NN? ¿porqué?

Que buena pregunta (risas)...eh..yo creo que sí, yo creo que es importante eh..el tener conocimiento em..para poder hacer un buen trabajo, yo creo que la experiencia no lo es todo en los trabajos en infancia, porque el trabajo que uno hace tiene la responsabilidad en cómo impacta a ese niño, a esa familia en la vida futura. Entonces yo creo que sí, en efecto es lo más importante..si..el estudio, la capacitación, el conocimiento, porque yo te digo, el trabajo social, yo cuando estudié en la universidad, nadie me preparó para trabajar en infancia y yo llegué sabiendo qué era hacer una visita domiciliaria y..y sería..entonces sí, yo creo que uno tiene que profundizar en eso.

37) ¿A qué marco teórico adscribes tú en tus intervenciones psicosociales con NN y sus familias? ¿porqué?

Qué marco teórico ¿podría nombrarte autores?

38) Claro, bueno, hace un momento me nombraste la visión sistémica..

Sí, yo creo que, mira, la visión sistémica es una que a mí me gusta mucho, porque creo que uno tiene que partir, cierto, desde la mirada ecológica del fenómeno, cualquiera sea. Pero yo creo que lo enriquecedor que pasa en los PRM es que uno nunca se queda con una sola línea em..porque los casos son de tanta complejidad que uno tiene que ir utilizando distintos modelos. Ya, yo me acuerdo de compañeras, em, que trabajaban desde el modelo constructorista, otras de, nosé, una serie de ...porque es así, es dinámico, como que uno no se puede quedar con uno solo. A mí en lo personal, me gusta el sistémico, eh.. porque creo que es la forma de ir resolviendo, no solo el proceso de re-elaboración, sino que otros aspectos que van influyendo en el sistema familiar, pero creo que uno..de nombrarte uno, dos, es poco..

39) Como que pareciera que una teoría no da a vasto para la complejidad de las necesidades de los casos..

Exacto y que en algunos casos es super relevante, por ejemplo..yo desconozco los modelos que se desarrollan al nivel de la psicología, ya..lo puedo saber porque he trabajado con psicólogos y eso me permite tener un poco de conocimiento, pero por ejemplo lo que a mí me ayudó también, es entender sobre apego y yo te digo, en la universidad fue algo que a mí no me pasaron, pero si en el trabajo de infancia, es algo muy significativo

también, entonces...porque te permite tener un techo para poder trabajar. Y yo creo que pasa con muchas corrientes o a lo mejor, muchas otras teorías o estudios de infancia que apuntan a eso.

40) En base a tu experiencia ¿Qué actividades concretas consideras que son más efectivas para psico-socio educar a las familias de las consecuencias de la vulneración y potencias las habilidades de co-regulación emocional en los cuidadores de NN entre 0 a 10 años?

Yo creo que lo...como estrategias?

41) Claro, actividades concretas..

Yo creo que el trabajo de las sesiones familiares es importante...no todas, pero sí parte de ellas tiene que ser en un trabajo familiar, cosa que el niño pueda ver a su familia interactuando en un trabajo distinto y la familia también vea al niño interactuar también desde otro punto de vista em...me parece súper relevante incorporar en los procesos, el trabajo de derechos de infancia, ya...que no todo se centre en el proceso de re-elaboración, sino que la familia y el niño o niña pueda acceder a reconocer sus derechos, que también eso es parte importante eh...creo que muchas veces tienen que ser actividades muy concretas, muy gráficas, dibujos, em...porque estamos hablando de psicosisocioeducación, no estamos hablando de terapia, cierto, entonces yo creo eh...temas de calendarización, buscar cosas mucho más concretas, que les sean fáciles para el sistema familiar de comprender...no.. por ejemplo, también esto del video feedback, la sala de espejo, todo este tipo de actividades que sean más concretas y que a la persona le permita verse a sí mismo, para poder generar cambios, también es importante.

42) base a tu experiencia ¿Qué actividades concretas consideras que son poco efectivas para psico-socio educar a las familias de las consecuencias de la vulneración y potencias las habilidades de co-regulación emocional en los cuidadores de NN entre 0 a 10 años?

Yo creo que limitarse a la narrativa o al lenguaje. Creo que eso no puede pasar en un proceso de re-elaboración o con las familias..em..sí, creo que uno tiene que variar y tiene que variar según las necesidades del sistema familiar.

43) ¿Y porqué limitarse a la narrativa sería poco efectivo?

Porque hay situaciones que van más allá, que van a lo conductual también, que no solo van a la narrativa. Por ejemplo, una desregulación en la que tu puedes intervenir in situ con la mamá, requiere del accionar concreto del profesional y con el adulto. Y a la adulta, si está en un nivel de estrés, por ejemplo en una desregulación de su hijo, el que tú utilices la narrativa con ella para que se accione, no va a servir, por los altos niveles que tiene tanto ella como el niño, a diferencia si tu vas al acto concreto, de apoyarla, ayudarla o mostrarle con ejemplo cómo se puede hacer. Te digo un ejemplo súper básico Vari, pero pueden haber muchas otras situaciones. Yo me acuerdo y varias profesionales por ejemplo, em..al menos que yo he trabajado en los PRM, utilizaban em, imagería, utilizaban, sobre todo con los adolescentes..sé que esto es edades más pequeñas, pero yo creo que eso, porque había un desgaste de los niños también, de sólo trabajar en la narrativa, también necesitaban otros espacios.

44) ¿Cuáles son los factores que impactan en la adherencia y motivación de las/os cuidadores a un programa PRM?

El principal factor es el miedo, porque los ingresos parten de una medida de protección que es coercitiva, más allá que tenga, cierto em... como objetivo principal el proteger a los niños, no deja de ser una medida coercitiva para el sistema familiar...em...yo creo que eso es lo primero, como el temor, el miedo, la incomodidad. Porque además implica que un tercero se va a entrometer en tu vida privada y creo que pasa mucho en los contextos de vulnerabilidad social sobre todo, en que se está muy acostumbrado a invadir su espacio privado y se está muy normalizado. Entonces yo creo que el miedo es un factor que incide, el que sea una medida coercitiva también incide. El las situaciones de violencia, el, el, digamos el quiebre, cierto, en estos pseudo equilibrios que tienen los sistemas familiares también generan cierta resistencia a los procesos de intervención. También la disposición de los profesionales, eh...o el agotamiento de los profesionales ...porque hay procesos que no siempre van a responder a las expectativas que uno tiene, entonces uno también tiene que hacer el proceso de nivelar expectativas en cuanto a las intervenciones, al caso a caso, a las familias. Entonces yo creo que esos son los factores que inciden en la adherencia.

45) ¿Cuáles son las principales dificultades de trabajar con familias que se encuentran en situación de pobreza o vulnerabilidad sociocultural en contexto de PRM?

Yo creo que em... voy a poner un ejemplo, no sé qué podría empezar....es lo mismo que cuando un niño va a clases y no toma desayuno en la mañana. Es como cómo el niño va a estar centrando su cabeza en estudiar si no ha solventado algo básico que es la alimentación. Siento que a nivel terapéutico pasa lo mismo, cómo le pedimos a un niño que se centre en su terapia si a lo mejor su papá está sin trabajo, que es un factor de estrés, si a lo mejor los papás pelean mucho, o que a lo mejor dependen de la caja JUNAEB, entonces, incide, incide mucho. Porque en realidad uno ve en los PRM que va más allá de la re-elaboración, va más allá del proceso terapéutico, hay un montón de otros factores que son necesarios trabajar y mejorar para apoyar a los niños, para que ellos puedan mejorar y tengan las condiciones para un proceso de re-elaboración. Entonces yo creo..y eso coincide mucho con lo que yo te decía de que las redes trabajan aisladamente. Porque probablemente si se hiciera un trabajo más en el macrosistema cierto, para trabajar con los niños, probablemente las carencias económicas serían menores. Pero sí es un factor de estrés, entonces es difícil trabajar con un niño una re-elaboración de su vulneración cuando en realidad hay otros factores estresores que están más presentes y que lo afectan mucho más incluso a veces.

46) Y por ejemplo, ¿esos factores afectan, más allá de los niños, a los procesos de aprendizaje o de re-elaboración de las propias familias, de los adultos?

Sí, totalmente, porque al menos me ha pasado que, no sé, de la hora que uno puede estar, hora y media con los adultos, al menos la mitad del tiempo es ayudándoles a resolver problemas económicos y después recién, cuando hay una solución de aquello, se puede abordar el tema del niño. Entonces incide considerablemente, la respuesta que puedan tener los adultos e inclusive la disponibilidad hacia sus hijos. Entonces esos son factores que sí o sí se tienen que considerar en los procesos de trabajo.

47) ¿Cuáles crees tú que son las habilidades blandas que requiere un profesional para vincularse adecuadamente con los cuidadores de NN que han sufrido vulneraciones a sus derechos?

Empatía, comunicación. Porque pasa muchas veces que la familia se entera de las cosas en audiencia y que los profesionales antes nunca se lo comunicaron, nunca se lo informaron..em..entonces yo creo que dentro de las habilidades blandas, son la empatía, la comunicación..em..la comprensión de la situación familiar..eh..creo que va por ahí, por ahí más bien..

48) ¿Qué tan relevante es el diagnóstico social en el marco de una intervención en un programa PRM?

Sí, es bastante relevante, ya. Cuando hay un diagnóstico claro, cuando hay un diagnóstico con lineamientos claros. Yo creo que el área social tiene que ver con esta mirada sistémica que hemos estado hablando, de mirar no solo al niño, sino que mirar todo su sistema familiar, saber con qué redes cuenta el niño o con qué redes cuenta inclusive el adulto, para su propia contención. Entonces yo creo que el área social tiene que ver con lo económico y tiene que ver también con las redes disponibles, que es lo que a nosotros se nos dice como el ecomapa familiar, que es una herramienta que usa mucho el trabajo social, justamente para eso, para dar una visión de las condiciones socioambientales de los niños. Entonces yo creo que eso es super relevante.

49) Desde tu punto de vista, idealmente, ¿Cuántas veces al mes se debería intervenir con las/os cuidadores y qué duración (en minutos) debería tener cada sesión? ¿Cuáles debiesen ser los principales objetivos a abordar con los cuidadores?

Yo creo que eso la modalidad del PRM lo ha pensado bien, en la temporalidad. Son sesiones de una hora más o menos, de trabajo con los adultos. La frecuencia igual me parece que está bien una vez a la semana, porque es como para ir avanzando en el proceso, pero también me parece relevante que no solo tiene que ser como te decía yo recién desde lo individual, también debiese haber un espacio en esas sesiones, como te decía, para trabajar a nivel familiar. Que los papás accedan al niño, que los niños accedan a los papas, en un trabajo que la dupla psicosocial pueda visualizar una mirada más sistémica en el trabajo. Entonces eso también le va a permitir a la dupla, ir visualizando el impacto de la intervención que se está haciendo. Entonces

yo creo que en eso, los tiempos son, al menos el modelo de intervención del PRM, sí está bien pensado en aquello.

50) ¿y cuáles son los principales objetivos a abordar?

Los principales objetivos..es que eso es súper amplio, porque va a depender del caso a caso, entonces si el niño ingresa por violencia de género, tenemos que hablar de roles en el sistema familiar por ejemplo. Si el niño ingresa por una vulneración en la esfera sexual, tenemos que hablar la sexualización traumática. Entonces yo creo que eso sí o sí, depende del caso a caso, pero si me preguntaras por objetivos, eh...digamos que sean transversales, eh , tiene que hablarse de derechos, se tiene que hablar de derechos, tiene que hablarse de temáticas de género y diversidad sexual como parte transversal del plan de trabajo que se desarrolle, más allá de los objetivos que se puedan tener al caso a caso, pero sí, esos 2 me parecen centrales, al menos en la transversalidad

51) Si pudiéramos categorizar los casos ingresados a PRM entre baja complejidad, mediana complejidad, alta complejidad y extrema complejidad, ¿Qué características le darías a cada uno? Menciona al menos 1 de cada caso.

Baja complejidad..qué difícil (risa). Yo creo que lo menos complejo, son por ejemplo, los abusos sexuales extra-familiares y que no son crónicos...eh...¿después viene la mediana?

52) Mediana complejidad..

La mediana complejidad, yo creo que son los casos que son de violencia de genero o violencia intrafamiliar donde existe problematización del problema o del fenómeno de la violencia

53) O sea, de alguna manera que haya un contexto relativamente protector o adherente a las retroalimentaciones del PRM ¿algo así?

Sí, como en el fondo, lo que pasa en muchos casos de violencia, es que si no hay problematización, se vuelve a caer en la dinámica. Y siempre pasamos por el círculo de la violencia que es como muy conocido. Pero pasa en los casos de violencia de género, cuando hay una problematización del fenómeno de la violencia, cuando hay una mujer que efectivamente logra visualizarse como víctima de los hechos y reconocer a sus hijos como víctimas, se apertura la red de apoyo y eso lo hace menos complejo. Es complejo igual, porque estamos trabajando con, con, digamos, patrones relacionales que son complicados, entonces...pero cuando ya hay una red, cuando ya hay una problematización, uno ya tiene una base de dónde partir a trabajar, entonces yo creo que eso es de mediana complejidad.

54) Alta complejidad..

Yo creo que alta complejidad, pondría todos los casos que tienen vivencia de vulneración de manera crónica..ya, sí...vulneraciones crónicas de larga, larga data...em, sí...yo creo que esos son los de alta, alta complejidad.

55) ¿Y extrema complejidad?

Extrema complejidad, todos aquellos que haya un riesgo vital.eh..y que tienen que ver, por ejemplo, con casos de maltrato grave, de niños que han quedado con secuelas y que hemos visto también, con femicidios frustrados, em...todos aquellos casos que esté en riesgo la vida de los niños, em...inclusive aquellos casos en donde hay cuadros médicos complejos em..porque eso también incrementa los niveles de estrés en el sistema familiar, entonces, no sé, enfermedades como el alcoholismo, drogadicción, eh..cierto..eh, algún cáncer, todo eso, todo lo que sea, digamos, una enfermedad compleja y también, todo aquello que haya riesgo vital....eh..sí, serían los de alta, alta complejidad.

56) Manteniendo las categorías anteriores de los casos ingresados a PRM entre baja complejidad, mediana complejidad, alta complejidad y extrema complejidad ¿qué estrategia específica harías para intervenir efectivamente conforme a las necesidades de cada caso? Menciona a lo menos 1 acción o estrategias específicas para cada caso.

De baja complejidad, yo generaría, no sé, sesiones familiares e individuales, donde, en la medida en que el niño se sienta en confianza para poder trabajar el daño que presenta, em...y yo creo que ahí se podría dar el trabajo en la grupalidad.

57) ¿Mediana complejidad?

Mediana complejidad...eh..ahí sería vital la activación de redes familiares..ya en la mediana complejidad...cosa de contar con más de una figura co-reguladora para el niño o el sistema familiar...entonces ahí hay que hacer un despeje familiar...eso, sí, un despeje familiar.

58) ¿Y de alta complejidad?

De alta complejidad, seguiríamos como en la línea de ampliar redes, de hacer un trabajo familiar e individual y tener instancias de análisis de caso que sean constantes. Creo que ahí, tener espacios de a lo menos una vez a la semana o una vez cada dos semanas, de tener un espacio de análisis con un externo al proceso y que te pueda ir diciendo u orientando para ver si las estrategias que se usan, son positivas o no. Entonces aquí yo creo que no solo tiene que ver con el trabajo que se pueda hacer de manera eh..esencial con la familia, sino que también de manera interna por parte del programa para ir activando acciones según las necesidades del caso, porque estamos hablando de que son casos que están en permanente crisis, entonces la realidad de ese caso en particular, se va a modificar siempre de manera muy abrupta o en cada crisis. Entonces yo creo que ahí sí es necesario el análisis constante de esos casos en particular.

59) ¿Y aquellos de extrema complejidad?

Sí, yo creo que ahí las estrategias son, activar la red externa derechamente..sí, yo te hablo..los casos de riesgo vital, se tienen que activar las redes que están disponibles para eso y los recursos. Por ejemplo, podría ser fiscalía, que mediante URAVIT, se puede conseguir muchos recursos económicos para proteger a un sistema familiar, casa de acogimiento en algunas otras instancias...eh...los programas FAE en la búsqueda de familia externa, que pueda eventualmente tener un cuidado provisorio del niño, evitando cierto, que los niños ingresen a contexto residencial. Y en el caso ya más complejo, de que los niños deban ingresar a la red familiar...em...yo creo que ahí lo que hay que hacer también, es tener claridad ante la prognosis del caso y en el peor de los escenarios, eh... evaluar una susceptibilidad de adopción. Pero a toda costa, evitar la data de los niños en la red institucionalizado. Entonces yo creo que ahí siempre es relevante la red externa a la del programa y claramente la interna desde el análisis que se pueda tener con el equipo; yo creo que aquí lo fundamental es en los casos de alta y extrema complejidad, es el aporte que te puedan hacer tus compañeros en el análisis del caso a caso.

60) Si pudieras establecer 5 medidas para mejorar la calidad de las intervenciones en los PRM ¿cuáles serían estas medidas?

Claramente, disminuir la cantidad de caso; yo creo que 15 casos por dupla es más que suficiente (risas). Eh...creo que la capacitación constante, que los profesionales puedan tener cursos cada 2 o 3 meses, eh.. de temas atingentes a lo que sucede en el PRM..eh...creo que deben haber espacios de análisis con instituciones externas, como por ejemplo la defensoría de la niñez eh... que pueda otorgar herramientas cierto, desde el plano judicial, porque muchas veces desde los PRM también hay una merma desde las respuestas judiciales, desde las solicitudes que puede hacer el PRM en términos judiciales, entonces creo que haya un asesoramiento jurídico, más allá de que cuenten con abogados, es importante. Me parece super relevante, mira, desde la intervención, la capacitación, la reducción de los casos, la especialización de los profesionales. Desde lo administrativo, ojalá, tener solo una plataforma de registro, em...digamos que principalmente eso. Desde lo estructural, yo diría contar con los espacios de intervención para los profesionales y los niños, con los materiales que se requieren, inclusive, salas diferenciadas por rango etario..eh..yo creo que pensar un modelo de intervención centrado en el perfil que uno atiende en el PRM. Ya, yo creo que eso es fundamental.

61) Si pudieras elaborar un programa PRM ideal y desde cero ¿cómo sería ese programa?

Yo lo haría, bueno, la directora, los coordinadores clínicos y proteccionales respectivos, la dupla psicosocial, disminuir los casos de atención, em.. y hacer especializaciones por PRM. Yo creo que habría que tener PRMs especializados en las situaciones que son más comunes de ingreso..em..en qué sentido, en que a lo mejor un PRM que se especialice en casos en contexto residencial y con trauma complejo, otro PRM en violencia, otro

PRM en vulneración en la esfera sexual, em...yo creo que podría ser esa diferenciación..ya..eh...con una disminución de casos, porque eso te permite ir dirigiendo un poco las capacitaciones que vas a hacer a cada profesional en un área específica y con eso disminuir la carga y el estrés que se genera por tener casos muy complejos y de distintos fenómenos. Que yo creo que eso uno como profesional se tiene que multiplicar para poder responder a todas esas cosas que o a esos ingresos que uno tiene. Yo creo que..que además una mejora en los sueldos sería bastante significativo, em...que se haga una buena inversión en aquello. Ya, porque yo creo que un profesional desgastado...eh...no va a hacer buenos procesos de intervención, entonces si no hay una buena compensación, si no hay un contexto que sea grato para los profesionales em...es difícil que se pueda mejorar. Entonces yo creo que la responsabilidad de las instituciones es pensar en un modelo o al menos yo pensaría en un modelo que tuviera especificidad y que contara con los recursos materiales y económicos y además con una carga que sea soportable para las profesionales, porque ahora hay un agotamiento bastante significativo.

62) ¿Qué esperarías tú de un programa efectivo y eficiente de PRM?

Esperaría de un programa la comprensión de las distintas vulneraciones que ellos tienen ingresos y es más, yo creo que a veces uno como profesional no mira siempre la historia de los sistemas familiares. Yo creo que pasa y no solo con los PRM. Voy a hablar de SENAME en general. Que SENAME plantea modelos de intervención que no apuntan a la intergeneracionalidad de los hechos vulneratorios ¿y eso a qué voy? A que los casos que generalmente llegan a la red, no voy a decir que todos, pero gran parte, son casos que vienen con historias previas, de la mamá, de la abuelita, de la bis abuelita, entonces son casos que históricamente existen patrones relacionales que son complejos. ¿Entonces qué pasa? Que el PRM se aborda...el modelo de intervención aborda un hecho específico, sí, pero no apunta hacia atrás, qué se puede apuntar intergeneracionalmente. Yo digo intergeneracionalmente porque pasa de una generación a otra no, como que no hay un quiebre en los ingresos de larga data, no, es como permanente. No hay un quiebre, no es que esa generación dejó de hacer eso y pasamos a la otra, es como permanente. Entonces yo creo que a lo mejor, yo creo que hacer un estudio sobre aquello, sobre cuál es el impacto, cuál es la historia de esos casos, de esos niños que están históricamente en la red, nos pudiese dar señales de hacer un modelo de intervención basado en eso, sí, como más en los patrones relacionales que tiene el sistema familiar, cosa que el modelo de intervención responda a los grupos familiares y no responda solo al cumplimiento de metas y a cuántos niños por abuso ingresaron y egresaron y cuántos niños por violencia ingresaron o egresaron. Creo que se entienda la transgeneracionalidad y desde ahí generar un modelo de trabajo en función a eso po. La familia, no sé, cuanto tiempo o cuántas denuncias de violencia intergeneracional hay, la mamá vivió violencia, la abuelita vivió violencia, la bis-abuelita también lo hizo, entonces ya, vamos a trabajar la violencia basado en qué, cuál es el patrón del sistema familiar. Entonces yo creo que eso le falta a los PRM, que todo es muy macro...aah violencia de género, entendemos que la violencia de género es el mismo fenómeno para todos y no es así y lo mismo pasa en las vulneraciones en la esfera sexual.

63) Hemos abordado diversos temas a lo largo de la entrevista ¿Hay algo que no te haya preguntado o no hayamos conversado que tu crees que sería relevante mencionar para mejorar la calidad de las intervenciones hacia niñas, niños y sus familias?

Sí, yo creo que hay algo muy importante y que tiene que ver con la modificación del Servicio Nacional de Menores (SENAME), porque yo creo que eh...no solo pasa con los PRM, creo que hay un modelo con el que el estado opera que es muy precario en la respuesta a los procesos de intervención de los niños, niñas y adolescentes. Entonces, pensando que el Servicio Nacional de Menores se creó desde la orfandad cierto, como de recoger niños en la calle y que no vivieran en la calle, que pudieran pasar días en una residencia y después volver con la familia, yo creo que ese modelo SENAME nunca ha dejado de tenerlo presente. Entonces yo creo que ahí hay que tener un cambio y a lo mejor soy muy idealista en lo que estoy diciendo, pero creo que tiene que haber un cambio desde cómo se observa la infancia y cómo se implementa a través del Servicio Nacional de Menores. Porque finalmente es el Servicio Nacional de Menores el que pone los lineamientos y regula a los programas de trabajo ambulatorio, que son los PRM cierto, bueno, los PTF y todos los programas en general. Entonces yo creo que aquí no parte solo por el modelo de intervención del PRM sino que por los lineamientos y el pensamiento que tiene el servicio respecto de los trabajos que se tienen que realizar con infancia.

64) ¿Entonces te refieres a que SENAME mantiene un modelo muy asistencialista, muy poco integral respecto de la comprensión de la infancia, particularmente de la infancia vulnerada? ¿a eso te refieres?

Sí, sí, justamente. En síntesis es eso, yo creo que el SENAME no piensa en la infancia como en niños, niñas y adolescentes sujetos de derechos. Yo creo que SENAME todavía los ve como objetos de derecho. Entonces qué pasa, que como son objetos, existe este asistencialismo y pucha si el niño no tiene familia, lo seguimos poniendo en residencia nomás, hasta que cumpla los 18 y después se va. O lo mandamos nomás al PRM y a lo mejor el niño es de Bolivia y su familia está en Bolivia y no accionamos para allá. Yo creo que hay muchas limitaciones que tienen que ver con como el SENAME ve la infancia, que es el objeto de derecho, por ende se quedan en la institucionalidad de los derechos del niño y no en los niños como sujeto de derechos, que ellos sean parte de lo que quieren en sus procesos, que ellos sean parte de decirte a ti como terapeuta <oiga sabe qué, yo no quiero trabajar el abuso, yo quiero trabajar en otra cosa que me afecta más, que a lo mejor yo quiero conocer a mi papá>, por ejemplo. Entonces yo creo que em..el servicio está lejos, lejos de otorgar programas, de otorgar un servicio basado en los niños como sujetos de derechos y parte, participante y activa de sus procesos. Por eso yo creo que el modelo se cae en sus intervenciones, porque en el fondo está pensado desde aquí, desde las cabezas y no desde las bases. Entonces yo creo que es eso y como está pensado desde la cabeza y no desde las bases, existen muchas precariedades probablemente de cómo se observa el modelo, con profesionales trabajando con 25 y 30 casos y es porque en realidad no se logra observar esta intervención realmente especializada que requiere la familia, sino que todo se lleva a cuantificar. Entonces eso, yo creo que hay que dejar, que el servicio tiene que dejar de mirar la infancia como objetos de derechos y hacerlos parte como sujetos de derechos. Yo creo que haciendo ese cambio de mirada es probable que disminuya la carga laboral para los profesionales, que me parece horrorosa. Yo estando en PRM, puedo decir que los profesionales trabajan horas extras sin ser compensadas, para poder estar al día, porque es la exigencia, entonces, porque se evalúa desde lo cuantitativo y no desde lo cualitativo. Entonces yo creo que aquí el como se mira la infancia, de ahí todos los proyectos hacia abajo tiene que replantearse derechamente.

65) Si pudieras elegir 6 preguntas fundamentales para una encuesta a profesionales PRM para entender su experiencia en éstos y sus propuestas para mejorarlo, ¿qué preguntas sugerirías?

Yo creo que me iría a preguntas más desde el plano personal ¿en qué sentido? En qué necesita el profesional para poder dar una terapia de calidad, un trabajo de calidad. Porque yo creo que el burnout se da mucho en los trabajos en los PRM ya...eh...entonces y se da permanentemente el tema de las licencias médicas cierto, que son extensas, que son prolongadas. Entonces me iría a preguntas como por ejemplo, ¿Qué necesitaría el profesional para desarrollar bien su trabajo? En términos estructurales primero, desde lo que te puede entregar la institución como un insumo básico; yo me acuerdo que yo toda la pandemia trabajé con mi computador. Entonces, desde ahí, desde insumos básicos, qué necesitas tú desde tu escritorio para poder hacer bien el proceso, qué es lo que necesitas como material terapéutico para poder ejercer bien tu proceso, para desarrollar bien tus procesos, que necesitas eh a nivel personal que te pueda otorgar mayor tranquilidad por parte de la institución...no sé...no todas las instituciones eh..o por ejemplo el tema de las guarderías en el caso de las mujeres que son mamás y que trabajan y también son importantes y que a veces pueden acceder a solo una y no a la que está más cerca de su casa y que a lo mejor sería más conveniente. Entonces yo creo que parte por ahí, cierto, como ¿qué insumo requieres tú, qué insumos a nivel terapéutico? Preguntaría ¿A nivel personal cuáles son los factores que inciden en su trabajo para poder ayudar en esos factores? ..em.. preguntaría eh..también, a ellos probablemente le preguntaría ¿Cuál es el tiempo que deben desarrollar las terapias, o ellos, cuánto tiempo creen que desarrollaría la terapia? Y también les preguntaría con cuántos casos creen ellos que podrían trabajar y hacer un buen proceso ...eh...porque yo creo que eso solo lo pueden responder los profesionales que han trabajado en PRM y que ellos puedan decir realmente con cuántos casos pueden trabajar y hacer un buen proceso de terapia. Yo creo que eso preguntaría y lo otro que me parece súper relevante consultar es sobre, derechamente, las conductas maltratantes que puedan existir en los PRMs y que al menos yo vi en los 2 PRMs en los que trabajé...eh...conductas de mucho maltrato por parte de la jefatura....desde el trato laboral.

66) Si pudieras hacer 2 preguntas, entendiendo que se va a realizar una entrevista en profundidad a niños y familias ¿Qué preguntas propondrías para cada uno? 2 y 2.

Para los niños yo propondría eh...¿Cómo le gustaría el espacio de terapia? Eso preguntaría ¿Cómo le gustaría, qué le gustaría que tuviese ese espacio de la terapia? Yo creo que eso es súper importante. Eh...qué otra cosa le preguntaría...Le preguntaría con quién le gustaría participar su proceso de terapia y que no solo tenga que ver con su familia, a lo mejor, su mamá y su papá, sino con algún otro...eh.. eso, yo les consultaría. Primero, cómo les gustaría su espacio de terapia, yo creo que eso es importante y también quién le gustaría que participara de su proceso de intervención.

Y a los padres, yo les preguntaría derechamente cuáles son las necesidades de su intervención, a demás de...porque a veces los papás van con otras expectativas a los procesos de intervención, totalmente distintas a lo que uno va ejecutando en su trabajo. Entonces yo creo que hacerlos parte, como qué le gustaría trabajar o qué espera ud. Del proceso y eso como pregunta principal en las intervenciones.

67) Pero principalmente en que ellos pudieran proponer ideas para mejorar los PRM o su experiencia en los PRM

Sí, yo tal vez podría apuntar a todas esas condiciones que generan resistencia ..eh...entonces les preguntaría por ejemplo ¿Qué piensan de que sea un contexto obligado el proceso de intervención? Y si en ese contexto cierto, que es más obligado ¿cómo les gustaría abordar los temas? Si fuera cualitativo ¿cómo le gustaría a ud hablar de lo que le pasó a su hijo? Ya... o qué le gustaría a ud que fuera primero..porque estamos en un contexto coercitivo, entonces pasa que uno va al encuadre primero. Como que llega la familia, primera sesión, encuadre y <esto es así y ud. Tiene que venir una vez al mes y si no viene, vamos a informar al Tribunal>, que es la dinámica permanente en los PRM. Entonces yo les preguntaría cómo ellos esperan la acogida porque vienen a un contexto que es coercitivo, entonces ¿qué esperan ellos de la acogida en los PRM? Creo que esa es una pregunta significativa para los adultos.

VI.2) Entrevista a psicóloga

Entrevista semi-estructurada a Valeria Yañez Ayala (psicóloga) 26 de abril 2021, ---30 abril 2021.

Primera parte entrevista: 26 de abril 2021.

1) ¿Cuál desde tu punto de vista es la misión y visión de un PRM?

¿Cual debiese ser?. Mh... Porque finalmente esos objetivos los fija cada institución de PRM, pero en general, se trabaja netamente como desde un ámbito más proteccional, desde la interrupción de las situaciones de vulneraciones más graves que pudiesen estar vivenciando los niños y em también el otro foco más grande que es ya la reparación, la resignificación de esa experiencia eh y el daño que pueda haber a partir de eso. La forma en que cada organismo colaborador lo proyecte ya queda como sujeto a eso.

2) ¿Cuál es la organización básica de un PRM, desde los roles y atribuciones de cada trabajador/a del programa?

Eh bueno lo que yo he visto desde la experiencia de distintos PRM en los que yo pude estar, es siempre como el rol del director, luego obviamente el personal más administrativo, secretaria y el trabajo de dupla, el trabajador social con un psicólogo. Eh eso es lo que siempre va en los proyecto al inicio. Luego se amplifica al roles como de apoyo jurídico a medio tiempo o tiempo completo y también apoyo técnico por parte de supervisores que puedan ser externos al programa o que puedan estar de manera permanente como coordinadores clínicos y proteccionales o la figura de jefe técnico, pero también eso depende de cómo lo tenga planificado el organismo colaborador.

3) Y desde tu experiencia, ¿cuál sería el rol de un psicólogo y un trabajador social en lo que intervienen?

Em... bueno la idea es que sea un trabajo bien coordinado entre ambos profesionales, como que no se entienda escindida la labor, pero si lo manejamos como desde las competencias técnicas de cada profesión, el trabajador social entrega un apoyo más familiar para em..entregar las herramientas para contener a los niños en este proceso de resignificación. .. em... Muchas veces eso también implica que esto también implica que esto también sea terapéutico para los adultos, pero desde lo más básico está centrado más que nada en

prepararlos a ellos para contener a los niños en ese proceso. Es de lo que se habla como de competencias parentales eh...como desde ese enfoque.

4) ¿Y en qué sentido podría ser terapéutico para los adultos?

Eh...porque también es que ellos comprendan estos fenómenos por los que ingresan los niños a los programas, que bueno, en estos casos suele ser maltrato y abuso sexual, ya pero hay un montón de otras temáticas que bueno, podemos hablar después, pero hay un otros desafíos que quedan para este tipo de programas. Entonces muchas veces esos son fenómenos que las familias no saben como abordar, no saben como enfrentarse como a esa crisis a nivel familiar, em, muchas veces eso también replica trauma en los propios adultos. Entonces eh, se torna terapéutico en la medida que a ellos les permite como ampliar los significados que puedan tener sobre esas situaciones. Em y también muchas veces implica la activación de la red de salud en caso de que el trauma se active en ellos, como por sus propias historias que es lo que más ocurre. Em...Entonces al activar la red de salud, ya empieza un proceso terapéutico también con ellos. Eso...y respecto de los psicólogos, eh... ya también es coo abordar la situación de vulneración y el daño que pueda generar eso en los niños a nivel un poco más clínico... em...ya es que insisto como para mí, ese es el foco más individual que se pueda pensar del niño, porque en la experiencia uno termina haciendo una intervención individual con el niño, familiar, contextual, se diversifica mucho.

5) ¿O sea de alguna manera el psicólogo también diversifica su rol?

Sí, bastante y de hecho yo he visto que se ha fortalecido el trabajo que se puede hacer a nivel vincular entre los niños y sus adultos. Eh ósea acá no es el psicólogo que atiende solo al niño ni el trabajador social solo al adulto, sino que es una dinámica familiar que debe ser intervenida y mientras haya más profesionales interviniendo permite tener otras visiones y enriquecer el análisis y el trabajo.

6) Desde su experiencia, ¿en qué medida consideras que los PRM en Chile están efectivamente cumpliendo con la restitución de derechos vulnerados de niñas, niños y adolescentes?

Yo creo que al visibilizar eh muchas veces estas vulneraciones...yo creo que ese el primer y muchas veces el paso más importante porque em igual es difícil entender por ejemplo un proceso terapéutico desde la obligatoriedad de la familia y de los niños a tener como una atención terapéutica ya em...hay quienes creen que eso no es terapia. Como que igual hay varios críticos de las intervenciones que se puedan hacer...pero yo creo que el primer gran paso es visibilizarlo. Hay también profesionales, hay un tribunal, hay colegio, hay un CESFAM que están pendientes de que algo está ocurriendo en esa familia y de buscar acciones para que la situación de esa familia sea mejor de la que como llegaron al programa

7) ¿Y en ese sentido sientes que los PRM logran esa misión que es restituir el derecho vulnerado más allá de la intención de hacerlo? ¿tú sientes que acá en Chile lo están logrando a nivel general?

Mh...nosé...creo que en varios casos... no creo que en todos...tampoco creo que en la mayoría...porque también las dinámicas familiares a veces son mucho más complejas de lo que puede intervenir un solo programa..

8) ¿Cuál es el rol de un/a trabajador social en un PRM?

Em..bueno...un poco em ...ya es que lo voy a pensar como entre los ejes en que se trabaja final mente en PRM...Como a nivel proteccional em...como este monitoreo permanente de en qué situación se encuentra el niño, si hay contacto o no con el agresor, si hay credibilidad de lo que el niño está relatando, qué herramientas despliega no solo el adulto con el que ingresa el niño, sino también su familia, para poder protegerlo y que esto no vuelva a ocurrir. Como también cómo se trabaja a nivel preventivo igual...em...después...desde la resignificación esto que te mencionaba de cómo entregarles herramientas para que ellos em...comprendan cómo esta experiencia también la va elaborando el niño...em...o sea muchas veces hay mucho desconocimiento sobre estas temáticas em...o rechazo también a abordarlas o dificultad para poder entender de que algo ocurrió ya..y es como todo ese proceso que termina siendo también como de resignificación para los mismos adultos. Em y luego también como a nivel de recursos es em...también entregar un refuerzo de los recursos que tiene la familia, creo que ese trabajo del área social es bien potente porque también son familias bien estigmatizadas, tanto por el tribunal como por las redes..y que sí, muchas veces pueden ser desprotectoras, pero también responden a otra dinámica mucho más amplia entonces el ir reforzando los

recursos que la familia sí ha desplegado, también es un rol fundamental yo creo que fundamental para el proceso reparatorio...bueno y a demás de la activación de las redes de apoyo..

9) ¿Cuál es el rol de un/a psicólogo en un PRM?

Ya...también como de lo voy a estructurar desde los ejes...eh...en términos proteccionales, bueno el monitoreo que también es algo permanente y transversal en los procesos em...pero también es el cómo posicionarlos desde este enfoque de derechos también del que se habla mucho pero que no muchos niños entienden, cuándo ejerzo mis derechos, cuándo son transgredidos. Qué hago cuando eso pasa, cómo prevengo que eso ocurra...Obviamente no está en su control, pero sí hay como herramientas que ellos pueden adquirir de forma más preventiva o de autocuidado que el tribunal siempre pide como esos objetivo em...yo creo que eso como en un área más proteccional desde la protección y el autocuidado. Luego la resignificación ya es como elaborar la experiencia de trauma en sí misma, comprender el fenómeno que eso quite también como los sentimientos de culpa que puede haber, porque al yo entender que es un tercero el que me daña eh dejo de pensar que soy yo la responsable de que me hayan dañado...em bueno...ver como todas las áreas que se puedan haber visto afectadas producto de estas dinámicas de vulneración y bueno ahí, fijar como objetivos más concretos sobre esas mismas áreas y también el trabajo desde los recursos con los mismos niños, ósea eh... este rol de sobreviviente también y el carácter resiliente de estar en un proceso después de una vivencia así..osea ya...hay hartos elementos que allí se pueden trabajar...y también algo que se ha ido incorporando en el último tiempo es el trabajo desde la perspectiva de género, que siempre se pide también como una indicación desde SENAME, pero que no muchas veces los niños lo entienden eh..dentro del proceso ni dentro de las mismas dinámicas, ósea como esta visión de género está en la violencia, en el maltrato, está instaurada en las agresiones sexuales em..y creo que ese también es un rol fundamental porque tiene un carácter preventivo importante también..

10) Desde tu punto de vista ¿en qué medida existe complementariedad entre las labores del psicólogo/a y trabajador social en la práctica?

Eh...lo que yo he visto en la práctica es como lo que siempre se da...eh...creo que nunca he visto una dupla que trabaje por separado..siento que siempre está esta retroalimentación permanente..em...sí creo que siempre me ha tocado ver como esta apertura de cada profesional para recibir la visión del otro y ver cómo a partir de ese análisis se generan como nuevas estrategias eh o nuevas.. una nueva comprensión también...

11) O sea de alguna manera el análisis de caso siempre tiene que ser por dupla, ¿a eso te refieres?

Sí, sí...y de hecho creo que siempre ha sido así, creo que pocas veces no se ha hecho de esa forma... y de hecho igual ocurre hartos que hay profesionales que no sé..falta su dupla..em ..por no contratación o por licencia médica y creo que cuando eso ha ocurrido los casos talvez no avanzan al ritmo que pudiesen avanzar..o se dejan de mirar otros aspectos..

12) ¿Eso ocurre muy frecuentemente, que hay profesionales que están sin su dupla?

Sí..sí...se ve hartos.. además porque en las contrataciones por ejemplo de nuevas duplas, suele incorporarse primero un profesional, luego el otro..

13) ¿Y eso puede afectar la calidad de la intervención?

Sí, yo creo que afecta directamente como al ritmo que pueda llevar el caso..em. .porque además son casos de alta demanda de los profesionales...entonces un solo profesional a cargo de todos los casos, sin tener la visión del psicólogo o el área social, eh genera un agotamiento también en el profesional, entonces ahí la calidad que pueda entregar, no solo por sus competencias técnicas sino también sus capacidades personales eh...también eso afecta mucho el trabajo que se haga con la familia.

14) En el ejercicio de tus intervenciones psicosociales directas, ¿cuáles consideras que son las principales dificultades de trabajar con niñas y niños en primera infancia, es decir, aquellas/os entre 0 y 10 años?

Yo creo que en este minuto estamos en un momento muy particular..eh...porque he a la dificultades que no sé, pueda percibir pre-pandemia y particularmente con ese segmento, es super difícil intervenir de forma em telemática...por términos de cómo captar la atención de un niño, se pierde la corporalidad que además en los

niños en ese tramo es super importante...em...por ejemplo acá tenemos varios ingresos de niños de 3, 4 años, eh con un desarrollo del lenguaje no tan avanzado....entonces y que bueno, también el mundo simbólico de los niños es súper enriquecedor y eso es algo a lo que uno no puede acceder por acá, por más que intente generar distintas estrategias, pero eso también se agotan..

15) O sea de alguna manera con niñas/os de ese rango etario, ¿tú como profesional no recomendarías la intervención telemática?¿No es lo suficientemente buena para generar cambios a nivel emocional en los niños?

No, no porque eso pudiese servir y ha servido en ocasiones donde tenemos adultos eh..super competentes o..o si quiera no tan competentes, pero con otras habilidades para acompañar el proceso....pero es como que uno entendiera que el adulto no está interferido por lo que ha ocurrido em...porque en ese caso como que podría acompañar el proceso, ser como un mediador el adulto, pero muchas veces, en la mayoría, tenemos adultos súper interferidos por la situación...y que es natural.. entonces además dejarlos a cargo del proceso reparatorio de su propio hijo o familiar es complejo, entonces al menos en mi experiencia y la de mis compañeros, ha sido muy muy difícil trabajar de esta forma em por video llamada por los niños.

16) Y pensando previo a la pandemia, ¿cuales crees tú que son las principales dificultades de trabajar con niñas/os entre 0 y 10 años?

Mh...yo creo que las dificultades como que pueden estar más centradas en los profesionales la verdad...nose si los niños en sí mismo presentan o otorgan como esa dificultad

17) ¿O los desafíos, los principales desafíos de ese rango etario que tenga que enfrentar el profesional?

Eh...yo creo que el adecuarse al mundo del niño. Yo creo que estamos todos acostumbrados a un mundo como centralizado en los adultos...eh...en algo más de observación....se nos enseña eso incluso desde el pregrado...una visión de la terapia como bien clásica..eh...y el trabajo con los niños es juego, es ensuciarse, es desestructurarse en la forma que ellos tienen de vincularse contigo em...entonces creo que el principal desafío es mantenernos siempre abiertos a lo que el niño nos trae a la sesión...como a su forma de desenvolverse en el espacio terapéutico...yo creo que ese es como el desafío... entonces por eso digo...no se si es una dificultad del niño, yo creo que es una dificultad de nosotros como adultos que nos presentamos frente a esos niños

18) En el ejercicio de tus intervenciones psicosociales directas, ¿cuáles consideras que son las principales dificultades o desafíos de trabajar con las familias de niñas y niños que han sido víctimas de vulneraciones constitutivas de delito?

Ya, yo creo que em...ahí si hay como dificultades más claras. Primero, yo creo que es, como lo que mencionaba delante, algo super invisibilizado, del trauma, de cómo se re-experimenta el trauma en estos adultos, en estas familias. Creo que muchas veces em, los profesionales dejamos de mirar eso, y les empezamos a exigir a ellos..y en eso, obviamente se generan resistencias en un sentido de como que no comprenden o de que uno está super alejado de ese fenómeno también. Entonces, em..yo creo que eso es como bien primordial.....o de que ellos entiendan de que esto es una situación de vulneración. También esto es un modelo bien nuevo para las familias con las que yo he ido trabajando. O sea el entender que em ...ya...porque el maltrato físico permanente ellos pueden entender que es una vulneración pero eh el castigo corporal muchos como que no lo entienden que es una vulneración también. Entonces, también es un modelo nuevo para ellos porque su propia vivencia estuvo marcada por ese tipo de situaciones también, entonces creo que eso es una dificultad... La otra tiene como este carácter más contextual del apoyo de las redes, porque muchas veces uno puede identificar por ejemplo ya, trauma en los adultos, pero qué hago, dónde los derivo, porque esa derivación ¿va a tener una atención permanente? Eh, o va a ser una vez al mes, no va a ser consistente?...em ..ese es el temor que todos siempre tenemos cuando derivamos a las redes..cuando vemos que hay una necesidad de derivar hacia eso...em...lo otro es que..ema ver, otra dificultad como en otra área...bueno, también cómo los adultos perciben la participación de un tribunal de familia. Creo que esa también es otra dificultad porque muchos tampoco entienden como el área judicial o el área penal, es súper distinto, para muchos ese es como un tema que aparece por primera vez en sus vidas, entonces no entienden como eso y al ver como una orden de tribunal que dice que ingrese el niño con la familia, eso genera también

resistencia o temores...eh...el principal temor de ellos es que le quiten a los niños eh bueno, y a demás de eso las presiones que ellos puedan tener de la red SENAME . eh, muchos papás no entienden que nosotros también dependemos de SENAME, pero para ellos SENAME es sinónimo de residencia y en eso eh...es súper difícil porque uno tampoco quiere trabajar de manera coercitiva con ellos, con el temor permanente de que efectivamente pierdan el cuidado de sus hijos o algo así..y hay muchos que actúan desde ese lugar y en eso, la intervención no tiene un impacto porque trabajan frente al miedo nomás..

19) En el ejercicio de las intervenciones y el cumplimiento de los objetivos socioterapéuticos hacia los niños y niñas como sus familias, ¿el PRM entrega lineamientos o un programa concreto para realizar la intervención o es más bien es planificado según la creatividad del/ la profesional a cargo del caso?

Em...yo creo que hay de todo, creo que hay programas que tienen muy estructurado el plan de trabajo, los lineamientos generales. Ninguno te dice cómo hacer el trabajo o qué intervenciones utilizar, no...o qué marco teórico tienes que utilizar, no..eso no pasa...pero sí varios tienen un procedimiento bien claro. En esta etapa hacemos tal y tal cosa, en la siguiente hacemos otra y así...em, pero también hay programas o fundaciones que no tienen claridad de eso y queda un poco a la improvisación y a lo que el mismo equipo pueda ir consensuando en cómo se va a trabajar..

20) Entonces, según lo que entiendo, hay algunos programas que tienen una estructura general en cuanto a lo que se trabaja por etapas del proceso y otros que directamente no tienen ningún tipo de estructura y que más bien es el o la profesional la que improvisa. ¿Es así o entendí mal?

Sí, sí, es así...eh...pero...eh,...desde SENAME se entregan lineamientos de cuáles son las etapas por ejemplo y todo eso..

21) ¿Y qué etapas podrías incluir a nivel general en una intervención?

Ah sí...como la etapa de diagnóstico por ejemplo, la etapa que luego con ese diagnóstico se elabora un tratamiento y luego un plan de egreso, pero hay fundaciones que he conocido, que si bien ese es su lineamiento, es súper vago lo que hay que hacer en cada una de esas etapas. Existen las etapas, pero no hay una estructura de cómo se procede en eso, entonces em finalmente queda al criterio de los profesionales solamente. Pero también hay otras organizaciones que son un poco más grandes acá en Chile o con más trayectoria en estas áreas protectorales y ellos sí tienen bien delimitada esta estructura

22) ¿En qué medida el trabajo y la calidad de las intervenciones por parte de cada profesional son fiscalizadas?

Ya. Esque ahí también depende del organismo colaborador, porque hay algunas instituciones, estas que llevan como mas tiempo en la red em...como que tienen mayor como programa... mayor cantidad de programas del mismo tipo, cuentan incluso con supervisores dentro de la misma institución, entonces eh...y ellos van cada 3 meses, se van presentando en los programas. No son tan fiscalizadas..es como un análisis acotado de un caso muy urgente o aparecen cuando ocurren cosas urgentes, pero no es tanto. Y hay fundaciones que no cuentan con ese recurso y no tienen a nadie a quién recurrir frente a ese tipo de casos y ahí en eso, solo queda SENAME. Eh..pero SENAME en teoría debería supervisar cada 3 meses pero muchas veces termina siendo una fiscalización de presencia o ausencia de cierta documentación más que un apoyo real de la intervención..

23) De ser fiscalizadas ¿cómo consideras que es la calidad de la fiscalización y en qué medida aportan a mejorar el servicio de atención psicosocial a niñas, niños y adolescentes?

Ahí, nuevamente depende del profesional, porque he tenido experiencia con profesionales que realmente van con esa disposición de ser un aporte en el análisis y ahí efectivamente dan directrices súper claras, dan respaldo a los equipos u orientan a que hay que hacer las cosas de otra forma..eh..entonces en esos casos sí suma...pero son los menos, son muy pocos...la mayoría niquiera hay un contacto con la dupla. Es como, <envíenme esta documentación porque me la están pidiendo> pero no hay niquiera una retroalimentación de esa revisión.

24) ¿O sea es como existe o no existe el documento?

Sí

25) ¿Qué medidas o acciones propondrías para mejorar la calidad de las fiscalizaciones a los PRM y sus profesionales para efectivamente incrementar la calidad del servicio hacia las/os usuarias/os?

Yo creo que en primer lugar es que quien fiscalice sea una persona que se mantenga en vinculación con el programa eh porque suele pasar que los cambian cada 3 meses cada 6 meses y uno los ha visto 2 veces, entonces no conocen al equipo, no conocen la forma de intervención del equipo, la dinámica que hay en el equipo, eso también es muy importante para el trabajo..eh,..entonces son como personas muy alejadas de la cotidianidad del equipo y del trabajo que uno hace. Entonces yo creo que lo primero es como una estabilidad tanto permanencia en la supervisión, que se aumente la cantidad de veces que ellos supervisan y que el foco de esas intervenciones sea siempre más constructivo...ya...todos sabemos que hay elementos administrativos con los que hay que cumplir...em...pero eso no afecta...siento yo que no afecta de una forma significativa en la calidad de la intervención...O sea que yo tenga un Plan de Intervención al día o no, es lamentable que no esté, pero no impacta en la dinámica de la familia diaria. Entonces, em...creo que obviamente tiene que ser un foco de revisión, sin duda, pero que el foco sea el análisis del caso y de entregar herramientas claras y además, ellos también tienen un vínculo distinto con las instituciones, entonces ese recurso también se podría aprovechar mucho mas....porque siempre son casos que están con trabas en ciertas redes y sirve mucho cuando ellos entregan como ese contacto más directo.

26) ¿cuál ha sido tu mayor(es) satisfacción (es) al trabajar en un programa PRM?

Em..Yo creo que cuando la familia agradece que la intervención que uno hizo tuvo un efecto sobre ellos o sobre la dinámica... eh, creo que eso siempre suma a la labor de uno como profesional. Em.. que eso sea un impacto grande o pequeño, para mí deja de ser importante eso...pero un simple acto, una retroalimentación positiva de la intervención que tu estás haciendo creo que eso siempre va a sumar, pero también que uno tenga claro qué es lo que quiere lograr con el caso y que se logre, creo que eso es súper satisfactorio también. Porque muchas veces las familias no te van a agradecer lo que hiciste, pero que uno sepa de que al menos en términos concretos uno pudo mejorar un poco la calidad de vida de esas personas.

27) ¿En qué medida podría afectar o no en los resultados y curso de una intervención con niñas, niños y sus familias, las diversidades étnicas, culturales, migratorias, económicas, educacionales, entre otras de las/os usuarios?

No entendí la primera parte.

28) Que, ¿en qué medida podría afectar en los resultados y curso de una intervención la diversidad étnica, culturales, migratorias que hay en niños y niñas y sus familias?. Por ejemplo, niños que vengan de distintas culturas, que vengan de distintos estratos socioeconómicos, ¿eso podría afectar o no en el curso de una intervención?

No debería afectar poh, no debería. Deberíamos ser profesionales capacitados para atender a toda la diversidad que pueda haber en todos los ámbitos. Y en caso de no estar capacitados, tener la apertura a crecer en eso, a aprender también de eso. Em...pero creo que eso va como desde una diversidad muy pequeña, desde una persona que vive en tal lugar y no en el otro que yo estoy acostumbrada a ir como hasta religiones, país de residencia anterior, no sé, como que siento que la diversidad está presente en el ser humano. Entonces, debiésemos ser nosotros los capaces de atender eso..

29) Podrías darme algún ejemplo, sin profundizar en antecedentes personales, de 2 casos que hayan sido particularmente difíciles de lograr los objetivos terapéuticos?

Yo creo..em...ya es que se me ocurren muchos casos difíciles...pero..eh...uno que eh..es una familia que llegó a la red recién cuando la niña tenía 17 años...con elementos de vulneración importantes, graves, de larga data y que nunca nadie antes denunció. Entonces, a los 18 años, la niña em puede decir si se mantiene o no la intervención, decide no mantener la intervención, porque no entiende qué es esta instancia que ahora aparece gente a tratar de cuidarme y no lo hizo desde toda mi otra infancia y ahí todo eso es frustrante, porque uno ve cómo la red falló en estos casos y obviamente, de los objetivos no se logró ninguno eh..la situación solo se siguió cronificando, embarazos adolescentes, entonces probablemente replicando también ese tipo de situaciones.

30) ¿Y qué sucedía con esa adolescente, tenía resistencia o el daño emocional era muy grande que era difícil generar cambios, o el tiempo era muy corto para intervenir, qué sucedió ahí?

Yo creo que todo eso..porque el daño ya estaba muy cronificado...eh..la intervención ya ahí debiese ser de larga data, nosé, de mucho tiempo en la red o en lo que uno puede hacer. No había familia a quien acudir, no había ningún tercero significativo que pudiera apoyar el proceso. Eh... había mucha desesperanza en esta niña, eh..además, había un embarazo adolescente de por medio, entonces, el riesgo a que se replique todo ese daño en su ejercicio como madre también es súper alto, porque tampoco había un padre alrededor de ese bebé, entonces también es riesgoso. Obviamente que ahí se pueden hacer otras cosas en términos proteccionales por ese bebé, pero me refiero que respecto de esa adolescente y de esa niña que fue en algún minuto...no.. fue súper frustrante darse cuenta que uno no llegó a tiempo nomás.

31) ¿Qué otro caso se te viene a la mente?

Sí, em... ya, hay otro también..em... que son bueno, ocurre harto que estando en intervención no.mantienen como esta imagen de que está todo bien, de que...responden como desde la deseabilidad social, entonces hay elementos como que no se pueden identificar o finalmente son niños sobreviviendo nomás a la dinámica más vulneratoria que están viviendo...eh...creo que siempre es crudo cuando no hay adultos protectores alrededor, porque yo creo, desde mi percepción, que eso marca la prognosis de un caso. Eh...un niño solo en el mundo no va a hacer nada, no va a poder generar una vinculación más sana consigo mismo ni con el mundo, entonces...eh...tenía un caso de 4 hermanas, todas viviendo todas las vulneraciones que puedan existir. Estaban todos los elementos de trauma, trauma complejo en las 4, em...una situación muy difícil, entonces uno como buscando la mejor alternativa, bueno, sino tienen a nadie y van a seguir siendo vulneradas, van a tener que entrar a una residencia..a una muy buena residencia por lo demás, pero ocurrió que eh...descubrieron otro mundo...un mundo que era protector, un mundo que cuidaba, que otorgaba una alimentación sana, nutritiva y todos esos elementos fueron tan nuevos para ellas, que las desestructuraron a tal nivel, que están desarrollando un trastorno de personalidad gravísimo eh...que ninguna institución, ni de salud ni nada, pese a todas las coordinaciones que se han podido hacer, ha podido estabilizar.

32) ¿Qué edad tenían aproximadamente?

15, 13 y 12

33) ¿Y las 3 están desarrollando estos trastornos de personalidad?

Si, o sea es que son 2 de 15, son gemelas. ...las 4, las 4 un trastorno de personalidad límite, 3 de ellas límite y 1 antisocial. Entonces ahí uno se da cuenta eh.. cómo el haber existido tanta negligencia antes, incluso a nivel de salud, que no permitió un trabajo como desde la salud mental también de ellas.

34) En base a los 2 ejemplos anteriores, ¿cuáles fueron las principales dificultades del caso para alcanzar los objetivos de intervención?

Eh...bueno yo creo que en todos no se alcanzaron, no se van a alcanzar los objetivos de intervención, yo creo . eh...pero la principal dificultad eh...coincide esto como el identificar esos elementos desprotectores, no se hizo de forma temprana. Porque incluso, ya, en un caso tenemos a alguien que no tuvo nunca la red, pero en otro caso tenemos niñas que siempre estuvieron en la red pero nisiquiera con eso, pudieron ser contenidas y buscar estrategias mucho más asertivas para protegerlas...eh..entonces creo que en ambas es, la ausencia de red o la presencia de una red incompetente para atender la complejidad.

35) ¿De alguna manera sientes, dímelos si no es así, que se intervino tarde, se llegó tarde a estos procesos?

Sí, se llegó tarde con una atención más eficiente. Y no digo que nosotros en el caso que llegamos a esa familia, éramos los más competentes del mundo para atenderlo, pero eh... pero sí, creo que entregamos una calidad bastante mejor de la que pudimos observar hacia atrás...y eso no va en ataque a los profesionales directamente porque desconozco cómo habrá sido el proceso con ellos también eh...pero uno puede ver en las decisiones que se toman en el tribunal, como en esos elementos más objetivos. Por ejemplo, porqué esas niñas ingresaron ahora a residencia y no ingresaron cuando eran más pequeñas em...porqué no se hizo un proceso de despeje familiar, incluso de adopción...em..ellas están desde que tenían como 4 años en la red. A los 4 años se pueden hacer muchas cosas, entonces uno dice ¿quiénes fallaron ahí?...em..por eso, no quiero sólo responsabilizar a los programas de SENAME, sino que a todos...eh..si salud veía que las niñas no iban

a sus controles ¿porqué no se movilizó? Em...no sé, yo creo que como las fallas que todos tenemos en todas las redes, eso generó que tengamos los casos con la complejidad que tenemos ahora..

36) Podrías darme algún ejemplo, sin profundizar en antecedentes personales, de 2 casos que hayan sido particularmente facilitadores para lograr los objetivos terapéuticos?

Sí..eh...uno que incluso como misma situación que las otras, en cuanto a la llegada de la red a su vida. También, llegó muy tarde, 16 años aproximadamente, una vida de maltrato hacia atrás y además una agresión sexual que generó la intervención ya, pero ahí se activa inmediatamente una abuela, apareció un papá que estuvo muy ausente en toda su vida, eh...pero aparece un papá eh.. intentando acercarse a su forma y aparecen unos tíos, que toman a la niña, se la llevan a su casa y ahí empieza una vida totalmente nueva eh...no se necesita nisiquiera eh... que el proceso reparatorio estuviese concluido eh..el solo acto de este apoyo familiar eh...empezaron a generar,, por ejemplo, la niña ingresó a un gimnasio, empezó con talleres extraprogramáticos, la cambiaron de colegio, con nuevo grupo de pares, con profesores mucho más atentos. Entonces, se empezó a armar una red tan contenedora, que generó que ella en sesión, podía hablar de todo y podía regularse en la misma sesión..Estaba muy como atenta al proceso, ella participaba todas las semanas, eh...recuerdo que ella misma armó su plan de intervención, de lo que quería hacer, cómo lo quería hacer. Fue muy bonito, como que todo era muy fluido y yo creo que fue...por eso digo...la presencia de familia es esencial para los procesos más exitosos en los programas.

37) ¿Y el otro caso? ¿Pensando quizás en infancia más temprana hasta los 10 años?

Claro..mh...incluso sí, voy a pensar en un caso de residencia. Incluso la niña ha estado siempre en residencia em..con un proceso de adopción muy poco avanzado, pero también es una residencia que funciona muy bien, con profesionales que llevan años ahí, entonces eso genera como una vinculación distinta de los niños con sus cuidadores y también, desde ahí lo reparatorio avanzó super bien, super rápido. La niña era capaz de entender, a sus cortos 9 años que había una familia que no la cuidó tanto como ella esperó, pero que ella entendió que eso podía ocurrir, que ojalá no le hubiese pasado a ella pero no se iba a centrar tampoco tanto en eso em..y además en esta residencia ella tenía como este sentido de pertenencia, para ella esa era su familia, a ella le encantaba tener todos sus compañeros ahí...a las tías, como digo, educadoras que llevan años en ese lugar, entonces, eh...por eso insisto, la presencia de terceros es bien importante para el desarrollo de los procesos, la dupla psicosocial también lleva años en ese lugar.

38) En base a los 2 ejemplos anteriores, ¿cuáles fueron los principales facilitadores del caso para alcanzar los objetivos de intervención?

Yo creo que una red funcionando; una red de salud, proteccional que fueron super competentes a las necesidades que surgían en la intervención y también de los niños particularmente. Em...Yo creo que en ambos es la entrega de una vinculación más saludable, más sana, respetuosa de los tiempos también de los niños. Porque claro, pienso en el otro caso, que tienen acceso a una vinculación más saludable con gente, pero eso talvez fue muy brusco, talvez no se respetó suficientemente ese límite, nosé.. porque en este caso fue super paulatino, yo creo que fue súper exitoso para ella..

39) En la realidad práctica del ejercicio profesional ¿Cuáles crees que son los principales factores que influyen en que un/a profesional entregue un servicio de calidad a sus usuarios/as?

Ya yo..em...a ver, creo que obviamente hay un elemento personal que juega en esto y que es como uno desarrolla su propia salud mental...creo que es importante saber poner límites en el trabajo, no sobrecargarnos administrativamente de ciertas cosas, buscar espacios de autocuidado fuera de lo laboral..em... como siempre acompañarnos de elementos que sean enriquecedores para uno más allá de lo laboral...em...eso es importante y creo que el acceso a psicoterapia siempre es un recurso para los profesionales, siento que a todos los ayuda, creo que nunca he escuchado a alguien que no le haya ayudado. Y por otro lado, desde lo más laboral, es bueno el apoyo que hay desde el equipo más directivo, desde el apoyo técnico, creo que eso es fundamental. También el clima laboral igual...en estas condiciones de pandemia, eso juega como harto valor también eh...porque se puede tender a algo más individual...entonces, como que ahora en pandemia hay que generar esas instancias de reunión, de sentirnos acompañados en esto..em..también cómo se plantea el trabajo desde la dirección de los programas, porque si tenemos una jefatura que está también como desde lo coercitivo con los profesionales, el desempeño no va a ser bueno, va a haber un agotamiento importante.

..la flexibilidad que pueda tener también este equipo más directivo, en que claro, no voy a cumplir talvez con 10 informes esta semana, pero puedo entregar 7 y los otros 3, nosé..como el diálogo, esa capacidad de diálogo sirve mucho...em y bueno en un futuro, esperamos también que existan menos casos asociados a las duplas...Creo que administrativamente estamos todos colapsados y dejando super de lado también la afectación emocional a partir de los propios casos que uno maneja.

40) ¿Qué cantidad de casos crees que sería adecuado para no sobrepasar a los profesionales y poder hacer una intervención de mayor calidad?

Yo creo que lo ideal sería 15 casos por dupla, lo ideal...ya...se que eso en el mundo de SENAME no es posible, entonces uno apela ya..20.. Con 20 como que uno se puede organizar ya mucho mejor, pero ideal ideal, 15. Te daría tiempo para muchas cosas.

41) ¿podrías relatar cómo ha sido tu experiencia en el trabajo de dupla psicosocial?

Siempre super positivo, porque enriquece mucho conocer la visión del otro em... irnos formando en eso, irnos compartiendo conocimiento, como desde lo teórico, pero también desde la experiencia em..no sé, para mí siempre ha sido bastante positivo, más allá como de las compatibilidades que uno pueda tener con la dupla en términos personales, si uno se centra en el trabajo y en tener un buen clima de trabajo, o sea no solamente focalizado en la tarea, sino que en tener un buen ámbito relacional en el trabajo, creo que eso siempre es positivo y se ha dado. He estado en 2 equipos solamente de PRM y en general siempre como que ha primado un vínculo bien positivo.

42) Y ahí, como tu haz mencionado en varias oportunidades la importancia del clima laboral ¿crees que la institución debería generar instancias para favorecer un buen clima laboral? ¿sientes que hacen esfuerzos suficientes para colaborar en el clima laboral desde la institución?

Em...Ya, es que ahí también depende. En mi anterior trabajo por ejemplo, no eran tan frecuentes esas instancias, entonces finalmente éramos los mismos profesionales quienes generábamos esas instancias de vinculación entre el equipo, pero como fuera de lo laboral o incluso, en horarios de almuerzo, como cosas muy cotidianas. Pero por ejemplo en el que estoy ahora, todos los meses se realiza un autocuidado; antes eran todos presenciales obviamente y era obligatorio, no se podía pasar esa instancia. Entonces era super enriquecedor.. De hecho, después de la pandemia ingresaron muchos profesionales al programa y se nota la dinámica que hay entre los antiguos y los nuevos, porque el vínculo que se generó antes, se fortaleció mucho por estas instancias, incluso de hacer nada..porque muchas veces se entiende el autocuidado como un externo que va e interviene en el equipo de trabajo, pero a veces niquiera es eso lo que uno necesita..uno necesita estar en un espacio como tranquilo, fuera de conversar de casos o algo así y eso está bien. Ahora con la pandemia ha sido más complejo esas instancias, pero eh..también por ejemplo, mi director está siempre super abierto a las ideas que el equipo pueda entregarle. Y bueno...eso ha generado que por ejemplo, para los profesionales más nuevos, igual ha sido complejo para ellos como involucrarse en el equipo, en el clima laboral, porque no nos conocemos tanto. De hecho últimamente estamos tratando de generar esas instancias, como de conocernos entre todos y eso ha sido bastante favorable.. Yo creo que es esencial para uno mantenerse en un trabajo que haya un buen clima.

43) Desde tu punto de vista ¿los programas PRM deberían tener un modelo de intervención centralizado con lineamientos generales o bien, modelos locales en las distintas regiones del país? Argumente su respuesta.

Em...sí, yo creo que tiene que haber una base de lineamientos, em..cómo se van a entender los fenómenos con los que estamos trabajando, em..creo que el sistema ha fallado harto en entender que la intervención en vulneración es maltrato y abuso. Creo que falta harta capacitación en términos de trauma a todos los programas reparatorios, porque se dejan de lado un montón de otros fenómenos. Entonces sí, creo que debiese haber teóricamente al menos, una base bien potente y clara de qué es lo que se va a trabajar. Ahora, cómo eso se ajuste a la realidad de cada comuna en la que se trabaje, ahí también tiene que estar la flexibilidad para que los equipos puedan ir adecuándose a eso y que desde SENAME haya por ejemplo un respaldo a eso.. porque mucha veces..porque los lineamientos están, en términos demasiado generales, muy vagos, pero

hay unos lineamientos, pero cuando uno quiere por ejemplo, innovar en algún elemento más interventivo, SENAME lo cuestiona, entonces eh..creo que debiese ser como un complemento de ambas cosas.

44) ¿Cuáles consideras que son las fortalezas y debilidades del modo de intervención de terapia grupal en infancia?

Yo no he tenido tanto la experiencia...en verdad no he tenido la experiencia en trabajo grupal...em... desde lo que se ha propuesto, porque hay propuestas en todos los equipos, en la matriz lógica de los proyectos están, siempre como generar esas instancias. Creo que las ventajas son, bueno primero, disminuir la estigmatización que puedan sentir los niños frente a ciertos fenómenos..em...pero ahí tienen que haber profesionales bien capacitados para contener esas instancias, porque ha ocurrido que en instancias grupales como que las niñas <a mí también me pasó, a mí también me pasó, a mí también me pasó> eh y en eso se genera como una situación como bien de catarsis y después como de mantenerse en contacto como grupo pero para conductas que no son tan protectoras de sí mismas, eh..incluso como pasándose datos de cómo autoagredirse, no sé, como esas cosas. Entonces creo que como eh...las instancias grupales tiene que ser una persona muy capacitada para eso, por todos los elementos que se pueden abrir ahí...entonces sí, creo que genera em...como este sentido de identificación entre los mismos pares, creo que para ellos es súper positivo eso, ampliar las redes.. muchas veces son niños, los que están en los programas, son niños que están super aislado de sus pares, entonces esas instancias favorecen mucho el desarrollo de habilidades más sociales. Pero la desventaja, claro, como los riesgos que están asociados a la situación de salud mental de muchos niños... eso ha pasado muchísimo, por lo menos acá, en este programa.

45) ¿Cuáles consideras que son las fortalezas y debilidades del modo de intervención de terapia individual en infancia?

Em.. a ver...fortaleza eh..yo creo que obviamente nos permite un trabajo mucho más centralizado, más enfocado en las necesidades de ese niño. Uno va atendiendo como los elementos que pueden surgir en cada sesión con mucho detalle, porque solamente la atención está presente en esa persona y no en otra...em..también se desarrollan actividades que puedan ser muy cómodas para ese niño, que creo que en lo grupal pueda ocurrir que alguno diga <ya sí sí, intentemos hacer tal actividad> pero que después como que no lo puedan disfrutar y no sean capaces de verbalizarlo eh..sobre todo en niños con el daño con el que recibimos, muchas veces no son capaces de ...no logran verbalizar lo que están sintiendo.. Creo que lo individual permite un poco más de atención más específica. Em...¿desventaja? Quizás entender que el proceso de un niño se centra sólo en el trabajo con el niño..em.. creo que eso puede ser como una limitante..eh..y por eso insisto, creo que el trabajo en los PRM tiene que salir de ese modelo clásico que nos enseñan en la universidad, de la atención con el niño y nada más y con el niño en el espacio en el setting de una sala, con 2 sillas y juegos..ya..eso también, creo...por eso ahí es importante la flexibilidad de los profesionales a salir a otros espacios de intervención también.

46) ¿En qué medida consideras que es relevante o no la participación de la familia en el proceso de resignificación traumática y restitución de derechos de niñas, niños y adolescentes?

Primordial. Sin familia no..creo que no, los avances van a ser súper limitados. O sea, se ha hecho eh..funciona, pero insisto..muy limitado.

47) ¿En qué sentido limitado?

En que este tipo de trauma lo que más genera es esta sensación de soledad, de indefensión, de desesperanza y eso uno por sí solo no es capaz de mitigar esas sensaciones, necesita de un tercero que esté apoyando, que esté mitigando y no va a ser el profesional que lo ve una vez a la semana o incluso menos. Tiene que ser alguien que esté permanentemente en su vida, en lo cotidiano, que permanezca después de la intervención, que vea su permanencia previo a la intervención también. O sea, creo que la presencia de la familia le entrega más coherencia a eso relacional que está tan dañado en esas situaciones.

48) Desde tu perspectiva ¿Cuánto tiempo de intervención en un programa PRM sería necesario para lograr adecuadamente los objetivos de restitución de derechos y restitución?¿porqué?

Eh, bueno está pensado por orientaciones técnicas, está pensado hasta 12 meses y prorrogable hasta 24..ya...pero eso está asociado, por ejemplo extender de 12 meses, está asociado a un montón de trabas

administrativas eh y creo que seria mucho más fácil si generara un promedio de 18 meses y luego como todo lo demás, si..eh...eso en los casos más ideales..em y en otro contexto también, porque actualmente tenemos un montón de casos que llevan 2 años y que falta mucho por trabajar, pero eso porque el contexto de pandemia ha generado mucha afectación a nivel de salud mental y ha interrumpido todos los procesos de resignificación que se han tenido, entonces..en condiciones muy normales, 18 meses estaría bien, creo que es el promedio...eh... ene estas condiciones 24 meses por lo bajo, mínimo..

49) ¿Consideras que la teoría psicosocial es importante para hacer una adecuada intervención psicológica con niñas y niños en primera infancia? ¿porqué?

Sí, em..como he dicho, creo que no se pueden entender los procesos de una forma tan individual, se necesita el acompañamiento de familia, de profesores, de los médicos, no sé, de todas las redes que puedan sumarse a la intervención...mientras más redes, mejor.

50) ¿A qué marco teórico adscribes tú en tus intervenciones psicológicas con niñas y niños en primera infancia? ¿porqué?

Ya...eh creo que en ese sentido, cualquier marco teórico, cualquier enfoque teórico con el que uno pueda llegar a la intervención, uno en un mes se da cuenta que no es suficiente para la intervención y uno empieza a tomar de distintas orientaciones, elementos de todos lados...eh...obviamente...como la teoría sistémica es súper importante en estos casos, creo que eso es innegable para cualquier profesional, de cualquier área teórica, enfoque clínico y todo eso, pero caracterizar la intervención en los PRM, es la versatilidad de teoría y marcos en que uno se pueda mover en la intervención

51) En base a tu experiencia ¿Qué actividades concretas consideras que son más efectivas para expresar emociones y elaborar vivencias traumáticas en niñas y niños entre 5 y 10 años en un contexto de PRM?¿Porqué?

Mira, podría pensar en actividades concretas eh...pero la efectividad de ellas va a depender de verdad de cada caso y de la situación de ese caso. O sea, pensando en un contexto ideal con familias super protectoras, creo que cualquier actividad va a funcionar, dependiendo del interés del niño por supuesto...más narrativas, como de juego, actividades más vinculares. Insisto, como depende del interés del niño, siempre cuando haya un adulto estable, más estable y más disponible para ellos, pero esa no es la realidad de los PRM.

52) Y en casos no ideales, si pudieras tener algunos lineamientos más generales para implementar con niños que no están en un contexto protegido. ¿Qué tipo de actividades para que expresen sus emociones?

Ya, es que ahí yo tengo una mirada más crítica de la intervención individual que se pueda hacer en esos contextos eh...creo que uno peca de ingenuo al pensar de que vamos a ayudar a los niños con ciertas actividades, por ejemplo, a mostrar sus emociones, porque abrir eso en un contexto desprotegido es súper peligroso para la salud mental de los niños. Entonces para mí el foco de los PRM no debiese estar incluso centrado tanto en los niños...el foco interventivo..eh.. siento que eso debiese estar enfocado en los adultos, en cómo capacitamos y habilitamos a estos adultos para contenerlos a ellos y después de eso recién pensar en una intervención más individual. Eh...lo que uno puede hacer mientras tanto es trabajar en términos de vinculación, de juego, de intereses de los niños, pero es un monitoreo... pero siento que es arriesgado, que es irresponsable focalizar la intervención en los niños cuando no tenemos estos contextos más protectores eh...y lamentablemente, la verdad que es la realidad de muchos casos.

53) En base a tu experiencia ¿Qué actividades concretas consideras que son poco efectivas para expresar emociones y elaborar vivencias traumáticas en niñas y niños entre 5 y 10 años en un contexto de PRM?¿Porqué?... Ya hablaste un poco de que cuando no hay un contexto protector, no hay mucho sentido en persistir en la intervención individual, eso ya sería algo poco efectivo. ¿Qué otra actividad poco efectiva consideras para intervenir en ese rango etario?

En ese rango yo creo que insistir como en lo más narrativo, en lo verbal, siento que eso no funciona con los niños, de ese rango al menos. Siempre con el juego, lo simbólico, eso sí permite otras cosas, sí, pero creo que muchos están focalizados..lo he visto, lo he hecho en su minuto también, como focalizar la intervención en algo más cognitivo, más reflexivo..eso aburre a los niños, pero también por otro lado, el trabajo como

sensorial en trauma, siento que eso es súper delicado y es un error que todos hemos cometido en su minuto. Creo que eso re-experimenta trauma de formas en que no nos damos cuenta

54) ¿En qué sentido re-experimenta trauma con las actividades sensoriales desde tú punto de vista?

De las sensaciones de las mismas vivencias. Por ejemplo em..ha pasado, lo he escuchado desde compañeros u otros colegas eh..que hacen una actividad, una imaginería y eso los conecta automáticamente con la imagen, con la sensación de abuso por ejemplo. O se trabaja como con sensaciones con texturas y hay una textura que le recuerda a la sábana que estaba ese día de la situación de abuso, no sé. Siento que es delicado...el trauma genera una desconexión con el cuerpo tan grave que hay que ser muy sutil en cómo se trabaja desde esos elementos. Creo que es fundamental para el avance en lo reparatorio, el trabajo sensorial y con la corporalidad, pero en condiciones muy protegidas y por eso insisto que es tan delicado el trabajo individual como en contextos en que los niños no están protegidos.

55) ¿Cuáles son los factores que tu consideras que impactan en la adherencia y motivación de un NN entre 5 y 10 años a un programa PRM?

Eh...ver como un profesional muy estructurado..eh como asociado a la norma, no tan conectado con sus intereses, también un profesional que no entienda cuáles son los juegos, la música que ellos escuchan, las actividades que les gusta hacer. Creo que eso genera como una resistencia inmediata en los niños...eh un profesional con poca capacidad de juego o no tan lúdico, eso genera harta resistencia.

Segunda parte entrevista: 30 de abril 2021.

56) ¿Cuáles son las principales dificultades de trabajar con NN entre 5 y 10 años que han sufrido experiencias de trauma complejo?

Yo creo que la vinculación eh..porque siento que el trauma, uno de los aspectos que más daña es el vínculo..con el mudo, con los demás. Entonces, que llegue un profesional a querer intervenir em...pueden haber muchas ideas asociadas a eso, de amenaza o de demasiadas expectativas frente a un tercero que llega a su vida. No sé, encuentro que es lo más delicado y hay que ir trabajándolo de forma muy gradual, con mucho respeto e ir eh...siendo super cuidadoso en cómo se vincula ese niño y no forzarlo a un tipo de vinculación distinta. Porque también eso pasa harto, de niños que no están acostumbrados a un vínculo más sano eh..o un adulto más protector, entonces muchas veces eso genera una resistencia inmediata y uno dice <porqué, si lo estoy haciendo bien, estoy tratando de ser amable> nos é, entonces creo que ese es el principal desafío, al menos en trauma y sobre todo en niños más pequeños

57) Y ahí por ejemplo, ¿te ha tocado ver por ejemplo que, desde la intención de avanzar en el proceso, intentar generar estas instancias y a veces acelerar el proceso de la vinculación, más allá de las capacidades de NN en ese momento?¿Qué sucede con la reacción del niño? ¿cómo notas la resistencia al proceso? ¿Que empieza a hacer? ¿Cómo actúan generalmente?

Yo creo que hay como 2 líneas. Una es el rechazo inmediato de <no, no quiero> solamente y el otro es, como esta misma actitud bien evasiva, pero desde hacer todo lo que uno le diga. Como <hoy día vamos a jugar esto>, <ya,sí, juguemos>, pero así como <ya sí,dejemos tranquila a la psicóloga, hagamos lo que ella tiene pensado>.

58) ¿Cómo desde la sobreadecuación?

Sí, sí, creo que esa es como una de las respuestas y la otra como el rechazo inmediato... También hay otra forma que se me viene ahora em...que es como aceptar la vinculación, pero ellos intentar llevar el control de ese vínculo, entonces por ejemplo son como eh super poco atentos, como que se distraen muy rápido. Entonces uno trata de llevar el tema porque hay un vínculo pero el niño después te saca otro tema o te lleva a otra cosa, otro juego, entonces creo que se me vienen esas 3 situaciones que me han ocurrido más frecuente.

59) ¿Cuáles crees tú que son las habilidades blandas que requiere un profesional para vincularse adecuadamente con un NN entre 5 y 10 años?

Yo creo como esta capacidad lúdica, como la calidez en la forma en la que uno se vincula, como desde el tono que uno usa, a eso me refiero. Yo creo que siempre mostrar este interés por la vinculación, es algo que ayuda mucho, más allá de la forma. Porque estaba pensando que hay personas que pueden ser más cálidas, pero hay otras que pueden ser más confrontacionales, pero simpáticos y eso también le sirve a algunos niños. Entonces, yo creo que teniendo el foco en querer vincularme e involucrarme en la vida del otro, eso es suficiente ..no se si suficiente...pero eso es como una base importante. La forma en que se haga, ahí uno tiene que saber adaptarse, como esa flexibilidad igual

60) Y ahí, ¿Qué tipo de habilidades o características sientes que no serían recomendables en un profesional en el ámbito principalmente relacional?

Em...es que como que pienso incluso en las creencias que vienen de antes...no se si algo tan específico, pero el adulto que se plantea desde el mundo adulto...los niños se dan cuenta de inmediato cuando uno no ocupa una horizontalidad con ellos...eh en el vínculo me refiero...eh..se entiende que uno es profesional y todo eso ..em..pero creo que el invalidarle el mundo, creo que eso también lo he visto en profesionales...los menos, pero lo he visto. O el desconfiar en el relato, en lo verbal de los niños, eso se nota, los niños lo perciben.

61) ¿consideras que, independientemente del tipo de vulneración, existen características comunes en síntomas desarrollados por niñas y niños que hayan sufrido vivencias traumáticas?

Sí, yo no creo que esté tan escindido que el niño que sufrió maltrato eh..lo vive de esta forma o trae estas consecuencias, no. Yo creo que el trauma en sí mismo, el vivir una experiencia que te daña, independientemente de la que sea eh..ya es como, ya tiene consecuencias dañinas, no sé si es distinto del tipo de trauma o lo que he visto al menos...porque también incluso la comparación como en situaciones de abuso eso como <pero tal vez fue abuso nomás, no fue violación, entonces el daño no es tanto> y siento que no, como que todo va a depender de cómo lo signifique el niño no más. Y en eso puede ser violación, puede ser maltrato, puede ser desarraigo de tu familia, puede ser situaciones de violencia policial, no sé.

62) Y ahí en tu consideración de que hay síntomas que podrían ser más transversales ¿cuáles síntomas destacarías como comunes en NN que han sido víctimas de vulneraciones?

Eh..yo creo como toda la línea más depresiva, ansiosa...eso es como bien transversal, como que está atentada tu salud mental, entonces creo que eso sí siempre... Estaba pensando como en algo sí más característico claramente del abuso, eh...la sexualización de los vínculos, eso sí es más propio del abuso que, por ejemplo, del maltrato. Ocurre también a porque es igual de desorganizante pero se suele atribuir más al abuso, eso sí se observa más.

63) ¿Qué tan relevante es el diagnóstico psicológico en el marco de una intervención en un programa PRM?

Yo creo que marca el trabajo que uno va a hacer de ahí en adelante. Porque permite eh, bueno por un lado ver cuáles son las áreas más afectadas y desde ahí plantearse objetivos concretos asociados a eso. Eh...ósea se trabaja una cosa y no otra porque está justificado en el diagnóstico que uno vio, que uno hizo, permite elevar hipótesis también de lo que pueda pasar en el proceso.. eh...nos da una mirada también de la familia, que creo que es esencial. Lo hablaba también en la otra parte de la entrevista, sin un adulto que acompañe el proceso, no va a haber proceso reparatorio, entonces eso ya es despejable de antes. Lo que no implica que si no hay un adulto no se pueda hacer nada, o sea igual uno puede trabajar, pero otros elementos. Entonces marca la pauta de lo que va a ser la intervención, es fundamental que se haga.

64) Desde tu punto de vista, idealmente, ¿Cuántas veces al mes se debería intervenir con un NN entre 5 y 10 años y qué duración (en minutos) debería tener cada sesión? ¿Cuáles debiesen ser los principales objetivos a abordar?

Yo creo que está bien que sean semanales, creo que es la forma de mantener una vinculación con los niños, de que ellos también cuenten con un espacio a la semana propio, de desarrollo ...em...obviamente que esa frecuencia esté sujeta a lo que él también vaya mostrando, porque muchas veces puede haber un agotamiento después de un año o incluso antes y puede que un niño requiera una semana no ir. Eh....creo que SENAME

exige mucho en términos de cantidad de intervenciones sin contextualizar muchas veces que hay niños que no necesariamente necesitan una intervención semanal o no las cuatro semanas del mes. Eh...entonces claro, debiese ser idealmente semanal...em...la otra parte de la pregunta, se me olvidó...

65) ¿Qué duración, en minutos, debería tener cada sesión?

Eh ya, también idealmente una hora, o sea 45 minutos, pero em...eso también adecuado a las características de los niños.... Hay niños que no resisten una sesión clásica, en una sala, en un box, de 45 minutos. Están 30 minutos y luego lo demás es conversación u otros elementos como no tan asociados a los objetivos. Eh...siento que sí está bien focalizado el que se trabajen esos 3 ejes de protección, resignificación y recursos. Creo que sí es una buena mirada eh...que debiese mantenerse... Cómo se aplica eso en términos más específicos, queda a criterio de lo que resulte en el diagnóstico.

66) Si pudiéramos categorizar los casos ingresados a PRM entre baja complejidad, mediana complejidad, alta complejidad y extrema complejidad, ¿Qué características le darías a cada uno?

Baja complejidad...que haya un adulto y que ese adulto sea competente; que, una salud mental más estable, hay afectación pero eso no le impide ver al niño..

67) ¿por parte del adulto?

Sí, por parte del adulto...creo que la complejidad por parte del niño, eso ya...no depende tanto de él.

68) Claro, de manera integral la complejidad de los casos..un caso de mediana complejidad ¿cómo lo definirías?

Ya, también lo vería desde un adulto medianamente competente, que puede haber interferencia, afectación, pero que hay disposición por ejemplo a acudir a la red de salud mental, pública o privada y que ese dispositivo entregue ese servicio. ... porque muchas veces hay adultos con disposición pero no se las entregan.

69) Y por ejemplo, la sintomatología de una niña o niño ¿cómo la catalogarías en mediana complejidad?

Mh...nose es que siento que hay casos super complejos que pueden haber diagnósticos, no sé, incluso más psicopatológicos en términos de personalidad..eh..pero si hay una red de apoyo, el caso no es difícil de trabajar. Entonces por eso insisto, creo que la complejidad no está dada en el niño. Porque hay niños en que no hay tanta afectación, no hay tanta interferencia por ejemplo en las redes, pero tienen adultos súper caóticos y eso es lo que complejiza el caso.

70) ¿Y un caso de alta complejidad, qué características tendría? Pensando que hay una categoría de extrema complejidad.

Em... alta complejidad...em...podría ser un adulto sin interés en el proceso. Eh...Que está respondiendo como desde lo coercitivo, que está derivado desde tribunal y que si no responde, hay sanciones asociadas..eh...como eso..como que participa pero porque tiene que hacerlo. Pero no es como que sintonice y le haga sentido el proceso. Y en eso, obviamente van a haber niños con mayor sintomatología, como manifestada eh...como conductualmente.

71) Y extrema complejidad ¿cómo lo definirías?

Extrema yo creo que es cuando no hay adultos, o cuando hay adultos que persisten en una dinámica maltratante, más allá del motivo de ingreso, pero que siguen vulnerando.. Yo creo que eso ya es severo.

72) Y en base a tu experiencia ¿haz visto que niños que están en un contexto de extrema complejidad desarrollan sintomatología más severa que niños que no lo están?

Si, absolutamente. O sea, son casos que la sintomatología es más visible...nosé...autolesiones, conductas de riesgo...nosé, como que conductualmente se muestra más el síntoma. Pero sí, yo siento que la complejidad del niño va aumentando en la medida que aumenta la complejidad del adulto.

73) Manteniendo las categorías anteriores de los casos ingresados a PRM entre baja complejidad, mediana complejidad, alta complejidad y extrema complejidad ¿qué estrategia específica harías para intervenir efectivamente conforme a las necesidades de cada caso? Menciona a lo menos 2 acciones o estrategias específicas para cada caso.

En baja complejidad..em...yo creo que es lo que está por matriz, que es atender a los niños, hacer actividades familiares por ejemplo, trabajar con los adultos...como que facilita el trabajo, todo lo que uno se pueda proyectar con el caso.

74) ¿O Sea de alguna manera, trabajo familiar en setting y trabajo individual con el niño?

Sí

75) ¿y mediana complejidad?

Em...activar la red de apoyo. Porque claro, en general los de baja complejidad, como que tienen buenas redes, están bien conectados y los de mediana, no tanto. Eh...y en eso, activar las redes, no solo salud, educación, todas las redes que puedan haber...eh... incluso como buscar otros referentes, por ejemplo para el proceso. No necesariamente todas las sesiones, una sesión familiar al mes, una visita, no sé... Como haría mucho trabajo en terreno, acompañamiento a gestiones, porque eso facilita también la vinculación con ellos..incluso pudiese bajar de mediana complejidad a baja complejidad. Como así...y con los niños.. eh...no, también, como adecuarse a sus necesidades, dar curso al proceso con ellos.

76) ¿y alta complejidad?

Em... ahí podría ser ...em... tal vez trabajar con los adultos un poco de sensibilización, de psicoeducación, para que esta resistencia o este comportamiento más desligado que puedan tener al proceso, les haga un poquito más de sentido y ya que vamos a estar un año y tal vez un poco más em...sea algo provechoso con ellos. Fijar objetivos, tal vez no necesariamente asociados como netamente a la resignificación. De repente uno a los adultos los puede ayudar como en otras gestiones que ellos puedan tener. ..em ahora hemos visto distintos convenios de SENAME con distintas entidades estatales. Por ejemplo, hay un convenio SERVIU-SENAME, que otorgan subsidios a las familias que están en proyectos con SENAME...Eh...no es rápido, no es fácil, no se lo dan a todos tampoco, pero eso ha generado como en los adultos igual, así como <ah, es sobre esto, pero también puedo recibir apoyo en otras cosas>. O sea no están respondiendo solo a eso <ah, o sea no vamos a hablar solo de eso de lo que yo no quiero hablar, no, hay como otros elementos>

77) O sea, de alguna manera ¿ver estrategias para motivar una mayor adherencia en los adultos?¿una mayor sensibilización con el proceso?¿y quizás una mayor sensibilización con la sensación de amenaza a los programas? ¿ a eso te refieres?

Sí..sí, totalmente. Y con los niños...eh... también po...flexibilizar con el tipo de intervención que uno va a tener. Probablemente va a haber...no sé si mayor rechazo, pero tal vez no tanta adherencia como en los demás casos po...si al adulto no le hace sentido, va a costar que al niño también...em...en general... entonces, como también flexibilizar en eso, en el tipo de intervención que se hace, en el setting que se usa..

78) ¿Y en los de extrema complejidad? 2 estrategias que utilizarías para abordarlo atinente a sus necesidades.

También insistiría con la red, pero tal vez ahí desde un trabajo más colaborativo. Como..si sé que está el niño ingresado en COSAM por ejemplo, entonces trabajemos juntos, coordinémonos mes a mes, fijemos objetivos, intervengamos juntos en algún minuto, no que sea una intervención todas las semanas así, pero en algún punto que nos vean como un bloque de apoyo, no sé. ... Eso sería una cosa...y con niños que obviamente hay más sintomatología también ...em...favorecer su adherencia a su proceso terapéutico en términos de salud mental.

79) Si pudieras establecer 5 medidas para mejorar la calidad de las intervenciones en los PRM ¿cuáles serían estas medidas?

Em...primero...disminución de casos, ya, que lo habíamos hablado también...eh... disminuir la cantidad de casos a las duplas... idealmente 15.. entre 15 y 20, no más que eso. Em...capacitación permanente a los profesionales, eso se deja muy de lado...em...favorecer también las jornadas de autocuidado, son esenciales para que quien esté entregando la intervención, prestando este servicio..eh...lo haga en las mejores condiciones personales posibles y eso da pie a todos los demás profesionales y todo eso. ...em...mas apoyo desde SENAME para el análisis de casos, que no sea solo este ente fiscalizador, sino también un apoyo. Y la realidad de muchos programas de SENAME también, es la mejora de sueldos. ..eh...porque eso favorece

eh...la permanencia de los profesionales en los equipos, que también lleguen profesionales mejor capacitados, porque muchos ...hay mucho profesional dando vueltas, con un montón de especializaciones eh...pero el sueldo es súper bajito como para llamar la atención para que lleguen y eso no va a enriquecer el trabajo que se pueda hacer, como desde lo teórico. ..eso principalmente...yo creo que eso.

80) Si pudieras elaborar un programa PRM ideal y desde cero ¿cómo sería ese programa?

Uh...qué difícil...em...ya yo creo...bueno primero obviamente lo de los lineamientos técnicos, lo del marco teórico. Lo que hablaba de amplificar la mirada del trauma...eh...salir de esa dualidad maltrato-abuso...em... luego, talvez, igual especializar a los profesionales en las distintas temáticas que van a surgir...eh...porque en sintomatología puede que hayan elementos muy transversales al trauma, pero en la forma de intervenir esa sintomatología, sí es distinta según cada temática. Entonces...que...o que lleguen profesionales como que, se busquen como especializados en cada una de esas áreas. No sé, que sea un equipo muy enriquecedor desde lo formativo...em...equitativo en términos de género, igual, eso es muy relevante, porque por las mismas situaciones de trauma hay muchos niños o niñas que puedan tener rechazo al género femenino o al masculino...adultos también que les ocurre eso...y suele pasar que también hay equipos como poco distribuidos, por distintas razones ...distribuidos en género...em...bueno que tuviese un ingreso de recursos que permitiera todos los cambios que sugerí antes...em... lo de la cantidad de casos para mí es esencial porque entrega otro respaldo a los profesionales y otros tiempos para poder focalizar la atención en eso y no en otra cosa...eh...que hubiese una red mejor articulada, entre todas las áreas comunales, por ejemplo. Que hubiese una descripción clara de los territorios en los que se va a trabajar. Que un poco se al postular a los proyectos, pero muchas veces vienen con los lineamientos bases del organismo colaborador nomás...una definición más demográfica, no sé, no cultural...em...bueno también, el espacio físico es muy importante para la intervención. Que sea una casa que cuente con todos los elementos, que sea un espacio agradable, acogedor. O sea en los niños es tan importante como ese tipo de detalles, de quien recibe al niño, hasta la intervención en sí misma, entonces, que incorpore todo eso. Que haya un trabajo comunitario también, que elimine toda esa estigmatización que puede haber a los programas de SENAME también y a los niños que asisten a estos programas. Entonces, que la comunidad entienda que es un espacio que ofrece apoyo a los niños y sus familias. Que en ningún caso va a dañar a la familia que está ingresando...eso se me ocurre ahora.

81) ¿Qué esperarías tú de un programa efectivo y eficiente de PRM?

Que responda a la necesidad del niño, que priorice la necesidad del niño. Que sea cuidadoso con esa necesidad, porque muchas veces se pesquiza una necesidad del niño en la intervención...eh...pero no...no es respetada, es como dejada de lado...o es forzada a cumplir los objetivos que los profesionales se proponen, no necesariamente lo de la familia, lo que las familias pueden entregar, lo que los niños pueden entregar en ese minuto...em...sí, yo creo que ...en realidad es como, acoger la energía de cambio con la que venga la familia. Hay familias que van a mejorar un montón de patrones, en el mejor de los escenarios, pero hay otras que se van a movilizar en un rango que puede que para nosotros, que no estamos en esa familia, no sean significativos, pero para ellos sí son importantes. Yo creo que una intervención efectiva es la que moviliza a esta familia a un espacio donde les hace sentido y es todo lo que ellos pueden entregar en ese momento de sus vidas. También como contextualizando en el momento en el que están.

82) Hemos abordado diversos temas a lo largo de la entrevista ¿Hay algo que no te haya preguntado o no hayamos conversado que tu crees que sería relevante mencionar para mejorar la calidad de las intervenciones hacia niñas, niños y sus familias?

No se me ocurre ahora...no...creo que está bien.

83) Si pudieras elegir 6 preguntas fundamentales para una encuesta a profesionales PRM para entender su experiencia en éstos y sus propuestas para mejorarlo, ¿qué preguntas sugerirías?

Creo que siempre considerar la experiencia de ellos como personas en el proceso reparatorio...porque a uno le suceden cosas viendo cómo se mueven los casos, cómo avanzan, cómo retroceden y esa mirada, pocas veces es recogida por los demás. Como que uno cumple con su trabajo, pero uno trabaja con temas súper sensibles, entonces como en algún minuto de la entrevista, preguntar cómo ha sido para ellos eso...em...también desde ..y bueno recoger desde su experiencia cuáles son las visiones de lo que tiene que

pasar, de cómo tiene que ser una intervención. Creo que muchas de las preguntas que me hiciste, estaban también para ellos, son bien importantes porque finalmente son ellos los que están interviniendo. Yo digo, son ellos, porque yo ya no estoy interviniendo, pero como que el conocimiento está ahí, ellos lo viven día a día.

84) Y a demás de preguntar su experiencia ¿qué otra pregunta no podría faltar?

Mh... me gustó esa de como 5 cambios que podrían hacer, creo que esa aterriza harto medidas concretas que debiesen ocurrir.

85) Entonces entender la experiencia de cómo lo han vivido y en cuanto a las propuestas, quizás ser más concreta en cuanto a las opciones de propuestas.

Sí y como los obstaculizadores también de los procesos de los niños, tanto a nivel familiar, individual de los niños, pero también a nivel comunitario y de las redes con las que uno trabaja. Con el tribunal, SENAME, creo que eso uno lo palpa día a día.

86) ¿Alguna otra pregunta que se te venga a la cabeza para los profesionales?

No, no ahora.