



Universidad de Chile

Facultad de Ciencias Sociales

Escuela de Postgrado

“Experiencias de psicólogos/as/es de Atención Primaria de Salud en torno al vínculo
psicoterapéutico con adolescentes con vivencias de trauma complejo”

Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología,
mención Psicología Clínica Infanto Juvenil

ARACELI DEL PILAR FLORES BAEZA

Profesora Guía:

Marianella Abarzúa Cubillos

Santiago de Chile, julio, 2024

Resumen.

El proyecto de investigación recoge la necesidad de que la Atención Primaria de Salud (APS) efectúe un adecuado diagnóstico e intervención en la salud mental de adolescentes con vivencias de trauma complejo. Es por esto que resulta fundamental propiciar un vínculo seguro, lo que es un gran desafío por las características de esta población y los recursos de la APS.

La investigación buscó caracterizar la experiencia de los psicólogos de APS en relación al vínculo psicoterapéutico con adolescentes con trauma complejo. Utilizando una metodología cualitativa con un diseño fenomenológico, se realizaron entrevistas semiestructuradas a 8 psicólogos/as/es que trabajan o han trabajado en Centros de Salud Familiar (CESFAM).

Los resultados del estudio enfatizan la centralidad del vínculo psicoterapéutico, donde se identifican algunos facilitadores y obstaculizadores del establecimiento y consolidación de la relación terapéutica, además de algunas discrepancias entre los/as/es participantes respecto al trabajo interdisciplinario como recurso para el trabajo terapéutico y las condiciones que instaló el COVID-19. En tal sentido, se observa como esencial el vínculo psicoterapéutico, al interior del cual se posibilita la resignificación en la relación con el mundo adulto, vínculo que resulta demandante, ambivalente e inestable por las características vinculares de los/as/es adolescentes. De todos modos, se trata de un vínculo con limitaciones, debido al encuadre y la agenda de cada profesional. Igualmente, parte de los facilitadores radican en las características y recursos de cada profesional, así como también en aspectos adicionales, como el uso de la tecnología, aspecto que fue masificado por el COVID-19. Mientras que los obstaculizadores responden a diversos aspectos como la falta de conocimiento, las complejidades que se asocian a la escasez de recursos en la APS, las dificultades para articularse con el nivel Secundario de Salud, ciertos factores contextuales o psicosociales como que los/as/es adolescentes sigan viviendo en entornos de violencia, los obstáculos que responden al fenómeno del trauma complejo, la sobrecarga laboral y las condiciones de trabajo, la alta rotación de profesionales que existe en APS y la ausencia del diagnóstico de trauma complejo en la plataforma de fichas clínicas.

Palabras claves: trauma complejo, adolescencia, Atención Primaria de Salud, vínculo psicoterapéutico

ÍNDICE

Introducción.....	1
Marco teórico conceptual.	7
I. La adolescencia.	7
I.II. Adolescencia y psicoanálisis.	9
I.III. Adolescencia, salud mental y COVID-19.	18
II. Trauma Complejo.	20
II.I. Trauma complejo y adolescencia.	27
III. Vínculo psicoterapéutico.	29
III.I. Trastorno de estrés traumático secundario o trauma vicario.	35
IV. Sistema de salud público y salud mental.....	37
IV.I. Atenciones de Salud Mental para adolescentes en Atención Primaria de Salud.....	42
IV.II. Orientaciones técnicas y protocolos de atención a adolescencias en situación de vulneración de derechos.	44
Objetivos.....	46
I. Objetivo general:.....	46
II. Objetivos específicos:	46
Marco metodológico.....	47
I. Diseño de la investigación.	47
II. Participantes.	48
III. Instrumento de recolección de datos.	49

IV.	Procedimiento.....	50
V.	Análisis de datos.....	51
VI.	Consideraciones éticas.....	54
Resultados.....		56
I.	Trayecto hacia la psicoterapia.....	57
II.	Motivo de consulta que no es propio.....	57
III.	Condiciones de inicio de la psicoterapia.....	60
IV.	Vínculo psicoterapéutico con adolescentes con vivencias de trauma complejo.....	60
1.	Resignificación/reparación a través del vínculo psicoterapéutico.....	60
2.	Vínculo demandante, ambivalente e inestable.....	62
3.	Limitaciones contextuales para el vínculo psicoterapéutico.....	63
4.	Importancia del encuadre en el vínculo psicoterapéutico.....	63
V.	Facilitadores del proceso psicoterapéutico.....	64
1.	Recursos personales de cada profesional.....	64
2.	Recursos institucionales.....	65
3.	Recursos adicionales a lo institucional.....	66
VI.	Obstaculizadores de los procesos psicoterapéuticos con adolescentes con vivencias de trauma complejo.....	67
1.	Falta de conocimiento.....	67
2.	Complejidades del sistema público.....	68
3.	Complejidades asociadas a la articulación con el Sistema Secundario de Salud.....	71
4.	Factores contextuales e individuales del/a/le adolescente.....	72

5.	Factores asociados al trauma complejo como fenómeno.....	73
6.	Condiciones de trabajo y sobrecarga laboral.	74
7.	Rotación profesional.	75
8.	Ausencia del diagnóstico en APS.....	75
VII.	Formas de trabajo de los/as/es psicólogos/as/es en la psicoterapia.	76
1.	Disponibilidad, flexibilidad y escucha activa.	76
2.	Respeto a los tiempos, procesos y autonomía de cada adolescente.	77
3.	Integración de vivencias traumáticas.	78
4.	Estrategias personales.....	78
5.	Respeto al encuadre.....	79
6.	Trabajo en red y/o comunitario.	80
7.	Lo vincular.	80
8.	Trabajo con las figuras de cuidado.	81
9.	Formación continua.....	81
VIII.	Trabajo interdisciplinario e intersectorial.	82
1.	Referencias que configuran al trabajo interdisciplinario e/o intersectorial como favorecedor.....	82
2.	Referencias que configuran al trabajo interdisciplinario e/o intersectorial como obstaculizador.....	83
IX.	Consecuencias emocionales en los/as/es psicólogos/as/es.....	85
X.	Acciones que realizan los/as/es psicólogos para afrontar las consecuencias emocionales de atender adolescentes con vivencias de trauma complejo.	87

XI.	Impacto del COVID-19.....	89
1.	Aumento de las vivencias de trauma complejo.....	89
2.	Agudización de la sintomatología.	91
3.	Merma en el desarrollo de los/as/es adolescentes.....	91
4.	Manejo de la tecnología, obstáculos y facilidades de lo remoto.....	92
5.	Traspaso de límites del encuadre.....	93
6.	Suspensión de las prestaciones de salud mental.....	93
7.	Aumento de demanda.....	93
8.	Distanciamiento del sistema de salud.	94
XII.	Determinantes sociales de la salud en trauma complejo.....	94
XIII.	Diferencias percibidas en la psicoterapia con adolescentes con vivencias de trauma complejo respecto de quienes no reportan estas vivencias.....	95
	Discusión.....	97
	Conclusión.	109
	Referencias bibliográficas.....	113
	Anexos.....	132
	Pauta de entrevistas semiestructuradas.	132
	Consentimiento Informado.....	136

Introducción.

Existe una creciente preocupación por entender de mejor forma la adolescencia, tanto desde un punto de vista experimental como desde una perspectiva que busca desarrollar ciertas acciones interdisciplinarias en relación a políticas públicas asociadas a la realidad adolescente. Ahora bien, esta multiplicidad de enfoques y disciplinas, además de la diversidad constitutiva de la adolescencia, pueden obstaculizar el objetivo de entender mejor esta etapa vital (Lozano, 2014).

En relación a lo anteriormente expuesto, se manifiesta una notoria diferencia al hablar de pubertad, adolescencia y juventud, ya que ahí donde el primer concepto alude a las modificaciones puramente biológicas, los dos últimos buscan dar cuenta de factores psicosociales que se ven involucrados en la vida de quienes cursan esta etapa (Vásquez, 2015).

La adolescencia se articula en torno a duelos que se asocian al cuerpo, la identidad y los padres de la infancia (Aberastury & Knobel, 2010), lo que deviene en un enfrentamiento entre la generación saliente y la entrante, favoreciendo un conflicto de matices emocionales tales como el vacío y la culpa (Blos, 2004). En razón de esto es que se necesitan anclajes para que la autobiografía pueda seguir siendo investida por el Yo (Aulagnier, 1991). En este sentido, cabe señalar lo trabajado por Aberastury & Knobel (2010), quienes argumentaron cierta conducta semi patológica que resulta inherente a este tiempo.

Ahora, aun teniendo en cuenta estas características semi patológicas que resultan normativas, en los últimos años en Chile ha habido un aumento exponencial en los problemas de salud mental en el grupo etario adolescente (Instituto Nacional de la Juventud, 2019).

Asimismo, se advierte que en Chile la violencia contra niños, niñas y adolescentes (NNA) es un fenómeno multicausal, naturalizado e invisibilizado socialmente (Observatorio de Niñez y Adolescencia, 2017), lo que tiene lugar en distintos contextos. En esta línea se identifica que, muy frecuentemente, los casos de traumatización son de carácter múltiple, por lo que es difícil determinar el punto de daño que responde a una u otra vivencia (Nieto & López, 2016). De este modo, la

exposición reiterada a situaciones traumáticas o experiencias adversas en la infancia desencadenan una victimización crónica que perpetúa el daño psíquico y las secuelas de ello en los distintos niveles del desarrollo, lo que se denomina trauma complejo (Herman, 2004; Van der Kolk et al., 2005).

Teniendo en cuenta esta información se puede señalar que, según Marques et al. (2022), la población adolescente que ha tenido vivencias de trauma complejo muestra un riesgo alto de padecer trastornos de salud mental y recibir diversos diagnósticos psiquiátricos. De hecho, las experiencias adversas en la infancia se asocian a un 44% de las alteraciones en materia de salud mental (Green et al., 2010), incluyendo problemas asociados al consumo de sustancias, otras dependencias, trastornos del estado de ánimo, ansiedad, disociación y estrés postraumático (Agorastos et al., 2014; Van Nierop et al., 2015). Ahora bien, de acuerdo a Chaudhri et al. (2019), los sistemas de salud fracasan en intervenir de manera sistemática en las secuelas que implican las vivencias traumáticas, lo que entorpece la percepción de calidad de la atención proporcionada a esta población y por ello podrían desplegar conductas desadaptativas, afectando en su adherencia, así como también que las/os/es profesionales puedan experimentar trauma vicario y mostrar también conductas inadecuadas, lo que si no se interviene puede quebrar la relación terapéutica.

Bajo este marco conceptual, es importante detenerse en el trauma vicario ya que es un fenómeno que pueden vivenciar profesionales que trabajan con víctimas de trauma, en el que experimentan diversas consecuencias psicológicas que pueden ser perjudiciales para el/la/le tratante y que pueden prolongarse por meses e incluso años (McCann & Pearlman, 1990). A pesar de tener capacitaciones en la temática y supervisiones, no están exentos/as/es de vivir imágenes, pensamientos y sentimientos dolorosos asociados a los recuerdos traumáticos de quienes atienden (McCann & Pearlman, 1990).

Esto es problemático en tanto el vínculo terapéutico es un factor de gran importancia en los tratamientos de salud mental (Fossa, 2012), ya que promueve la adherencia a la psicoterapia (Jiménez, 2005). A su vez, el vínculo con adolescentes se configura como un aspecto elemental, aunque desafiante para el proceso psicoterapéutico, dado que la/el/le terapeuta debe lograr discernir cómo

mantener una distancia apropiada, sin mostrarse muy distante ni muy cercano (Gómez, 2017). Mientras que en el lazo terapéutico con un/a/e adolescente con vivencias de trauma complejo es primordial la instauración de un vínculo terapéutico seguro, confiable y reparador. Sin embargo, esto es especialmente difícil ya que ha visto traicionada su confianza en reiteradas oportunidades (Nieto & López, 2016) y su historial vincular se caracteriza por una herida en la relación con su ambiente, lo que produce una reacción dolorosa que no es contenida ni modulada de manera responsiva (Winnicott, 1993), por lo que suelen mostrarse con tendencia a la hiperalerta y distancia respecto de las relaciones con otros/as/es (Nieto & López, 2016).

Aunque existen las Orientaciones Técnicas para la Atención de Adolescentes con Problemas de Salud Mental (Ministerio de Salud [MINSAL], 2009), dirigidas a profesionales de la Atención Primaria de Salud [APS], donde se describen las situaciones de violencia y vulneración a las que están expuestos/as/es adolescentes y las estrategias de abordaje, estas están focalizadas en la prevención, promoción y derivación asistida a dispositivos especializados o, bien, en caso de no contar con el acceso a estos prontamente, se establece que se debe proporcionar tratamiento en la Atención Primaria de Salud (APS) por parte de una dupla psicosocial que cuente con asesoría técnica y/o tenga especialización en estas materias (MINSAL, 2009). Sin embargo, esto resulta complejo de llevar a la práctica en función de los escasos recursos disponibles en los Programas de Salud Mental, que conllevan extensas listas de espera y la consiguiente carga para las/os/es profesionales de la Atención Primaria de Salud, en tanto el gasto en salud mental llega solo al 2,4%, muy por debajo de la recomendación de la Organización Mundial de Salud (Andrade, 2015; MINSAL, 2017). Si bien es conocido que los/as/es profesionales de la salud sufren altos niveles de estrés y sobrecarga laboral, lo que en muchas ocasiones deviene en burnout (Cabezón, et al., 2021), otro factor a considerar es el estrés agregado por el estado de emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19, ya que la salud pública se vio sobre exigida (Poblete & Jiménez, 2022). Lo anterior repercutió en el ausentismo laboral, ya que las licencias médicas aumentaron en un 20% a febrero del año 2022 (Hospital Barros Luco,

2022). De esta manera, el contexto de emergencia sanitaria se tornó en un factor estresor además de los ya conocidos.

Por su parte, la pandemia también trajo secuelas a la población adolescente, ya que 9 de cada 10 adolescentes considera que la ansiedad aumentó a propósito del estado de emergencia sanitaria por COVID-19 (Defensoría de la Niñez, 2022a). Aspectos como la depresión, autolesiones e intentos de suicidio son signos presentes en más de la mitad de la población encuestada para el Informe Anual de Derechos Humanos de la Defensoría de la Niñez (2022a). En dicho escrito, se identificó una falta de acceso oportuno a la atención psicológica o psiquiátrica ambulatoria; deficiente calidad y pertinencia de la atención recibida; largas listas de espera para acceder a programas ambulatorios especializados; disparidad en los criterios de ingreso y egreso de hospitalizaciones en unidades psiquiátricas de corta estadía; falta de seguimiento y continuidad de los cuidados y atenciones posthospitalización; sobremedicación de los/as/es NNA y falta de participación y conocimiento, por parte de ellos/as/es, de sus diagnósticos y planes de tratamiento (Defensoría de la Niñez, 2022a). Esto, sumado a las limitaciones que estableció el COVID-19 en las prestaciones de salud, permitiría suponer que el acceso a salud mental durante la pandemia se tornó aún más dificultoso.

Aun cuando en el Plan Nacional de Salud Mental actual (MINSAL, 2017) se contextualiza sobre el impacto de vivencias traumáticas en la infancia, no se contempla el desarrollo de programas específicos para la intervención con adolescentes en APS. Según recopila la Defensoría de la Niñez (2022a), en Chile no existe una política que delimite los aspectos a robustecer y mejorar en la salud mental de niños/as/es y adolescentes. Por más que las/os/es psicólogas/os/es que se desempeñan en la APS emplean diversas estrategias para afrontar la precariedad de los recursos para el trabajo (Andrade, 2015), reportan un escaso entrenamiento para manejar entrevistas de salud mental con población infanto adolescente (Fernández et al., 2021). Se observa entonces que el Estado ha establecido progresivamente algunas estrategias de salud mental que exceden las capacidades de los centros, debido a que otros determinantes sociales median el “bienestar” (Aveggio, 2017, p. 98), los

cuales no se enmarcan de manera específica en políticas públicas que, si bien existen, no están acopladas entre sí de manera razonable (Aveggio, 2017).

En un estudio del año 2020 se expone que en muchos países se ha instalado el modelo de Cuidado Informado del Trauma (TIC, por sus siglas en inglés) en la APS, donde se han encontrado distintas barreras para su adecuada y eficaz implementación, siendo una de ellas la desmotivación de los/as/es tratantes de salud, dado que esta herramienta no ofrece recursos para efectuar el tratamiento, sino que solo para identificar las vivencias traumáticas (Velasco et al., 2020). Sumado a esto, en la revisión bibliográfica se encontró que Marques et al. (2022) refirieron que la investigación sobre el trauma complejo es aún muy limitada, especialmente en torno a la población más joven. El estudio referido sobre TIC se realizó en Europa, pero la investigación sobre esta temática en Chile es aún incipiente, no encontrándose a la fecha información respecto de este tópico en la APS.

A la luz de estos antecedentes, es posible plantear que existe la necesidad de efectuar un diagnóstico e intervención apropiados en torno a la salud mental de adolescentes con vivencias de trauma complejo, en tanto la APS es la puerta de entrada a todo tratamiento de salud mental (Minoletti, et al., 2018). Para ello, es esencial favorecer y proteger un vínculo psicoterapéutico seguro y acorde a las necesidades de adolescentes con vivencias de trauma complejo, lo cual es un gran desafío en este contexto.

El primer capítulo trata, desde un marco sociohistórico, biológico y psicoanalítico, la pubertad y la adolescencia, dentro del cual se plantea una discusión sobre la ausencia de consenso respecto a entre qué edades se sitúa la adolescencia. Se indica que la adolescencia tiene su comienzo en la pubertad, la que representa los múltiples cambios fisiológicos y hormonales de este ciclo vital. Asimismo, se teoriza acerca del concepto psicoanalítico de la adolescencia, destacando el rol de la sexualidad infantil y el desarrollo psicosexual en esta, de los duelos asociados al cuerpo infantil, a los padres de la infancia y la identidad infantil. A su vez, se trabaja respecto a la dicotomía que propone Aulagnier (1991) sobre las dos etapas que cursa la adolescencia, puntualizando sobre el paso de las identificaciones familiares a las identificaciones en lo social y cómo se da este proceso. Igualmente, se

expone lo desarrollado por Rassial (1999) sobre la adolescencia y sus características, como la insolencia asociada a la soledad de este ciclo vital y el paso al reconocimiento de otros discursos posibles, además del parental, lo cual trae consigo que se modifique toda la dinámica familiar, haciendo que los/as/es padres tomen nuevas elecciones bajo un funcionamiento maniaco-depresivo. En este orden de ideas, se aborda también lo que este autor propone respecto a las tres formas de interacción de adolescentes con sus padres. Por último, en este capítulo se exponen los factores de riesgo en materia de salud mental, tanto correspondiente al ciclo vital adolescente como a la agudización de estos conflictos que trajo la pandemia por COVID-19.

El segundo capítulo trata acerca del trauma complejo, pasando por una revisión bibliográfica desde el psicoanálisis sobre el trauma, también se aborda su definición y diferenciación respecto del estrés postraumático. Igualmente, se teoriza sobre este fenómeno en la adolescencia, revisando su definición, características y sintomatología.

El tercer capítulo trata sobre el vínculo psicoterapéutico, donde se hace una revisión teórica desde el psicoanálisis respecto a la forma de vincularnos desde los primeros años de vida, a partir de lo cual se trabaja en torno al vínculo psicoterapéutico propiamente dicho, diferenciándolo de la relación y la alianza terapéuticas. En este apartado también se expone sobre el trauma vicario, en tanto tiene lugar en el vínculo psicoterapéutico con pacientes que refieren vivencias de trauma complejo.

El cuarto capítulo aborda cómo se organiza el servicio público de salud, particularmente la Atención Primaria, y los enfoques que organizan el trabajo en este nivel asistencial. Se especifica respecto a la oferta programática y normativas técnicas de Programas asociados al ciclo vital adolescente, como el Espacio Amigable. Finalmente, se plantean las normativas vinculadas a la atención de salud mental de adolescentes en situación de vulneración de derechos.

Marco teórico conceptual.

I. La adolescencia.

I.I. Pubertad y Adolescencia.

Hasta la actualidad, no existe claro consenso respecto a en qué edades situar la adolescencia. Según Rousseau (1959), este período vital se encuentra entre los 15 y los 20 años. Para Papalia et al. (2009), se sitúa entre los 11 y 19 o 20 años. Por su parte, Serra et al. (2020) la circunscriben desde los 11 a los 18 años. Mientras que la Organización Mundial de la Salud [OMS] (s/f) la adscribe entre los 10 y los 19 años. Igualmente, la adolescencia no se encuentra teóricamente bien definida respecto de otras nociones como la pubertad o la juventud (Lozano, 2014).

De acuerdo a Rousseau (1959), la adolescencia comienza a partir de la pubertad. En la misma línea, Papalia et al. (2009) señalan que la pubertad marca el fin de la niñez, la cual implica cambios hormonales y el desarrollo de caracteres sexuales secundarios que apuntan a la madurez sexual y reproductiva, teniendo su inicio aproximadamente a los 8 años en las niñas y a los 9 años en los niños. A pesar de lo anteriormente expuesto, consideran que el paso a la adultez no se representa en un hecho único, sino que es un largo proceso que se denomina adolescencia, por tanto, esta se diferencia de la pubertad.

Para Hoffman et al. (1996), la adolescencia es un tiempo de transición, teniendo como característica central el cambio, siendo el escenario para el logro de la autosuficiencia, aprendiendo y practicando habilidades sociales, académicas y económicas que les encauzan hacia la vida adulta. Hoffman et al. (1996) determinan una distancia entre la pubertad y adolescencia, en tanto la primera es un proceso biológico que apunta al crecimiento y que no es uniforme, mientras que la adolescencia es un constructo cultural.

A su vez, Papalia et al. (2009) recopilan los elementos que aluden a que este período es un constructo social, en razón de las diferencias socioculturales en lo que determina el término de la

niñez y el paso a la adultez, así como también señalan que recién durante el siglo XX se comenzó a considerar una época vital en sí misma. En esta misma línea van los estudios de Mead (1990), quien encuentra una sociedad en Samoa en la cual la adolescencia no tenía asignado un período de crisis. De modo que describe la importancia de lo cultural en los distintos momentos del desarrollo, siendo de gran relevancia las instituciones que sustentan y rodean a los/as/es sujetos.

De acuerdo a Lozano (2014), el año 1904 Stanley Hall fue el primer psicólogo que trabajó el concepto de adolescencia que se conoce hoy en día, período en donde culmina el desarrollo y es el comienzo para ser una persona superior en términos intelectuales y morales. Los rasgos que constituyen la adolescencia son heterogéneos y variables, por lo que no deben ser vistos como permanentes y sin posibilidad de cambio. De esta manera, Hall diferencia lo que es la pubertad, en tanto cambios físicos, y la adolescencia que se desarrolla a partir de los movimientos psicológicos que genera la pubertad.

Serra et al. (2020) señalan que es un período altamente vulnerable, que es definido como una transición que “implica cambios normativos evolutivos derivados de los cambios físicos –pubertad– y de los cambios psicosociales que se derivan de ellos” (p. 65). Esta transición no siempre se torna una crisis, más bien, de acuerdo al Modelo de Kalish (Serra et al., 2020), va a depender del impacto que tengan estos cambios. Ya sea objetivamente por su normatividad, como subjetivamente por las áreas del desarrollo que se vean involucradas o las creencias sobre el cambio como algo que no es deseable y/o necesario, de las herramientas personales para hacer frente al cambio y de las habilidades sociales con las que cuente el/la/le adolescente a nivel familiar, escolar y social.

En palabras de Rousseau (1959), la adolescencia es una época donde la persona se caracteriza por ser generosa y por valores como la bondad y amabilidad. A su vez, Erikson (1988) puntualiza que el trabajo central de la adolescencia es la búsqueda de identidad, generándose una disputa por la misma, ya que nadie sabe preliminarmente quién o cómo es hasta que debe enfrentar los desafíos del mundo externo. Existen dos premisas básicas para que pueda constituirse la identidad. En primer lugar, la elección selectiva de identificaciones de la infancia, que permita apropiarse de algunas y

desprenderse de otras. En segundo lugar, la forma en que se percibe y conceptualiza socioculturalmente la juventud. En resumen, el cómo llega a constituirse la identidad “emerge como una configuración evolutiva” (Erikson, 1988, p. 95) que va integrando los distintos estímulos internos y externos. Si este proceso no resulta satisfactorio, el resultado contrario es la confusión de identidad que, si bien no representa en sí misma un problema, si se ve interferida puede desarrollar una identidad patológica.

1.II. Adolescencia y psicoanálisis.

Primeramente, con la finalidad de abordar la adolescencia, es menester plantear la contextualización del rol de la sexualidad en la construcción del psiquismo. En este sentido, Blos (1971) invita a revisar la niñez temprana en tanto la adolescencia es parte del continuo del desarrollo psicosexual.

De acuerdo a Laplanche & Pontalis (2004), Freud encuentra la sexualidad en actividades que se desprenden no solo de la genitalidad, sino que más bien la atribuye a distintas acciones que generan excitación y se manifiestan desde el nacimiento. En esta línea, Freud (1915) plantea el concepto de pulsión sexual, la cual se entiende como fuente inevitable de estimulación que surge a nivel intrapsíquico, mientras que un estímulo responde a un llamado desde fuera, por lo que tiene que ver con aspectos fisiológicos que evocan una necesidad, tales como respirar, comer, entre otras. De modo que la pulsión se delimita entre lo psíquico y lo somático (Freud, 1915). Esta se caracteriza por “su factor motor, la suma de fuerza o la medida de la exigencia de trabajo que ella representa” (Freud, 1915, p. 117) que, a su vez, tiene una meta que implica el logro de la satisfacción y que se concreta anulando el origen de la estimulación. Asimismo, cuenta con un objeto, que es mediante lo cual se alcanza la meta, siendo lo que más varía de la pulsión y no tiene relación innata con la misma. Por último, tiene una fuente, que se caracteriza por el curso somático que toma la representación del estímulo en el psiquismo (Freud, 1915).

Ahora bien, Freud (1905) refiere que en la infancia se muestran aspectos pulsionales sexuales relevantes que se configuran desde distintos orígenes, en una época pregenital, a partir del nacimiento. Posteriormente, van sucediendo fases durante la infancia donde ciertas zonas del cuerpo brindan satisfacciones particulares, entanto están cargadas de libido, es decir, de la energía que busca placer (Villalobos, 1999). Estas zonas del cuerpo dan origen al nombre de las fases: oral, anal, fálica y genital. Cabe destacar que la sexualidad infantil se distingue respecto de la adolescente y adulta, ya que la infantil presenta diversas metas sexuales y zonas erógenas, mientras que la adolescente y adulta se articula en torno a lo genital (Villalobos, 1999).

En relación a lo anteriormente señalado, se observa el fenómeno de la amnesia infantil (Freud, 1905), que favorece que estas impresiones vivenciadas durante la infancia no sean recordadas. Sin embargo, asegura que estas dejaron “las más profundas huellas en nuestra vida anímica y pasaron a ser determinantes para todo nuestro desarrollo posterior” (Freud, 1905, p. 159). A propósito de esto es que se van sofocando los indicios de la sexualidad infantil, siendo este tiempo de latencia donde se conforman los diques anímicos que, luego, se mostrarán como aspectos inhibidores de la pulsión sexual, interfiriendo su andar al manifestarse en obstaculizadores como “el asco, el sentimiento de vergüenza, los reclamos ideales en lo estético y en lo moral”. (Freud, 1905, p. 161)

Con la llegada a la pubertad, Freud (1905) puntualiza que comienzan las modificaciones que hacen pasar desde la sexualidad infantil a la adulta. En este período se desarrollan “los órganos genitales y la aparición de los caracteres sexuales secundarios que van a autorizar, al menos potencialmente, a prácticas sexuales genitalizadas” (Franco et al., 2013, p. 50). No obstante, estas modificaciones no determinan la manera en que tendrán lugar los movimientos intrapsíquicos que puedan ser o no favorecedores de que el cuerpo genitalizado sea libidinizado (Franco et al., 2013).

Freud (1905) expone que, previamente en la infancia, la sexualidad era autoerótica y desde entonces encuentra un objeto sexual, por lo que toda pulsión se moviliza en pos de alcanzar esta nueva meta sexual, mientras que las zonas erógenas quedan subordinadas a la zona genital. De esta manera, la pulsión sexual tiene como finalidad la reproducción, volviéndose altruista. En otras

palabras, la elección de objeto tiene dos tiempos. Entre los dos y los cinco años es cuando ocurre el primer tiempo, luego tiene cabida el período de latencia que favorece su avance o retroceso y el segundo es en la pubertad, donde se define la meta y vida sexual (Freud, 1905). Se tiene, entonces, que la instancia que regula y ordena esto en la infancia es el entramado edípico (Martínez y Zambrano, 2013; Urribarri, 2015). A diferencia de las otras fases libidinales, la latencia se ha definido más por la negativa, es decir, lo que ya no ocurre, que, por la positiva, lo que ocurre y se complejiza (Urribarri, 2015).

Para Freud (1905), en la pubertad la vida sexual se ve garantizada solo por la coincidencia de la corriente tierna y la sensual hacia el objeto y a la meta, siendo la primera la que abarca lo que resta de la sexualidad infantil. Señala que lo esencial de los procesos de pubertad es el crecimiento de los genitales externos, al mismo tiempo que los genitales internos, que ahora pueden brindar productos genésicos o recibirlos para la gestación. De esta forma, queda a disposición un complejo aparato que espera el momento de ser utilizado. Dicho aparato debe activarse mediante estímulos que pueden ser alcanzados por tres caminos: desde lo exterior, mediante las zonas erógenas; desde el interior, siguiendo vías que no están del todo claras y, por último, desde la vida anímica. Estos tres caminos provocan un mismo estado, llamado "excitación sexual" (Freud, 1905, p. 190) y que se manifiesta a través de dos signos: anímicos y somáticos. El ámbito anímico es un sentimiento de tensión que tiene por fin la preparación para el acto sexual. Esta tensión genera un displacer que se contrapone al placer innato de la actividad sexual. Entonces, Freud (1905) se cuestiona cómo el placer sentido demanda una necesidad de placer mayor. Para ello, las zonas erógenas cumplen un rol fundamental, ya que al estimularlas se incrementa la tensión que lleva al acto sexual y, con esta descarga, se alivia la tensión libidinal. El autor denomina placer previo al que se provoca por la excitación de las zonas erógenas, que no se diferencia mayormente de la sexualidad infantil. Mientras que el placer producido por el vaciamiento de las sustancias sexuales es llamado placer final, siendo nuevo y, por consecuencia, depende de aspectos que tienen lugar solo con la llegada de la pubertad.

Otro de los eventos ocurridos en la pubertad es el hallazgo de objeto (Freud, 1905), el cual está preparado desde la infancia temprana, desde la función nutricia. Durante el período de latencia, la persona va a aprender a amar a otras personas que satisfagan sus necesidades y lo hace siguiendo las guías de quien lo amamantó en sus primeros años, por lo que el hallazgo de objeto es un reencuentro. El cuidado de un/a/e niño/a/e implica excitaciones de las zonas erógenas en su interacción con el medio, mediante las muestras de ternura. Un exceso de muestras de ternura deviene en un adelanto de su madurez sexual, haciéndole incapaz de renunciar a la demanda de ternura hacia los/as/es padres, siendo la génesis de una neurosis. De modo que la elección de objeto se guía por las huellas de la infancia, donde los/as/es padres son el modelo, pero se renuevan en la adolescencia en el segundo tiempo de la elección de objeto, bajo la barrera del incesto, lo cual permite orientar el amor hacia otras personas.

Por su parte, A. Freud (1936) considera la adolescencia como una etapa de la sexualidad humana donde se reactualizan los conflictos del período infantil, viéndose tensionada la latencia al llegar a la pubertad. Lo anterior confronta entre sí las instancias psíquicas, en particular entre el yo y el ello, con la finalidad de acallar las exigencias pulsionales de este período, alterándose la distribución de fuerzas entre las instancias psíquicas por las modificaciones instintivas, de manera cualitativa y cuantitativa.

En este orden de ideas, la autora plantea que la calma de la etapa de latencia no dura mucho tiempo, ya que “apenas se ha alcanzado un acuerdo en la lucha entre ambos antagonistas, el yo y el ello, cuando los términos de este arreglo sufren una radical alteración por el reforzamiento de uno de los combatientes” (A. Freud, 1936, p. 161). Esto, a propósito de los cambios fisiológicos que dan indicio del comienzo de la madurez sexual y que se acompañan de la estimulación instintiva que se manifiesta como avance libidinal. Esta mayor cantidad de libido se despliega ante cualquier impulso, retornando los intereses orales y anales que estuvieron acallados durante la latencia (A. Freud, 1936). El yo inicia una lucha por sobrevivir ante la angustia que lo acecha por el desarrollo instintivo, desplegando todos los mecanismos defensivos con los que cuenta (A. Freud, 1965).

La resolución de esta lucha de fuerzas entre el yo y el ello tiene dos salidas: una normal y otra patológica. La normal resulta en la formación del carácter y la patológica en la formación de síntomas neuróticos (A. Freud, 1965). Igualmente, A. Freud (1936) plantea como característica de la adolescencia el egoísmo y egocentrismo, pero que a la vez tienen alta capacidad de sacrificarse por otros.

Para A. Freud (1956) la posición libidinal del adolescente tiene mucha similitud con los estados depresivos, donde el/la/le paciente sufre intensamente y desea recibir ayuda, pero no responde bien a la psicoterapia. La explicación que la autora entrega es que la libido se ve comprometida en su totalidad con un objeto de amor real, siendo el dolor mental el resultado del retiro libidinal del objeto de amor y la renuncia a la posibilidad de gratificación. En este estado, su libido está desligándose de las figuras parentales para libidinizar otros objetos ajenos al grupo familiar. Al mismo tiempo, considera como “inevitable cierto retraimiento narcisista para llenar los períodos en que ningún objeto externo está catectizado” (A. Freud, 1956, p. 172).

Por su parte, Aberastury & Knobel (2010) describen la presencia de tres duelos en la adolescencia. El primero es por el cuerpo infantil, donde el/la/le adolescente se ve en la obligación de observar de manera pasiva distintas modificaciones que se gestan en su estructura, generando impotencia ante la realidad. Vive este período con una mente infantil, pero un cuerpo que se va convirtiendo en adulto, lo cual favorece una despersonalización que lidera el pensamiento adolescente en su primera etapa. Va perdiendo objetos reales, los que se reemplazan por símbolos verbales y pueden ser manejados de manera omnipotente. De modo que a medida que el pensamiento va evolucionando, los aspectos conceptuales simbólicos suplen a lo concreto real y egocéntrico de la infancia. En este sentido, Aberastury & Knobel (2010) proponen que esta forma de manejo de ideas al/la/le adolescente normal le permite suplir la pérdida del cuerpo infantil y el hecho de no adquirir aún la personalidad adulta, “donde él no está directamente comprometido como persona física (ya que en este estado se siente totalmente impotente e incómodo), sino como entidad

pensante” (p. 144). De esta manera niega el cuerpo perdido, elabora dicha pérdida y va admitiendo esta personalidad nueva.

A su vez, Aberastury & Knobel (2010) proponen un duelo por la identidad de la infancia. Este se caracteriza por la confusión de roles en la adolescencia, respecto de la dependencia necesaria en la niñez y la independencia del mundo adulto, generándose un fracaso en la personificación. Este proceso se produce en la infancia, donde el/la/le niño/a/e acepta la impotencia que suscita la dependencia, mientras que a través de la proyección e introyección se va fortaleciendo el yo y culmina en la identificación. De esta forma, cede gran parte de sus cualidades y deposita en los padres la mayoría de sus responsabilidades. Mediante este mecanismo esquizoide queda fuera su propia personalidad en el proceso de pensamiento, evidenciando la omnipotencia que propicia la conducta de desligarse de todo, haciendo que los otros se responsabilicen del principio de realidad. A partir de estas ideas, es posible explicar una de las particularidades de la adolescencia, que es

la falta de carácter, (...) que a su vez lo lleva a confrontaciones reverberantes con la realidad; un continuo comprobar y experimentar con objetos del mundo real y de la fantasía que se confunden también, permitiéndole a su vez despersonalizar a los seres humanos (Aberastury & Knobel, 2010, p. 146).

En tercer lugar, Aberastury & Knobel (2010) plantean el duelo por los padres de la infancia, el cual se caracteriza por ser doble, ya que por una parte surge la impotencia por los cambios fisiológicos, el lamento por la identidad en contraposición al rol infantil hace que niegue los cambios, ante lo cual los padres también deben enfrentar la pérdida de la relación de dependencia infantil. Los padres se ven desubicados en la personalidad adolescente, contexto bajo el cual debe sustituirlos en otros objetos idealizados, es decir, al recogerse en un mundo autista de análisis y elaboración del duelo, proyecta en otras figuras “la imagen paterna idealizada” (Aberastury & Knobel, 2010, p. 150).

Siguiendo las ideas de Aberastury & Knobel (2010), no se llega al logro de estabilizar la personalidad sin pasar por “cierto grado de conducta patológica” (p. 40) que es inherente a esta etapa del ciclo vital, mientras que resultaría anormal un período adolescente estable. La normalidad se basa

en la adaptación a pautas del entorno, teniendo la capacidad de usar los recursos disponibles para la satisfacción de necesidades básicas del/la/le sujeto/a/e. También describen las particularidades o “sintomatología” del síndrome normal de la adolescencia (Aberastury & Knobel, 2010):

1) búsqueda de sí mismo y de la identidad

2) tendencia grupal

3) necesidad de intelectualizar y fantasear

4) crisis religiosas que pueden ir desde el ateísmo más intransigente hasta el misticismo más fervoroso

5) desubicación temporal, en donde el pensamiento adquiere las características de pensamiento primario

6) evolución sexual manifiesta que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad¹ genital adulta;

7) actitud social reivindicatoria con tendencias anti o asociales de diversa intensidad

8) contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta, dominada por la acción, que constituye la forma de expresión conceptual más típica de este período de la vida

9) una separación progresiva de los padres

10) constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo (p. 44).

Por su parte, Aulagnier (1991) refiere que la adolescencia se mueve entre dos polos. Primeramente, el rechazar todo cambio en sus relaciones de objeto sin darle importancia a los cambios que se inscriban en su cuerpo. En segundo lugar, en el reclamo de su derecho como ser en un mundo de adultos, el cual reedificará. Esta es una autobiografía interminable, que está en constante construcción, por este motivo se requieren anclajes que sean estables y fiables, que garanticen permanencia. Lo que es permanente es el fondo de memoria, el cual se construye en la infancia y juega un rol en la relación que el/la/le sujeto pueda mantener con su historia. Además, le asegura capital fantasmático, el que no debe formar parte de una reserva, sino que debe poder acudir

¹ Cabe considerar el contexto sociohistórico en que se encontraba la autora al desarrollar esta idea.

para proporcionar palabras de afecto. Es este capital fantasmático el que decide qué forma parte de su investidura y lo que no.

Según Aulagnier (1991), un/a/e adolescente sigue dos etapas. En la primera, deberán seleccionarse los materiales necesarios para la constitución de un fondo de memoria, el cual le proporciona los puntos de certidumbre que le permiten al Yo ubicarse en un lugar del sistema de parentesco y en el orden genealógico, situándolo así en un lugar temporal. Además, le asegura capital fantasmático.

La segunda etapa comienza cuando los sucesos de la primera pudieron ser logrados, preparándole para la vida adulta. Esta segunda etapa tiene como tarea, a partir del pasado, poner en lugar el escenario de las elecciones y los límites que cada una tendrá. Ambas son consecuencia de otro trabajo psíquico: la “constitución de lo reprimido” (p. 445). La represión puede fallar, ya sea por exceso o por su falta, pero en ambos casos la consecuencia es que se ven reducidos los posibles relacionales. Que no se repriman las representaciones de los objetos que han sido soporte de los primeros vínculos trae el “fracaso de ese trabajo de elaboración que habría podido, por sí mismo, permitir que los apoyos de tiempos mezclados pudieran imantar el deseo hacia lo desconocido” (p. 446).

Es un período donde se pasa de las identificaciones familiares a la identificación en lo social, para lo cual debe realizar una acción que se divide en tres partes. La primera consiste en apropiarse, imaginariamente, de la mirada y la voz que fueron de la madre en la fase del espejo, que fue lo que le dio seguridad de su existencia. En segundo lugar, debe cambiar el valor de la función del síntoma, debe pasar de ser síntoma de los padres a apropiarse de su síntoma.

La tercera parte, donde “probará la eficacia del Nombre-del-Padre, más allá de la metáfora paterna, para poner orden en la lengua que él habita y por la que es habitado” (p. 38). En este período, esta metáfora pierde valor por la descalificación a los/as/es padres, rompiéndose la promesa edípica que implica la renuncia al goce por el amor a los padres, pues es vista como falsa, ya que por un lado el goce genital es parcial y no garantiza relación sexual. Por otro lado, porque el goce absoluto es aún

pospuesto, pero gracias al cambio de síntoma “encuentra en sus vicisitudes una nueva encarnación imaginaria del Otro en el Otro sexo” (Rassial, 1999, p. 39).

Para Rassial (1999), explicar la insolencia de la adolescencia implica la expresión de la soledad experimentada durante dicha etapa que surge debido a la sensación de no tener un lugar definido en el mundo y la necesidad de manifestar una incomodidad relacionada con esta carencia. La acción de responder también se basa en un razonamiento interno, que rompe con la lógica de acatar todas las directrices de los/as/es padres y se aleja de su autoridad. En lugar de simplemente obedecer y conformarse con el papel asignado por los/as/es padres en su discurso, el/la/le adolescente opta por articular sus propias palabras. Esto pone de manifiesto que existen otros discursos posibles además del discurso parental, lo cual debilita su autoridad, ya que dejan de ser los/as/es únicos/as/es depositarios/as/es de la verdad y cualquier expresión puede ponerla en tela de juicio y desmantelarla. La palabra del/la/le adolescente desafía el control ejercido por los adultos/as/es.

Para Rassial (1999), la adolescencia trastorna toda la dinámica familiar y conlleva que los/as/es padres tomen nuevas elecciones, funcionando de manera maniacodepresiva, dado que los/as/es hijos/as/es exigen a los/as/es padres un cambio de lugar. Es por esto que los/as/es padres pierden ciertos puntos de anudamiento yoico.

Según Rassial (1999), se pueden identificar tres formas de interacción con los/as/es padres durante la adolescencia. La primera se caracteriza por la demanda, que implica que los/as/es adolescentes hacen solicitudes repetidas a sus padres, no necesariamente para obtener un objeto o permiso específico, sino para poner a prueba la atención, la escucha y el reconocimiento de sus padres hacia esas peticiones, así como para legitimar su derecho a expresar sus demandas.

La segunda forma de interacción se manifiesta a través de la contradicción. Los/as/es adolescentes destacan las incoherencias entre lo que sus padres dicen y lo que hacen, desafiando de esta manera su autoridad especialmente cuando estos/as/es no siguen sus propias reglas. Por último, la tercera forma de interacción implica la "imitación" de la conducta de sus padres, pero más específicamente de cómo eran durante su propia adolescencia. Los/as/es adolescentes repiten los

ideales, los sueños y los deseos reprimidos de sus padres durante su propia adolescencia, tratando de emular la imagen de ellos/as/es en ese período de sus vidas.

I.III. Adolescencia, salud mental y COVID-19.

A fines del año 2019 se identificó en China el primer caso de la patología respiratoria denominada COVID-19 (Martínez-Taboas, 2020). Ya en marzo del año 2020, la Organización Mundial de la Salud [OMS] la nombró pandemia internacional, frente a lo que gran parte de los países tomaron medidas de emergencia como el confinamiento y/o aislamiento (Buitrago et al., 2021). En razón de esto es que la pandemia ha tenido un impacto biopsicosocial y económico, llegando a tener un poder desorganizador a nivel psicosocial (Tizón, 2020).

De acuerdo a Díaz & Donoso (2022), a los dos años de comenzada la emergencia sanitaria por COVID-19 se ha evidenciado la desprotección que sufrieron niños/as/es y adolescentes, tanto en su salud física como psicológica, viéndose inicialmente invisibilizados/as/es, tratándose de un rango etario segmentado por el “paternalismo” (Pedreira, 2020). Sin embargo, es difícil cuantificar el daño de los efectos indirectos de la pandemia. Los aspectos ligados al COVID-19 que impactan en el bienestar de niños/as/es y adolescentes se pueden categorizar en tres niveles: micro, meso y macro. El macro nivel ha sido bastante estudiado, asociado al COVID-19 en general y su impacto en el mundo (Díaz & Donoso, 2022).

El micro nivel abarca los factores dentro del grupo familiar y el entorno. El distanciamiento físico impuso un aumento en el tiempo que las personas pasan en sus hogares, a menudo en espacios limitados, lo que provocó un cambio significativo en la dinámica familiar. Entre los factores relevantes relacionados se encuentran la inestabilidad económica debido a la pérdida del empleo del/la/le principal sustento económico del hogar, la aparición de empleo informal, la falta de vivienda y la convivencia apretada debido a la presencia de múltiples miembros de la familia en una sola vivienda, así como la pérdida de seres queridos. Estos elementos pueden tener un impacto negativo en la salud mental de los/as/as niños/as/es y adolescentes, desencadenando ansiedad, insomnio y síntomas depresivos. Esto dependerá de la capacidad de resiliencia personal y familiar. Además, estas

condiciones hacen que los/as/es niños/as/es y adolescentes sean más susceptibles a la violencia intrafamiliar, traumatismos accidentales e intencionales, abuso y otras experiencias adversas en su vida, cuyos efectos pueden perdurar durante décadas e incluso afectar a generaciones futuras (Díaz & Donoso, 2022; Bignardi et al., 2020).

El meso nivel tiene que ver con las estructuras e instituciones que sostienen a los/as/es niños/as/es y adolescentes. La orientación centrada en la atención de las personas mayores por parte de la salud pública tuvo como consecuencia el descuido inevitable de los/as/es niños/as/es y adolescentes. La implementación de medidas no farmacológicas diseñadas para contener el virus resultó en aislamiento social, un estilo de vida sedentario e inseguridad alimentaria, lo que impactó directamente en la promoción y el fomento de un estilo de vida saludable y en el desarrollo de niños/as/es y adolescentes (Díaz & Donoso, 2022).

De acuerdo a Pedreira (2020), es importante tener en cuenta que la salud mental no suele ser un tema comúnmente abordado en las presentaciones de salud pública, lo que pone de manifiesto la falta de conciencia y atención insuficiente hacia esta temática.

Igualmente, Neumann et al. (2021) recopilan que las investigaciones están mayormente focalizadas en población adulta o adulta mayor, por tanto, los/as/es niños/as/es y adolescentes han sido menos estudiados/as/es.

Según lo señalado por Asún et al. (2021), existen diferencias en el impacto que ha tenido la pandemia entre distintos grupos de la población, siendo en la población juvenil donde se ha visto la mayor incidencia en términos de salud mental. Una de las hipótesis para ello es que la obligación de permanecer mayor tiempo en los hogares, además de que la modalidad telemática de las actividades escolares les ha forzado a interactuar con su entorno intergeneracional, restringiéndose las actividades de socialización con sus pares (Asún et al., 2021).

El suceso elemental en la salud mental de la infancia y adolescencia como secuela del COVID-19 está por ser visible a mediano y largo plazo, por el impacto del estado de emergencia sanitaria en la personalidad y las experiencias emocionales (Pedreira, 2020). En este orden de ideas, O'Sullivan et

al. (2021) describen a la población infanto juvenil como vulnerable y que tienen más riesgo a padecer alteraciones de salud mental, a propósito de que no cuentan con las capacidades para afrontar los efectos económicos y psicosociales del estado de emergencia sanitaria. Al mismo tiempo, no tienen la capacidad de exteriorizar sus sentimientos como los/as/es adultos/as/es, así como también están expuestos/as/es a medios masivos de comunicación no certificados, divulgando información que puede agravar el estrés (Imran et al., 2020). Es una población que estuvo expuesta a estímulos concretos de la pandemia como afectación familiar, fallecimientos, supresión de la escolaridad, entre otros (Pedreira, 2020).

Los signos más presentes son problemas para dormir y de apetito y el deterioro de las interacciones sociales (Imran et al., 2020). Se cree que las altas tasas de depresión, ansiedad y pensamientos suicidas son atribuibles a la experiencia del encierro y parecen responder a los cambios en las restricciones asociadas al confinamiento (Tang et al., 2022). Además de la sintomatología descrita, se presenta abuso de sustancias, problemas de concentración e irritabilidad, estrés y trastornos de la conducta alimentaria (Lizondo et al., 2021; Neumann et al., 2021; Tang et al., 2022).

En Chile, la pandemia trajo secuelas en términos de salud mental a la población adolescente, ya que 9 de cada 10 adolescentes considera que la ansiedad aumentó a propósito del estado de emergencia sanitaria por COVID-19 (Defensoría de la Niñez, 2022b). Aspectos como la depresión, autolesiones e intentos de suicidio son signos presentes en más de la mitad de la población encuestada para el Informe Anual de Derechos Humanos de la Defensoría de la Niñez del año 2022 (b).

II. Trauma Complejo.

Desde nuestro temprano desarrollo, la vida humana ha experimentado vivencias traumáticas, desde desastres naturales hasta violencia interpersonal (Van der Kolk, 2015). La etimología de la palabra trauma viene del griego, que significa herida (Leigh, 2019).

Desde el psicoanálisis, Fractman (2005) recopila que lo traumático es lo que determina modificaciones energéticas en las demandas pulsionales, es decir, la capacidad o no del aparato psíquico de ligar un estímulo que supera su capacidad de elaboración. Además, puntualiza que existe una distinción entre trauma como sustantivo y lo traumático como adjetivo. El primero implica un daño que se inicia al interior del aparato psíquico, mientras que el segundo alude a un estímulo que, al menos al inicio, se posiciona fuera del aparato psíquico.

Según Freud (1920), trauma significa un quiebre o ruptura de las defensas que se erigen para proteger el aparato psíquico frente a estímulos, lo que se caracteriza por “un aflujo de excitaciones excesivo, en relación con la tolerancia del sujeto y su capacidad de controlar y elaborar psíquicamente dichas excitaciones” (Laplanche & Pontalis, 1996, p. 447). En este sentido, implica una intrusión ambiental (Winnicott, 2009) que quiebra la confianza en la temprana relación de dependencia con el ambiente e incide en interrupciones en la continuidad existencial (Winnicott, 1993). Según Cervera et al. (2020), este concepto hace alusión a las secuelas de verse en exposición a situaciones personales que presumen que nuestro bienestar o supervivencia se vean intimidados.

Lo traumático se repite, mas no es un retorno al pasado, sino que es una vivencia del presente (Ferenczi, 1928; Davoine & Gaudillière, 2013), dado que el evento traumático queda en el “inconsciente cercenado” (Davoine & Gaudillière, 2013, p. 103), donde surge como un trozo de lo Real que no se ha podido inscribir a nivel psíquico, lo cual lo vuelve inenarrable. Esta repetición, de acuerdo a Insúa (2022), va más allá del principio del placer, es decir, tiene una característica de sorpresa y conlleva energía excesiva para el psiquismo, produciendo “un agujero, una nada de significación” (p. 20). Lo que no se puede decir se debe callar (Davoine & Gaudillière, 2010), frente a lo que Insúa (2022) puntualiza que, para que algo se constituya como traumático, tiene que haber alguien disponible que quiera escuchar.

Desde la perspectiva de la CIE 10 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2008), el trauma se engloba en el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático, el cual es un fenómeno que aparece de manera reactiva y tardía a un episodio que resulta estresor, ya sea de larga o corta

duración, que es amenazante o catastrófico y que, posiblemente, generaría angustia generalizada en toda persona. Se caracteriza por presentar situaciones reiteradas en las que se revive el hecho traumático mediante recuerdos intrusivos, por la presencia de sueños o pesadillas, falta de apego a su entorno, ausencia de respuesta a determinados estímulos, por anhedonia e imposibilidad de hacer las actividades que rememoran el trauma. Igualmente, se manifiesta un estado de hiperalerta, viéndose aumentada la reacción de alarma y se acompaña de insomnio.

Tal como recopila López-Soler (2008), en el DSM-I del año 1952 se consignaba la categoría de gran reacción al estrés y trastorno situacional transitorio en el DSM-II. Por su parte, la OMS no lo considera sino hasta su novena versión en el año 1977, categorizado como reacción aguda ante gran tensión. En su versión 10, la CIE del año 1992 conlleva una categoría de trastornos producidos por estrés y trauma, donde se incluye el TEPT agudo y TEPT crónico, además de la categoría trastornos de adaptación y los cambios duraderos de personalidad posteriores a una situación catastrófica. Siguiendo las ideas de Fernández (2019), el trastorno de estrés postraumático surge en la década de los '80 al ser incluido en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders en su tercera versión [DSM-III], con la finalidad de categorizar la sintomatología presentada por veteranos de la Guerra de Vietnam. De modo que los estudios se hicieron en hombres adultos bajo determinado contexto, reacciones que difieren de personas que han sido sometidas a traumas de manera prolongada durante su niñez y/o adolescencia (Chiappe & Teti, 2016).

De acuerdo a Guerra (2018), lo que traumatiza genera un desajuste de la personalidad, producido siempre en función de un otro. El impacto que produce lo traumático se desprende a partir de diversos factores, desde individuales hasta contextuales. Existen traumas por situaciones puntuales, como un asalto, abuso, una catástrofe natural, entre otros. Pero esta no es la única manera en que alguien puede sufrir un trauma.

Otra de las maneras de experimentar trauma es la exposición prolongada a situaciones traumáticas o experiencias adversas que desencadenan una victimización crónica que perpetúa el daño psíquico y las secuelas de ello en los distintos niveles del desarrollo, lo que se denomina trauma

complejo, generando un desorden interno (Fernández, 2019; Herman, 2004; Lawson & Quinn, 2013; López-Soler, 2008; Nieto & López, 2016; Van der Kolk et al., 2005). Cabe señalar que quienes han sufrido múltiples vivencias traumáticas no necesariamente desarrollan un trauma complejo, pero este siempre implica una politraumatización (Nieto & López, 2016). Asimismo, aunque los síntomas del trauma complejo pueden incluir síntomas del trastorno de estrés postraumático, especialmente en las primeras etapas del desarrollo de síntomas complejos, los dos no necesariamente se superponen (Lawson & Quinn, 2013).

De acuerdo a Fernández (2019), fue Judith Herman en el año 1992 -en su libro *Trauma & Recovery*- quien comenzó a hacer uso del concepto de trauma complejo. La autora también plantea la diferencia del trauma complejo con el trauma simple, siendo este último el que responde de mejor manera a lo que se denomina Trastorno de Estrés Postraumático. El trauma simple sucede como una experiencia aguda y circunstancial que produce dolor casi de inmediato en quien lo padece, teniendo baja intervención en la personalidad o identidad de la persona, generando hiperactivación en el mismo momento. Curtis & Ford (2009) definen el trauma complejo como lo que sucede frente a la exposición a estresores severos de manera prolongada y repetitiva, implican también daño o abandono de las figuras de cuidado, acontece en períodos sensibles del desarrollo de la víctima, como en la infancia y/o adolescencia y tiene la capacidad de comprometer gravemente el desarrollo de un/a/e niño/a/e.

Entonces, es posible establecer dos tipos de traumas: el primero es el trauma único y el segundo sería el trauma repetitivo complejo (Terr, 1991). El primero se caracteriza por recuerdos detallados y errores de percepción, mientras que el tipo dos se caracteriza por la negación y el entumecimiento, la rabia y la disociación. Esta situación es en particular problemática cuando quienes ejercen el daño son las figuras de cuidado, lo cual produce disonancia, ya que no es posible concebir que quien cuida genera daño, viéndose sin la capacidad de reaccionar ante esta situación. En este sentido, las consecuencias son mayormente perjudiciales cuando estas vivencias tienen lugar en la infancia, donde se quiebra la personalidad y surgen dificultades en la vida adulta, como problemas de

socialización, para empatizar o actuar de manera reactiva ante situaciones que no tienen carácter agresivo (Fernández, 2019; Lawson & Quinn, 2013).

Van der Hart et al. (2008) proponen que, cuando ocurre un trauma, la personalidad se fragmenta en, al menos, dos subsistemas disociados entre sí: uno de ellos buscará continuar con la vida cotidiana, evitando el trauma; mientras que el otro, la parte emocional, quedará ligada al pasado, a lo traumático y, por tanto, no tiene la capacidad de vivir de manera plena el presente. Por ejemplo, en relatos de personas que en su niñez vivieron abandono físico y/o negligencia, suelen reportar posteriores actitudes de desconfianza con otros/as/es, incluso, defensivas. O bien, contrariamente, es posible que provoque una constante búsqueda de afecto, cercanía física e imposibilidad de tolerar la soledad. En este tipo de casos, el/la/le tratante tomará el rol de proporcionar lo que la persona no obtuvo de sus vínculos primarios, como amor, aprobación o empatía.

Parte de las experiencias adversas que pueden constituir trauma son, en el ámbito familiar: una dinámica familiar disfuncional/ violencia intrafamiliar (negligencia, exigencia, aislamiento, abusos físicos, psicológicos, y sexuales), enfermedades propias o de un familiar cercano, muerte de algún miembro de la familia, patologías mentales de algún miembro de la familia, trauma temprano de los/as/es progenitores, divorcio, proceso de adopción o acogimiento familiar o residencial. En el ámbito escolar: maltrato, negligencia, acoso, bullying y violencia escolar. En el área deportiva: deporte de alta competición, abuso físico, psicológico y mental dentro del contexto deportivo y violencia deportiva. En cuanto a accidentes y enfermedades: accidente propio o de familiares, tratamiento médico propio o de algún familiar, ingresos hospitalarios, negligencia médica. Por último, en el ámbito de la migración, pueden encontrarse vivencias asociadas a motivos de traslado involuntarios (como guerra, extrema pobreza o trata de personas) (Lockett, 2019).

Vivenciar un episodio estresante o situaciones adversas en cualquier momento del ciclo vital tiene un impacto en la salud física y/o psicológica. Si esto ocurre en la infancia, su impacto puede ser altamente potente, dado que afecta a una persona que aún necesita condiciones externas que le garanticen seguridad y estabilidad (López-Soler, 2008; Cook et al., 2005). Es por esto que cuando

un/a/e niño/a/e experimenta condiciones inadecuadas de crianza o derechamente negativas, los efectos pueden ser de alta gravedad y complejidad, puesto que se ven involucrados en diversos aspectos psicológicos, en la maduración de los sistemas nervioso y endocrino (Van der Kolk, 2003). De esta manera, para el trauma complejo cobra elemental relevancia que sucedan episodios vitales cotidianos versus sucesos excepcionales, sucesos que son crónicos y no únicos (López-Soler, 2008; Ford & Courtis, 2013; Maercker et al., 2022). En este orden de ideas, la estructura interna de quien ha sufrido trauma complejo genera respuestas fisiológicas que obstaculizan un óptimo desarrollo de estas, las cuales tienen su origen en la hiperactivación del sistema nervioso, el que tiene como objetivo defender a la persona frente a acciones o situaciones estresantes o desagradables: ansiedad, disminución del sueño o conductas de agitación cronificadas e hipervigilancia (Nieto & López, 2016).

En otras palabras, el diagnóstico de estrés postraumático no logra captar los efectos que tiene sobre el desarrollo la exposición a vivencias de trauma complejo (Cook et al., 2005; Lockett, 2019). El trauma complejo es una temática que se ha posicionado como categoría diagnóstica, en particular en lo que respecta a una presentación clínica por lo general compleja, que superpone varios diagnósticos y durante los últimos quince años ha recibido diversas categorizaciones diagnósticas graves, como por ejemplo el estrés no especificado de otra manera (DESNOS), el trastorno traumático del desarrollo, el estrés duradero o trauma del desarrollo (Briere & Lanktree, 2013; Getz, 2018).

El año 2019, la Organización Mundial de la Salud incluyó en la versión once de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) el diagnóstico de estrés postraumático complejo, el cual se caracteriza porque:

Puede desarrollarse después de la exposición a un evento o una serie de eventos de naturaleza extremadamente amenazadora u horrible, eventos frecuentemente prolongados o repetitivos de los que resulta difícil o imposible escapar (por ejemplo, tortura, esclavitud, campañas de genocidio, violencia doméstica prolongada, abuso sexual o físico repetido en la infancia). Se cumplen todos los criterios de diagnóstico del trastorno de estrés postraumático. Además, el TEPT complejo se caracteriza 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 (p.53).

La vivencia de diversas situaciones adversas en la infancia podría desencadenar enfermedades, ya sea físicas o psicológicas, de muy difícil diagnóstico y tratamiento (López-Soler, 2008). A nivel biológico, se incluyen enfermedades cardiovasculares, enfermedades infecciosas, enfermedades pulmonares y diabetes, las cuales resultan comunes en personas con trauma complejo. A nivel de salud mental, se encuentran en su mayoría los diagnósticos de depresión, ansiedad, psicosis, trastorno afectivo bipolar y trastornos de personalidad (Felitti et al., 1998; Cook et al., 2005; Monnat & Chandler, 2015; Van der Kolk, 2015).

Según recopila Espinosa (2015), los síntomas del trastorno de estrés postraumático complejo que estableció Herman son:

- 1) Alteraciones en la regulación de los impulsos afectivos. Incluye dificultad para modular la rabia y las conductas autodestructivas.
- 2) Alteraciones en la atención y la consciencia, tales como embotamiento, lentitud de procesamiento, dificultades de atención y concentración, amnesias, episodios disociativos y despersonalización.
- 3) Alteraciones en la autopercepción, así como un sentido crónico de culpabilidad y de responsabilidad personal, que cursa con sentimientos de intensa vergüenza.
- 4) Alteraciones en la percepción del maltratador. Incluye aceptación, dependencia e incorporación de su sistema de creencias.
- 5) Alteraciones en las relaciones con los otros. Dificultades para confiar e intimar, desarrollo de fuerte sensación de vulnerabilidad y peligro cuando inician nuevas relaciones afectivas en la medida que se hacen más intensas e íntimas.

6) Somatización y/o problemas médicos.

7) Alteraciones en el sistema de significados. Los individuos abusados crónicamente, a menudo sienten una gran desesperanza acerca del mundo y del futuro. Así mismo, creen que no encontrarán a nadie que les entienda o entienda su sufrimiento (p. 128).

II.I. Trauma complejo y adolescencia.

Según Marques et al. (2022), la población adolescente que han tenido vivencias de trauma complejo muestra un alto riesgo de diagnósticos psiquiátricos, en una diversa gama de patologías. En la versión más reciente de la CIE – 11 se reconoce una categoría denominada Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPTC) que, además de los elementos del TEPT, considera alteraciones en aspectos que resultan perjudiciales para el diario vivir, como problemas en la regulación emocional, una autopercepción negativa y distintos problemas interpersonales que interfieren en su capacidad de autoorganización. Sin perjuicio de esto, siguiendo lo reunido por Wamser-Nanney & Vandenberg (2013) y Marques et al. (2022), la investigación sobre el TEPTC es aún muy limitada, especialmente en la población más joven.

Cook et al. (2005) categorizan las características del trauma complejo en la infancia y adolescencia en siete dominios. En el primero incluyen problemas con los límites, desconfianza y suspicacia, aislamiento social, dificultades interpersonales, dificultad para sintonizar con los estados emocionales de otras personas y dificultad para tomar perspectiva. En segundo lugar, posicionan los aspectos físicos, tales como problemas del desarrollo sensomotriz, analgesias, dificultades de coordinación y equilibrio, somatizaciones, aumento de los problemas médicos en un amplio espectro (asma, desórdenes autoinmunes, entre otros). La tercera dimensión afecta la autorregulación, donde se presentan inconvenientes como dificultad con la capacidad de regularse emocionalmente, dificultad para etiquetar y expresar sentimientos, problemas para saber y describir estados internos y problemas comunicando sus deseos y necesidades. La cuarta dimensión es denominada disociación,

donde agrupan distintas alteraciones en los estados de conciencia, amnesia, despersonalización, desrealización, dos o más distintos estados de conciencia y problemas para recordar lo sucedido en los distintos estados de conciencia.

En quinto lugar, ubican la categoría control conductual, donde mencionan problemas asociados a baja modulación de los impulsos, comportamiento autodestructivo, agresiones hacia otros/as/es, conductas de autorregulación patológicas, problemas de sueño, problemas de la conducta alimentaria, abuso de sustancias, cumplimiento excesivo, conducta oposicionista, dificultad comprendiendo y cumpliendo reglas y recreación de la conducta o juego traumático.

La sexta categorización refiere a la cognición, con problemas en la regulación de la atención y el funcionamiento ejecutivo, falta de curiosidad, dificultad para procesar nueva información, problemas de concentración y completar tareas, problemas con la permanencia de objeto, dificultad planificando y anticipando, problemas para comprender responsabilidades, dificultades de aprendizaje, problemas del desarrollo del lenguaje, problemas con la orientación en tiempo y espacio.

La última categoría es el autoconcepto, donde engloban la falta de un sentido continuo y predecible de uno mismo, pobre sentido de separación, distorsiones de la imagen corporal, baja autoestima, vergüenza y culpa.

Quienes han experimentado trauma complejo presentan consistentemente dificultades conductuales más generalizadas que aquellos/as/es expuestos/as/esa eventos traumáticos de menor gravedad o que sufrieron trauma no interpersonal o trauma interpersonal que comienza más tarde en la vida (Wamser-Nanney & Vandenberg, 2013).

En concordancia a lo señalado por Briere & Lanktree (2013), los/as/es adolescentes que han vivido situaciones traumáticas pueden experimentar una multiplicidad de síntomas y problemas, que tornan difícil la evaluación. El alcance de estas dificultades varía en virtud de los tipos de trauma que ha sufrido, en qué etapa de su desarrollo ocurrieron, su frecuencia y duración, así como otras variables biológicas, psicológicas y sociales que podrían intensificar o, por el contrario, moderar la presentación clínica. Asimismo, tienden a experimentar una amplia gama de emociones negativas y a

carecer de una percepción positiva de sí mismos/as/es, según lo señalado por Sanmartín (2011) y Shenk et al. (2013).

Briere & Lanktree (2013) elaboraron una guía de Tratamiento Integrativo del Trauma Complejo para Adolescentes, donde afirman que la evaluación se realiza a partir de diversas fuentes: el autoinforme del/la/le adolescente, informes de su cuidador/a/e acerca de su funcionamiento, información proporcionada por otras redes como familiares, profesores/as/es y pruebas psicométricas. De todas formas, la evaluación tiene como enfoque principal el nivel de seguridad del/a/e adolescente, su historial de exposición al trauma y los síntomas actuales. Luego de evaluar los riesgos inmediatos -como conducta suicida, por ejemplo- se indaga en los traumas dentro de la historia del/la/le adolescente. Cabe destacar que este/a puede no reportar todas las exposiciones traumáticas significativas durante la sesión de evaluación o tempranamente en el tratamiento, sino que es posible que se produzca más avanzada la terapia, en la medida en que el/la/le adolescente experimenta una mayor sensación de confianza y seguridad con el/la/le tratante.

Durante los últimos años se han elaborado pautas y cuestionarios de evaluación del trauma (Getz, 2018), pero no todos enfocados para niños/as/es y adolescentes. Mediante la revisión de la literatura se encontró el Cuestionario Internacional de Trauma que fue adaptado a la infancia y adolescencia y recientemente validado en Alemania (Haselgruber et al., 2020)

Para el tratamiento del trauma complejo, Briere & Scott (2015) señalan que este puede incluir la terapia cognitivo conductual (TCC), entrenamiento en habilidades de afrontamiento y regulación del afecto, enfoques relacionales/psicodinámicos, modelos de intervención con múltiples objetivos, además de tratamientos farmacológicos.

III. Vínculo psicoterapéutico.

A través de la capacidad de vincularnos, Winnicott (1993) plantea que luego de una dependencia absoluta y un período de dependencia relativa, se apuntala el self, logrando llegar a la

independencia de la vida adulta. La madre-ambiente debe ser capaz de responder ante las necesidades del/la/le bebé, que son aludidas bajo el concepto de gesto espontáneo, el cual deviene de experiencias sensitivas, emocionales o corporales como señal proveniente del self. Para poder hacer esto, la madre necesita encontrarse en estado de preocupación maternal primaria (Winnicott, 1979). Además, se observan los conceptos de handling o manipulación del/la/le bebé, holding o el sentido de sostener al/el/le bebé cuando sienta malestar o amenazas del ambiente y, por último, presentación de objeto, que implica permitirle conocer la realidad (Winnicott, 1971). Al mismo tiempo, destaca el concepto de Bion (1990) sobre la función de *reverie*, a través de la cual el/la/le niño/a/e incorpora los aspectos de la realidad ya metabolizados por su cuidador/a/e.

El concepto de vínculo como envoltura, como lo describe Anzieu (1986), es una metáfora que permite comprender la dinámica de los grupos humanos. Según Anzieu (1986), al igual que un grupo se sostiene unido por un entramado de reglas, costumbres y rituales, esta "envoltura" proporciona un espacio interno donde los/as/es miembros comparten producciones comunes, mientras que se separan del espacio externo que no participa en estas dinámicas. Esta "epidermis" actúa como una membrana que establece límites y protege a sus integrantes, al tiempo que permite la transcripción y la hiperexcitación de sus experiencias. El autor sugiere que esta membrana tiene dos caras: una externa que se relaciona con la adaptación del grupo a su entorno, y otra interna que funciona como una pantalla para proyecciones de fantasías y tópicos subjetivos.

Para el autor, ningún grupo puede perdurar si no cumple con estas funciones y exigencias del vínculo humano, lo que implica una relación continua de simbolización, apuntalamiento, continencia y satisfacción. En este contexto, la representación fantaseada del propio vínculo juega un papel crucial, ya que refleja el despliegue fantasmático compartido por los miembros del grupo. En resumen, el vínculo no puede establecerse ni mantenerse sin una constante interacción simbólica y una adecuada satisfacción de las necesidades individuales y grupales.

Cuando un/a/e niño/a/e se siente en amenaza, en desprotección o inseguro/a/e debido a la falta de cuidado, puede resultar incapaz de desarrollar actividades acordes a su etapa de desarrollo

como jugar, explorar su entorno y aprender. En resumen, la formación de la identidad personal se ve influenciada por los tipos de interacción que el niño tiene con sus cuidadores, los cuales se interiorizan y pueden llevar a la construcción de una identidad coherente o deficiente (Lockett, 2019).

Desde principios del siglo XX, la psicología ha propuesto que los vínculos afectivos que sostiene el ser humano contribuyen a alteraciones psicopatológicas y, por ende, son el fundamento de una personalidad que esté integrada (Fossa, 2012). La palabra vínculo refiere a una situación inconsciente que une a personas en base a una relación de presencia y que, evidentemente, genera distintas subjetividades (Berenstein, 2001).

De esta manera, la psicología ha comprendido que las personas tendrían una capacidad y a la vez una necesidad de establecer relaciones, lo que permite desarrollar o destruir el psiquismo (Fossa, 2012).

Las experiencias relacionales han sido fuente de estudio en el campo de la psicología y la psicoterapia por muchos años. La vivencia relacional en la psicoterapia se ha catalogado como vínculo terapéutico (Fossa, 2012). También se le denomina relación terapéutica, alianza terapéutica y alianza de trabajo (Santibáñez, 2002; Bhola & Kapur, 2012; Valdés et al., 2018; Castro, 2023). Para fines de este proyecto investigativo, se entenderá por vínculo psicoterapéutico los sentimientos y actitudes que tienen lugar entre paciente y terapeuta, los cuales pueden manifestarse de diversas formas, ya sea de manera verbal a través del lenguaje, o no verbalmente a través de gestos, expresiones faciales y tono de voz. Además, estas expresiones pueden ser explícitas o implícitas, es decir, claramente comunicadas o manifestándose de manera más sutil (Gelso, 2014). El concepto de relación terapéutica o vínculo terapéutico abarca fenómenos como la relación real, la alianza terapéutica y elementos de la transferencia y contratransferencia (Etchevers et al., 2012; Gelso, 2014). De esta forma, el vínculo psicoterapéutico “queda conceptualizado como un fenómeno de la relación terapéutica distinto de la alianza y los fenómenos transferenciales” (Fossa, 2012, p.109).

La comprensión y gestión de esta relación terapéutica son fundamentales en el proceso de terapia, ya que influyen en la efectividad del tratamiento y en la calidad de la conexión entre el/la/le

paciente y el/la/le terapeuta. La capacidad del/la/le terapeuta para reconocer y abordar los sentimientos y actitudes que surgen en la relación terapéutica puede contribuir significativamente al progreso del paciente y al desarrollo de un ambiente terapéutico seguro y de apoyo.

Según Horvath (2000), Freud creía que un vínculo positivo entre paciente y analista le proporcionaba un manto de autoridad a este/a, reforzaba las creencias del/la/le paciente en las interpretaciones del/a analista y le daba la fuerza personal y la confianza para afrontar la dolorosa experiencia de enfrentarse al material traumático. La calidad de la relación entre el psicoterapeuta y el/la/le paciente ha sido, desde hace mucho tiempo, entendido como el núcleo del método psicoterapéutico y un factor clave que contribuye al resultado de la psicoterapia (Hunter, 2012).

Para Botella & Corbella (2003), no es posible concebir la psicoterapia sin el establecimiento de un lazo interpersonal entre paciente y terapeuta. De hecho, señalan que la calidad que tenga este lazo, a nivel emocional y relacional, es una parte elemental para el éxito del proceso psicoterapéutico.

Siguiendo las ideas de Botella y Corbella (2003), existe la necesidad en el/la/le terapeuta de desarrollar una habilidad especial para utilizar su biografía y sus experiencias emocionales internas a favor de identificarse y, a la vez, diferenciarse de sus pacientes. Entonces, cada experiencia terapéutica se transforma en única e irrepetible. Se hace menester que el/la/le terapeuta cuente con herramientas adecuadas para enfrentar las necesidades de la terapia, lo que conlleva a la elaboración de técnicas de autocuidado que resulten útiles a la hora de enfrentarse a su labor (Arón & Llanos, 2004).

Freud (1912) señala que otra parte de las mociones libidinosas han sido demoradas en el desarrollo, quedan apartadas de la conciencia y de la realidad objetiva, teniendo permitido desplegarse solamente en la fantasía o, bien, en lo inconsciente. Entonces, si la necesidad de amor de alguien no se ve satisfecha por la realidad, la persona se verá obligada a volcarse hacia otras personas que aparezcan, siendo posible que la porción libidinal consciente e inconsciente participen de ello. Entonces, no es de extrañarse que “la investidura libidinal aprontada en la expectativa de alguien que está parcialmente insatisfecho se vuelva hacia el médico” (p. 98). Por otra parte, se encuentra la contratransferencia, la cual tiene que ver con las distintas reacciones de índole inconsciente que

surgen en la persona analista ante la persona analizada y, particularmente, respecto a la transferencia (Laplanche & Pontalis, 2004).

Ahora bien, esta relación transferencial no es vista como real, puesto que el/la/le paciente asociaba al/la/le terapeuta con figuras de autoridad del pasado, siendo una proyección de este/a/e. El objetivo del/la/le analista es interpretar la transferencia (Horvath, 2000).

El vínculo psicoterapéutico es una relación de tipo profesional, donde el/la/le tratante se interesa de manera genuina por el/la/le paciente, pero no se vuelve parte de sus vínculos cotidianos (Santibáñez, 2002).

Se han realizado estudios acerca de la relación terapéutica, donde se ha encontrado que, en función de la calidad del vínculo, los posibles aportes del/la/le paciente y tratante podrían enriquecer o no el proceso psicoterapéutico. También existe evidencia de que la calidad de la alianza terapéutica tiene directa relación con el éxito del proceso (Santibáñez, 2002). Incluso desde la primera sesión, las personas pueden darse cuenta si es posible establecer o no una relación positiva con su tratante (Mendoza, 2016).

Si bien no existe consenso entre los diferentes enfoques psicoterapéuticos sobre cómo definir el vínculo terapéutico ni sus componentes fundamentales, es posible vislumbrar en las investigaciones que, en una buena relación, las potencialidades del/la/le paciente pasarían a ser activadas, las cualidades del/la/le terapeuta pasan a ser valoradas y el proceso de cambio se ve fortalecido (Opazo, 2001; Castro, 2002).

Santibáñez (2000) refiere que la alianza debe formarse y que es una condición necesaria para el análisis e interpretación, así como también es fundamental para la efectividad de cualquier intervención psicoterapéutica. La autora destaca que el rol del/la/le analista para promover la alianza es presentarse a sí mismo/a/e como un/a/e participante realista en la relación analítica, así como también un objeto de identificación que sea positivo. Por otra parte, el/la/le paciente requiere de:

- una relativa madurez de las funciones del yo
- capacidad para establecer relaciones de objeto

- capacidad para una relativa distancia del objeto desde fantasías inconscientes y derivados transferenciales que podrían perjudicar o socavar la alianza
- capacidad para mantener confianza en la ausencia de gratificación, y
- capacidad para aceptar limitaciones realistas (p. 12).

Los/as/es adolescentes suelen consultar con una variedad de inquietudes, preconceptos y tensiones que a menudo complican la relación entre el/la/le tratante y el paciente. Son diversos factores que deben tenerse en cuenta, se incluyen la personalidad del/a/e profesional, el agendamiento, la posible presencia de acompañantes y el propio proceso de desarrollo del adolescente (Silber et al., 1992).

Existe un acuerdo general en torno a la dificultad que entraña entablar una comunicación efectiva en el contexto de la terapia con adolescentes. Esta complejidad se incrementa no solo por la presencia de psicopatología, sino también por el reto de establecer una conexión de confianza que permita al/la/le adolescente mantener una demanda propia y mostrarse disponible para el trabajo autorreflexivo (Castro, 2023).

La forma en que el adolescente percibe al/el/le terapeuta como una figura identificable en su rol particular, dependerá de su consistencia psíquica, del resultado de cómo se equilibran sus impulsos con los mecanismos de regulación y de cómo las vivencias perturbadoras puedan haber influido en su estructura psicológica (Castro, 2023).

A su vez, el vínculo con adolescentes se configura como un aspecto elemental, aunque desafiante para el proceso psicoterapéutico, dado que la/el/le terapeuta debe lograr discernir cómo mantener una distancia apropiada, sin mostrarse muy distante ni muy cercano (Gómez, 2017).

La evidencia derivada de la experiencia clínica y la investigación revela que muchos adolescentes son capaces de distinguir el papel del terapeuta como algo distinto en comparación con otros adultos, al mismo tiempo que aprecian de manera significativa la relación terapéutica como una herramienta de apoyo (Castro, 2023).

El formar y mantener una alianza se visualiza como eje elemental con adolescentes, quizás incluso más que con los/as/es adultos. A pesar de ello, suelen ser traídos/as/es o remitidos/as/es, por lo que pueden tener poca motivación para la terapia o no reconocen la existencia de problemas y tienen menor motivación al cambio (Bhola et al., 2013).

III.1. Trastorno de estrés traumático secundario o trauma vicario.

De acuerdo a Figley (1995), ser terapeuta de personas que han sufrido trauma conlleva riesgos, el principal es el experimentar dolor como resultado directo de su exposición al material traumático de otros/as/es. Esta situación se llama fatiga por compasión, estrés por compasión o estrés traumático secundario.

El concepto de trauma vicario apareció por primera vez en 1990, en los trabajos de McCann & Pearlman, y se utilizó para capturar la reacción del/la/le terapeuta ante los eventos traumáticos del/la/le cliente (Tabor, 2011).

Es un fenómeno que pueden vivenciar profesionales que trabajan con víctimas de trauma, en el que experimentan diversas consecuencias psicológicas que pueden ser perjudiciales para el/la/le tratante y que pueden prolongarse por meses e, incluso, años (McCann & Pearlman, 1990). A pesar de tener capacitaciones en la temática y supervisiones, no están exentos/as/es de vivir imágenes, pensamientos y sentimientos dolorosos asociados a los recuerdos traumáticos de quienes atienden (McCann & Pearlman, 1990).

La invasión repetitiva del trauma de otra persona afecta el sentido de pertenencia, las relaciones y la perspectiva de la vida, altera negativamente sentimientos, creencias, valores y juicios personales (Tabor, 2011).

Para un adecuado trabajo con víctimas de sucesos traumáticos, es fundamental que el/la/le profesional emplee sus habilidades empáticas, las cuales le conducen a conectar con la persona afectada de una manera significativa. Este proceso de empatía, crucial para la tarea de brindar apoyo

y consuelo, da origen a lo que Figley (1995) ha denominado "estrés por compasión" o "estrés por empatía". Esta reacción emocional lleva al/la/le profesional a sentir un deseo genuino de auxiliar a la persona afectada, experimentando una satisfacción personal al hacerlo. Sin embargo, una exposición prolongada a situaciones que generen este estrés por empatía puede llevar a una sobreidentificación con la víctima que, como resultado, podría inducir en el/la/le profesional síntomas de estrés postraumático.

El trauma vicario es un tipo de compromiso empático u ocupacional, pero un riesgo al trabajar con víctimas de violencia (Bell et al., 2003; Bride et al., 2007; Tabor, 2011). Hay muchos otros términos que están relacionados y se usan indistintamente, aunque de manera incorrecta, incluyendo victimización secundaria (Tabor, 2011). Pero son tres los conceptos que se usan con el mismo significado: trauma vicario, síndrome de estrés traumático secundario y fatiga por compasión (Bell et al., 2004; Roberts et al., 2022).

El estrés traumático secundario se refiere al desequilibrio que puede manifestarse en el/la/le profesional a causa de su conexión empática con la persona afectada y la exposición indirecta (o secundaria) al evento traumático sucedido (Guerra & Pereda, 2015).

Tal como ocurre en el trastorno de estrés postraumático experimentado por las víctimas directas, el estrés secundario conlleva la manifestación de síntomas invasivos, de evitación y de aumento de la activación fisiológica (Guerra & Pereda, 2015).

Mientras que las construcciones de la fatiga por compasión y el estrés traumático secundario se centran en los síntomas externos, el trauma vicario se centra en los cambios en el esquema cognitivo y creencias fundamentales como resultado de la exposición y el compromiso con el material traumático presentado por quienes atienden (Sutton et al., 2022).

De acuerdo a Félix-Bonilla (2019), el trauma personal es un factor de riesgo para que se desencadene trauma vicario o estrés traumático secundario. En este sentido, recopila que varios estudios han explorado la asociación entre el trauma personal y el trauma indirecto. Sin embargo, la literatura disponible ha demostrado resultados inconsistentes ya que, si bien algunos estudios han

encontrado una relación entre trauma personal y niveles más altos de trauma indirecto, otros no han encontrado tal relación entre dichas variables.

Existen seis factores organizacionales que se perciben como beneficiosos y/o perjudiciales para mitigar los efectos de trauma vicario, trastorno de estrés secundario o fatiga por compasión. Estos son la carga de casos, la capacitación en trauma, el apoyo de pares, la supervisión, el apoyo organizacional y la cultura organizacional (Sutton et al., 2022).

De acuerdo a Moreno-Jiménez et al. (2004), existen escalas para medir el estrés traumático secundario, como el cuestionario *Compassion Fatigue and Satisfaction Test* (Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción), elaborado por Figley & Stamm en 1995. El instrumento consiste en 66 ítems, 45 referentes a la persona y 21 relacionados con el ambiente de ayuda y con ser un “profesional del rescate”. Se debe responder a ellos en un formato de respuesta consistente en una escala de Likert con seis categorías (desde 0= “Nunca” hasta 5 = “Siempre”). Para la construcción del cuestionario los autores desarrollaron tres escalas como medidas de estrés traumático secundario, a saber: 1) satisfacción de compasión, 2) burnout, y 3) fatiga de compasión (Moreno-Jiménez, 2004, p.70).

También existe el *Secondary Trauma Questionnaire* (Cuestionario de Trauma Secundario), elaborado por Motta, Kefer, Hertz y Hafeez en 1999. Otro instrumento de evaluación del estrés traumático secundario es la *Secondary Traumatic Stress Scale*, STSS (Escala de Estrés Traumático Secundario), elaborado por Bride y Figley en 1999. Esta se creó para medir síntomas en trabajadores sociales y otros/as/es profesionales que trabajen en la temática del trauma (Moreno-Jiménez, 2004).

IV. Sistema de salud público y salud mental.

En Chile, el sistema de salud público se divide en tres niveles asistenciales. Estos se describen como una estructura organizativa y estratificada para asignar recursos, con el propósito de atender

las necesidades de la población. Estas necesidades no deben evaluarse en función de los servicios proporcionados, sino más bien en relación a la solución de los problemas de salud (Julio et al., 2011).

La Atención Primaria de Salud es el primer contacto, es la puerta de entrada al sistema asistencial. Su foco es resolver necesidades básicas y frecuentes a través de la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación; donde la idea es que se ubique en las cercanías de los lugares de trabajo y/o vivienda de las personas. En el segundo nivel se encuentran los establecimientos donde se brindan servicios relacionados a la medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta el 95% de los problemas de salud de la población. El tercer nivel atiende patologías complejas que necesitan procedimientos especializados y de alta tecnología (World Federation For Mental Health, 2009; Julio et al., 2011; Zattara, 2018). En la década de los '80, la APS fue descentralizada y su administración quedó a cargo de los municipios (Vergara, 2001).

A la base de la planificación de la Atención Primaria de Salud se encuentran distintos enfoques: enfoque de derechos ciudadanos y protección social, enfoque de determinantes sociales de la salud, enfoque de curso de vida y enfoque de equidad en salud, siendo este último el que aboga por la equidad de género, la interculturalidad y la igualdad en salud para los pueblos indígenas y para migrantes (MINSAL, 2016a).

El Modelo en el cual se basa la Atención Primaria de Salud es el de Salud Integral Familiar y Comunitaria, el cual se define como un conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, centrándose en las personas, en su integridad física y mental, como seres sociales integrados en familias y comunidades en constante proceso de adaptación a su entorno físico, social y cultural. Su esencia radica en crear condiciones que satisfagan las necesidades y expectativas de los/as/es usuarios/as/es para mantener la salud, mejorarla en caso de enfermedad y alcanzar los objetivos nacionales de salud, fortaleciendo la eficiencia, efectividad y eficacia de las intervenciones. Esto se logra en un marco de políticas públicas que promueven la salud y mejoran los determinantes sociales de la salud, como la educación y la vivienda. Los principios fundamentales de este modelo,

como centrarse en las personas, la integralidad de la atención y la continuidad del cuidado, son indispensables para orientar el trabajo de los equipos de salud en un sistema basado en la Atención Primaria (MINSAL, 2016a).

Desde 2005, como parte de la Reforma de Salud en Chile, se ha implementado un nuevo enfoque de atención centrado en la Atención Primaria de Salud. Este modelo enfatiza la promoción, la prevención y el tratamiento ambulatorio integral de la mayoría de los problemas de salud de la población. Se busca además el uso eficiente y basado en la evidencia científica de los recursos, así como el fortalecimiento de la Atención Primaria. Este enfoque ha dado lugar al Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) (García-Huidobro et al., 2018).

El MAIS se define como un conjunto de medidas que garantizan una atención eficiente, efectiva y oportuna, priorizando las necesidades de salud de las personas en su integridad física y mental, considerándolas como miembros de familias y comunidades en constante adaptación y convivencia con su entorno físico, social y cultural. Este modelo se fundamenta en tres principios esenciales: integralidad, continuidad del cuidado y centrado en las personas. De él se derivan nueve áreas de acción: promoción de la salud, prevención de enfermedades, enfoque en la salud familiar, colaboración intersectorial y territorial, garantía de calidad en la atención, enfoque en atención abierta, participación comunitaria, uso de tecnología y desarrollo profesional del personal de APS (García-Huidobro et al., 2018).

Para abordar la salud mental en la Atención Primaria de Chile, es elemental tener en cuenta que el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria es el marco del quehacer en el Sistema Público de Salud (MINSAL, 2016b). La salud mental en la Atención Primaria de Salud busca acercar los servicios lo más posible al lugar de residencia de las personas, eliminando la necesidad de desplazamientos largos para recibir atención. Esto permite que no descuiden a sus familias ni interrumpen sus rutinas diarias, lo que a su vez se traduce en una estrategia de atención eficaz desde el punto de vista económico. Esta cercanía en la atención incrementa las oportunidades para abordar las necesidades de salud mental cuando alguien consulta por su bienestar físico, lo que permite

ofrecer una atención integral. De igual manera, se simplifica la atención completa de la salud de los/as/es miembros de la comunidad que enfrentan problemas o trastornos de salud mental (MINSAL, 2016b; MINSAL, 2018b).

Desde la perspectiva del ciclo vital y los determinantes sociales de la salud, el nivel primario emerge como el entorno óptimo para iniciar intervenciones desde las primeras etapas de la vida, orientadas hacia los elementos que influyen en un proceso de envejecimiento activo y saludable (MINSAL, 2016b).

En el último Plan Nacional de Salud Mental (MINSAL, 2017) se señala que el aumento de oferta de atención de salud mental se debe principalmente al aumento de centros de Atención Primaria de Salud que brindan este tipo de prestaciones. El porcentaje de centros de atención primaria que cuentan con psicólogo/a/e aumentó de 89,5% a 99,6%. También se consigna que existe escasa oferta de atención en salud mental para niños/as/es y adolescentes.

La APS establece una conexión de largo plazo entre la persona y su médico/a/e, quien ofrece cuidados integrales para cubrir la mayoría de sus necesidades de salud. Además, se encarga de coordinar otros servicios médicos especializados que puedan requerirse más allá de su propia área de práctica (MINSAL, 2017). Para desarrollar un enfoque terapéutico efectivo, es esencial que los/as/es médicos/as/es de Atención Primaria se capaciten en el manejo inicial tanto de la medicación como de las terapias para abordar los problemas psicosociales y psiquiátricos más comunes entre sus pacientes.

Los trastornos de salud mental son muy comunes, teniendo un impacto significativo en la carga de enfermedad y costos, tanto directos como indirectos. Estos trastornos están estrechamente relacionados con factores psicosociales, que pueden desencadenar su aparición en personas biológicamente vulnerables o incluso ser la causa directa en otros casos. En todo momento, estos factores psicosociales ejercen una influencia considerable en el desarrollo y el pronóstico de los trastornos de salud mental (MINSAL, 2016).

Se observa que la atención en salud mental en Atención Primaria tiene el rol de proporcionar cuidados primarios en dicha materia a las personas con dificultades en esta área, así como también

“abordar los aspectos de salud mental que afectan el bienestar de todas las personas bajo su responsabilidad (...) proporcionadas por el equipo de atención primaria calificado, con transferencia técnica y apoyado por parte del nivel especializado” (MINSAL, 2016b, p. 8).

A nivel global, las personas afectadas por trastornos mentales representan una de las razones principales detrás de la demanda de servicios de Atención Primaria. A pesar de los avances en tratamientos innovadores para esta problemática, como el apoyo psicológico, social y farmacológico, todavía hay un porcentaje significativo que no recibe la atención adecuada ni en el momento oportuno (MINSAL, 2016b).

La estructura general del sistema asistencial de salud, con sus diferentes niveles de atención, plantea el desafío de garantizar una continuidad efectiva en los cuidados proporcionados en cada nivel. Esto es fundamental debido a que las personas suelen moverse constantemente entre estos a lo largo de su experiencia de salud y enfermedad (MINSAL, 2016b). Para efectos de la continuidad de cuidados, la manera más notoria de establecer relación entre el nivel primario y el nivel especializado “es el sistema de referencia y contrarreferencia. La referencia o derivación a través de un formulario físico o electrónico, dirigido a especialista o centro especializado de referencia, en general es conocida como interconsulta” (MINSAL, 2016b, p. 11).

Existen cuatro modalidades de relación entre los niveles de atención en salud mental. La primera es la formación del equipo de atención primaria, a partir de la cual se ofrece formación en identificación y tratamiento de la depresión al personal de atención primaria. En segundo lugar, consultoría y enlace, a partir de la que se realiza una evaluación breve de pacientes por un/a/e profesional de salud mental para brindar asesoramiento al personal de Atención Primaria en el manejo. En tercer lugar, el cuidado colaborativo, el que consiste en que se emplea un enfoque de gestión de casos con un/a/e gestor/a/e de casos dedicado, quien trabaje en conjunto con el personal de atención primaria en la elaboración de un plan de tratamiento, siguiendo protocolos acordados y manteniendo una coordinación estructurada con retroalimentación proactiva. Por último, el acoplamiento, donde se incorporan profesionales especializados/as/es en salud mental dentro de los

equipos de Atención Primaria para ofrecer tratamiento especializado en ese contexto (MINSAL, 2016b).

IV.I. Atenciones de Salud Mental para adolescentes en Atención Primaria de Salud.

En cuanto a los/as/es adolescentes, su demanda de atención médica está estrechamente ligada a la disponibilidad de servicios, es decir, utilizan los servicios de atención si se les brinda la oportunidad. Los centros de salud generalmente son vistos por los/as/es adolescentes como un lugar al que acuden solamente cuando se sienten físicamente enfermos. Por lo tanto, su acceso suele limitarse a consultas médicas relacionadas con enfermedades, consultas ginecológicas, servicios de salud reproductiva, consultas nutricionales y, en algunos centros, a través del control de salud del/la/le escolar o control sano del/la/le adolescente (MINSAL, 2009).

Durante las entrevistas de cada atención, es fundamental no solo enfocarse en abordar el problema que motiva la consulta, sino también en incorporar actividades destinadas a la promoción de la salud. Esto implica la creación de contenidos preventivos, como el seguimiento del calendario de vacunación, con el objetivo de fomentar conductas saludables y fortalecer la salud del/la/le paciente (Silber et al., 1992).

Según las Orientaciones Técnicas de Atención de Adolescentes con Problemas de Salud Mental, dirigida a los equipos de Atención Primaria (MINSAL, 2009), idealmente, la atención de los problemas de salud mental en adolescentes debe llevarse a cabo en el nivel primario de atención, por las mismas razones que han convertido a este nivel en el centro de la prestación de servicios de salud: lograr resultados más efectivos, promover una mayor equidad, aprovechar el liderazgo del equipo de salud como fuente de asesoramiento individual y comunitario sobre comportamientos saludables, coordinar acciones con otros sectores y llevar a cabo actividades de promoción de la salud por parte de los equipos.

La integralidad, como uno de los pilares esenciales en el Modelo de Salud Familiar, abarca la atención de las dimensiones biopsicosociales y se enfoca en la prevención y manejo de los trastornos mentales más comunes. Estos aspectos representan los principales objetivos del nivel primario de la salud (MINSAL, 2009).

El Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes (MINSAL, 2018b) considera varios motivos que dan cuenta de la necesidad de contar con una oferta organizada de prestaciones especializadas y diferenciadas para la salud integral de adolescentes, siendo uno de ellos que las políticas públicas en los servicios de salud especializados carecen de enfoque en estrategias específicas para la población adolescente. Estos servicios no ofrecen respuestas adaptadas ni accesibles, sin tener en cuenta las condiciones individuales o la progresión de la enfermedad, desde el diagnóstico hasta un tratamiento completo y la recuperación de la salud.

Es por ello que el programa busca implementar de manera gradual un Plan de Atención Especializada en Salud Integral y Personalizada para Adolescentes y Jóvenes, con el propósito de mejorar y facilitar el acceso a servicios de salud completos y coordinados con la APS. Este proporcionará atención médica adaptada a sus requerimientos, con un enfoque en derechos, género y diversidad cultural. Además, promoverá la participación activa de los/as/es jóvenes, centrándose especialmente en aquellos/as/es en situación de vulnerabilidad (MINSAL, 2018b).

De acuerdo a las recomendaciones técnicas que proponen agencias internacionales como la Organización Panamericana de la Salud [OPS], la Organización Mundial de la Salud [OMS] y el Fondo de Población de Naciones Unidas [UNFPA], el Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes implementó el año 2008 la estrategia de Espacios Amigables, conformándose un nuevo paradigma para enfrentar la atención de salud de la población adolescente. Esta iniciativa tiene por objetivo constar con servicios de salud integrales y amigables, a fin de facilitar el acceso y aumentar el uso de los servicios, avanzando en el cumplimiento de los objetivos establecidos (MINSAL, 2018a). Al año 2021, existían 348 Espacios Amigables en Chile (MINSAL, 2022). El foco es brindar atención preventiva con enfoque biopsicosocial, además de otros enfoques integradores, de manera adecuada y oportuna,

acciones promocionales y de educación en salud, basadas en la evidencia disponible, centrados en el grupo de adolescentes en un marco de derechos y principios bioéticos, vinculados con las escuelas y promoviendo la participación y empoderamiento juvenil (MINSAL, 2018a).

Los Espacios Amigables tienen el propósito de identificar y abordar prontamente factores y comportamientos de riesgo, fortalecer conductas beneficiosas, reducir la incidencia de embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual (ITS), suicidios y otros problemas de salud, al tiempo que fomentan un desarrollo y crecimiento saludables (MINSAL, 2018b).

En 2010, se estableció el Consejo Consultivo de Adolescentes y Jóvenes, que aporta una perspectiva participativa y de defensa a las políticas públicas de salud, reconociendo a los/as/es adolescentes y jóvenes como titulares de derechos. Este consejo cuenta con representantes de adolescentes y jóvenes de diversas regiones del país (MINSAL, 2021).

IV.II. Orientaciones técnicas y protocolos de atención a adolescencias en situación de vulneración de derechos.

Los/as/es adolescentes que participan de programas de protección especializada (Mejor Niñez), así como aquellos/as/es implicados/as/es en asuntos de Justicia Juvenil, son una prioridad nacional ya que el Estado tiene la responsabilidad de garantizar la restitución de sus derechos.

En cuanto a la salud de adolescentes que están insertos/as/es en Programas de Protección Especializada, se observa que tienen una mayor prevalencia de trastornos mentales respecto a la población general. Mientras que en esta última un 22,6% de NNA presenta patologías de salud mental, en NNA que han sufrido vulneración de derechos existe una prevalencia de 69,1%, siendo los más frecuentes el riesgo de suicidio (45,3%), dependencia de drogas (40%) y trastornos de conducta (disocial 25,7% y negativista desafiante 23,5%). Entre los/as/es adolescentes que están cumpliendo algún tipo de condena en centros cerrados o semicerrados (CIP-CRC-CSC), se observa una prevalencia alarmante de trastornos mentales, alcanzando un 86,3%. Los trastornos más comunes son aquellos asociados al consumo de sustancias adictivas (75,5%), seguidos por los trastornos disruptivos (37,8%,

incluyendo un 27,7% de trastorno de conducta y un 27,1% de trastorno oposicionista desafiante) y el trastorno por déficit de atención (25,6%) (MINSAL, 2021).

Hasta el año 2012, se mostraba una brecha de atención en materia de salud mental de 88,9% para adolescentes en el Sistema de Protección Especializado (ex SENAME) (MINSAL, 2021). Para asegurar la continuidad del cuidado, se diseñó la estrategia de vinculación entre la Atención Primaria de Salud y el ex Servicio Nacional de Menores (Mejor Niñez). Esta estrategia se define como el proceso que facilita el acceso a los servicios de salud incluidos en el Plan de Salud Familiar. Es una iniciativa nacional que se implementa en todos los centros de Atención Primaria, con el propósito de integrar a este grupo específico de adolescentes y jóvenes dentro de la población bajo el cuidado del centro. Esto permite coordinar los servicios de salud con un enfoque en la anticipación de problemas de salud, la prevención primaria y secundaria, así como la resolución de las necesidades individuales de cada adolescente y joven que participa en programas de protección, tanto en el ámbito de protección como en el de justicia juvenil. En los Servicios de Salud que aplican el "Sistema Intersectorial de Salud Integral con énfasis en salud mental para Niños, Niñas y Adolescentes con vulneración de derechos y/o bajo la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente" (SISI), se refuerza la vinculación entre la Atención Primaria de Salud y el Servicio de Protección Especializada. Esto se logra a través de la financiación proporcionada para llevar a cabo el "Programa de Reforzamiento de la Atención Integral de Salud de niños, niñas, adolescentes y jóvenes de programas SENAME", el cual tiene como objetivo mejorar sus condiciones de salud (MINSAL, 2021).

Objetivos.

I. Objetivo general:

Caracterizar la experiencia de los/as/es psicólogos/as/es de APS en torno al vínculo psicoterapéutico con adolescentes con vivencias de trauma complejo.

II. Objetivos específicos:

1. Describir las acciones que los/as/es psicólogos/as/es realizan para favorecer el vínculo psicoterapéutico con adolescentes con vivencias de trauma complejo.
2. Identificar los obstaculizadores y facilitadores de los procesos psicoterapéuticos en Atención Primaria de Salud con adolescentes con vivencias de trauma complejo.
3. Explorar las formas de trabajo terapéutico de los/as/es psicólogos/as/es en la psicoterapia con adolescentes con vivencias de trauma complejo.
4. Indagar en las consecuencias emocionales en los/as/es psicólogos/as/es de los procesos psicoterapéuticos con adolescentes con vivencias de trauma complejo.

Marco metodológico.

I. Diseño de la investigación.

El presente estudio sigue una metodología cualitativa, la que tiene como objetivo ilustrar, comprender y detallar aspectos sociales y de cómo las personas edifican su realidad y entorno, siendo agentes activos mediante la interpretación que cada persona hace de símbolos y signos, la cual se formula a partir de la interacción con otros/as/es (Pérez, 1994). Esto permitiría conocer sus actos y vivencias (Flick, 2015). Se aprecia que este enfoque metodológico es el más apropiado para la investigación propuesta, ya que lo que se busca es caracterizar un fenómeno acontecido en el vínculo psicoterapéutico, lo cual permitiría identificar y generar conocimientos acerca de este, mediante un proceso de interpretación de lo observado (Hernández et al., 2010).

El diseño de la investigación es de tipo fenomenológico, ya que el objetivo del estudio se enmarca en un fenómeno de características particulares que “sólo pueden ser captadas desde el marco de referencia del sujeto que las vive y experimenta, exigen ser estudiadas mediante métodos fenomenológicos”. (Martínez, 2004, p. 137). Dentro del contexto de la investigación cualitativa, este fenómeno se identifica como la experiencia vivida, la cual no se relaciona con la acumulación de conocimiento ni con la maestría en una habilidad adquirida mediante la práctica (Castillo, 2020).

El método fenomenológico se basa en la exploración de las vivencias individuales en relación a un acontecimiento, desde el punto de vista del/a/e sujeto. Este enfoque implica la investigación de los aspectos más intrincados de la existencia humana, y se adentra en lo que no puede medirse de manera cuantitativa. La fenomenología busca llevar a cabo un estudio minucioso y profundizar hasta llegar a la cosa misma, es decir, al ámbito donde se materializa la experiencia, a la realidad tal como se manifiesta en la conciencia (Fuster, 2019).

Esto es atinente, ya que la intención del proyecto es comprender el significado de las experiencias de las/os/es psicólogas/os/es, pudiendo rescatar el valor que le atribuyen a estas (Smith et al., 2009).

II. Participantes.

El estudio se realizó mediante entrevistas a 8 psicólogas/os/es que trabajan o trabajaron en Atención Primaria de Salud.

Se pretendió garantizar la paridad de género, pero se obtuvieron solo 2 entrevistas a hombres y 6 entrevistas a mujeres. La muestra estuvo compuesta por:

- 4 psicólogos/as/es con 5 años o más de experiencia profesional,
- 4 psicólogos/as/es con menos de 5 años de experiencia profesional (de acuerdo al criterio de saturación de datos).

Inicialmente se tenía contemplado entrevistar a cuatro profesionales con menos de 10 años de experiencia y cuatro psicólogos/as/es con más de 10 años de experiencia en APS, pero no fue posible conseguir ese tipo de muestra, posiblemente, por la rotación profesional que se identificó dentro de los resultados, lo que probablemente obstaculice que algún/a/e profesional tenga más de 10 años de experiencia.

Se accedió a la muestra a partir de un primer contacto con un informante clave, quien ejerció la profesión de psicólogo en el contexto de la Atención Primaria de Salud, por lo que posteriormente se buscó ampliar la muestra mediante muestreo por bola de nieve.

Como **criterios de inclusión**, se consideró que trabaje o haya trabajado en Atención Primaria de Salud con una antigüedad no menor a 1 año, que cuente o vaya a contar con espacios de autocuidado, ya sea a nivel personal o institucional (psicoterapia u otros) y que atienda o haya atendido adolescentes con vivencias de trauma complejo.

Por tanto, en los **criterios de exclusión** se contempló a las/os/es profesionales que no atiendan o no hayan atendido adolescentes en el contexto de trabajo en la Atención Primaria de Salud, haber trabajado un período menor a 1 año, que no cuenten con espacios de autocuidado ni lo tengan contemplado a corto plazo y que no atiendan o hayan atendido adolescentes con vivencias de trauma

complejo.

Para exponer lo que es el trauma complejo, se utilizó la definición del CIE 11: El trastorno de estrés postraumático complejo (TEPT complejo) es un trastorno que puede desarrollarse después de la exposición a un evento o una serie de eventos de naturaleza extremadamente amenazadora u horrible, eventos frecuentemente prolongados o repetitivos de los que resulta difícil o imposible escapar (por ejemplo, tortura, esclavitud, campañas de genocidio, violencia doméstica prolongada, abuso sexual o físico repetido en la infancia). Se cumplen todos los criterios de diagnóstico del trastorno de estrés postraumático. Además, el TEPT complejo se caracteriza 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.

III. Instrumento de recolección de datos.

Para el desarrollo del proyecto de tesis se utilizaron entrevistas semiestructuradas, la que es una herramienta que se enmarca bajo la idea de construir un proyecto investigativo flexible, por cuanto se mantiene un foco relevante donde el/la/le entrevistado/a/e es protagonista.

La entrevista semiestructurada es un proceso comunicativo que se da en un encuentro entre sujetos, previamente negociado y planificado (Schettini & Cortazzo, 2016). El objetivo último de esta es conocer la visión que tienen las/os/es entrevistadas/os/es, captar sus pensamientos y sentimientos, lo que les motiva y cómo actúan, por cuanto busca identificar “las creencias, las opiniones, los significados y las acciones que los sujetos y poblaciones le dan a sus propias experiencias” (Schettini & Cortazzo, 2016, p. 19).

Por su parte, Tonon (2012) define la entrevista como una instancia de acercamiento “entre sujetos, en el cual se busca descubrir subjetividades” (p. 9). Asimismo, la autora expone que la entrevista semiestructurada busca levantar la significación colectiva de una determinada acción, ya sea de un individuo o de un conjunto de personas desde donde se posiciona dicho/a/e individuo, mediante el uso del lenguaje. Sin perjuicio de lo anterior, plantea una distinción en cuanto al cuestionamiento de reconocerla como una “técnica”, ya que esto implicaría concederle un rol fijo como herramienta para obtener información, lo cual limitaría la consideración de la entrevista como una forma de crear nuevas percepciones y de reelaborar sistemas de creencias y prácticas. A pesar de esto, la autora afirma que la entrevista semiestructurada “facilita la recolección y el análisis de saberes sociales cristalizados en discursos, que han sido construidos por la práctica directa y no mediada de los protagonistas” (Tonon, 2012, p. 50).

De este modo, con el instrumento se tiene por finalidad indagar en las percepciones y vivencias acerca de la caracterización del vínculo psicoterapéutico sostenido con adolescentes que den cuenta de conflictivas y sintomatología concordante a trauma complejo, para lo cual el núcleo de las preguntas se abocan a identificar las particularidades presentes en el vínculo psicoterapéutico con jóvenes del grupo de referencia en estudio, reconociendo las principales dificultades percibidas por las/os/es tratantes.

Bajo el marco de la investigación, se tiene en consideración que es pertinente utilizar la entrevista realizada a profesionales, mas no directamente con adolescentes que conforman el fenómeno de estudio, debido a que por aspectos éticos se tensiona esta posibilidad (Hernández et al., 2014), puesto que se podría producir revictimización en las/os/es adolescentes que pudiesen ser entrevistados/as/es, debido a las vivencias de violencia crónica de las cuales han sido víctimas.

IV. Procedimiento.

Primeramente, se elaboró una carta de invitación para ser presentada a posibles participantes. Se tomó contacto con un informante clave, quien facilitó el contacto con dos personas que confirmaron su participación. Luego, se buscó ampliar la muestra mediante muestreo por bola de nieve.

Al tomar contacto directo con los/as/es participantes, se les explicó en qué consistiría su participación y se acordó una instancia de reunión en modalidad remota. Si bien se les hizo envío del consentimiento informado, al momento de la entrevista también fue leído y confirmada su participación, dando la posibilidad a responder dudas y/o consultas. Una vez realizadas las entrevistas, se procedió a la transcripción de las mismas y al análisis de datos. Con posterioridad, se elaboran las categorías y se comienza la redacción de los resultados.

V. Análisis de datos.

Para el análisis de datos se hace uso del análisis de contenido, el cual, como proceso de interpretación, se desplaza entre dos extremos: la exigencia de la objetividad rigurosa y la riqueza de la subjetividad. Requiere del investigador tanto una disciplina en la búsqueda de lo evidente como una sensibilidad hacia lo implícito, lo subyacente, lo no manifiesto, lo potencialmente novedoso y lo no expresado, todo ello contenido en cada mensaje (López, 2002).

Esta técnica actúa como una herramienta que responde a la innata curiosidad humana por desentrañar la estructura interna de la información, ya sea en su composición, organización o flujo. Su enfoque se dirige a las palabras y otros símbolos que conforman el contenido de las comunicaciones, y se integran dentro de la dinámica de la interacción humana (López, 2002).

Según Krippendorff (1980), permite obtener conclusiones a partir de la revisión de un texto. Es una técnica que pretende interpretar los significados, suponiendo un contenido manifiesto y otro latente. Por tanto, implica una deconstrucción del sentido y hacer surgir el latente. Mientras que la interpretación es una reconstrucción del sentido, es decir, volver del latente al manifiesto. Así, poder

reconocer y diferenciar los tópicos y lugares comunes entre los/as/es entrevistados/as/es. De esta forma se pretende acceder a las significaciones que permitan caracterizar el vínculo psicoterapéutico, a partir de la agrupación de tópicos que permitan determinar categorías.

Krippendorff (1990, p. 28) define el análisis de contenido como “una técnica de investigación destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto”. Este último se concibe como el entorno de referencia en el que los mensajes y sus significados se desarrollan. Por lo tanto, todo análisis de contenido debe llevarse a cabo teniendo en cuenta el contexto de los datos y debe estar respaldado por este. En resumen, quien investiga puede comprender el significado de una acción al ubicarla en el contexto social de la situación en la que tuvo lugar.

El análisis de contenido es el conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones tendientes a obtener indicadores (cuantitativos o no) por procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes, permitiendo la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción (contexto social) de estos mensajes (Bardin, 1996, p. 32).

Por lo tanto, el ámbito del análisis de contenido abarca un conjunto de técnicas destinadas a comprender y organizar el contenido de mensajes comunicativos que pueden estar en forma de texto, audio o imágenes, y a expresar este contenido utilizando evidencias cuantificables o cualitativas. El propósito de estas técnicas es derivar conclusiones lógicas respaldadas, ya sea relacionadas con la fuente de los mensajes, es decir, el/la/le emisor y su contexto, o posiblemente en relación con sus efectos. Para llevar a cabo este proceso, el/la/le analista dispone de un conjunto de operaciones analíticas, las cuales se adaptan a la naturaleza del material y del problema que se intenta resolver. Puede emplear una o varias de estas operaciones de manera complementaria para enriquecer los resultados y lograr una interpretación respaldada científicamente (Bardin, 1996).

Andréu (2002) refiere cinco componentes del análisis de contenido. En primer lugar, determinar el objeto o tema de análisis. Luego, determinar las reglas de codificación. En tercer lugar,

determinar el sistema de categorías. Cuarto, comprobar la fiabilidad del sistema de codificación-categorización. Por último, las inferencias.

1. Determinar el objeto o tema de análisis: implica preguntarse qué se quiere investigar, en ¿qué teoría o marco teórico se ubica, qué texto o textos se van a utilizar y cuál es la unidad de análisis que se va a utilizar? Requiere preguntarse por cuál es el problema a investigar. Cuando el/la/le analista ha identificado con precisión cuál es el problema de investigación, debe buscar literatura y conocimientos previos relacionados con el tema y situarlos en un marco teórico apropiado. La ausencia de un marco teórico hace que sea difícil abordar y explicar los fenómenos sociales de manera efectiva (Andréu, 2002).

2. Determinar las reglas de codificación: el proceso de manejo del material implica su codificación. La codificación conlleva la aplicación de reglas precisas para transformar los datos en bruto del texto. Esta transformación o desglose del texto facilita su representación en forma de índices numéricos o alfabéticos. Según Hostil (1996, citado en Andréu, 2002), la codificación es el procedimiento mediante el cual los datos en bruto se transforman de manera sistemática en unidades que permiten una descripción precisa de las características de su contenido.

3. Determinar el sistema de categorías: Bardin (1996) señala que la categorización se trata de un proceso en el que se separan y organizan los elementos que componen un conjunto, luego de haberlos agrupado según semejanzas, utilizando criterios que han sido establecidos de antemano. El criterio de clasificación puede ser de categorías temáticas, por ejemplo, recoger en el análisis de prensa de los principales periódicos de nuestro país. La clasificación de elementos en categorías implica identificar las similitudes que comparten entre sí. Lo que facilita este agrupamiento es la característica compartida por estos elementos (Andréu, 2002).

4. Comprobar la fiabilidad del sistema de codificación-categorización: la relevancia de la fiabilidad radica en asegurar que los datos se han recopilado de manera imparcial, sin verse afectados por el evento, instrumento o individuo que los registra. En esencia, los datos fiables son aquellos que mantienen su consistencia a lo largo de todas las variaciones del proceso analítico. La fiabilidad se

refleja en términos del consenso alcanzado entre los codificadores en cuanto a la asignación de unidades a distintas categorías. Si este acuerdo es completo para todas las unidades, se garantiza la fiabilidad; en cambio, si no supera el nivel de acuerdo esperado al azar, la fiabilidad se considera inexistente.

5. La inferencia: inferir se trata de proporcionar una explicación o, en resumen, de extraer deducciones a partir de lo que se encuentra en un texto. El/la/le analista de contenido busca obtener ciertas conclusiones o extraer inferencias, es decir, explicaciones que pueden ser tanto explícitas como implícitas en el propio texto. Conforme a Bardin (1996), el proceso inferencial se compone de tres componentes fundamentales: las variables de inferencia, el material analizado y la explicación analítica.

VI. Consideraciones éticas.

En virtud de que el presente proyecto de tesis es de carácter interpersonal, es pertinente plantear una reflexión ética en cuanto a las orientaciones y lineamientos epistemológicos del mismo. En este sentido, se tiene en consideración el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en especial su artículo N°7 que contempla que “nadie será sometido a torturas ni penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos”.

Igualmente, en cualquier investigación que implique el uso de información personal dentro del campo disciplinario de las ciencias humanas, es necesario tomar precauciones para salvaguardar y promover el bienestar de quienes participan, lo cual va en relación con la Ley 19.628, promulgada el año 1999 en Chile. En dicha normativa se garantiza la protección de la vida privada y los datos personales, estableciendo parámetros para preservar la confidencialidad y el anonimato de los/as/es participantes en investigaciones. En este orden de ideas, cabe destacar que la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO], en la Declaración Universal sobre

Bioética y Derechos Humanos (2005), valida el acatamiento a la dignidad de las personas, así como a sus derechos humanos y libertades fundamentales.

Por otra parte, es importante hacer mención de la Ley 21.120, promulgada el 2006, donde se abordan temáticas asociadas a la genética y la prohibición de la clonación humana. Además de ello, estipula que todo proyecto investigativo con seres humanos debe contar con un consentimiento voluntario, libre e informado de cada participante.

El presente proyecto de tesis fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Se consideraron las normativas legales referidas anteriormente, por lo que se utilizó un consentimiento informado digitalizado, donde se consignó en qué consistiría su participación; los riesgos, que principalmente se asociaron a una posible desestabilización emocional, para lo cual se elaboró un protocolo de contención emocional² que sería aplicado por la investigadora responsable; que si bien no recibirán ningún beneficio directo o recompensa, su participación permitiría generar información sobre la temática del estudio, así como también les proporciona una instancia para reflexionar sobre su rol profesional en un espacio protegido; en cuanto a la voluntariedad, se explicita que su participación es totalmente voluntaria y que puede retirarse del proceso sin ningún tipo de repercusión; igualmente, se les garantiza la confidencialidad de sus datos y las acciones que se realizan para que esto se cumpla; por último, se les comenta el derecho al conocimiento de los resultados, para lo cual se les pidió un correo electrónico para que, una vez finalizado el estudio, se les envíe un resumen de los resultados del mismo.

² No fue necesario aplicar el protocolo de contención emocional en ninguna entrevista.

Resultados³.

Nombre	Género	Comuna de trabajo	Años de experiencia	Estrategias de autocuidado	Duración de entrevista
E1	Femenino	San Joaquín	5 años	Psicoterapia	00:47
E2	Femenino	Macul	9 años	Psicoterapia	01:03
E3	Masculino	Macul	8 años	Psicoterapia	00:50
E4	Femenino	Conchalí	4 años	Psicoterapia	00:44
E5	Femenino	Pedro Aguirre Cerda	4 años	Psicoterapia	01:46
E6	Masculino	Pedro Aguirre Cerda	2 años	Psicoterapia y deporte autogestionados y media jornada a la semana para actividades recreativas en contexto laboral	01:04
E7	Femenino	Renca	1 año	Psicoterapia y terapia floral autogestionadas	00:30

³ Teniendo en cuenta la abundancia de citas textuales extensas, con más de 40 palabras, se decidió integrarlas en el escrito en lugar de incorporarlas de manera aparte, con la finalidad de mejorar la legibilidad y la coherencia del texto, permitiendo una lectura más fluida y facilitando su comprensión.

E8	Femenino	Recoleta	9 años	Psicoterapia y uso del tiempo libre autogestionados	00:40
----	----------	----------	--------	--	-------

I. Trayecto hacia la psicoterapia.

Esta categoría se refiere al recorrido que tienen los/as/es adolescentes previamente a la psicoterapia, especialmente por programas de la red de Mejor Niñez, así como también la rotación profesional que interfiere en la continuidad de los procesos psicoterapéuticos.

Esto se refleja en la entrevista con E1, que refiere que los/as/es adolescentes cuentan con atenciones psicológicas o psicoterapéuticas previas al inicio de la psicoterapia, con experiencias que no siempre son gratas para ellos/as/es, además de intervenciones psicosociales paralelas al proceso de psicoterapia por dispositivos de la red de Mejor Niñez. Esto alude a una sobre intervención, ya que manifiesta “vienen con una experiencia anterior de algún psicólogo anterior o psicoterapias anteriores que no han resultado necesariamente (...) entonces, yo creo que ahí como que se une un poco: uno, la sobre intervención todo el rato”. Coincide con esto E8, quien reporta que “son familias que están dañadas y también intervenidas, porque, a lo mejor ya vienen con red SENAME: PIE, PPF, toda la red, eh, son familias que están como fatigadas con tanto y no hacen nada”.

Por su parte, E2 hace alusión a la rotación de personas en los CESFAM, lo cual también apunta a una revictimización, dado que manifiesta que “vivenciar otra vez malas experiencias dentro del sistema o que hay una alta rotación de personal, o sea, se le presenta un psicólogo o psicóloga que a la siguiente sesión ya no está y tiene que contar todo de nuevo, a pesar de que pueda estar en la ficha y eso se reporta mucho”.

II. Motivo de consulta que no es propio.

La presente categoría alude a que los/as/es adolescentes llegan a consultar por motivos referidos por terceras personas, ya sea desde los establecimientos escolares o las familias, lo que hace difícil que opten por consultar de manera autónoma, siendo un factor en el que casi todos/as/es los/as/es entrevistados/as/es coinciden. Lo anteriormente referido puede observarse en las citas de E1 “todavía, llegan con motivo de consulta que no son propios, ¿ya? Como que, en general, la puerta de entrada es el colegio”, mientras que E4 señala “muchos son tribunales, la mayoría son tribunales, eh, hay algún par que vienen por un tema de abuso sexual que quieren hablar y los otros son porque los papás han visto que tienen comportamientos, pero son pocos los adolescentes que vienen por ellos”. E6 expone que “la mayoría de los chicos asiste no por voluntad propia. Hay algunos que sí, pero son menos casos”, E7 reporta que son “derivados de los colegios por temas comportamentales, sintomatología ansiosa, también sintomatología depresiva o trastornos del ánimo y también dificultades como en la casa, que también tiene que ver quizá un poco como comportamentales, pero más que nada como eso, como solicitud de los papás de que pasan situaciones o temas emocionales o, incluso, agresividad también”.

Asimismo, E8 manifiesta que los casos con mayores factores que dan cuenta de trauma complejo también llegan por derivación más que por consulta autónoma, tal como se observa en la siguiente cita “los más traumáticos tienden a llegar como por una red externa”.

La motivación por derivar y/o consultar surge por conductas de riesgo o crisis observadas, tales como autolesiones, intentos de suicidio o desbordes emocionales, como señala E2, ya que “la mayoría de los jóvenes es motivado por alguna crisis, ya sea por autolesiones, eh, por alguna riña, intento o pensamiento suicida, eh, un desborde emocional importante. Sobre todo, los establecimientos educativos son los que prestan mayormente alerta”, mientras que E5 relata que “me tocó trabajar muchísimo con autolesiones”.

Por su parte, E3 reporta que “es como un malestar que es difícil de aprehender porque en realidad responde a tantas cosas, que las respuestas más del tipo límite, intentos suicidas o gestos suicidas aparecen, eh... Y el tema de la desvitalización, sentir que no vale la pena vivir, creo que son

los motivos de consulta que más se repiten en los pacientes con trauma complejo (...) y si consulta de rebote debe ser porque hubo una conducta de riesgo que hace que el sistema se movilice y lo lleva a consultar". A su vez, E3 apunta a la existencia de un motivo de consulta relacionado a un malestar que va y viene, en tanto los motivos de consulta "circulan en torno a un malestar que, a ratos, no tiene lugar, quizá es un poco ambiguo o un poco aprehensible o concreta la respuesta, pero es este malestar que, a ratos, no se entiende, que no tiene como fin, que se escapa un poco de las manos de la comprensión del adolescente". En este sentido, argumenta que destaca "como características propias, yo creo si el paciente con trauma complejo no tuviera ciertas características de resiliencia no consultaría".

E5 explicita que parte de los motivos de consulta radican en conflictos con su entorno, en particular con la familia en lo que respecta a la organización doméstica y permisos para compartir con pares, específicamente señala que "la mayoría de los motivos de consulta de ellos eran problemas familiares. No sentirme entendida, no sentirme apoyado, no tener permiso, no tener acceso a cosas que yo quiero o directamente peleas, conflictos, no hablarse, no tener confianza con su madre o con su padre (...) la mayoría de los adolescentes, además de sus problemáticas individuales de desarrollo, de relación con el grupo de pares, de desarrollo afectivo, suelen tener muchos problemas de convivencia con los padres en torno, por ejemplo, a las responsabilidades de cuidado del hogar u organización doméstica, pero también en torno a sus responsabilidades escolares. Entonces, es súper importante poder llegar a ciertos acuerdos con ellos, cosa de que disminuye un poco la conflictividad, que muchas veces impacta directamente en los síntomas, así que yo creo que es un desafío súper importante tener un modelo de trabajo con adolescentes y sus familias".

Por otra parte, E2 refiere como desafío la posibilidad de elaborar un motivo de consulta en conjunto a cada adolescente, particularmente, "algo que ellos también quieran y deseen trabajar, ¿no? No necesariamente en torno al trauma".

III. Condiciones de inicio de la psicoterapia.

Esta categoría hace alusión a las condiciones que los/as/es psicólogos/as/es participantes identifican como elementales para el inicio de un proceso psicoterapéutico.

En esta, se encuentra lo que dice E5 sobre “¿está la persona a salvo de aquello que le traumatizó? Que es como el punto previo, ¿no? Antes de, el punto cero y que en APS sí, en APS muchas veces llegan y siguen la situación, ¿no? Entonces, tu primer trabajo no es propiamente terapéutico, ni de elaboración, ni de simbolización, es de resolución y abordaje, ojalá conjunto e interdisciplinario de la problemática, ¿no?”. En este sentido, agrega que es importante saber si “el contexto del trauma ya no estaba ocurriendo, lo que es crucial, sobre todo para trabajar en trauma asociado a violencia”.

Por su parte, E8 apunta que “tú no puedes trabajar un trauma cuando esté la escoba en una casa o cuando el joven siga viviendo con la persona que la violenta porque creas más rabia, más frustración y el niño sigue viviendo con él”.

IV. Vínculo psicoterapéutico con adolescentes con vivencias de trauma complejo.

Esta categoría hace referencia a la importancia que los/as/es entrevistados/as/es entregan al vínculo psicoterapéutico con adolescentes con vivencias de trauma complejo, observándose en las entrevistas que es un elemento fundamental dentro de la psicoterapia y que permite hacer una reparación o resignificación con un/a/e adulto, donde se debe generar un espacio de confianza.

1. Resignificación/reparación a través del vínculo psicoterapéutico.

Esta subcategoría apunta a la posibilidad de reparación y/o resignificación que implica el vínculo psicoterapéutico, demostrándoles la factibilidad de establecer un tipo de vínculo con un/a/e adulto/a/e que respete sus límites.

E1 considera que “también hay una resignificación o una reparación del adulto, tú podís provocar eso con el adolescente, ser otro tipo de vínculo”. Lo cual es concordante a lo que señala E4 respecto a que “no es un espacio para que se repitan vulneraciones, no es un espacio para que nuevamente no se le escuche, es un espacio para que ellos tengan otra oportunidad”. Esto guarda relación con lo que manifiesta E5 acerca de que “muchas veces el origen del trauma, al menos en mi experiencia en contextos de alta vulnerabilidad psicosocial, el trauma era muchas veces asociado precisamente a figuras adultas o de confianza, ¿no? Como la familia (...) el vínculo es lo que facilita, o lo que faculta los procesos de cambio o de superación”. Por su parte, E3 agrega que “yo creo que hay cosas que son más enigmáticas, que con la experiencia uno va pudiendo pesquisar o estar más atento en el vínculo. O darle también ese lugar al vínculo que, si no hubiera vínculo, no hubiera esa posibilidad de contarte cosas que a veces son innombrables”.

De esta forma, E1 cree que el vínculo psicoterapéutico “es demasiado importante, si el adolescente también engancha desde la comprensión. Como que es una etapa tan compleja que uno tiende a sentirse súper incomprendido”.

E6 expone que la “forma de vincularse como, una, con adultos, que la mayoría de las vulneraciones venían desde ahí y, segundo, un tema de género (...) no todos los hombres adultos en el fondo tienen que tener estas conductas como transgresoras, sino que hay que ser cuidadoso con la distancia”.

En conclusión, E3 expone que respecto al vínculo psicoterapéutico “yo creo que es fundamental y no se me ocurre solo a mí (...) hay un montón de textos que hablan de cómo al final una de las cosas que puede proporcionar o anticipar que la psicoterapia es efectiva tiene que ver con el vínculo terapéutico. Cómo el vínculo terapéutico y el poder conversar con alguien que te va a escuchar, que te va a contener, eh, pueda generar un cambio... Un cambio de que otro te mire, que otro te escuche, que otro piense contigo, eh, creo que es fundamental para el proceso psicoterapéutico”.

2. *Vínculo demandante, ambivalente e inestable.*

Esta subcategoría se refiere a las características del vínculo psicoterapéutico con adolescentes con vivencias de trauma complejo, frente a lo cual los/as/es participantes coinciden en que es demandante, ambivalente y que se va modificando.

E1 considera que es un vínculo que “como que muta. Parte bien inestable, como ambiguo, como que sí que no, bien inestable en principio, pero una vez que lograi el vínculo puede ser uno súper, súper estable, que significa muy buena adherencia, estar en una posición de cooperación constante, estar muy presente”. En relación a lo anteriormente mencionado, E6 apunta que “imagino que todo rango, rango etario, pero al adolescente al verse como más cambiante, no sé si lo llamaría como inestable, también como en esa evaluación constante como de límites, porque ahí es quizás hay una forma que su diario vivir le ponen límites o se relacionan a través de eso”.

E3 se refiere a “lo errático de las acciones de los niños o adolescentes, que a ratos van a querer mostrar y a ratos no van a querer mostrar”.

E4 hace mención a la idealización, en tanto “es un vínculo bien intenso porque te idealizan hartito”. De esta forma, lo configura como un vínculo que “es demandante”. En este orden de ideas, E5 “la definiría como una relación igual delicada, un poco demandante en ciertas oportunidades”. Igualmente, E7 lo describe como un vínculo “inestable, como con altos y bajos en como... No sé, por momentos como bien dependientes, o sea de uno como figura y, en otros, en cualquier momento, indiferencia, desapareciendo como del mundo... Y eso igual es como ambivalencia”. Asimismo, refiere que el/la/le “adolescente con trauma complejo yo creo que igual es más difícil llevar una atención más constante porque tienden a ser un poco más inconsistentes en la participación... Lo mismo en el tema de la comunicación con las familias porque muchos de ellos, sus cuidadores, también han vulnerado también o que también están en atención en CESFAM o COSAM incluso”.

Por último, E8 lo percibe “como esta típica guagüita con el cordón umbilical tratando de conectarse a alguien. Me pasa que cuando trabajo con adolescentes que han sufrido mucho daño se

me apegan mucho (...) hay una necesidad de contención, de ser escuchado, de ser validado tremenda". Además, menciona que "se sienten culpables, que ahora me van a echar la culpa a mí de que por culpa mía mi papá se va a ir... Esa situación es súper complicada".

3. Limitaciones contextuales para el vínculo psicoterapéutico.

En esta subcategoría se alude a los obstáculos contextuales que enfrenta el vínculo terapéutico con adolescentes con vivencias de trauma complejo.

E4 hace referencia a que "igual es complejo porque no es un vínculo dispuesto para todo, no es como que yo vaya a estar ahí para ese adolescente siempre porque voy a tener la agenda llena y lo voy a ver una vez al mes, entonces es un vínculo complejo".

4. Importancia del encuadre en el vínculo psicoterapéutico.

En esta subcategoría se hace mención al rol del encuadre dentro del vínculo psicoterapéutico y cómo este ordena y delimita el ejercicio clínico.

E5 considera que "por un lado, hoy el vínculo es crucial y muy importante, pero, por otro lado, un vínculo que igual tiene que estar bien cuidado en términos de encuadre (...) yo creo, no creo que exista un profesional de salud mental o salud social que no haya gastado y comprado cosas por su cuenta para sus consultantes, para sus pacientes. Creo que es algo que se naturaliza un montón y que es muy humano. Entonces, es muy sanador, pero también reviste cierto riesgo para ambas partes". En virtud de esto, cree que "es muy esperable y, sobre todo en pacientes más jóvenes que puedan, digamos como de alguna manera trastocar un poco este rol y decir como 'esta persona es mi amiga, esta persona cómo puede ser alguien en mi vida, esta persona me quiere y yo la quiero'".

Por su parte, E6 afirma que "lo importante es como la constancia, por lo general los chicos se aburren rápido, por decirlo así, de los adultos o adultas porque fallan mucho".

Mientras que E7 apunta que “pasa que tienden a traspasar harto los límites y ahí, si uno no los pone, es más complejo porque terminan buscándote siempre y uno pasa a ser una figura muy fundamental e importante para ellos”.

V. Facilitadores del proceso psicoterapéutico.

Esta categoría aborda los facilitadores que identifican los/as/es entrevistados/as/es para el desarrollo de los procesos psicoterapéuticos, los cuales abarcan los recursos que cada profesional tiene de manera individual, los que existen a nivel institucional y algunos adicionales a lo institucional.

1. Recursos personales de cada profesional.

Esta subcategoría engloba los facilitadores que los/as/es psicólogos/as/es identifican en la psicoterapia en Atención Primaria de Salud, siendo principalmente los recursos personales de cada profesional más que condiciones institucionales, tal como expone E2 “ahí lo que favorece, finalmente, es los recursos personales del profesional, yo siento que más allá de lo que otorga la red (...) como un profesional bien aperrado finalmente, de sus propios recursos pueda poder llevar a cabo”. Mientras que E7 reporta directamente que “siento que lo favorecedor tiene netamente que ver con lo que uno puede entregar como profesional, que es como el vínculo cercano, el de poder no solamente del psicólogo, psicóloga, sino que también hay una figura de contención, de apoyo, obviamente, siempre poniendo los límites sí”.

E5 señala que “creo que es demasiado relevante que el adulto terapeuta sea un adulto que presenta condiciones para una relación de confianza y seguridad, donde todo es posible de decir, donde hay límites que el mismo adolescente puede poner, creo que esa es una reparación crucial, sobre todo en materia de traumas por violencia”. Por su parte, E1 reconoce como facilitador el hecho de que el equipo ha tenido previa experiencia en la red de protección, en tanto “los psicólogos que

trabajan acá como con adolescentes que han tenido esas vivencias, han trabajado en los programas de protección, yo creo que eso es un gran plus”.

Por otra parte, E3 identifica como facilitador el conocimiento, ya que “conocer el diagnóstico y estar como atento a cuando eso se presenta y yo creo que uno de los riesgos, yo quizás desde la información o desde mis herramientas es cómo no caer inmediatamente en pensar que hay una estructura limítrofe de por medio, sino que es un niño, niña o adolescente cruzado por todas estas situaciones traumáticas y no tiene otra forma de responder que a partir de estas acciones, de estas conductas que a veces se ven como desreguladas”.

2. Recursos institucionales.

Esta subcategoría apunta a los recursos que entrega lo institucional para el trabajo psicoterapéutico.

Uno de los/as/es entrevistados/as/es identifica como facilitador el hecho de poder manejar su propia agenda, lo que le permitía poder citar pacientes las veces que quisiera en la periodicidad que considerara pertinente para cada caso (pero que es una particularidad de su lugar de trabajo), al señalar que “desde mi experiencia, había la posibilidad de manejar la agenda, entonces yo me podía citar al paciente cuantas veces quisiera, siempre y cuando tuviera como un bloque protegido a los ingresos”. Además de hacer uso de los recursos de los Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria, porque “había otro programa, un PRAPS [Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud] que hacía de acompañamiento, ¿no? Esa es una de las cosas que ayuda, el tener consciencia a ratos de que van a existir momentos en que el paciente va a faltar, entonces hay que tener como cierta perseverancia en la búsqueda, si falta poder preguntar y si no poder ocupar estos mismos dispositivos que tiene el sistema para poder hacer los rescates”. También reconoce las reuniones de sector como facilitador, en tanto permite tener una visión global de la situación familiar de cada paciente, en el sentido de que “las reuniones de sector tienen la posibilidad de esta mirada

un poco más complementaria, de tener consciencia de cómo esta familia se va armando, al tener el genograma y lo que es la ficha familiar, eso igual permite tener un poquito más de perspectiva de cómo abordar el caso”.

Dos de las/os/es entrevistadas/os/es valoran como facilitador el solo hecho de que exista la Atención Primaria como centro de atención en salud mental, ante lo cual E4 señala que “siempre es favorecedor que haya una puerta de entrada, que haya un lugar de atención, que haya un puente (...) que estén espacios como el Espacio Amigable que está destinado solo a adolescentes, que hayan programas como el Programa de Acompañamiento que está dedicado a familias infanto juveniles con complejidad psicosocial (...) Es una forma de sostener”. Mientras que E5 reporta que es facilitador “el acceso. Sabemos que hay terapias mejores que otras, hay profesionales más formados que otros, éticas más consistentes que otras, pero creo que son casos que necesitan atención y necesitan atención sin la barrera económica, por ende, creo que es favorecedor el solo hecho de que exista la posibilidad”. Por su parte, E8 refiere que es facilitador “el poder pedir horas continuamente, como el hecho de que haya siempre horas. Yo creo que eso es algo que tiene mucha ventaja” y “la cercanía al espacio donde esta persona se desenvuelve o vive, como la cercanía al colegio, la cercanía a la familia, uno más o menos conoce a la familia, sabe dónde viven, te volví más cercano y más como asequible”.

Por otra parte, E6 reporta que “es importante el espacio clínico, sí, pero no hay que perder otra instancia para que ese mismo espacio quizás pueda ser más nutrido a través de otra experiencia (...) son como talleres grupales y conexión con la red”.

3. Recursos adicionales a lo institucional.

Esta subcategoría se refiere a los recursos extras a lo institucional e individual que despliegan y utilizan los/as/es participantes para el desarrollo de los procesos psicoterapéuticos, lo cual incluye medios de comunicación directa con cada paciente, la normalización que las personas tienen ahora de la salud mental y el vínculo psicoterapéutico.

Una de las/os/es participantes refiere como facilitador el contar con medios de comunicación directa con cada paciente, más allá de la atención de box, específicamente E5 refiere “en APS creo que lo que ayuda es tener un contacto que no sea solamente el contacto clínico de box, sino también otras instancias en que tú puedes tratar de coordinarte o de acercarte a tus pacientes para ir generando ese vínculo terapéutico necesario para el trabajo en temas tan sensibles y agudos también”.

De parte de los/as/es usuarios/as/es, E5 considera como facilitador que “las personas han ido naturalizando mucho más la salud mental, se ha vuelto como también algo más natural”.

Por otra parte, E6 considera como facilitador aspectos relativos al vínculo y al espacio, tal como que “primero, siempre va a ser el vínculo (...) No sé, que es un espacio limpio, ordenado, que no se transgredan ciertos límites, tanto físicos o de distancia o de preguntas porque también salen muchas cosas”.

VI. Obstaculizadores de los procesos psicoterapéuticos con adolescentes con vivencias de trauma complejo.

Esta categoría hace referencia a las dificultades y obstáculos que los/as/es participantes identifican en los procesos psicoterapéuticos, los cuales son de distinto orden.

1. Falta de conocimiento.

Esta subcategoría refiere a que en Atención Primaria de Salud los/as/es profesionales no tienen necesariamente la formación para abordar casos de trauma complejo, lo que limita la sensibilización que tengan al respecto, siendo necesaria capacitación sobre ello.

Esto puede visualizarse en casi todas las entrevistas, donde E2 señala “principalmente porque la red primaria, eh, no otorga muchas veces como el conocimiento (...) hay algunos profesionales que quienes están en el sistema primario son, muchas veces, profesionales que o están recién egresados,

o se están formando, pero no realmente como en trauma porque puedan estar formándose en una práctica clínica más generalizada, pero sabemos que para cierta, eh, se requiere cierta *expertise* teórica como práctica (...) Entonces, esas son como las grandes complejidades porque no hay mucho profesional formado, capacitado para poder atender ese tipo de nivel de gravedad”. Por su parte, E3 relata que “igual es necesario cierta capacitación, cierta también como sensibilización respecto a eso”.

E6 también coincide con esta idea, al considerar que “hay poco conocimiento o manejo como concreto, tanto de protocolos como educación en cuanto a como norma técnica o cívica, todavía es como ‘ah, quien pone la denuncia la tiene que ser el trabajador social’ y es como no, el que la recibe tiene que hacerla”. En este sentido, E7 considera que “el principal desafío tiene que ver como con mayor información o autoaprendizaje de los profesionales (...) el tiempo que yo estuve, alcancé a ver como falta de manejo”. Igualmente, E8 refiere que hace falta “el *expertise*, yo creo que los casos son graves (...), no son casos como leves o cosas que tú puedas manejar como ahí. Entonces se dificulta mucho esto de tener la experiencia para poder abordar bien el caso, poder darle una buena respuesta al joven o adolescente que tenís presente”, ya que considera que “falta preparación académica a los psicólogos, nos faltan herramientas como para trabajar con adolescentes, falta preparación porque no tenemos la *expertise* ni siquiera para trabajar con niños como, o sea, es muy desde el maestro chasquilla”.

Además, E8 menciona que la noción de trauma no está trabajada en la Atención Primaria “porque todos hablamos de estrés postraumático, pero nadie sabe lo que realmente es”.

2. *Complejidades del sistema público.*

En esta subcategoría, casi todas las personas entrevistadas se refieren a la ausencia de condiciones que los/as/es psicólogos/as/es consideran mínimas para la psicoterapia, condiciones que van desde la falta de espacio, tal como expone E8 “son muchas cosas las que se complejizan, sobre todo el tema de los espacios (...) El espacio que sea tranquilo, que sea un espacio amigable, que sea

un espacio ordenado, ya te pone un desafío porque los espacios son incómodos para la atención, ¿ya? En el tema de los ruidos, el tema del manejo de abrir o cerrar la puerta”. Por su parte, E3 menciona que “sucede que el equipo de salud mental va casi rotando por los boxes que estén disponibles”. También se hace mención de la periodicidad de las horas entregadas para cada sesión, tal como señala E1 “no hay como una priorización, digamos, de tiempo primero: todos son cuarenta minutos y listo. Eh... Tampoco le dai una prioridad en la agenda”, E2 “las condiciones son tan paupérrimas del mismo sistema que hace que el profesional que está más capacitado y formado, porque los sueldos son muy bajos, porque los recursos son escasos, las horas de atención... A mí me parece insólito que en 30 minutos se pueda llevar a cabo una sesión psicológica, yo creo que bajo ninguna circunstancia eso pueda ser posible”, E3 “lo pienso desde la regularidad, desde la frecuencia de atención, desde cómo las condiciones de los boxes en el área de salud mental en los CESFAM”. Por su parte, E6 reporta “que la periodicidad de los controles que, finalmente, se da uno o dos al mes, debido como la demanda, eso es complejo”. En esta línea, E8 también reporta la falta de profesionales pertinentes a este tipo de casos en APS, ya que refiere que “además que es una población que está en el limbo, que nadie se hace cargo de ella, nosotros como Atención Primaria lo tratamos de hacer, pero estamos ahí (...) faltan herramientas para trabajar... Herramientas para trabajar con ellos. Falta un terapeuta ocupacional, que uno dice, claro, psicoterapia, sí, ok ya, solo psicólogo, pero no porque tiene que tener un complemento médico, tiene que tener un elemento de ocupar qué va a hacer este cabro después cuando salga de esta familia disfuncional”.

La participante E5 hace mención al dominio de lo biomédico como obstaculizador de los procesos terapéuticos y del desempeño de cada profesional psicólogo/a/e, lo que entorpece el trabajo porque “el trabajo en APS está extremadamente dificultado por la falta de acceso que tienen los pacientes a los terapeutas y los terapeutas a los pacientes, dado la carga de pacientes y los requerimientos institucionales”. En este sentido, manifiesta que sería importante “también tener más control respecto de la agenda ¿no? Yo creo que en Atención Primaria en Salud se reproduce el modelo biomédico, que funciona bastante bien para médicos, enfermeras, nutricionistas y, digamos,

matrones, por ejemplo, porque ahí hay un nivel de autoconsulta, ¿no? De consulta espontánea (...) Entonces (...) es mucho más como instantáneo, como voy pido una atención y da lo mismo la continuidad, pero en el caso de la atención psicológica y de los procesos de acompañamiento o psicoterapéuticos, sí es necesaria mayor frecuencia y ahí yo creo que había mucho, mucho, mucho que resolver en términos de que los pacientes pudieran tener un horario relativamente fijo de atención, cosa que sabemos que para la práctica clínica es bastante relevante, y continuidad (...) merma nuestro trabajo como terapeuta y yo creo que es algo que vemos de manera directa, pero va a ser política pública, va a ser formación y va a ser capacitación con el resto de los equipos”.

E4 y E7 relevan que por la alta demanda y sobrecarga de los servicios especializados se deben ver casos de trauma complejo en Atención Primaria de Salud, ante lo que E4 reporta “obviamente es desafiante el trauma complejo porque no está dentro de lo que deberíamos hacer (...) de alguna forma es porque el sistema está colapsado que nos toca ver (...) no hay una continuidad para que se pueda sostener de alguna forma lo que implica esa angustia” y E7 expone que es difícil ver en APS este tipo de casos porque “o sea, como dificultades con este grupo etario por un lado y, por el otro, como el perfil (...) CESFAM no da abasto como para intervenir como con ese tipo de dificultad”.

Por su parte, E1 también considera que existe una falta de continuidad, lo que da lugar a la sobre intervención porque “yo creo que ahí como que se une un poco: uno, la sobre intervención todo el rato, eh... Como el no haber podido como atajar, quizás, o ver cómo intervenir en este caso, eh... La poca coordinación también que se produce ahí y el tema de los tiempos igual, no hay continuidad”. En tal sentido, E6 plantea que “entonces, eso igual termina siendo muy revictimizante dentro de todo lo que hace también la misma red, en el CESFAM le preguntan esto, que el trabajador social y psicólogo, el médico, etcétera y que pasa a consultoría psiquiátrica, después la red de nuevo, las duplas psicosociales en el colegio”. Sin embargo, E8 considera que “todos se desligan, al final, mando un correo y ya está”.

Por otro lado, E6 reconoce una falta de conocimiento respecto a normativas y circulares que orientan la atención a adolescentes porque “si el adolescente viene solo, hay derecho de atenderlo,

¿cachai? Pero todavía en el SOME los devuelven para la casa, otros colegas, incluso psicólogos más viejos, los mandan para la casa porque todavía están con ese temor de, no sé, 'atiendo un menor de edad, independiente del sexo, tengo que dejar la puerta abierta', ¿cachai? O 'lo tengo que atender con el papá y la mamá' (...) también está que ese adolescente es una persona constituida, no es un anexo". En este orden de ideas, E8 manifiesta que "verla en Atención Primaria ya está como fuera de contexto, como, o sea, necesitan medicamentos y los médicos de salud primaria no manejan medicamentos adolescentes".

Igualmente, E6 identifica un nudo crítico en el sentido de que los "controles es que son en los mismos horarios de jornada laboral o educativa", por lo que "faltan más espacios, más instancias, obviamente, dentro de la dotación de personal, capacitación continua, el autocuidado".

E8 refiere que es complejo pensar en que se realice psicoterapia en APS, incluso "en cualquier grupo etario y los adolescentes tienen ese 'pero' de que está ya la cosa metida como un tribunal, en cosas así como y necesitan cosas como más especializadas, como COSAM, ponte tú. Entonces, como que abordar un trauma desde el comienzo en Atención Primaria yo no lo veo posible (...) A lo mejor, ya, sí más grande, cuando ya pueda como trabajar el trauma o reparar en una red donde realmente hagan una reparación, uno poder tomarlos y poder apoyarlos con como después, como en el en el post, como una medida preventiva para que este joven se pueda desenvolver de manera correcta o no pueda... No sé, no tenga relaciones tóxicas o pueda ser una persona independiente".

3. Complejidades asociadas a la articulación con el Sistema Secundario de Salud.

Esta subcategoría alude a las dificultades que encuentran los/as/es participantes en la coordinación y articulación con la red secundaria de salud.

E3, E4 y E7 explicitan que se deben principalmente porque, según refiere E4, "tenía que esperar a la consultoría, es decir, al espacio de una vez en el mes para pelear a los pacientes para poder derivar y que ahí me podían decir que no" y que "al final nos los quedamos porque, claro, la

teoría o la norma técnica dice una cosa y la realidad te dice otra, que COSAM te dice que tiene una lista de espera, eh, que te lo rechazan o te dicen ‘no, en verdad necesita tres meses de evaluación’, como cosas así, pero en la práctica debería ser solo la evaluación”. Además, reporta que “con la pandemia, la alta demanda, eh, te buscan la quinta pata, no sé po’, para derivar ‘tendrías que haber intentado sí sí tratamiento médico’, ‘no, es que intentaste solo un tratamiento y tendrías que haber probado tres esquemas’, y vuelve el paciente”.

Por su parte, E7 reporta que “la mayoría yo veía que eran derivados al COSAM, pero a veces también como que rebotaban, había que esperar. Entonces, igual es como yo siento la falta de información”.

Por otro lado, E3 manifiesta que “me pasó mucho, mucho que llegaban a CESFAM, pero ya tenían antecedentes de estar en el COSAM, entonces era más fácil, ¿no? ‘Mira, volvió a consultar porque volvió a tener síntomas agudos’, y se volvía al flujo del COSAM y el COSAM no tenía mayores resistencias en eso. Distinto era cuando era paciente nuevo en consultar, ahí había que trabajar más en cómo darle la gravedad para ser tomado, ¿no?”.

4. Factores contextuales e individuales del/la/le adolescente.

Esta subcategoría hace mención de las situaciones psicosociales que influyen o interfieren en los procesos psicoterapéuticos.

E6 revela que “muchas veces se sigue también viviendo como con el transgresor, que eso igual se da mucho (...) El espacio terapéutico es difícil que llegue a ser como psicoterapia en realidad porque, finalmente, terminaba más como una especie como de primeros auxilios, cada cierto tiempo”. De esta manera, E6 considera que “pueden hacer muchas cosas a nivel individual, pero el contexto en el fondo va empeorando, no por ser crítico o como por perder la fe en el fondo, sino que es algo más sistemático como a nivel estatal también que se ha ido dejando de lado, como te decía, no sé, la población era

conocida por ser más como bien un rollo más político social, obviamente hay consumo y pobreza, hay como determinantes sociales de la salud bastante como riesgosos en ese sentido”.

Por su parte, E5 manifiesta que “es imposible trabajar trauma complejo por negligencia, por abandono, alta disfuncionalidad y conflictividad familiar sin la figura principal de cuidado”.

Mientras que E7 plantea la constancia de estos/as/es adolescentes como un desafío, en tanto “la constancia de ellos como los procesos, eso ya sea en asistir o en cumplir con tareas, con indicaciones y todo eso. Yo creo que eso es como el gran desafío (...) sean inconsistentes a veces en la participación o, a veces, lleguen solos o que no asistan, que no avisen y es más difícil, obviamente, establecer un buen vínculo también”.

5. Factores asociados al trauma complejo como fenómeno.

Esta subcategoría responde a los hechos y situaciones que los/as/es participantes identifican asociadas directamente al trauma complejo como un fenómeno en sí mismo.

E5 reporta que el trauma complejo es un fenómeno que “en general lo cruza todo, y que además muchas veces, como suele suceder con trauma, es un tema que no está en el nivel necesario para ser verbalizado”.

Por otra parte, E6 considera que, actualmente, el trauma complejo es un fenómeno con mayor visibilidad, pero que “sigue siendo muy adultizado esto, ¿cachai? Entonces, cuesta todavía que se hable y se sensibilice y se actualice este tema, sobre todo en adolescencias”.

Parte de las dificultades contextuales que identifica E8 tienen que ver con que “me pasa mucho que hay casos de trauma que están tan mal manejados desde atrás, desde los padres, como situaciones de abuso, sobre todo sexual, donde la madre dice ‘a mí también me abusaron, ¿cómo tú no vas a poder salir adelante?’”. En este sentido, “hay situaciones que a lo mejor los jóvenes han podido manejar toda su vida como trauma y los dejan, pueden seguir adelante y en el momento que tú quieres como meterte ahí, no es el momento porque el trauma también tiene un momento para

ser trabajado”. Igualmente, E8 puntualiza que “el trabajarlo desde la Atención Primaria, entender qué es lo que es un trauma... No es estrés postraumático, porque no es lo mismo. Entonces, falta mucho, mucho, mucho camino”.

6. Condiciones de trabajo y sobrecarga laboral.

Esta subcategoría engloba los factores asociados a las condiciones de trabajo que reportan tener los/as/es participantes, lo cual implica una considerable sobrecarga laboral, sobre todo en tiempos de emergencia sanitaria por COVID-19. A su vez, se evidencia la falta de cuidado institucional de los/as/es profesionales.

E5 plantea que, a raíz de la pandemia por COVID-19, “el celular y la comunicación remota se volvió muy relevante (...) lo útil que era el teléfono para apoyar a los pacientes en el contexto de cuarentena, dado que no podíamos atender presencialmente, también se volvió algo que a mí como terapeuta empezó a desgastarme de manera muy fuerte”. E8 coincide en la sobrecarga laboral, al señalar que “uno de los grandes problemas que hay es que la carga laboral es mucha y los casos son muy complicados, todos nos saturamos con el tema. Entonces, como que empieza un peloteo de pacientes”. De modo que “te lo llevai pa’ la casa al final porque te pesa y, además, que después lo tenís citado y decís ‘chuta, ¿qué voy a trabajar con él, ¿qué hago?’ Entonces eso, no, por mí no, no los atendería”, evidenciando una falta de estrategias de autocuidado institucional, depositando la responsabilidad del cuidado del/la/le psicólogo/a/e en cada profesional, disponiendo un escenario de soledad en el trabajo con este tipo de casos. Por ejemplo, E8 señala que “la tolerancia a la frustración en estos casos tiene que ser muy alta y pa’ eso hay que tener herramientas como de autocuidado en el profesional que está trabajando (...) todos los casos que pueden ser graves, eh, no hay, no está la capacidad mental como para escuchar al compañero y tratar de decir que ‘hagamos esto’ porque también estai solo, sofocado con lo tuyo (...) entonces, como que todos percibimos, cuando llega un

caso así, que es como 'ay' porque al final no tenís el tiempo, tenís que hacerte el trabajo en la red, sabes que te la vas a bancar solo”.

7. Rotación profesional.

Esta subcategoría alude a la rotación profesional que existe y cómo esto se instala como obstaculizador de los procesos psicoterapéuticos.

E2 y E8 proponen como obstaculizador la alta rotación de profesionales. Por su parte, E2 manifiesta que “la alta rotación de personal hace que el niño no genere ningún vínculo y, sobre todo, que la institución lo daña porque percibe el abandono institucional dentro de la misma red, entonces no los ve como una red de apoyo, es como ‘de nuevo me van a abandonar’ porque ellos tienen vivencias, tienen muchas experiencias de abandono materno, paterno y familiar”. Mientras que E8 señala “la rotación de profesionales también afecta mucho porque tú trabajas con un equipo y después se descuartiza y resulta que tienes que volver de nuevo a capacitar, a capacitar, a capacitar, es súper complicado”.

8. Ausencia del diagnóstico en APS.

En esta subcategoría emerge que es un diagnóstico que no se utiliza en Atención Primaria de Salud, dado que se utiliza el CIE 10 y no el CIE 11, que es donde figura el diagnóstico de trauma complejo, por lo que no es posible dimensionarlo ni medirlo.

En este sentido, E5 afirma que “no recuerdo que usáramos trauma complejo en ningún momento, así que yo creo que no quedaba consignado”. Ante esto, la estrategia que usaba E5 consiste en dejar constancia de condiciones “de precariedad, de pobreza, digamos de marginación, pero no quedaba consignado trauma complejo. De hecho, ahora me dio curiosidad si existe en el CIE un diagnóstico por trauma complejo”.

VII. Formas de trabajo de los/as/es psicólogos/as/es en la psicoterapia.

Esta categoría alude a las acciones o condiciones que los/as/es psicólogos/as/es realizan para favorecer la adherencia a los procesos psicoterapéuticos.

1. Disponibilidad, flexibilidad y escucha activa.

Esta subcategoría apunta a la importancia que tiene el mostrarse disponible más allá del espacio del box y atención individual, de la flexibilidad de adaptarse a las características de cada adolescente y, junto a ello, la escucha activa.

E6 señala que “había como que tener como esa ramita de ser más flexible más allá del box, era bastante hartos terreno ahí o conexión con las redes, que muchas veces queda como criterio y voluntad como de los mismos funcionarios de salud, que no siempre se replica (...) el colegio, ya como en el fondo era mayor riesgo era como “no te lo van a llevar a los controles, ven a hacerle el control de salud acá en el colegio”. Entonces, si bien nos adaptábamos a ese tipo de recurso, tampoco sabemos si era lo más idóneo, pero era la única forma como de generar espacios de cuidado para él”. En este sentido, E6 también expone que “tienes que ser flexible con los cabros y, a veces, los cabros, no sé, por ejemplo, me acuerdo mucho de uno que también se terminó perdiendo el caso hasta que yo estuve, al menos, que fue judicializado. El chico no quería entrar al box y se sentaba en la escalera, entonces, no sé, hay que flexibilizar, irse a sentar con el cabro a la escalera hasta que ceda, o si ¿sabés qué? No sé, ir al patio, vamos, ¿cachai? O hay cosas que no sé po’, tienes que llenar cuestionarios o formularios que te piden, no sé, las plataformas o Rayén [plataforma digital de fichas electrónicas], en este caso, y no siempre quieren contestarte todo, ¿cachai? O te hablan más de eso. Entonces, creo que hay que ser flexible, principalmente, con los chicos. Hay que estar actualizados, hay que también estar abierto como a recibir críticas o palos, por decirlo así, porque en el fondo igual están en esa guerra, no sé si guerra, pero en ese conflicto como con los demás y uno, finalmente, no te representai a ti mismo, o sea solo a ti, sino que, en ese sentido, representai instituciones, modelos donde ya es

muy criticado, así que yo creo que eso, como ser cercano, empático, generar un vínculo sano, ser un adulto responsable y significativo como en la práctica más que en el habla”. Por otra parte, E7 reporta como relevante el “igual estar disponible en otros momentos, pero siempre poniendo los límites”.

2. Respeto a los tiempos, procesos y autonomía de cada adolescente.

En esta subcategoría se aborda la importancia que los/as/es participantes otorgan a la autonomía y tiempos de cada adolescente en sus procesos psicoterapéuticos.

E1 reporta que “no los obligo a nada en general, es como que vamos de a poquito y de repente se dan cuenta de que dijeron algo que no pensaron que iban a decir, entonces todo muy progresivo. No me pongo muy ansiosa con que no me digan las cosas al tiro, como que les tengo fe en ese sentido igual, pero yo creo que fundamentalmente la flexibilidad y la disponibilidad”.

E2 señala que busca “devolverles el sentido de agencia, de agencia personal, de poder decidir y, sobre todo, como víctima de abuso qué límite está tan transgredido y que la negación no fue escuchada”. En este orden de ideas, E3 reporta que les da “la libertad de que el niño, niña o adolescente pueda decirte ‘¿sabís qué?’ ... O uno como terapeuta también decir ‘no enganchamos, ¿te parece buscar otro terapeuta?’, ‘¿te parece probar con, no sé, si uno es hombre con una mujer’ y es importante, ahí uno engancha y es importante ser receptivo a eso”.

Por su parte, E5 releva la importancia del respeto por la autonomía de cada adolescente, ya que rige sus intervenciones bajo un respeto por la “autonomía del cuerpo y respeto irrestricto por la autonomía personal, pero a la vez también tiene que ver con esto como un poco más lúdico, más cercano que yo creo que para los chiques es bastante agradable y más en contextos de Atención Primaria en Salud (...) Yo diría que promuevo mucho como en esta como lógica de la restauración de la autonomía y de la autoestima, creo que promuevo mucho un vínculo que es bastante paciente”. De esta forma, considera pertinente “no presionar, por ejemplo, no presionar el contenido. No ir a la búsqueda de la elaboración de un contenido traumático, sino permitir que emergieran múltiples

temáticas, muchas veces muy distintas o en planos muy diferentes al esperado”. En esta línea, E8 relata también que “no lo podís obligar a querer trabajar ese trauma en el momento que tú crees que es correcto. Y con los adolescentes tratar de llegar a que hablen (risas) ya es un tema”.

3. Integración de vivencias traumáticas.

Esta subcategoría hace mención a la relevancia de favorecer la integración de vivencias traumáticas en los procesos psicoterapéuticos, permitiendo identificar los recursos que tiene cada adolescente.

Tanto E2 como E4 coinciden en la necesidad de integrar las vivencias traumáticas, rescatando los recursos resilientes de cada adolescente. E2 dice que “lo primero que hay que hacer ahí es integrar, integrar las vivencias, los sentimientos para que todos estos recuerdos fragmentados tomen su coherencia, ya sea cognitiva y su coherencia emocional versus las otras personas que van a tener más recursos para poder hilar esa información y tener como, por ejemplo, trabajar historia de vida de una forma cronológica, eh, si bien con eventos dolorosos, pero van a tener más recursos para trabajarlo”. Mientras que E4 señala “yo ahí lo traumático lo veo más bien en función de la resiliencia, en mostrarle a la persona que no es lo único que le ha pasado en la vida, la fuerza que tiene, los vínculos que ha hecho”.

4. Estrategias personales.

Esta categoría abarca las estrategias, dentro de sus características personales y habilidades, que cada participante utiliza para el desarrollo de los procesos psicoterapéuticos.

E2, E5 y E8 plantean estrategias asociadas a sus formas particulares de trabajo. E2 reporta que “también uno juega con el humor, con la talla para quebrar como el hielo”, así como también se basa en el “acto de desarrollo de la empatía (...) poder como emocionarnos con la vivencia porque a veces son relatos sumamente crudos”. Por otra parte, E5 refiere que busca tener la “capacidad de alguna

manera de hablar desde un lugar menos adultocéntrico y mirar desde un lugar menos adultocéntrico, creo que eso también es muy necesario para el trabajo con adolescentes”. Por último, E8 menciona la posibilidad de “poder decir ‘ya, anda a pedir una hora’ o ‘te hago sobrecupo o te llamo o te mando un correo, no sé, un WhatsApp’” y el “uso del lenguaje, un lenguaje entendible”.

5. *Respeto al encuadre.*

Esta subcategoría se refiere a la importancia que le entregan al encuadre, en tanto delimita y orienta el trabajo psicoterapéutico con adolescentes con vivencias de trauma complejo.

E2 señala que “de un principio trabajar los límites es importante para la alianza terapéutica y el respeto”. E4 clarifica acerca de los niveles de atención de salud y “les digo que somos un consultorio, que eso significa que aquí es como la primera puerta de entrada, que si vamos a necesitar un mayor espacio yo puedo derivar, pero que para eso necesito cumplir ciertos criterios y que esto es como la primera puerta de alguna forma”. A esto, agrega que “yo les digo ‘no tienen por qué venir a hablar del abuso, no vamos a hablar de cómo fue’, les digo ‘vamos a hablar de lo que tú quieras hablar’”. De modo que “la primera intervención es dar un poco de seguridad”. Para definir si se deriva o no algún caso, “tenemos ahí nuestros protocolos de referencia y contrarreferencia que se llaman y que están divididos en el infante y en el adulto, y en ese sentido sí están como claras las cosas”.

Por otro lado, E5 releva que “cuando uno trabaja con adolescentes, antes de ser terapeuta y respetar la confidencialidad y acoger el motivo de consulta y la co-construcción del problema, uno tiene una labor de cuidado”.

E8 explicita “el compromiso del encuadre” y adiciona el “no mentirles porque ya no son niños, no le puedes decir que existe el viejito pascuero. Entonces, el ser sincero y franco con ellos les ayuda mucho, como que ellos te puedan preguntar a ti también... No tan paternalistas, como que ya no cumplís ese rol con él o con ella”.

6. Trabajo en red y/o comunitario.

Esta subcategoría refleja la relevancia del trabajo en red.

En este sentido, E3 afirma que “también permite porque de repente los colegios en esto que se apopleman por los pacientes, los niños, niñas y adolescentes que son en este caso estudiantes de su colegio, de su establecimiento, a ratos súper interesados en eso, en que los niños y niñas asistan (...) eso es complejo porque igual está en el límite medio coercitivo de por qué tiene que atenderse, pero igual hay cierta regularidad o que el niño, niña y la familia se vean más mirados en que es necesario ser atendido”.

7. Lo vincular.

Esta subcategoría engloba lo relacionado a lo vincular y su importancia en el trabajo psicoterapéutico.

E3, E4, E5 y E8 convergen en la apreciación positiva del vínculo para la psicoterapia, donde E4 explicita que “en los adolescentes yo creo que es súper importante el vínculo que puedas hacer”. La forma en que lo hace es “ofrecer un espacio seguro, un espacio de contención, un espacio que de alguna forma sí importa lo que le pasa al adolescente, que se le está escuchando (...) preguntarles más por ellos, preguntarles por ellos, por sus intereses, ahí les comento que me gustaría conocerlos, eh, también trato como que salga espontáneo, algún chiste, alguna cosa”. E3 expone que trata de “no juzgarlo y de escucharlo qué se siente, por qué cree que lo hace, eh, creo que son esas dos cosas: estar muy atento a no repetir lo que los otros han hecho y que el espacio terapéutico, efectivamente, se vuelva algo distinto y pueda aperturar el vínculo”.

E5 destaca que “a mí algo que me interesa muchísimo es la horizontalidad, ¿no? En todos mis procesos”. A su vez, manifiesta que “teníamos un taller semanal que era grupal y que era como muy abierto en que los niños iban sobre todo a jugar y a veces hacer algunas actividades formativas (...) Era sobre todo jugar y eso hacía que el vínculo con los chicos fuera bien especial porque tenía esta

dimensión clínica uno a uno, pero también tenía esta dimensión más grupal, más afectiva, ¿no? O sea, acompañarlos con necesidades del día a día, abrocharle los zapatos, ir a buscar la pelota, ir a dejarlos en algunas oportunidades”. También refiere que “yo creo que, si uno tuviese que pensar con esos términos como es el ideal un vínculo terapéutico con adolescentes, creo que hay que alejarse mucho de esta... De esta figura media materna, ¿no? O de docente que viene de la autoridad de la estructura y tratar de armar una figura que esté como un poco fuera de eso”.

Por último, E8 considera que “los psicólogos de la Atención Primaria tienen una capacidad de vincularse impresionante porque la experiencia te la da po’, si tienes que vincularte con un niño de 3 años y con un viejito de 90”.

8. Trabajo con las figuras de cuidado.

Esta subcategoría se refiere al lugar que los/as/es participantes otorgan al trabajo con las figuras de cuidado.

E5 considera que hay que “hacer necesariamente sesiones de contención y de psicoeducación con los padres o figuras de cuidado principal, que no siempre son los padres (inaudible) y conocimiento respecto a los cuadros de salud mental, es esencial para que puedan, digamos, respetarlos, para que puedan llegar a acuerdos, para que puedan facilitar la convivencia”.

9. Formación continua.

Esta subcategoría se refiere a la necesidad de formación constante a la cual aluden los/as/es entrevistados/as/es.

E7 considera importante “estar constantemente aprendiendo, buscando herramientas, ¿no? Estrategias, material incluso, la cercanía también”.

VIII. Trabajo interdisciplinario e intersectorial.

Esta categoría tiene que ver con la importancia, pero a la vez dificultades percibidas por los/as/es profesionales entrevistados/as/es en el trabajo interdisciplinario, así como también a nivel intersectorial.

1. *Referencias que configuran al trabajo interdisciplinario e/o intersectorial como favorecedor.*

Esta subcategoría apunta a los elementos que posicionan al trabajo en red como favorecedor.

E3, E5 y E7 configuran el trabajo interdisciplinario e intersectorial como facilitador. Específicamente, E3 manifiesta que “hay un equipo que te puede acompañar y yo creo que esos son los mínimos y que también si están bien articulados permiten que uno tenga mejor desempeño, que uno no se queme, ¿cachai? Pero si no están estos mínimos es muy fácil que se quemem los psicólogos que trabajan en APS”. Asimismo, “solos no se puede o solo el techo de nuestra intervención queda súper limitada. Creo que lo primero es cómo hacemos que este niño, niña o adolescente pueda como cargar en su mochila esto que no debería cargar”. Agrega que “pienso inmediatamente en cómo trabajar en red con los colegios y los otros dispositivos de Mejor Niñez para dar... Para poder cubrir, acompañar de la mejor forma”.

Por otro lado, E5 reporta que “en el caso del trauma en que uno creo que tiene que trabajar también, muchas veces, en colaboración con otros profesionales que facultan, por ejemplo, la farmacoterapia, sobre todo cuando haya sintomatología aguda tanto en estrés postraumático como en otras manifestaciones traumáticas”. Adicionalmente, señala que “también creo que el hecho de que se trabaje de manera coordinada e interdisciplinaria es bueno, es decir, trabajar en trauma complejo con salud física, digamos, y social, creo que es bien bien relevante”. En relación al área de trabajo social, relata “que nos ayuden, por ejemplo, a trabajar de manera mucho más concreta los factores proteccionales, las necesidades, digamos, más básicas de cuidado y de seguridad de nuestros

pacientes”. También considera que el trabajo era “harto mejor con nutricionistas y matronas, (inaudible) sería mucho más sensibilidad y creo que tenía harto que ver con la formación y la cercanía que tienen ellas también con las temáticas asociadas a la sexualidad y la intimidad, así creo que muchas tenían mucha más apertura y también para ir a buscar ayuda”.

En otro lugar, E7 considera como facilitador “también quizás como el tener más contacto con las redes porque el colegio es una red igual súper importante y a veces, claro, los colegios como que derivan, pero por temas ya puntuales, por rendimiento y que sugieren que sea atendido, pero por ahí se pierde un poco como el nexa (...) trabajo multidisciplinario igual porque sí, son casos más complejos, o sea bueno, allá se hacía que se hablan de los casos y también hay un acompañamiento por los otros profesionales también, si es que es necesario”.

2. Referencias que configuran al trabajo interdisciplinario e/o intersectorial como obstaculizador.

Esta subcategoría apunta los elementos que posicionan al trabajo en red como obstaculizador.

E4, E5, E6 y E8 consideran el trabajo interdisciplinario e intersectorial como obstáculos para los procesos psicoterapéuticos. Primeramente, E4 apunta que “por ejemplo, un adolescente que es derivado por tribunales por un abuso, pero que no te quiere contar del abuso. Pero que tribunales lo derivó y, básicamente, tú tenís que cumplir y tenís que ir demostrándole a tribunales que lo está viendo y qué está pasando”.

E5 relata respecto al trabajo interdisciplinario que existe en “médicas y médicos... Eh, la falta de habilidades blandas, ¿no? No sabían cómo hablar con ellos y ellas, no tenían cómo. Entonces, muchas veces se quejaban como ‘no, este cabro no habló nada, no me dijo nada’ (...) en otros realmente nulo. O sea, no siendo capaces de hacer nada, ni siquiera haciendo una anamnesis muy completa”. En este sentido, reporta que las “principales dificultades es cuando no se daba la instancia de ayuda y, además, había una actitud como de desprecio respecto de las necesidades de salud mental porque las horas eran más largas. Involucraba más tiempo de agenda y muchas veces a los médicos

también les daba lata porque, a diferencia de otros controles o prestaciones que ellos hacían, involucraban precisamente coordinarse con el equipo de salud mental, tanto conmigo, como con trabajadores sociales y otros. Yo diría que la mayor dificultad era el trabajo con médicos”.

Por otro lado, E6 considera que “hay una conversación, se supone, para llegar como un acuerdo, pero no siempre es así”.

Igualmente, E8 apunta que “como los casos son súper complicados y son en red y tienes que preguntar si está en el PPF, en OPD, bla, bla, bla. Eso también lo hace más difícil aún. Entonces, uno trata como con las herramientas que tiene de armar la red, pero siempre quedai cojo”. Agrega que hay casos que están a la espera de alguna institución especializada y son derivados a APS, ya que argumenta que “hay casos, ponte tú, que llegan y que no debían llegar, que están esperando alguna red, por ejemplo, programa de reparación, PPF, etcétera y los mandan como pa’ sostenerlos”. Además, considera que “tengo casos que ya pasaron por la red, pero no cumplen y no cumplen igualmente con lo que se necesita... ¿Cómo te lo explico? La red es tan insuficiente que no llega a ser capaz de mandar un usuario como compensado porque uno podría revivir el trauma y podría conversarlo con el usuario si ya lo trabajó”.

En lo que concierne al trabajo interdisciplinario, E8 lo visualiza como “un parche. O sea, funciona, sí, es necesario, pero es un parche porque al final de cuentas estos profesionales interdisciplinarios ven un caso una vez, ¿y de qué sirve? (...) En el caso de los psicólogos nos pasa eso, que tenemos la ventaja de ver un paciente, podemos verlo cuatro veces al mes cuando podamos hacer magia, ¿cierto? (risas). Pero los demás no, entonces es como la mentira de la Atención Primaria, es como una doble trampa. Uno trata como de unir a la red y tratai de tirar y como que descuartizai el paciente, ‘no, entonces mira aquí vamos a ver esta parte aquí, esta parte acá’, pero después no hay un trabajo en equipo porque después no es que se reúne el equipo a decir ‘¿sabes qué? Vimos este caso, ¿cómo podemos apoyarlos?’ No, lo que uno hace es tomar el caso, lo fracciona, trata de como, en mi caso, que lo tomo, lo visualizo y digo ‘ya, va para allá, pa’ allá y pa’ allá’, ¿ya? Pero también es como un ideal porque uno no sabe qué va a recibir al otro lado. Entonces, pasa mucho que lo vio la

matrona, sí, ‘toma ahí está tu correo, ahí está la evolución’”. Agrega que “no existe la dupla psicosocial que tú la leís en toda literatura como no, eso no ocurre. Tampoco trabaja esto de equipo cabecera, que es tan bonito, suena en Atención Primaria que habla de la salud pública, en general no existe eso porque la enfermera no va a tener la capacidad, el médico no tiene la capacidad, el TENS no tiene la capacidad”.

Entonces, E8 considera que “la salud como familiar no entiende eso, que nosotros somos en parte matrona, somos en parte psicólogos, somos parte médico, todos somos parte de algo y nosotros tenemos que ver con un paciente cardiovascular. Entonces, tenís que saber qué es lo que es una enfermedad cardiovascular, ¿por qué nosotros no más tenemos que saber eso?”.

Finalmente, E8 releva que “médicos cuando detectan una situación de abuso sexual no denuncian algunos y otros derivan a salud mental (...) ¡Las matronas! El trabajo del matronaje, o sea la matrona, debería ser como un psicólogo de la salud mental femenina y no lo es. Entonces, nos pasa mucho con situaciones de violencia intrafamiliar que las matronas ‘ah, vaya al psicólogo’. ¿Y la consejería o el apoyo?”.

IX. Consecuencias emocionales en los/as/es psicólogos/as/es.

Esta categoría engloba las emociones que surgen en los/as/es psicólogos/as/es en el vínculo terapéutico.

Parte de las emociones que experimentaron los/as/es participantes engloban la tristeza, frustración, culpa, impotencia, desmotivación, desgaste y rabia de no poder hacer más cosas ante escenarios tan complejos. En este orden de ideas, E1 considera que “yo creo que más que incómodo, fue súper triste, ¿cachai? Porque fue exponerla al final (...) me ha pasado que sí me he angustiado”. A su vez, plantea que debe “estar como más alerta quizás, como pendiente, eh... Sí me da como que me emocio hartamente con ellos (...) eso es como un gran desafío, el saber cómo manejar eso no estático, eso inestable”. De esta forma, cree que “el desafío es empatizar, pero, al mismo tiempo,

tener ese límite bien claro y que creo que es algo que de repente se puede volver súper difuso cuando es algo que te marca mucho”.

E2 dice haber sentido “frustración, la impotencia, a veces la rabia de no poder hacer más cosas, que a veces hay realidades tan complejas que uno también empatiza (...) son varios sentimientos que van surgiendo en el transcurso del proceso”.

E3 considera que es “súper desgastante, además que recuerdo haber tenido, bueno, fue desmotivante, frustrante (...) me recuerdo haber estado bien inundado emocionalmente, como haberme sentido que eso hizo un clic, como que pasó mi espacio esa posibilidad de poder dejar el trabajo en otro lado y lo trasladé al espacio personal”. Agrega que es “frustrante porque, por un lado, los papás o mamás no son tan conscientes de que sus hijos la están pasando mal (...) son igual casos que abruma, son pacientes que sus historias abruma en cierto punto porque es más difícil pensar que el abordaje va a depender de uno o solo de él o ella”. De esta forma, cree que es “súper abrumador porque nosotros no vamos a poder, me acuerdo de esa sensación como de querer rescatarlos, yo me los quería llevar a la casa y creo que esa es una de las cosas que generan (...) yo creo que uno no queda indiferente a esos casos, por algo uno se acuerda después de años de algunas historias que tienen cierta profundidad o ciertos bemoles que a uno lo marcan como terapeuta”.

Por otro lado, E4 expone que sintió “impotencia, rabia porque tienen razón muchas veces (...) cansancio, agote, rabia obviamente”. Sin perjuicio de lo anteriormente referido, dice que “me traen harta esperanza, idealismo” porque “como que uno va perdiendo un poco fe en el mundo igual”. De modo que aprecia que el trabajo con esta población “desgasta y en ese sentido me hacen perder un poco de fe, pero no por ellos, sino que por lo que les han hecho”.

Por su parte, E5 dice que “creo que tal vez el sentimiento más difícil de sostener, aparte como de la tristeza, es la sensación de impotencia y de injusticia (...) precariedad, que eso también era algo que me generaba muchísimo desgaste emocional. La sensación como de que había muy pocas salidas, que las soluciones eran muy poco permanentes, muy poco, digamos, resolvedoras, muy poco directas

al problema, digamos, que muchas veces era la escasez de recursos y de acceso a instancias de servicios necesarios (...) sensación de tristeza, de desesperanza, de impotencia, de rabia”.

En otra vereda, E7 plantea que ha experimentado “miedo, impotencia y después como que ya cuando se calmó toda la situación, me dio mucha pena igual, me dio pena porque claro, se ve como la dificultad del poco acompañamiento y la vulnerabilidad (...) he pasado por todas las emociones, la verdad. Harta frustración, rabia por, bueno, las condiciones de vida, por las redes también, como la escasez de salud mental o los programas de infancias también que están súper atochados... Incluso, las de salud, salud mental, COSAM”.

X. Acciones que realizan los/as/es psicólogos para afrontar las consecuencias emocionales de atender adolescentes con vivencias de trauma complejo.

Esta categoría hace referencia a lo que hacen para afrontar dichas emociones, donde coinciden en la importancia de la psicoterapia personal, de conversar con alguien más -en especial con sus equipos- y la supervisión. A su vez, surge la importancia de ser consciente de qué caso puede ser sostenido y cuál no, siendo responsable con ello. Todos/as/es los/as/es participantes hacen alusión a estrategias que quedan al margen de lo institucional y, más bien, responden a acciones realizadas de manera autónoma.

Todos/as/es los/as/es participantes convergen en la importancia de la psicoterapia personal para el ejercicio de autocuidado, así como también el conversar acerca de los casos con su grupo primario de apoyo y/o equipos. E1 refiere "lo hablé po' porque una se siente culpable igual (...) lo hablé harto como con mis colegas, con el equipo". También hace mención a "ir al psicólogo po', eso como súper fundamental. Eh... Porque te ayuda como a separar cosas".

E2 reconoce que “es importante que uno pueda decidir y decir ‘este caso lo puedo llevar, este caso no y cuáles son mis límites como terapeuta’. Entonces, eso para mí es fundamental, haberse terapiado mínimo alguna vez en tu vida (...) y por eso es súper importante uno verse, visualizarse y saber como sus propios límites”. Igualmente, reporta que “sin duda, hay experiencias que te van

marcando más que otras y, sobre todo, cómo poder resolverlo y cómo llevarlo al equipo cuando tú sientes que sales de sesión, de poder hablarlo con un colega, de poder hablarlo con un coordinador técnico y decir ‘pucha, me impactó este relato que dijo, me emocionó’ y a veces, como eso, como más que todo tener un lugar de vaciamiento para tener un lugar donde poder hablar al otro como de lo que yo te decía”.

A su vez, E3 también considera como relevante el contar estas vivencias en el trabajo a la familia, al señalar que “igual como que lo comenté no sé si a mi familia, lo comenté después con el equipo”. También, refiere como importante “bueno, y yo creo que la psicoterapia (...) incluso los espacios de supervisión yo diría son importantes”.

De igual manera, E4 también considera importante el “conversarlo, por ejemplo, el mismo caso de [nombre del paciente] lo presenté hace 2 o 3 días en la consultoría”. E5 coincide en esta idea, al señalar “ese caso, lo conversé hartó con mi jefatura”, creyendo relevante contar con espacios de “hartó de contención y vaciamiento de equipo (...) por lo mismo las instancias de autocuidado y de, digamos, vaciamiento y de compartir y de supervisar son tan, tan, tan importantes porque realmente uno queda con... Con una sensación, ¿no? Como que permanece en ti”. De todas formas, la participante E5 aclara que “creo que fue bastante como autónomo y por generación espontánea y no acompañado ni mediado por la institución”.

E7 converge en esta idea de “conversarlo. Entender también cómo funciona todo porque ahí ya yo estaba recién como aprendiendo, pero el acompañarme de mis compañeros, que también ellos habían pasado muchas veces por situaciones así, incluso más graves y que, finalmente, como entender un poco hasta lo que uno es capaz de llegar”.

Por otra parte, E4 reporta que “nosotros en APS tenemos un programa que se llama Programa de Acompañamiento, que se le deriva al trabajador social para hacerle seguimiento y más continuidad en las atenciones porque, en general, estos casos más complejos los derivo al programa de acompañamiento”. Además, que “yo lo manejo en función de entender que no son como de alguna

forma... A ver, como que la rabia es mía de alguna forma (...) distinguir qué es tuyo y qué es del paciente”.

Por su parte, E6 afirma que “antiguamente me pasaba que tenía que ver algún caso como adolescente de esas características y era como llevarme la pega a la casa, como rumiar más con eso, ahora lo tomo como algo más no, no tan personal por decirlo así, que creo es un autocuidado importante, sobre todo como cuando hay poblaciones con mucho riesgo”.

Por último, E8 afirma que “siempre me pongo como objetivo transformar lo malo en algo bueno, o sea, esta es la instancia que esta persona necesitaba como para poder hacer un arreglo, como que me da rabia, pero después digo ‘pero llegaron aquí’”.

XI. Impacto del COVID-19.

Esta categoría alude a cómo el COVID-19 impactó en la vida de los/as/es adolescentes. Además, se generó una sobre demanda de atención. El hecho de que fueran atenciones remotas acortó los límites entre la vida laboral y la vida personal, favoreciendo escenarios para que se transgrediera el encuadre. La mayoría de los/as/es participantes coinciden en que, a pesar de lo anteriormente señalado, la pandemia permitió conocer el mundo de lo remoto y las facilidades que esto proporciona, en cuanto a la posibilidad de sostener procesos terapéuticos y en lo que respecta a generar vínculos con los/as/es adolescentes.

1. Aumento de las vivencias de trauma complejo.

Esta subcategoría hace alusión al incremento de las vivencias de trauma complejo experimentadas por los/as/es adolescentes, asociada al confinamiento y a dejar los espacios de interacción social como las escuelas, lo que desencadenó y/o acentuó la sintomatología de salud mental.

Se observa que los/as/es participantes E1, E2, E3, E5 y E8 mencionan que se agudizó la sintomatología ya existente y gatilló signos en quienes no presentaban dificultades de salud mental. También se vio dificultado el desarrollo de las sesiones, ya que debían realizarse en modalidad online en presencia de la familia, que es de desde donde provienen mayoritariamente las vivencias traumáticas, potenciándose la violencia, el estrés y las dinámicas abusivas. E1 refiere que “como que tenían que estar en la casa, generalmente, traumas como desde ahí fundamentalmente, no tener los espacios con sus pares, sentirse medio como, no sé, ahogados y como esta sensación de la incompreensión o la vulneración mantenida en el tiempo (...) hacer una psicoterapia como con tu familia ahí, donde generalmente los conflictos venían desde ahí, no podían conversarlo, eh, la señal, como que estaban aislados de todo”.

Por su parte, E2 subraya que “la violencia se acentuó, el estrés, la dinámica abusiva (...) muchos de esos traumas se potenciaron por el hecho de estar mucho tiempo conviviendo y las dinámicas, si ya eran complejas, en la convivencia se acentuaban”.

E3 reporta que “había una situación de abandono muy difícil de resolver porque estos niños necesitaban de un otro y, en algunos casos, no había un otro (...) lo pienso también en ellos, en lo complejo que pudo haber sido por un lado o el extremo roce o extremo contacto con esta familia que, a ratos, son responsables de estos traumas, de estas vivencias, entonces estos roces pueden haberlos dejado muy dañados y, por otro, era el tema de la soledad en algunos casos”.

Por otro lado, E5 manifiesta que la pandemia por COVID-19 tuvo un efecto “de tirar de vuelta a los niños y a los jóvenes y a las mujeres y a cualquier sujeto social, digamos, especialmente vulnerable, o especialmente... Digamos victimizados, fue muy terrible. Fue muy terrible que estuvieran más encerrados, muchas veces en los lugares donde habían transcurrido o transcurrían los episodios o los eventos de violencia”. También reporta que “yo creo que, del aislamiento, o sea, la misma cuarentena, yo creo que fue muy, muy condicionante, pero también en el sentido de que todos estos problemas se duplicaron, se cuadruplicaron y la pandemia hizo todo muchísimo más

desesperanzador, muchísimo más incierto y muchísimo más solitario para las personas y para nosotros como agentes de salud”.

En último lugar, E8 considera que fue “horrible. Una, el encierro hizo que las situaciones traumáticas aumentaran, sobre todo el abuso sexual y la violencia”. Esto, “en un contexto familiar donde hubo escasez económica, donde había encierro, donde estaba el miedo a morir. Entonces aumentó, ¿y cómo se nota eso? Porque luego de la pandemia volvemos a la presencialidad y empezaron a aparecer los casos de abusos, una cosa que yo nunca había visto, cantidad de casos de denuncias de abuso sexual y maltrato así, pero diario, eso no se veía antes”.

2. Agudización de la sintomatología.

Esta subcategoría apunta a la agudización de sintomatología de quienes ya tenían cuadros de salud mental y cómo se desencadenó en quienes no presentaban estos signos previo a la pandemia.

E1 reporta que se “agudizó harto la sintomatología de los que ya estaban como ahí más o menos y como que gatilló a muchos también” y que “empezaron a manifestar como síntomas, como problematizando y reflexionando, demasiado tiempo para pensar y estar en esa”.

3. Merma en el desarrollo de los/as/es adolescentes.

En esta subcategoría se engloba lo referido por los/as/es participantes en cuanto a lo entorpecedor que resultó el COVID-19 y sus consecuencias para el desarrollo psicosocioemocional de cada adolescente.

E5 y E6 refieren que hubo un estancamiento en el desarrollo socioemocional de los/as/es adolescentes en general. En específico, E5 señala que “hoy en día muchos chicos jóvenes y chicas jóvenes que son mucho más... Están mucho más aislados, tienen muchas menos habilidades blandas o prosociales. Entonces, yo creo que realmente el efecto fue de retroceso en general o de impedimento de ciertos procesos necesarios”. Mientras que E6 cuenta que “una, como los chicos

mucho, bueno, obviamente, se encerraron y seguían pasando otro tipo de vulneraciones, algunos, otros no, hubo dificultades como en generar ciertas habilidades como de socialización, sobre todo, porque, por ejemplo, empezaron a volver al colegio y eso también reactivó muchas cosas, eh, les generó más trauma más allá de lo que había”.

4. Manejo de la tecnología, obstáculos y facilidades de lo remoto.

En la presente subcategoría se hace mención de las dificultades y facilidades que encontraron los/as/es participantes en el uso de las tecnologías para el desarrollo de los procesos psicoterapéuticos, incluso como favorecedor de la vinculación.

E2, E4, E5 y E7 se refieren a los aspectos que componen esta categoría. E2 dice respecto a la pandemia que “en adolescentes y jóvenes no afectó mayormente porque, sobre todo el joven, tiene mucho más familiarizado el uso de la tecnología, (...) no había ningún problema en llevar a cabo sesiones virtuales y al joven le hace sentido”. En este sentido, E4 dice “lo que sí trajo entre comillas bueno la pandemia es que uno se tenía que modernizar en cosas (...) uno igual le puede decir a los chiquillos ‘oye, no cacho nada, ¿me puedes ayudar?’ y darles la autoridad que tienen también”. No obstante, si bien E5 señala que “sí creo que fue súper bueno que se naturalizara un poco esto de lo remoto, yo creo que igual es un insumo muy grande para nuestra especie, nuestra cultura, pero para los chiques fue algo terrible”. Por otra parte, E5 considera que “fue muy complejo porque, una vez que nos suspendieron las atenciones presenciales, todo tenía que ser en línea y ahí se nota muchísimo una diferencia, digamos, de acceso, una diferencia material entre personas con recursos, digamos, para tener computador, para tener buena conexión, digamos, de internet versus personas que tenían un celular familiar, ni siquiera como personal... Y muchas veces problemas de conexión”.

E7 manifiesta que “eran online las atenciones y, si no había acceso a cámara por parte de la de la persona o adolescente, quien sea, era por teléfono y ahí es aun así, más como impersonal y eso hace que igual hacía que no se tomaran, quizás, incluso, tan en serio las atenciones, eh, porque se

perdía esto del contacto físico o el estar ahí (...) incluso, más desconfianza porque este perfil suelen tener temas en cuanto a la confianza, entonces, la confianza se da, principalmente, como en esto en contacto, en el vínculo directo”.

5. Traspaso de límites del encuadre.

Esta subcategoría se refiere a cómo ha impactado el COVID-19 en el trabajo psicoterapéutico en APS.

Frente a lo que E3 refiere que “de nuevo pasando ciertos límites del encuadre, del espacio terapéutico (...) hay familias que se aglutinaron, que no iban a trabajar, entonces estaban mucho más pendiente de los niños, niñas o adolescentes y eso hace que haya sido o más roce, pero más contacto”. A su vez, plantea que “hubo casos donde no había un otro donde acudir y yo creo que ahí hubo un choque también, que nos pasa a nosotros como profesionales, como que los límites se corrieron hacia nuestra privacidad”.

6. Suspensión de las prestaciones de salud mental.

En esta subcategoría, los/as/es entrevistados/as/es manifiestan que las atenciones psicológicas se vieron suspendidas ante la contingencia por COVID-19.

Por su parte, E4 refiere que “primero se interrumpió la salud mental, a nosotros nos mandaron a hacer seguimiento de los pacientes hospitalizados, nos mandaron a trazabilidad, entonces los pacientes en general quedaron botados en temas de salud mental”. Mientras que E6 reporta que “primero, la salud o lo psicosocial no importaba nada, o sea, me importaba más el trabajador social que está bien, pero como en esta mirada como más asistencialista de que, no sé, van a repartir cajas”.

7. Aumento de demanda.

Esta subcategoría abarca el aumento de la demanda que trajo consigo la pandemia por COVID-19.

E6 considera que “aumentó la demanda de adolescentes que podrían estar asociados a algún trauma complejo que ocurrió justo en el tema de pandemia o volvió a pasar a los que ya tenían de sde antes”. Por su parte, E3 apunta que “hay ahí una necesidad que no se ha podido contener (...) tengo la sensación de que el COVID nos dejó a todos como removidos”.

8. Distanciamiento del sistema de salud.

En esta subcategoría se recopila lo relacionado al distanciamiento que conllevó la pandemia de los/as/es adolescentes a los centros de salud como fuente de prevención en distintas materias de salud.

E6 considera que los/as/es adolescentes con vivencias de trauma complejo -y en general- “se alejaron también, obviamente, del centro de salud, eso significó que era como, puta, de verdad volvió de nuevo esa instancia como de que el que va al CESFAM es porque está enfermo y no de manera preventiva”.

XII. Determinantes sociales de la salud en trauma complejo.

Esta categoría hace referencia a la incidencia de los determinantes sociales de la salud en los casos de adolescentes con vivencias de trauma complejo. Ante esto, E3 menciona “creo que la mayoría tiene que ver con los determinantes sociales más que con síntomas tan claros”.

Por otro lado, E6 se cuestiona “no sé hasta qué nivel en un CESFAM, más allá de la caricatura, pero [comuna acomodada], por ejemplo, ¿van a haber tantos adolescentes que puedan tener trauma complejo o no? O sea, entiendo que sí, que es algo que puede pasar (...) Creo que son como determinantes que van a provocar más posibilidades de que ocurra algún trauma complejo en situaciones como agresivas, que en otros lados”.

XIII. Diferencias percibidas en la psicoterapia con adolescentes con vivencias de trauma complejo respecto de quienes no reportan estas vivencias.

Esta categoría alude a las diferencias que existen en los procesos terapéuticos de adolescentes con vivencias de trauma complejo respecto de adolescentes que no relevan estas vivencias.

Aquí surge que los/as/es primeros/as/estienen una mayor problematización de sus conflictos y vivencias, tal como señala E1 en torno a que “yo creo que tienen una problematización mucho más grande respecto a lo que les pasa, de lo que les pasa a los demás, eh, y como que yo creo que eso, ya saben más o menos a lo que vienen... Y tienen como una intención de sanar estas cosas, como los patrones, como que siempre como que tienen ese discurso armado, que igual es bacán, pero de no querer repetir ciertos patrones familiares o como lo que ven en sus ambientes”. Al igual que E8, quien afirma que “la resiliencia (...) tienen una capacidad de enfrentar las situaciones de conflicto de una manera muy, muy desde el adulto. Tienen pensamiento crítico, son resolutivos, son niños independientes, con buen rendimiento académico (...) Como que esa es la gran diferencia de los otros jóvenes, como que tienen herramientas, más que nada, la psicoterapia pasa a ser un espacio como de poder hablar en el lenguaje que ellos hablan y que alguien le diga que eso está bien, porque al final ellos saben que hay algo mal y alguien les dice ‘sí, eso está mal’”.

Sin embargo, una de las/os/es participantes considera que tienen mecanismos defensivos asociados al bloqueo y la evitación, disminuyendo su capacidad de concientización. Específicamente, E2 señala “finalmente los recursos psicológicos y emocionales que tienen como para poder hablar de las problemáticas. El joven o el adolescente que tenga unas vivencias de maltrato, su nivel defensivo va a estar mucho más relacionado con la evitación, con el bloqueo”.

También se observa que llegan con sintomatología crónica, tal como reporta E1 al señalar “llegan con algo como más crónico, ¿cachai? Como un trastorno de estrés postraumático que se ha mantenido en el tiempo, eh... Harto trastorno adaptativo como en primera instancia porque no se liga que tiene o guarda relación con los traumas como primarios, ¿cachai? Entonces, parten por eso, porque algo les gatilló algo parecido y después te vas encontrando con que tiene hartos más

profundidad que lo otro. Y sí, los como los episodios depresivos, ahí yo creo que son harto más claros que los adolescentes que no”.

Por su parte, E3 considera que “por un lado que la psicoterapia por sí sola como que no basta en el sentido de que es necesario poder establecer redes para poder intervenir”, ya que “en el caso de los adolescentes es muy importante también que estos factores también participen, yo creo que ahí hay una particularidad en el proceso de psicoterapia... Se me ocurre también el tema de la frecuencia, eh, creo que sigue siendo importante (...) en la lógica del CESFAM o la sobre demanda que en este momento existe, no permite quizás que la frecuencia sea la óptima para cualquier proceso, pero creo que en adolescentes sería súper importante”.

Respecto a las diferencias entre el primer y segundo grupo, E3 relata “pienso en este daño que los acompaña y que, en el fondo, es un fantasma que va y viene, entonces ahí el riesgo está en que se le da el alta porque en los CESFAM se trabaja también desde el alivio sintomático. Es mal visto desde una jefatura que uno sostenga tratamiento, eh, o atenciones de forma continua en el tiempo y eso... Los niños, niñas y adolescentes con trauma complejo necesitan como ese trabajo”.

En cuanto a los diagnósticos, E3 refiere que “algunos por error bajo el diagnóstico de TDP, eh, trastorno de la personalidad o esta, que también aparece como diagnóstico, el intento suicida, también eran los que aparecían... Una depresión grave y ahí también pasa algo cuando los síntomas que traían los adolescentes eran graves, en APS pasaban poco, inmediatamente los pasaba uno a COSAM y era por el riesgo suicida”. Igualmente, considera que “siento que no todos los niños, niñas o adolescentes tengan un diagnóstico como cuadro clínico como tal, que esté puesto en el DSM V o en el CIE 10, sino que más bien es algo que se permea por la etapa del desarrollo, por la familia”.

En torno a los diagnósticos de adolescentes con vivencias de trauma complejo, E4 manifiesta que “si es reciente pensar en un trastorno de estrés grave, eh, y adaptación, que creo se llama así... Lo puedo buscar... Como reacción al estrés grave o ya trastorno de estrés postraumático”. Mientras que E6 expone que “Hay muchos temas como de violencia de género, no solo violencia contra la mujer, sino que me tocó atender mucha población como no binaria o que estaba como en ese proceso de

búsqueda también”. Además, que “el narcotráfico estuvo muy presente, hubieron varios asesinatos y, bueno, no todos eran tan conscientes como de problematizar esta situación, pero a varios sí los afectaba porque, en el fondo, empezaban a tener ciertas crisis al salir de la casa, en ciertos horarios, habían ciertos hitos... La comuna⁴ es súper... La población, como pa’ fechas claves, siempre hay manifestaciones, entonces está esa cultura como de resguardarse temprano, eh, el uso público se da de ciertas maneras, tiene ciertas dinámicas”. Agrega que se ve “también hartos abusos sexuales, eh, o agresiones sexuales”.

En lo que concierne a los motivos de derivación y/o de consulta, E6 apunta que “Si bien van apareciendo cosas que están así asociadas, por ejemplo, a vivencias relacionadas a trauma complejo, te lo derivan por otra cosa, como no sé, ‘este cabro es hiperquinético, hay que me dicarlo’”.

Finalmente, E4 considera que “son chicos y chicas que desconfían mucho, eh, que tienen mucho miedo, mucho miedo a qué pueden decir, qué no, que los van a castigar”.

Discusión.

Primeramente, en las entrevistas de los/as/es participantes destaca que existen **precarias condiciones laborales**, tanto de recursos humanos como de formación y materiales para el óptimo desarrollo de los procesos psicoterapéuticos, lo cual podría responder a que los centros de APS no otorgan formación y destrezas que sean suficientes para la adecuada y oportuna detección y tratamiento de personas con patologías de salud mental (MINSAL, 2016b), ya que existen estudios que muestran la falta de tiempo y formación con la que cuentan médicos/as/es generales y funcionarios/as/es de otras áreas de la salud primaria para evaluar la salud mental de sus usuarias/os/es (MINSAL, 2016b; MINSAL, 2017).

De todas formas, aunado a la falta de formación, es posible plantear la escasez de presencia que tiene lo traumático en las mallas curriculares de pregrado en psicología ya que, según releva Soto

⁴ Nombre omitido por confidencialidad.

(2021), el trauma aparece y se desvanece en el ámbito sociohistórico y rápidamente pasa al olvido, lo mismo que ocurre en la psicología, donde destaca que en Chile no se observa en las mallas curriculares cursos que aborden el concepto de trauma. La baja formación sobre este tema se ofrece en programas de postgrado o diplomados que ofertan instituciones que han trabajado la relación de esta temática con los derechos humanos y su origen sociopolítico. Ahora bien, la noción de trauma no tiene significativa presencia en los programas universitarios, ya sea a nivel individual como psicosocial.

De igual manera, cabe señalar lo referido por E5 en cuanto al predominio del modelo biomédico en la Atención Primaria de Salud, puesto que, según el MINSAL (2016b), el enfoque de trabajo está muy centrado en la farmacoterapia, sin considerar una intervención de carácter integral de los determinantes sociales, culturales, laborales o de género que puedan estar en el origen de la enfermedad, lo cual coincide con lo expuesto por E3 y E6 al relevar la importancia de los condicionantes sociales de la salud en los tratamientos. En este orden de ideas, se aprecia que existe un choque entre las orientaciones y normativas técnicas a la base de la Salud Integral Familiar y Comunitaria y la realidad que viven los/as/estabajadores, en especial del área de la psicología, lo que es posible observar directamente en el relato de E8 y se desprende de las entrevistas de los/as/es otros/as/es profesionales participantes, ya que en el ámbito público, la labor de la psicología se ve influenciada por los desafíos que impactan la calidad de vida de la población (Zattara, 2018).

En las entrevistas de las participantes E4, E5 y E8 se aprecia como **significativo que exista una puerta de entrada**, una posibilidad de atención psicológica y salud mental para personas, sin la limitación económica. Sin embargo, es posible plantear un conflicto respecto a lo expuesto en el párrafo anterior sobre la falta de formación, considerando que la primera respuesta a situaciones de trauma complejo es primordial y articula las intervenciones futuras, requiriéndose para la primera atención que esta sea bajo un clima contenedor, seguro y confiable, con conocimiento acerca de la red y de cómo abordar este tipo de relatos (Condon et al., 2011). En esta línea, “uno de los obstáculos que se identifican es la ausencia de formación específica en el problema” (Condon et al., 2011, p. 162), lo que es problemático porque la falta de capacitación en derechos humanos, género y violencia

otorga un mal pronóstico al proceso psicosociojurídico necesario para la reparación de vivencias de trauma complejo, por lo que la revictimización o victimización secundaria es habitual en este tipo de casos, donde los/as/es adolescentes deben transitar por distintas instancias (Condon et al., 2011).

También resalta que E3 refiere que es parte de la **decisión de cada psicólogo/a/e el coordinarse con redes intersectoriales**, lo cual también se desprende de las otras entrevistas, coincidiendo con lo expuesto en el Plan Nacional de Salud Mental (MINSAL, 2017) en cuanto a la ausencia de una definición del rol de cada profesional de la APS, así como tampoco se cuenta con procesos de inducción que permitan a los/as/es profesionales que se van integrando a los equipos el poder identificar su lugar en la red asistencial. Lo anterior podría responder a que existen diversos Programas de Salud Mental que ofrecen los 29 Servicios de Salud y los 350 municipios del país, por lo que mucha información no está centralizada (De la Parra et al., 2019).

Sin perjuicio de lo expuesto en el párrafo anterior, existe un grupo de participantes compuesto por E3, E5 y E7, que configuran el **trabajo en equipo interdisciplinario e intersectorial como facilitador**, lo cual va en concordancia a los lineamientos de la Salud Integral Familiar y Comunitaria como modelo a la base de la APS.

Otro de los obstáculos que reportan experimentar los/as/es participantes tiene que ver con la **periodicidad de los controles**, frente a lo que De la Parra et al. (2019) manifiestan que, si bien la psicoterapia privada suele tener una frecuencia de una vez por semana, tal como se recomienda en algunas guías clínicas del MINSAL para el tratamiento de determinadas alteraciones de salud mental, en la Atención Primaria de Salud las personas suelen pasar por largos períodos de espera entre sesiones. En este sentido, Fischer et al. (2019) manifiestan que una de las razones que los/as/es terapeutas encontraron para ofrecer tratamientos que no son adecuados es la baja frecuencia de sesiones, que en promedio es de una vez por mes. En Chile, la periodicidad entre controles puede ser hasta de dos meses, dado que el sistema de programación se enfoca en la disponibilidad de cada profesional al utilizar la próxima hora libre de este/a, mas no orientado en el/la/le paciente y su proceso (De la Parra et al., 2019).

Las entrevistadas E1, E4, E5, E7 y E8 hacen mención a las **fallas del sistema proteccional**, por omisiones y acciones que producen victimización secundaria, así como también la falta de visibilización de temáticas de vulneración de derechos en profesionales e instituciones para su adecuada detección e intervención en crisis (Condon et al., 2011). Esto hace a los/as/es adolescentes reexperimentar sentimientos que vivenciaron en las situaciones abusivas: “vergüenza, impotencia, terror, soledad, culpabilización, angustia, desamparo” (Condon et al., 2011, p. 123).

E8 releva la gran dificultad que le significa el trabajo en APS, dado que considera que enfrenta el trabajo con adolescentes con vivencias de trauma complejo sola, lo cual implica un riesgo para actuar desde la emocionalidad, lo que es un perjuicio para la persona que consulta, pero también para quien recibe los relatos, ya que experimenta impotencia, frustración, entre otras emociones (Condon et al., 2011). Estas emociones son, precisamente, las que todos/as/es los/as/es participantes reportan sentir, pero cuentan con **estrategias de autocuidado para afrontarlas**, vinculadas principalmente a la propia psicoterapia, a actividades recreativas, a la contención de sus equipos, al grupo primario de apoyo y al deporte. En este sentido, cabe señalar la importancia de la conciencia sobre el autocuidado en las personas entrevistadas, tomando acciones concretas y demostrando proactividad en el cuidado de sí mismos/as/es y de sus consultantes.

Ahora bien, destaca la **baja presencia de recursos de autocuidado que provengan de lo institucional**, observándose que existe una discrepancia entre los/as/es distintos/as/es participantes que, por ejemplo, rescatan las reuniones de sector y/o clínicas en contraste a otros/as/es que no las consideran como un espacio de autocuidado, sino que una dificultad más a las ya existentes en el sistema público, debido al escaso trabajo en equipo.

Igualmente, se observa que parte de las personas participantes del estudio relevan **dificultades en la articulación con el nivel Secundario de Salud**, lo que refleja la complejidad de llevar a cabo las Orientaciones Técnicas y directrices que estas plantean en cuanto a la articulación en la continuidad de cuidados.

Parte de los recursos facilitadores que encuentran los/as/es entrevistados/as/es radican en el

conocimiento y capacitación personal que destina cada uno/a/e a su formación, lo que se condice con lo señalado por De la Parra et al. (2019), quienes reportan que “los profesionales, entonces, deben desarrollar las competencias sobre la marcha” (p. 10).

A lo largo de la historia, diversos factores han influido en el estado de salud de la población. Estos van desde elementos ambientales y biológicos hasta aspectos conductuales, sociales, económicos, laborales y culturales. Además, los servicios sanitarios juegan un papel fundamental como una respuesta organizada y especializada de la sociedad para prevenir enfermedades y promover la recuperación de la salud (MINSAL, 2018c; De La Guardia & Ruvalcaba, 2020).

El **trauma tiene su propia temporalidad** (Sosman, 2017; Jackson, 2024), lo que implica que requiere respeto a los tiempos de cada persona tal como refieren E1, E2, E3, E5 y E8, lo cual se ve entorpecido por la escasez de recursos y limitaciones de la APS. Según lo apreciado en los resultados, el trabajo psicoterapéutico es difícil por las condiciones sociales y familiares de cada adolescente, donde a veces siguen viviendo o en contacto con la(s) persona(s) agresora(s), siendo imperativa la primera intervención de garantizar la seguridad de la víctima (Lockett, 2019). En este sentido, la autora propone que es necesario realizar un trabajo clínico que permita la integración de lo traumático, siendo parte de lo que reconocen E2 y E4. Esto resulta conflictivo en tanto que, para reparar, se necesita la interrupción de las vivencias de transgresión. Sin embargo, los/as/es profesionales entrevistados/as/es validan este respeto al tiempo, configurándose como un aspecto positivo dentro de los procesos psicoterapéuticos de la población adolescente con vivencias de trauma complejo en la APS.

Igualmente, Lockett (2019) refiere que se debe trabajar en torno a la proyección futura, conectando con el proyecto de vida de la persona, lo cual es considerado por E8 respecto a la necesidad de una intervención integral más allá de la psicoterapia, como por ejemplo atención de terapeuta ocupacional. Sin embargo, la entrevistada apunta a que no se cuenta con este tipo de recursos en la APS.

Se desprende una dificultad en lo señalado por parte de los/as/es entrevistados/as/es en

cuanto al **respeto al tiempo y autonomía de cada adolescente**, a propósito de la extensa periodicidad de atenciones a lo largo del proceso. En este sentido, es importante el derecho al tiempo, lo que proporciona una oportunidad para una gestión colectiva reparadora que fomenta la recuperación, tanto a nivel individual como comunitario, a través del cuidado ético de toda la sociedad (Jackson, 2024), siendo pertinente dar tiempo para realizar el proceso terapéutico, el cual implica un trabajo de reflexión, elaboración y ligazón. Dicho proceso conlleva una distancia de las situaciones vividas y los afectos concomitantes, haciendo imperativa la necesidad de recursos y condiciones para poder narrarlas de manera, aunque sea parcialmente, controlada (Zattara, 2018). Esto permite reformular la relación entre el aparato psíquico y la realidad, con el propósito de idear un modo de organización que no se limite solo a reflejar la realidad, sino que a procesarla (Bleichmar, 2003).

Un aspecto que surgió de E6 es el **vínculo psicoterapéutico como elemento esencial** dentro de los procesos terapéuticos que, si bien es algo que se da en la relación psicólogo/a/e -adolescente, el/la/le profesional se encuentra inserto/a/e en una institución a la cual representa, por lo que se resalta como relevante el actuar de todo/a/e funcionario/a/e del centro de salud.

Desde la bibliografía se observa que uno de los rasgos que se pone en juego en adolescentes con vivencias de trauma complejo es **la confianza**, ya sea por exceso o por la falta de esta en los vínculos (Van der Hart, 2008; Condon et al., 2011), frente a lo que Van der Hart et al. (2008) describen un pasaje de la fobia al apego, al temor a perder las figuras de apego que lleva a buscar desesperadamente la presencia física del otro. En virtud de esto, la persona vive en ambivalencia: los vínculos se visualizan como algo peligroso, pero a la vez buscan desesperadamente al otro en las relaciones.

La falla en la protección primaria dentro del círculo cercano no solo evidencia la imposibilidad de prevenir el abuso, sino también la incapacidad de los/as/es demás adultos/as/es para brindar una protección efectiva. Esto transforma al grupo de adultos/as/es en una presencia más amenazante que una potencial fuente de resolución (Condon et al., 2011), estas personas que ejercen daño continuamente infunden la sensación de inseguridad y falta de protección en los/as/es demás,

quienes podrían volver a ejercer el mismo daño o similar al ya vivido, por lo que quien lo vivencia se habitúa a este tipo de relación y se torna hiperalerta en sus relaciones, a pesar de que se trate de personas diferentes o vínculos más saludables (Scoglio, et al., 2018). Otros sentires que emergen tras recibir este daño reiterado es la sensación de desamparo y soledad, ya que se reciben señales hostiles del entorno, que no cuida, protege ni presenta afecto hacia la persona víctima (Camps-Pons, et al., 2014). Esto es concordante a lo señalado por E1, E2, E3, E5 y E7, quienes relevan las dificultades vinculares de la población adolescente con vivencias de trauma complejo asociadas a la falta de confianza, lo que vuelve este elemento -junto con la seguridad- un factor primordial para lograr establecer un vínculo y, a su vez, brindar la posibilidad de reparar en un vínculo, de regular a partir del vínculo terapéutico, aprender a calmarse y autorregularse (Condon et al., 2011; Lockett, 2019).

En relación a lo expuesto anteriormente, destaca que los motivos de consulta de los/as/es adolescentes con vivencias de trauma complejo suelen ser heteroreferidos, lo cual se podría comprender desde la falta de confianza en otros/as/es y en el hecho de que visualizan como dañinas las vinculaciones con terceras personas.

Casi todos/as/es los/as/es participantes reconocen la importancia de la conexión interpersonal como requisito para el desarrollo de los procesos psicoterapéuticos. Sin embargo, las mismas vivencias de trauma complejo constituyen una dificultad en estos/as/es adolescentes para establecer relaciones terapéuticas sólidas, lo que es concordante a lo recopilado por Contreras et al. (2023). Prácticamente todos/as/es los/as/es participantes reconocen la importancia crucial del vínculo como un requisito prioritario para el desarrollo saludable de los /as/es adolescentes. Sin embargo, señalan que los/as/es sobrevivientes de vivencias de trauma complejo han experimentado una serie de situaciones de abandono, negligencia y victimización a lo largo de sus vidas, lo que dificulta enormemente la construcción de relaciones terapéuticas sólidas. Esta dificultad se ve exacerbada por el hecho de que los adultos responsables han defraudado repetidamente su confianza, lo que socava su capacidad para establecer vínculos significativos. Las dificultades en la vinculación interpersonal constituyen el núcleo de la problemática con la que están trabajando (Contreras et al., 2023).

En su trabajo investigativo, Sosman (2016) concluye que los/as/es psicólogos/as/es que trabajan psicoterapéuticamente con niños y/o adolescentes con vivencias de trauma complejo requieren estar muy dispuestos a estar vinculados. Asimismo, la autora releva que esta población contiene personas bastante diferentes entre sí. Algunos/as/estienen una conexión muy rápida, lo que exige establecer límites muy claros desde un comienzo, así como también pueden tener dificultades en sus relaciones, lo que tensiona la posibilidad de si realmente se puede desarrollar un vínculo profundo con ellos/as/es. En este sentido, Sosman (2016) recopila que se tiende a dar mucho la desconfianza de parte de estos/as/es niños/as/es y adolescentes, comportándose de manera hiperalerta en las instituciones, con necesidad de controlar la relación, de mantener distancias y de tomarse su tiempo para vincularse.

Los lazos terapéuticos son dinámicos y con ellos también fluctúa la transferencia. A veces se requiere adoptar un enfoque más maternal, menos juicioso o crítico, pero otras veces el/la/le NNA necesita franqueza y claridad (Sosman, 2016). En este proceso, el/la/le terapeuta representa diversos tipos de relaciones, mutando en ese rol según sea necesario, tal como consideran E1, E3, E4, E5, E6, E7 y E8.

La teoría refleja que el **trauma complejo ha sido menos estudiado en población infanto juvenil** que en población adulta (Neumann et al., 2021). La investigación de Sosman (2016) profundiza en población infantil, por lo que delinea aspectos del trabajo que van ligados a formas de trabajo con niñez y formas de expresión de niños/as/es, lo que dista de la clínica que se realiza con adolescentes, por lo que es imperativo contar con lineamientos de intervención con adolescentes en esta temática, sobre todo en la Atención Primaria de Salud, que es donde se están atendiendo casos de mayor complejidad respecto a lo que se supone debería hacerse en ese nivel asistencial.

E4 hace mención de la idealización que los/as/es adolescentes instauran en el vínculo con el/la/le psicólogo/a/e, lo cual guarda relación con la fragmentación del self y de los objetos, en tanto se intenta utilizar al/la/le analista como objeto del self, lo que refleja la experiencia de traumatización al ser utilizado/a/e como objeto por la(s) persona(s) agresora(s) (West, 2013).

La teoría refleja que es quien consulta quien demarca la intervención, es decir, desde sus relatos, acciones, dolores y anhelos se articula el cómo intervenir, sostener y apoyar, desmarcándose de la relación de poder tratante-paciente (Condon et al., 2011), lo cual es concordante a lo señalado por E1, E2, E3 y E5.

De este modo, desde una perspectiva normativa, el **enfoque de derechos** se fundamenta en las disposiciones y estándares presentes en diversos tratados internacionales de derechos humanos. Se enfoca en la promoción y protección de estos a través de acciones concretas de política pública, priorizando la realización efectiva de los derechos humanos, especialmente para aquellos grupos socialmente vulnerables que sufren discriminación, desigualdad y exclusión. En consecuencia, la implementación del Enfoque Basado en los Derechos Humanos implica impulsar cambios sociales mediante el reconocimiento y análisis de las desigualdades que subyacen en los desafíos del desarrollo, con el fin de rectificar las prácticas discriminatorias y la distribución injusta del poder que obstaculizan un desarrollo equitativo para todos y todas (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2022). Es importante este lineamiento en el trabajo terapéutico para lograr mantener el respeto a los tiempos, procesos y autonomía de cada adolescente, tal como consideran E1, E2, E3, E5 y E8, y la coherencia que esto tiene con la Ley 21.430 (2022) que consigna que los derechos podrán ser ejercidos de acuerdo con el desarrollo progresivo de las facultades de cada individuo/a/e, considerando su edad, nivel de madurez y grado de desarrollo, a menos que la ley restrinja este ejercicio en el caso de derechos fundamentales. En este orden de ideas, E8 releva la falta de conocimiento acerca del derecho de atención que tiene cada adolescente, tal como se consigna en la Circular A15/11 de la Subsecretaría de Salud Pública (MINSAL, 2016c).

E2, E4, E5 y E8 convergen en la importancia del **encuadre psicoterapéutico** para el trabajo con adolescentes con vivencias de trauma complejo, puesto que ordena y delimita el espacio de trabajo. El marco terapéutico proporciona la sensación de seguridad necesaria para establecer un vínculo efectivo entre el/la/le profesional y el/la/le adolescente. Esta seguridad no se refiere solo a los posibles peligros externos, sino también a las dificultades internas del/la/le joven. Esto implica una

capacidad de contención por parte del/la/le adulto/a/e o cuidador/a/e para hacer frente al malestar experimentado y a los impulsos agresivos, asegurando que estos no sean destructivos ni para el/la/le adolescente ni para su entorno (Estalayo et al., 2016).

Desde el inicio de la relación, se utiliza el encuadre para permitir que el/la/le adolescente ponga a prueba la capacidad del/la/le psicólogo/a/e para manejar ciertos comportamientos agresivos, disfuncionales y desregulados, lo que contribuye a la construcción de un vínculo seguro. Esto implica que el/la/le adulto/a/e demuestre estar preparado/a/e y disponible para acompañar al adolescente en el proceso de exploración de sus dificultades (Estalayo et al., 2016).

Se entiende el marco terapéutico como un margen para crecer, construir intersubjetividad, donde los múltiples self se expresan, se valida su expresión, se confrontan con las posibilidades de cambio que genera dicha intersubjetividad del vínculo psicoterapéutico, abierto a la improvisación y al encuentro con lo inesperado (Ávila, 2015).

El encuadre psicoterapéutico adquiere una importancia especial en la relación entre el/la/le joven y el/la/le profesional, ya que tiene como objetivo proporcionar seguridad tanto para el/la/le psicólogo/a/e como para el/la/le adolescente, tanto para sostener la experiencia del/la/le adolescente como para procesarla. Ambos son parte activa de este marco, compartiendo experiencias en un entorno co-construido. Por lo tanto, el marco terapéutico debe crear un contexto de seguridad y disponibilidad que permita contener experiencias de angustia y apoyar el proceso de cambio del adolescente. Reconociendo que la relación es el contexto donde se produce el cambio y la maduración afectiva, el encuadre resulta de especial relevancia al definir los límites del campo donde se desarrolla esta transformación. Esto implica la disponibilidad emocional del profesional, sobre la cual se construye un patrón relacional intersubjetivo (Estalayo, 2016).

El marco terapéutico configura el escenario relacional en el que intervenimos con el adolescente. En este sentido, cabe mencionar algunas reglas propuestas por Ávila (2001), explícitas e implícitas, derivadas de la relación intersubjetiva y profesional en la que actuamos, que son necesarias para configurar el marco en un contexto convivencial. Estas reglas abordan tanto la dimensión

estructural, desarrollando aspectos como los límites de la relación, la temporalidad y la consistencia espacial, como la dimensión funcional en términos de validación y contención (Estalayo, 2016).

En lo que concierne al **COVID-19**, E1, E2, E3, E5 y E8 relevan que aumentaron los casos de trauma complejo y/o violencia a sujetos/as/es de vulnerabilidad social, particularmente los/as/es adolescentes. La pandemia por COVID-19 perturbó profundamente la forma de vida en nuestra sociedad, especialmente para los/as/es adolescentes. La alteración de las rutinas, la incertidumbre sobre el futuro, la ansiedad, el aburrimiento, la violencia familiar, la separación de las familias y el duelo han sido algunas de las consecuencias de este virus (UNICEF, 2020; Huera, 2022; Calvano et al., 2023).

En América Latina y el Caribe, el deterioro continuo de los factores socioeconómicos en la última década ha reducido elementos protectores esenciales, lo que podría haber incrementado la violencia contra NNA durante la pandemia, comparado con el periodo previo a la crisis. Sin embargo, el hogar y la familia siguen siendo los entornos donde ocurre con mayor frecuencia la violencia contra NNA, así como contra mujeres adultas. Aunque el confinamiento fue una medida necesaria para el distanciamiento social y la contención del contagio, dejó a muchos niños/as/es y adolescentes escolarizados/as/es en sus hogares, exponiendo a millones que dependían de la escuela y los programas sociales asociados para cubrir necesidades básicas, como la alimentación o la atención temprana. Esta situación ha limitado en gran medida la capacidad del personal educativo para detectar y denunciar casos de violencia, brindar apoyo y asesoramiento, y activar protocolos de respuesta (UNICEF, 2020).

Estas experiencias han impactado en las habilidades sociales de los/as/es adolescentes, como la comunicación asertiva y efectiva, las relaciones interpersonales, la toma de decisiones, la resolución de problemas y conflictos, la gestión de sentimientos y emociones, y, en última instancia, la capacidad para manejar tensiones y estrés (Huera, 2022), tal como identifican E5 y E6.

Otro aspecto que se observó en las entrevistas en relación al estado de emergencia sanitario por COVID-19, es que E4 y E6 relevaron que se suspendieron las atenciones de salud mental y,

precisamente, una de las estrategias que se utilizó para enfrentar la propagación del virus fue el cierre de las escuelas a nivel mundial (UNICEF, 2020), además de la suspensión de servicios considerados no esenciales o que implicaran riesgos de contagio.

Otro de los aspectos que surgió en las entrevistas, es la **dificultad en la articulación con la red secundaria**, la que está asociada a las derivaciones por sobredemanda de niveles especializados y obstáculos en llevar a cabo las consultorías. A pesar del considerable aumento en la disponibilidad de dispositivos de salud mental en el sector público en los últimos años (pasando de 759 en 2004 a 2022 en 2012), que incluyen servicios de Atención Primaria, especialidades abiertas y cerradas, rehabilitación y apoyo residencial, y a pesar de que la población bajo tratamiento por problemas de salud mental en Atención Primaria y especialidades aumentó significativamente -de 269,909 a 730,584 personas entre 2005 y 2013-, el tiempo de espera para la primera consulta psiquiátrica también ha aumentado durante el mismo período (de 24 a 35 días en COSAM y de 38 a 55 días en Unidades de Psiquiatría Ambulatoria -Centro de Referencia Secundaria [CRS], Centros de Atención Terciaria [CDT] y Centro Adosado de Especialidades [CAE]- entre 2004 y 2012). Si bien la consultoría de salud mental se ha integrado como una práctica común en más del 80% de los centros de Atención Primaria, la participación de médicos/as/es en ella sigue siendo baja dentro de estos centros, lo que indica una falta de incorporación adecuada de la salud mental en el modelo de atención familiar (MINSAL, 2017).

Por último, uno de los elementos que surgió de E8 es que los/as/es adolescentes experimentan **culpa al develar situaciones de transgresión**, lo que guarda relación con lo referido por Condon et al. (2011) en cuanto a que se sienten responsables de lo que sucede, asumiendo los dichos de provocación que relata su entorno.

Conclusión.

A modo de conclusión, en el estudio se observa que existe un predominio del modelo biomédico en la APS, a pesar de que existan orientaciones técnicas para la Salud Integral Familiar y Comunitaria, lo que es una piedra de tope para el óptimo desarrollo de los procesos psicoterapéuticos de adolescentes con vivencias de trauma complejo. Esta discrepancia entre el enfoque predominante y las necesidades reales de estos/as/es jóvenes no solo limitan su acceso a tratamientos efectivos, sino que también perpetúa un ciclo de atención fragmentada que no aborda adecuadamente las dimensiones psicosociales de su bienestar. Es imperativo que se promueva una mayor integración de enfoques y que sean más sensibles a la diversidad de experiencias de los/as/es adolescentes, para garantizar un apoyo más completo y efectivo en su proceso de recuperación y desarrollo emocional.

El hecho de que el modelo biomédico predomine en el sistema asistencial posiciona a los/as/es adolescentes con vivencias de trauma complejo y a toda la población en atención como objeto en vez de sujeto. De modo que se enfoca prioritariamente en la biología de la enfermedad y, por tanto, en la farmacología. El dominio de este modelo también puede llevar a una medicalización excesiva del trauma, enfocándose principalmente en la gestión de los síntomas en lugar de abordar las causas subyacentes del malestar emocional. Esto puede resultar en un tratamiento ineficaz y a corto plazo que no aborda las necesidades profundas de los/as/es adolescentes. Es fundamental que se promueva un enfoque más integrativo y centrado en la persona, que reconozca la complejidad de las experiencias traumáticas.

A su vez, se observa que existe discrepancia entre los/as/es participantes, donde un grupo identifica como facilitador el trabajo en red e interdisciplinario, otro lo considera como un obstaculizador, lo cual podría responder a la falta de capacitación que identifican los/as/es psicólogos/as/es entrevistados/as/es y a la descentralización del sistema de salud primario.

Igualmente, se desprende que es crucial que cada psicólogo/a/e maneje su agenda, teniendo posibilidad de citar a los/as/es pacientes según su necesidad, más que estos/as/es acudan al Sistema

de Orientación Médico Estadístico (SOME) a solicitar las horas, lo cual facilitaría el control de la agenda y la posibilidad de citar a los/as/es adolescentes con vivencias de trauma complejo según la periodicidad que cada profesional evalúe y cada joven necesite. Esto plantea un desafío para la Atención Primaria de Salud.

En la atención médica y psicológica, los derechos de los/as/es adolescentes que se presentan sin un adulto/a/e responsable son fundamentalmente importantes, pero frecuentemente pasados por alto. Aunque estos/as/es jóvenes tienen derecho a recibir atención de calidad y confidencial, la falta de educación sobre estos derechos persiste en la Atención Primaria de Salud, lo que puede llevar a la negación injustificada de atención o a la transgresión de su confidencialidad. La baja educación sobre los derechos de atención de los/as/es adolescentes sin un adulto/a/e responsable es un problema significativo que afecta su acceso a servicios de salud. Es fundamental que se promueva una mayor conciencia sobre estos derechos, tanto entre los/as/es adolescentes usuarios/as/es como entre los/as/es profesionales de la salud, para garantizar que todos/as/es los/as/es jóvenes reciban la atención que necesitan, de manera confidencial y respetuosa.

Por otra parte, la pandemia del COVID-19 ha tenido un impacto significativo en todos los aspectos de la vida humana, desde la salud física hasta la salud mental. Algunos de los efectos han sido la merma en el desarrollo de los/as/es adolescentes y el hecho de que la crisis sanitaria mundial exacerbó experiencias traumáticas en esta población. La pandemia del COVID-19 generó una serie de cambios drásticos en la vida cotidiana, desde el distanciamiento social hasta la interrupción de rutinas y actividades habituales. Estos cambios han tenido un impacto significativo en el desarrollo de niños y adolescentes, especialmente en términos de educación, socialización y emocionalmente. Además, la pandemia acentuó las desigualdades sociales y económicas lo que, aparentemente, aumentó la vulnerabilidad de ciertas poblaciones a experiencias traumáticas. Sin embargo, destaca el uso de herramientas tecnológicas como un recurso facilitador.

En cuanto al autocuidado, la falta de espacios institucionales para el autocuidado de los/as/es psicólogos/as/es, como se observó en el estudio, resalta una preocupante carencia dentro de los

entornos de trabajo en el ámbito de la salud mental en la Atención Primaria de Salud. La ausencia de estos espacios no solo afecta el bienestar individual de los/as/es profesionales, sino que también puede tener repercusiones en la calidad de la atención que brindan a los/as/es usuarios/as/es. Es imperativo que las instituciones de salud reconozcan la importancia del autocuidado y proporcionen recursos y espacios adecuados para que los psicólogos/as puedan cuidar de sí mismos. Esto puede incluir desde sesiones de supervisión clínica hasta programas de apoyo psicológico y actividades de bienestar físico y emocional, tal como identifican algunos/as/es participantes, pero que realizan de manera individual. De todas formas, cada profesional entrevistado/a/e es consciente de la importancia del autocuidado y toman las medidas necesarias para este fin, con objeto de mermar el trauma vicario.

El hecho de que el sistema público, tanto en el ámbito de la salud como en el de la protección, puede resultar revictimizante o propiciar la victimización secundaria, conlleva un llamado a reformas y acciones en pos de atenuar esta consecuencia. Este hallazgo pone de relieve una falla sistémica fundamental, que socava los esfuerzos por brindar atención y apoyo a adolescentes con vivencias de trauma complejo. Esto podría abordarse a través de políticas públicas, capacitaciones y/o protocolos que salvaguarden los derechos de los/as/es adolescentes con vivencias de trauma complejo.

La falta de formación en trauma dentro de las mallas curriculares de pregrado en psicología en Chile refleja una tendencia alarmante, por cuanto no prepara del todo a sus profesionales para abordar este tema. La escasa presencia del concepto de trauma en los programas universitarios, tanto en su dimensión individual como en su impacto psicosocial, destaca la necesidad de una reestructuración educativa. Para abordar de manera efectiva las consecuencias del trauma, es crucial que las universidades integren esta temática en sus currículos de pregrado, promoviendo una comprensión más profunda y una mayor preparación entre los/as/es futuros/as/es psicólogos/as/es.

En los resultados del presente estudio, se observa que los entrevistados E8 y E3 hacen mención a los determinantes sociales de la salud, de lo cual, a su vez, se desprenden **limitaciones de la investigación**. Esto, ya que los/as/es participantes trabajan y/o trabajaban en siete comunas de la

Región Metropolitana de bajos recursos, en villas o poblaciones de clases media a baja, donde se observan mayores indicadores de vulnerabilidad y, por tanto, podría verse un sesgo respecto a otras comunas y también otras regiones. Los determinantes sociales del estado de la salud son multifacéticos y están influenciados por una variedad de factores que interactúan entre sí. Los servicios sanitarios protagonizan un rol esencial en la promoción de la salud y prevención de enfermedades, pero se aprecia en las respuestas de casi todos los entrevistados que estos factores contextuales dificultan el trabajo psicoterapéutico.

Como **proyecciones a futuro** para otros/as/es investigadores/as/es, se identifica como posible nicho de investigación el estudiar acerca de la experiencia de los/as/es psicólogos/as/es dentro de comunas más acomodadas socioeconómicamente de la capital y, a su vez, fuera de la región Metropolitana, debido a las diferencias de estilos de vida, de problemáticas, de vivencias y de cantidad de población en atención.

Por otro lado, se plantea como recomendación para futuros estudios el realizar una investigación sobre la experiencia de psicólogos/as/es de Atención Secundaria y/o Terciaria en torno a adolescentes con vivencias de trauma complejo, ya que los/as/es entrevistados/as/es de este proyecto consideran que la sobredemanda de la atención especializada ha hecho que se deban ver casos de mayor complejidad en la Atención Primaria de Salud. De modo que sería interesante conocer cómo sobrellevan ese exceso de demanda en estos niveles asistenciales y a qué dificultades se enfrentan para la articulación con el nivel primario, para la continuidad de cuidados.

Referencias bibliográficas.

- Aberastury, A. & Knobel, M. (2010). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. Paidós Educador
- Agorastos A., Pittman J., Angkaw A., Nievergelt C., Hansen C., Aversa L., Parisi S., Barkauskas D. (2014). The cumulative effect of different childhood trauma types on self-reported symptoms of adult male depression and PTSD, substance abuse and health-related quality of life in a large active-duty military cohort'. *Journal of Psychiatric Research*, 58, 46-54.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.07.014>
- Andrade, G. (2015). "Hacer Trampita" para sobrevivir: Significaciones sobre el Tratamiento de la Depresión en Atención Primaria. *Psicoperspectivas*, 14(3), 117-127.
<https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/603/436>
- Andréu, J. (2002). Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada. Fundación Centro de Estudios Andaluces
- Anzieu, D. (1986). *El grupo y el inconsciente. Lo imaginario grupal*. Biblioteca Nueva
- Arón, M. & Llanos, T. (2004). Cuidar a los que cuidan: desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas familiares* 20(1-2), 5-15.
http://www.mineduc.cl/usuarios/convivencia_escolar/doc/201103041246460.Buen%20Trato%20UC_Cuidar_a_los_que_cuidan_desgaste_profesional_y_cuidado_de_los Equipos_que_trabajan_con_violencia.pdf
- Asún, R., Palma, I., Aceituno, R., & Duarte, F. (2021). El impacto emocional de la pandemia en los jóvenes: Sociabilidad, conflictos, y política. *Revista de Sociología*, 36 (1), 6 –2 4.
<https://doi.org/10.5354/0719-529X.2021.64423>
- Aulagnier, P. (1991). Construir(se) un pasado. *Revista de Psicoanálisis APdeBA* 13(3), 441-497

- Aveggio, R. (2017). Psicoanálisis y políticas públicas de salud mental en Chile: universalidad, diversidad y singularidad. *Revista Estado, Gobierno y Gestión Pública*, 30, 87–114.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6541054>
- Ávila, A. (2001). Reglas, funciones y vectores del encuadre: su papel generador del proceso analítico. *Intersubjetivo*, 3 (1), 29-42.
<https://www.psicoterapiarelacional.es/LinkClick.aspx?fileticket=%2BZSLEpH%2BpAQ%3D&tabid=140>
- Ávila, A. (2015). Del encuadre como factor técnico a la intersubjetividad del vínculo terapéutico. *Clínica e Investigación Relacional*, 9(2), 394-397.
https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/04_Avila_Del-encuadre-a-la-intersubjetividad_CeIR_V9N2.pdf
- Bardin, L. (1996). Análisis de contenido. Akal
- Bell, H., Kulkarni, S., & Dalton, L. (2003). Organizational prevention of vicarious trauma. *The Journal of Contemporary Human Services*, 44(4), 463–470.
https://www.researchgate.net/publication/276455324_Organizational_Prevention_of_Vicarious_Trauma
- Berenstein, I., (2001). *Devenir otro con otro (s): ajenidad, presencia, interferencia*. Paidós
- Bhola, P. & Kapur, M. (2012). The Development and Role of the Therapeutic Alliance in Supportive Psychotherapy with Adolescents. *Psychological Studies*. DOI 10.1007/s12646-013-0191-0
- Bignardi, G., Dalmaijer, E., Anwyl-Irvine, A., Smith, T., Siugzdaite, R., Uh, S., Astle, D. (2020). Longitudinal increases in childhood depression symptoms during the COVID-19 lockdown. *Archives of Disease in Childhood*, 106(8). <https://adc.bmj.com/content/106/8/791.citation-tools>
- Bion, W. (1990). *Volviendo a Pensar*. Hormé
- Bleichmar, S. (2003). Conceptualización de catástrofe social. Límites y encrucijadas. En Waisbot, D. (comp.). *Clínica psicoanalítica ante las catástrofes sociales: la experiencia argentina*. Paidós

- Blos, P. (1971). Psicoanálisis de la adolescencia. Joaquín Mortiz
- Blos, P. (2004). *La transición adolescente*. Amorrortu
- Botella, L. & Corbella, S. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología* 19(2), 205-221. http://www.um.es/analesps/v19/v19_2/04-19_2.pdf
- Bride, B., Radey, M., & Figley, C. R. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 155–163. doi:10.1007/s10615-007-0091-7
- Briere, J. & Lanktree, Ch. (2013). *Integrative Treatment of Complex Trauma for Adolescents (ITCT-A) Treatment Guide*. Department of Psychiatry and Behavioral Sciences Keck School of Medicine University of Southern California
- Buitrago, F., Ciurana, R., Fernández, M. & Luis, J. (2021). Pandemia de la COVID-19 y salud mental: reflexiones iniciales desde la atención primaria de salud española. *Atención primaria*, 53, 89-101. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.06.006>
- Cabezón, M., Agurto, M., Estefó, M., Oliveros, X., Ojeda, D., Cisternas, P. & Ramírez, M. (2021). Burnout en funcionarios de salud en tiempos de pandemia. *Revista médica de Chile*, 149(11), 1589-1593. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872021001101589>
- Calvano, C., Engelke, L., Holl-Etten, A., Renneberg, B. & Winter, S. (2023). Almost 2 years into the COVID-19 pandemic: an update on parental stress, parent mental health, and the occurrence of child maltreatment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32, 2593–2609. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02147-2>
- Castillo, N. (2020). Fenomenología como método de investigación cualitativa: preguntas desde la práctica investigativa. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*, 20, 7-18. http://www.relmis.com.ar/ojs/index.php/relmis/article/view/fenomenologia_como_metodo/167
- Castro, A. (2023). La psicoterapia en la adolescencia: procesos intersubjetivos. *Clínica Contemporánea*, 14(2). <https://doi.org/10.5093/cc2023a11>

- Cervera, I., López-Soler, C., Alcántara-López, M., Castro, M., Fernández-Fernández, V. & Martínez, A. (2020). Consecuencias del maltrato crónico intrafamiliar en la infancia: trauma del desarrollo. *Papeles del psicólogo*, 41(3). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77865632009>
- Chaudhri, S., Caramanica, K., Hebbar, P., Angell, S. & Vasan, A. (2019). Trauma-Informed Care: a Strategy to Improve Primary Healthcare Engagement for Persons with Criminal Justice System Involvement. *J Gen Intern Med*, 34(6), 1048-1052. doi: 10.1007/s11606-018-4783-1
- Chiappe, M. & Teti, G. (2016). Trauma complejo. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 27, 125-132. <https://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex126.pdf#page=46>
- Contreras, L., Peralta, C., Albarrán, C., Bossano, A. (2023). Significado otorgado por terapeutas a la intervención del abuso sexual infantil en residencias de protección. *Psicoperspectivas*, 22(3). <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol22-issue3-fulltext-2973>
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liataud, J., Mallah, K., Olafson, E. & Van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398. https://www.researchgate.net/publication/264230758_Complex_Trauma_in_Children_and_Adolescents/link/579a1d4a08ae425e4918339e/download
- Courtois, C. & Ford, J. (2009). *Treating complex traumatic stress disorders: scientific foundations and therapeutic models*. The Guilford Press
- Davoine, F. & Gaudillière, J. (2010). *El Acta de Nacimiento de los Fantasmas*. Fundación Mannoni
- Davoine, F. & Gaudillière, J. (2013). *Historia y trauma. La locura de las guerras*. Fondo de Cultura Económica
- De La Guardia, M. & Ruvalcaba, Jesús. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 81-90. Epub 29 de junio de 2020. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3215>
- De la Parra, G., Errázuriz, P., Gómez-Barrys, E. & Zúñiga, A. (2019). Propuesta para una psicoterapia efectiva en atención primaria: un modelo basado en la experiencia y la evidencia empírica.

- Centro de Políticas Públicas*, 14(113). https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2019/06/Art%C3%ADculo-Propuesta-para-una-psicoterapia_G-de-la-Parray-otros_CPoliP%C3%BAblicas-UC_junio2019.pdf
- Defensoría de la Niñez (2022a). Estudio de políticas públicas relacionadas con la salud mental de niños, niñas y adolescentes. <https://www.defensorianinez.cl/wp-content/uploads/2022/10/Estudio-de-Politicas-de-Salud-Mental-Defensoria-de-la-Nin%CC%83ez.pdf>
- Defensoría de la Niñez. (2022b). *Informe anual 2022*. https://www.defensorianinez.cl/informe-anual-2022/wp-content/uploads/2022/11/IA2022-Defensoria_de_la_Ninez.pdf
- Delgado, J. y Gutiérrez, J (Eds.). (1998). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Síntesis
- Díaz, F. & Donoso, A. (2022). Infancia y COVID-19: Los efectos indirectos de la pandemia COVID-19 en el bienestar de niños, niñas y adolescentes. *Andes pediátrica*, 93(1), 10-18. <https://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v93i1.4250>
- Erikson, E. (1988). *El ciclo vital completado*. Paidós
- Espinosa, R. (2015). *El Diagnóstico del Trastorno por Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y aportaciones para el Trauma Complejo* [Tesis de Doctorado, Universidad de Murcia]. <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/48036/1/Rosa%20Maria%20Espinosa%20Gil%20Tesis%20Doctoral%20c.pdf>
- Estalayo, Á., Rodríguez, O. & Gutiérrez, R. (2016). El encuadre en contextos de intervención convivencial de protección de menores y justicia juvenil. Intervención psicoterapéutica en instituciones. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 62, 33-42. <https://www.sepypna.com/documentos/PSIQUIATRIA-62.pdf#page=33>
- Etchevers, M., Garay, C., González, M. & Simkin, H. (2012). Principales desarrollos y enfoques sobre alianza y relación terapéutica. *Anuario de Investigaciones*, 19, 225-232. <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139948023.pdf>

- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. <https://www.ajpmonline.org/action/showPdf?pii=S0749-3797%2898%2900017-8>
- Félix-Bonilla, B. (2019). *Vicarious Trauma in Clinicians Working with the Military Community* [Tesis de Doctorado, Williams James College]. <https://www.proquest.com/docview/2323168359?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true>
- Ferenczi, S. (1928). La elasticidad de la técnica psicoanalítica. En *Obras completas, Tomo IV*. Espasa Calpe
- Fernández, O., Irarrázaval, M., Ortega, B., Carrasco, P., Martínez, P., Rojas, G., y Mundt, A. (2021). Salud mental primaria para niños, niñas y adolescentes institucionalizados: perspectiva de equipos de salud. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 19(2), 1-19. <https://dx.doi.org/10.11600/rlcsnj.19.2.4175>
- Fernández, P. (2019). *El trauma complejo y sus consecuencias en la personalidad adulta*. Repositorio Universidad COMILLAS. <https://repositorio.comillas.edu/rest/bitstreams/238999/retrieve>
- Figley, C. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Taylor & Francis Group
- Figley, C. (1999). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the cost of caring. In B. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress*. Sidran Institute
- Fischer, C., Cottin, M., Behn, A., Errázuriz, P. y Díaz, R., 2019. What makes a difficult patient so difficult? Examining the therapist's experience beyond patient characteristics. *Journal of Clinical Psychology*, pp. 1-14. doi: 10.1002/jclp.22765
- Flick, U. (2015). *El Diseño de Investigación Cualitativa*. Morata

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. [UNICEF]. (2020). *Informe COVID-19*.
<https://www.unicef.org/lac/informes/violencia-contra-ninas-ninos-y-adolescentes-en-tiempos-de-covid-19>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. [UNICEF]. (2022). *El Enfoque Basado en los Derechos de la Niñez*.
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewiXtYyYmYeGAXVEBbkGHUr4B6gQFnoECBMAAw&url=https%3A%2F%2Fwww.unicef.org%2Fchile%2Fmedia%2F7021%2Ffile%2Fmod%25201%2520enfoque%2520de%2520derechos.pdf&usg=AOvVaw05WMPJt17ARmxM9IZFxMRm&opi=89978449>

Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2013). *Treating complex traumatic stress disorders in children and adolescents: scientific foundations and therapeutic models*. The Guilford Press

Fossa, P. (2012). Obstáculos del proceso terapéutico: Una revisión del concepto de vínculo y sus alteraciones. *Revista de Psicología GEPU*, 3 (1), 101 - 126.

Fractman, A. (2005). El concepto de trauma según diferentes autores psicoanalíticos. *Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, 27(1/2), 213-222.
<https://psicanalisedownload.files.wordpress.com/2012/08/elconceptodetrauma1.pdf>

Franco, A., et al. (2013). Abuso sexual infantil y el investimento/desinvestimento libidinal del cuerpo sexuado genitalmente. *Anuario de Investigaciones*, 20, 49-63.
<https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139949036.pdf>

Freud, A. (1936). *El yo y sus mecanismos de defensa*. Paidós

Freud, A. (1956). *Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente*. Paidós

Freud, S. (1905/1992). Tres ensayos de teoría sexual. En *Obras Completas*, T. VII. Amorrortu

Freud, S. (1912/1992). Sobre la dinámica de la transferencia. En *Obras Completas*, T. XII. Amorrortu

Freud, S. (1913 [1912-13]/1992). Tótem y tabú. En *Obras Completas*, T. XIII. Amorrortu

Freud, S. (1915/1992). Pulsión y destinos de pulsión. En *Obras Completas*, T. XIX. Amorrortu

Freud, S. (1920/1992). Más allá del principio del placer. En *Obras Completas*, T. XVIII. Amorrortu

- Fuster, D. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 201-229. <https://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>
- García-Huidobro, D., Barros, X., Quiroz, A., Barría, M., Soto, G. & Vargas, I. (2018). Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.160>
- Gelso, J. C. (2014). A tripartite model of the therapeutic relationship: Theory, research, and practice. *Psychotherapy Research*, 24, 117–131. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.845920>
- Getz, Sh. (2018). *Complex trauma - A brief screener for primary care* [Tesis de doctorado, University San Francisco]. <https://www.proquest.com/docview/2037258071?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true>
- Gómez, D. (2017). *“En busca de una madre” transferencia y contratransferencia en una adolescente* [Tesis de Maestría, Fundación Universidad del Norte, Colombia]. <http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/7843/130898.pdf?sequence=3>
- González, F. (2000). Lo cualitativo y lo cuantitativo en la investigación de la psicología social. *Revista Cubana de Psicología*, 17(1), 61–71. <https://cursa.ihmc.us/rid=1G2N8Y379-T29WNX-GT0/gonzalez.pdf>
- Green J., McLaughlin K., Berglund P., Gruber M., Sampson N., Zaslavsky A. & Kessler R. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of general psychiatry*, 67(2), 113-123. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.186
- Guerra, C. & Pereda, N. (2015). Estrés traumático secundario en psicólogos que atienden a niños y niñas víctimas de malos tratos y abuso sexual: un estudio exploratorio. *Anuario de Psicología*, 45(2), 177-188. DOI: <https://doi.org/10.1344/%25x>
- Guerra, L. (2018). Palos en las Ruedas. Una perspectiva relacional y social sobre por qué el trauma nos impide avanzar. Octaedro

- Haselgruber, A., Sölva, K., & Lueger-Schuster, B. (2020). Symptom structure of ICD-11 Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD) in trauma-exposed foster children: examining the International Trauma Questionnaire – Child and Adolescent Version (ITQ-CA). *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1818974>
- Herman, J. (2004). *Trauma y recuperación*. Espasa Calpe
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill
- Hoffman, L., Paris, S. & Hall, E. (1996). *Psicología del desarrollo hoy*. Mc Graw-Hill
- Horvath, A.O. (2000). The Therapeutic Relationship: From Transference to Alliance. In *Session: Psychotherapy in Practice*, 58(2), 163-173. DOI: 10.1002/(SICI)1097-4679(200002)56:2<163::AID-JCLP3>3.0.CO;2-D
- Hospital Barros Luco. (18 de abril de 2022). *El ausentismo laboral, otra de las consecuencias silenciosas de la pandemia*. <http://www.hospitalbarrosluco.cl/el-ausentismo-laboral-otra-de-las-consecuencias-silenciosas-de-la-pandemia/>
- Hucsava, M., Scharinger, Ch., Plener, P. & Kothgassner, O. 'The world somehow stopped moving': impact of the COVID-19 pandemic on adolescent psychiatric outpatients and the implementation of teletherapy. *Child and Adolescent Mental Health* 27(3), 232–237. DOI:10.1111/camh.12481
- Huera, G. & Salgado, L. (2022). *Habilidades sociales durante la pandemia COVID-19 en los adolescentes de la unidad educativa Charles Spurgeon* [Tesis de Maestría, Universidad de Otavalo]. <https://repositorio.uotavalo.edu.ec/xmlui/handle/52000/711>
- Hunter, S. (2012). Walking in Sacred Spaces in the Therapeutic Bond: Therapists' Experiences of Compassion Satisfaction Coupled with the Potential for Vicarious Traumatization. *Family Process*, 51(2), 179-192. DOI: 10.1111/j.1545-5300.2012.01393.x.
- Imran, N., Zeshan, M., & Pervaiz, Z. (2020). Mental health considerations for children & adolescents in COVID-19 Pandemic: Mental health considerations for children in COVID-19 Pandemic.

- Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36(COVID19-S4).
<https://doi.org/10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2759>
- Instituto Nacional de la Juventud [INJUV]. (2019). *La salud mental de los jóvenes en Chile: Claves y perspectivas para abordar la problemática*.
https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/rt_30.pdf
- Instituto Nacional de la Juventud [INJUV]. (2020). *Pandemia y juventudes*.
https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/revista_rt_32.pdf
- Insúa, G. (2022). *Lo Indecible. Clínica con lo Traumático*. Letra Viva
- Jiménez, J. (2005). El vínculo, las intervenciones técnicas y el cambio terapéutico en terapia psicoanalítica. *Aperturas psicoanalíticas*, 20.
<https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=1049>
- Julio, V., Vacarezza, M., Álvarez, C. & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11.
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es.
- Krippendorff, K. (1980). *Content analysis: an introduction to its methodology*. Sage
- Krippendorff, K. (1990). Metodología de análisis de contenido. Teoría y Práctica. Paidós Comunicación
- Laplanche, J. & Laplanche, J. (2004). *Diccionario de psicoanálisis*. Paidós
- Lawson, D. & Quinn, J. (2013). Complex Trauma in Children and Adolescents: Evidence-Based Practice in Clinical Settings. *Journal of Clinical Psychology*, 69(5), 497-509. DOI: 10.1002/jclp.21990
- Leigh, J. (2019). *The wounded healer: a phenomenological study of the experiences of counselors-in-training with complex trauma stories* [Tesis de doctorado, University of Northern Colorado].
<https://www.proquest.com/psychology/docview/2344736379/667B45BCE74A4370PQ/3>
- Levi, O. (2020). The role of hope in psychodynamic therapy (PDT) for complex PTSD (C-PTSD). *Journal of social work practice*, 34(3), 237–248. <https://doi.org/10.1080/02650533.2019.1648246>

- Ley 19.628 (1999). Sobre la protección de la vida privada. Diario Oficial de la República de Chile, publicado el 28 de agosto de 1999. Santiago, Chile
- Ley 20.120 (2006). Sobre investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana. Diario Oficial de la República de Chile, publicado el 22 de septiembre de 2006. Santiago, Chile
- Ley 21.430 (2022). Sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia. Diario Oficial de la República de Chile, publicado el 15 de marzo de 2022. Santiago, Chile
- Lizondo-Valencia, R., Silva, D., Arancibia, D., Cortés, F. & Muñoz-Marín, D. (2021). Pandemia y niñez: efectos en el desarrollo de niños y niñas por la pandemia Covid-19. *Veritas & Research*, 3(1), 16-25.
https://www.researchgate.net/publication/352882052_Pandemia_y_ninez_Efectos_en_el_desarrollo_de_ninos_y_ninas_por_la_pandemia_Covid-19
- Locket, M. (2019). Little Red: práctica clínica y visión integradora en un caso de trauma complejo con acento en lo vincular. *Aperturas Psicoanalíticas*, 5(61), 1-21.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7186127>
- López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(3), 159-174. <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Psicopat-2008-13-3-10001/Documento.pdf>
- Lozano, A. (2014). Teoría de teorías sobre la adolescencia. *Última Década*, 22(40), 11–36.
<https://ultimadecada.uchile.cl/index.php/UD/article/view/56142>
- López, F. (2002). El análisis de contenido como método de investigación. *Revista de Educación*, 4, 167-179
- Maercker, A., Cloitre, M., Bachem, R., Schlumpf, Y., Khoury, B., Hitchcock, C. & Bohus, M. (2022). Complex post-traumatic stress disorder. *The Lancet*, 400(10345), 60-72.
doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00821-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00821-2)

- Marques Feixa, L., Romero, S., Moya-Higueras, J., Santamarina-Pérez, P., March-Llanes, J., Muñoz, M. y Fañanas, L. (2022). Reinforcing the new diagnosis of Complex Post-Traumatic Stress disorder (CPTSD) of ICD-11: Exploring the clinical outcomes in youth exposed to complex trauma. *European Psychiatry*, 65(1), 448-449. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.1139>
- Martínez, M. (2004). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. Trillas
- Martínez - Taboas, A. (2020). Pandemias, COVID- 19 y Salud Mental: ¿Qué Sabemos Actualmente? *Revista Caribeña de Psicología*, 4 (2), 143 - 152. <https://doi.org/10.37226/rcp.v4i2.4907>
- Martínez, F. & Zambrano, V. (2013). *Adolescencia: Una urgencia subjetiva* [Tesis de Magíster, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil]. Repositorio de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/486/1/T-UCSG-POS-PSCO-12.pdf>
- Martínez, M. (2004). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. Trilla
- Maxwell, J. (2012). *Qualitative Research Design: An Interactive Approach*. SAGE
- McCann, L. & Pearlman, L. (1990). Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological Effects of Working with Victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1). https://halo-group.org/uploads/1/2/8/1/128108661/vicarious_traumatization_a_framework_for_understanding_psychological_effects_of_working_with_victims.pdf
- Mead, M. (1990): *Adolescencia y cultura en Samoa*. Paidós Ibérica
- Mendoza, M. (2016). *Relación terapéutica y cambio psicoterapéutico, desde la experiencia subjetiva de adolescentes y sus terapeutas* [Tesis de Magíster, Universidad de Chile]. <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/152166/Relaci%C3%B3n%20terap%C3%A9utica%20y%20cambio%20psicoterap%C3%A9utico%20desde%20la%20experiencia%20subjetiva%20de%20adolescentes%20y%20sus%20terap%C3%A9utas.pdf?sequence=1>
- Ministerio de Salud de Chile [MINSAL]. (2009). *Orientaciones Técnicas para la Atención de Adolescentes con Problemas de Salud Mental*. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/87faeecd259f328de04001011e010701.pdf>

- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2016a). *Orientaciones para la planificación y programación en red*.
<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/03/BASES-CONCEPTUALES-PARA-LA-PLANIFICACION-Y-PROGRAMACION-EN-RED-2016CUADERNILLO1.pdf>
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2016b). *Orientaciones técnicas: Consultorías en Salud Mental*.
<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/OT-CONSULTORIAS-EN-SALUD-MENTAL.pdf>
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2016c). *Circular A15/11 sobre la atención a adolescentes que concurren sin compañía de adulto responsable*. https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2017/12/Circular-Atenci%C3%B3n-Adolescente-2016.pdf
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2017). *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025*.
<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>
- Ministerio de salud [MINSAL]. (2018a). *Servicios de Salud Integrales, Amigables y de Calidad para Adolescentes, Orientación Técnica para la Atención Primaria de Salud*.
https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/03/2019.03.04_SS-AMIGABLES-PARA-ADOLESCENTES.pdf
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2018b). *Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes: Nivel Especializado de Atención Abierta y Cerrada*. Biblioteca MINSAL.
http://www.saludinfantil.org/Programa_Salud_Infantil/Programa_Adolescentes_.pdf
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2021). *Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral de Adolescentes*.
<http://www.umag.cl/facultades/salud/nutricion/wp-content/uploads/2021/11/SALUD-INTEGRAL-ADOLESCENTE-2022.02.14-web.pdf>
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2018c). *Salud mental en la Atención Primaria de Salud: Orientaciones técnicas. Dirigido a los equipos de salud*. <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/016.Salud-Mental.pdf>

- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2022). Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral de Adolescentes. <http://www.umag.cl/facultades/salud/nutricion/wp-content/uploads/2021/11/SALUD-INTEGRAL-ADOLESCENTE-2022.02.14-web.pdf>
- Minoletti, A., Soto-Brandt, G., Sepúlveda, R., Toro, O. e Irarrázaval, M. (2018). Capacidad de respuesta de la atención primaria en salud mental en Chile: una contribución a Alma-Ata. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42(8) <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.136>
- Monnat, Sh., & Chandler, R. (2015). Long-Term Physical Health Consequences of Adverse Childhood Experiences. *The Sociological Quarterly*, 56(4), 723–752. <https://doi.org/10.1111/tsq.12107>
- Moreno-Jiménez, B., Morante, M., Losada, M., Rodríguez, R., Garrosa, E. (2004). El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención. *Terapia Psicológica*, 22(1), 69-76. <https://www.redalyc.org/pdf/785/78522108.pdf>
- Neuman, C., Cancino, I., Salfate, C. & Sandoval, J. (2021). Efectos de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los niños/as y adolescentes: una revisión bibliográfica. *Revista Confluencia*, 4(2), 53-58. <https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/671>
- Nieto, I. & López, M. (2016). Abordaje integral de la clínica del trauma complejo. *Clínica Contemporánea*, 7(2), 87-104. <https://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2016v7n2a1.pdf>
- O'Sullivan, K., Clark, S., McGrane, A., Rock, N., Burke, L., Boyle, N., Joksimovic, N. & Marshall, K. (2021). A Qualitative Study of Child and Adolescent Mental Health during the COVID-19 Pandemic in Ireland. *Int J Environ Res Public Health*, 18(3). doi: 10.3390/ijerph18031062.
- Observatorio Niñez y Adolescencia. (2017). *Cifra negra de violencia sexual contra Niñas, Niños y adolescentes: ocultamiento social de una tragedia*. <https://www.observaderechos.cl/web2021/Reporte-Violencia-2017.pdf>
- Opazo, R. (2001). *Psicoterapia integrativa. Delimitación clínica*. Ediciones ICPSI

- Organización de las Naciones Unidas (1966). Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Recuperado de: https://www.ohchr.org/sites/default/files/ccpr_SP.pdf
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (2005). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. París, Francia: UNESCO. Recuperado de: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (s/f). *Salud del Adolescente*. https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2008). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima revisión. CIE 10*. Organización Panamericana de la Salud
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, undécima revisión. CIE 11*. Organización Panamericana de la Salud
- Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R. (2009). *Psicología del desarrollo: de la infancia a la adolescencia*. McGraw-Hill
- Pedreira, J. (2020). Salud mental y COVID-19 en infancia y adolescencia: una visión desde la psicopatología y la salud pública. *Rev Esp Salud Pública*, 94. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-194518>
- Pérez, G. (1994). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. La Muralla
- Poblete, Y. & Jiménez, A. (2022) Impacto de la pandemia: clima laboral, Mobbing y Burnout en funcionarios públicos chilenos. *Revista Academia & Negocios*, 8(2), 247-260. <https://www.redalyc.org/journal/5608/560872306012/560872306012.pdf>
- Rassial, J. (1999). *El pasaje adolescente. De la familia al vínculo social*. Ediciones del Serbal

- Roberts, C., Darroch, F., Giles, A., & van Bruggen, R. (2022). You're carrying so many people's stories: vicarious trauma among fly-in-fly-out mental health service providers in Canada. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 17(1).
<https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2040089>
- Rousseau, J. (1959). *Obras selectas de Juan Jacobo Rousseau*. Ateneo
- Sanmartín J. (2011). Maltrato Infantil en la familia de España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
https://observatoriodelainfancia.mdsocialesa2030.gob.es/productos/pdf/malt2011v4_total_100_acces.pdf
- Santibáñez, M. (2002). La Alianza en Psicoterapia: Una sistematización. *Terapia Psicológica*, 20(37).
<https://www.researchgate.net/publication/342158359>
- Schettini, P., & Cortazzo, I. (2015). *Análisis de datos cualitativos en la investigación social: Procedimientos y herramientas para la interpretación de información cualitativa*. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata
- Shenk C.E., Putnam F.W. y Noll J. G. 'Predicting the accuracy of facial affect recognition: the interaction of child maltreatment and intellectual functioning' (2013). *Journal of experimental child psychology* 114(2), 229-242. DOI:10.1016/j.jecp.2012.08.007
- Scoglio, A., Rudat, D., Garvert, D., Jarmolowski, M., Jackson, C. & Herman, J. (2018). Self-compassion and responses to trauma: The role of emotion regulation. *Journal of interpersonal violence*, 33(13), 2016-2036. DOI: 10.1177/0886260515622296
- Serra, E., Martínez I. & Serna, C. (2020). Adolescentes de la postmodernidad. Creciendo en la Era digital. En Salvador-Obando, E., Serra, E. & García, Ó. (Eds.), *Nuevas Miradas en Psicología del Ciclo Vital*, (63-88). Ril
- Silber, T., Munist, M., Maddaleno, M. & Suárez, E. (1992). Manual de medicina de la adolescencia. Organización Panamericana de la Salud

- Smith, J., Flowers, P. & Michael, L. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. Sage
- Sosman, A. (2016). Análisis de la experiencia subjetiva de los/as psicoterapeutas respecto de la dinámica vincular, en el proceso terapéutico con víctimas de agresión sexual infantil en su paso por Tribunales de Justicia. [Tesis para optar al grado de Magíster, Universidad Alberto Hurtado]. <https://repositorio.uahurtado.cl/handle/11242/24525>
- Soto, A. (2021). El lugar del trauma en el psicoanálisis relacional: una respuesta a la Hegemonía de lo Positivo. [Tesis de magíster]. Universidad Alberto Hurtado-Instituto Latinoamericano en Salud Mental y Derechos Humanos, ILAS].
- Sutton, L., Rowe, S., Hammerton, G., & Billings, J. (2022). The contribution of organisational factors to vicarious trauma in mental health professionals: a systematic review and narrative synthesis. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2022278>
- Tabor, P. (2011). Vicarious traumatization: Concept analysis. *Journal of Forensic Nursing*, 7(4), 203–208. <https://doi.org/10.1111/j.1939-3938.2011.01115.x>
- Tang, N., McEnery, K., Chandler, L., Toro, C., Walasek, L., Friend, H., Gu, S., Singh, S. & Meyer, C. (2022). Pandemic and student mental health: mental health symptoms among university students and young adults after the first cycle of lockdown in the UK. *BJPsych Open*, 8(4). <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.523>
- Terr L. Childhood traumas: an outline and overview. (1991). *Am J Psychiatry*, 148 (1), 10-20. <https://ajp-psychiatryonline-org.uchile.idm.oclc.org/doi/abs/10.1176/ajp.148.1.10>
- Tizón, J. (2020). Salud emocional en tiempos de pandemia. Reflexiones urgentes. Herder e-book
- Tonon, G. (2012). Reflexiones latinoamericanas sobre investigación cualitativa. *Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales, Niñez Y Juventud*, 8(1). <https://revistaumanizales.cinde.org.co/rllcsnj/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/606>

- Urribarri, R. (2015). *Adolescencia y clínica psicoanalítica*. Fondo de cultura económica
- Van der Hart, O., Ellert, R.S., Nijenhuis, E. y Steele, K. (2008). *El yo atormentado. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Desclée de Brouwer
- Van Der Kolk, B. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child and Adolescent Clinics of North America*, 12, 293-317. <https://therapeuticcare.ie/wp-content/uploads/2019/05/The-neurobiology-of-childhood-trauma-and-abuse.pdf>
- Van der Kolk, B., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S. & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389–399. 10.1002/jts.20047
- Van der Kolk, B., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S. & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389–399. 10.1002/jts.20047
- Van der Kolk, B. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Eleftheria
- Van Nierop M., Viechtbauer W., Gunther N., van Zelst C., de Graaf R., Ten Have, van Dorsselaer S., Bak M., (2015). Childhood trauma is associated with a specific admixture of affective, anxiety, and psychosis symptoms cutting across traditional diagnostic boundaries. *Psychological Medicine*, 45(6), 1277-1288. DOI: 10.1017/S0033291714002372
- Vásquez, F. (2015). *La biología en la adolescencia, una perspectiva psicoanalítica: el caso de Arminda Aberastury y Philippe Gutton* [Memoria de título de psicología, Universidad de Chile]. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/143786>
- Velasco, P., Jiménez, J. & Ng, W. (2020). *Trauma Informed Care: Implicancias para la Atención Primaria en Salud* [Tesis de magíster, Pontificia Universidad Católica de Chile]. Repositorio UC. <https://repositorio.uc.cl/handle/11534/46083>
- Vergara, M. (2001). La dicotomía Estado-Mercado del sector de la salud en Chile. *Corporación de Promoción Universitaria. Santiago, Chile*. 108, 115-131.

<https://www.scribd.com/document/691624278/Dicotomia-Estado-Mercado-Del-Sector-Salud-en-Chile>

Villalobos, A. (1999). Desarrollo Psicosexual. *Adolescencia y Salud*, 1(1), 73-79.

https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000100011

Wamser-Nanney, R., & Vandenberg, B. (2013). Empirical Support for the Definition of a Complex Trauma Event in Children and Adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 26(6), 671–678.

Portico. <https://doi.org/10.1002/jts.21857>

West, M. (2013). Trauma and the transference countertransference: working with the bad object and the wounded self. *Journal of Analytical Psychology*, 58, 73–98. DOI: 10.1111/j.1468-

5922.2013.02018.x

Winnicott, D. (1971). *Realidad y Juego*. Gedisa

Winnicott, D. (1979). *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Paidós

Winnicott, D. (1993). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Paidós

Winnicott, D. (2009). *Exploraciones psicoanalíticas I*. Paidós

World Federation for Mental Health. (2009). *Salud Mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental*.

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/wfmh-saludmental2009-01.pdf>

Zattara, C. (2018). Pensando la clínica en APS. Encuentros en situaciones de extremo dolor psíquico.

En Donato, W. (Ed.). *Experiencias de escribir la experiencia. Psicólogos/as en las instituciones públicas* (275-302). Glosa

Anexos.

Pauta de entrevistas semiestructuradas.

“Experiencias de psicólogos/as/es de Atención Primaria de Salud en torno al vínculo psicoterapéutico con adolescentes con vivencias de trauma complejo.”

Investigadora responsable: Araceli Flores Baeza.

Rapport	
Años de experiencia en APS atendiendo adolescentes Comuna: Trabaja actualmente o trabajó En qué consiste su espacio de autocuidado	
Pregunta de apertura de la entrevista	
<ul style="list-style-type: none">• Cuénteme sobre los desafíos que identifica en la psicoterapia con adolescentes con vivencias de trauma complejo en la atención primaria. La idea es conocer primeramente sus relatos de su experiencia de la manera más cercana a sus palabras.	
Profundización	
1. Caracterización de los inicios del proceso de psicoterapia	1. ¿Cuál o cuáles son los motivos de consulta de adolescentes con vivencias de trauma complejo? 2. ¿Qué cree que lleva a estos/as/es adolescentes a consultar? (factores familiares, sociales, biológicos, etc.)

	<ol style="list-style-type: none"> 3. ¿Bajo qué diagnósticos se encuentran mayoritariamente en atención su población adolescente? 4. ¿Bajo qué diagnósticos se encuentran en atención su población adolescente con vivencias de trauma complejo?
<p>¿Me puede dar un ejemplo de un caso de estas características?</p>	
<p>2. Experiencia terapéutica</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué desafíos identifica en la psicoterapia con adolescentes en la atención primaria? 2. ¿Qué diferencias percibe en la psicoterapia con vivencias de trauma complejo respecto de adolescentes que no reportan estas vivencias? 3. ¿Qué dificultades cree usted que se presentan para el desarrollo de la psicoterapia en Atención Primaria de Salud con adolescentes con vivencias de trauma complejo? 4. ¿Qué dificultades percibe que los/as/es otros/as/es profesionales del Programa de Salud Mental reconocen en los tratamientos con adolescentes con vivencias de trauma complejo? 5. ¿Recuerda algún proceso psicoterapéutico o algún episodio en particular de un caso de trauma complejo que le haya quedado marcado, para bien o para mal? ¿Cómo lo vivió? ¿Cómo lo sintió? ¿Cómo lo afrontó?

<p>3. Formas de trabajo psicoterapéutico con adolescentes con vivencias de trauma complejo</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué aspectos reconoce como favorecedores del desarrollo de la psicoterapia en Atención Primaria de Salud con adolescentes con vivencias de trauma complejo? 2. ¿Qué acciones cree que facilitan la adherencia al proceso psicoterapéutico? 3. ¿Qué relevancia cree que tiene el vínculo psicoterapéutico con la población adolescente con vivencias de trauma complejo? 4. ¿Qué elementos personales y/o de su forma de trabajo cree que contribuyen al desarrollo de los procesos psicoterapéuticos con adolescentes con vivencias de trauma complejo? 5. ¿Cuál fue el impacto que tuvo el COVID-19 en el trabajo con adolescentes con vivencias de trauma complejo?
<p>4. Vínculo terapéutico</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo describiría la relación terapéutica con adolescentes con vivencias de trauma complejo? 2. ¿Hubo alguna situación de incomodidad o desencuentro con algún/a/e adolescente? ¿Cómo se sintió usted? ¿Cómo la manejó? 3. ¿Cómo promueve la relación terapéutica con adolescentes con vivencias de trauma complejo? 4. ¿Cómo se siente usted en la atención con adolescentes con vivencias de trauma complejo? ¿Qué sentimientos ha experimentado? ¿Estos sentimientos varían durante el proceso de psicoterapia?

	<p>5. ¿Qué aspectos cree que influyen en cómo usted experimenta la psicoterapia con adolescentes con vivencias de trauma complejo? (Situaciones familiares, educacionales, institucionales/laborales, etc). ¿Cuáles? ¿De qué manera?</p> <p>6. ¿Cree que ha habido algún impacto emocional en usted con el trabajo con adolescentes con vivencias de trauma complejo? ¿Cuál o cuáles?</p>
<p>Cierre</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Hay algo que no le haya preguntado que cree sea relevante añadir? • Años experiencia 	

Consentimiento Informado.

1. INFORMACIÓN

Usted ha sido invitado/a/e a participar en la investigación “Experiencias de psicólogos/as/es de Atención Primaria de Salud en torno al vínculo psicoterapéutico con adolescentes con vivencias de trauma complejo”. Su objetivo es caracterizar la experiencia de los/as/es psicólogos/as/es de Atención Primaria de Salud en torno al vínculo psicoterapéutico con adolescentes con vivencias de trauma complejo. Usted ha sido invitado(a) porque trabaja o ha trabajado en Atención Primaria de Salud, con una antigüedad no menor a 1 año y cuenta o va a contar con espacios de autocuidado, ya sea a nivel personal o institucional (psicoterapia u otros) y porque atiende o ha atendido adolescentes con vivencias de trauma complejo.

La investigadora responsable de este estudio es Araceli Flores Baeza, estudiante del Magíster en Psicología Clínica, mención Psicología Clínica Infanto Juvenil de la Universidad de Chile, cuyo proyecto está guiado por la docente Marianella Abarzúa Cubillos.

Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información, la cual tiene como finalidad ayudarle a decidir sobre su participación en el proyecto. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

Participación: Su participación consistirá en responder una entrevista semiestructurada, en la que se abordarán temáticas asociadas al trabajo que realiza con adolescentes con vivencias de trauma complejo, enfatizando en el vínculo psicoterapéutico con estos/as/es pacientes. Tendrá una duración aproximada de una hora, pero si esta se extiende, podría realizarse una segunda entrevista, las cuales se efectuarán en modalidad virtual a través de la plataforma meet o zoom. Igualmente, las entrevistas serán grabadas en audios y transcritas, lo que facilitará el análisis de la información. Sin embargo, usted puede negarse o detener la grabación cuando quiera o lo necesite.

Riesgos: Se realizarán todas las acciones necesarias para garantizar el resguardo de la información, mantener su confidencialidad y la privacidad de cualquier otra información que pueda exponerle de alguna manera. Para ello, se omitirán datos que puedan revelar su identidad o información personal o lugar de trabajo, también se eliminarán los registros de grabación al finalizar la investigación, es decir, en julio del año 2024.

Igualmente, al realizar las entrevistas se supone un riesgo de afectación emocional, frente a lo cual se suspenderá de inmediato la entrevista, quedando a su decisión el continuar o abandonar el proceso.

Beneficios: Usted no recibirá ningún beneficio directo ni recompensa alguna por participar en este estudio. No obstante, su participación permitirá generar información para conocer sobre el vínculo psicoterapéutico con adolescentes con vivencias de trauma complejo y, con ello, eventualmente contribuir a otros/as/es profesionales de la psicología en torno a la temática y que se desempeñen en Atención Primaria de Salud. Además, el participar de esta entrevista promueve una oportunidad para reflexionar sobre su experiencia como psicoterapeuta, en un espacio confidencial.

Voluntariedad: Su participación es absolutamente voluntaria, pudiendo rechazar el participar del proyecto. Usted tendrá la libertad de contestar las preguntas que desee, como también de detener su participación en cualquier momento que lo desee. Esto no implicará ningún perjuicio para usted.

Confidencialidad: Todas sus opiniones serán confidenciales, y mantenidas en estricta reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular, teniendo acceso a sus entrevistas solo la investigadora responsable y la profesora guía de tesis Marianella Abarzúa. Tampoco se hará público su lugar de trabajo o fechas importantes. Las grabaciones de las entrevistas se mantendrán almacenadas en una memoria usb a la cual solo tendrá acceso la investigadora responsable. Estas se guardarán hasta el término del proyecto de investigación, es decir, en julio del año 2024, momento en que serán eliminadas. A su vez, las

transcripciones serán realizadas por la investigadora responsable, velando por que personas ajenas al proceso escuchen su grabación.

Conocimiento de los resultados: Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación.

Para ello, una vez finalizada la investigación, se le hará envío vía mail de un breve resumen de los resultados obtenidos, junto con la transcripción únicamente de su entrevista.

Datos de contacto: Si requiere más información o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar a la Investigadora Responsable de este estudio:

Araceli Flores Baeza

Teléfonos: +56964041084

Correo Electrónico: araceliflores@ug.uchile.cl

También puede comunicarse con el Comité de Ética de la Investigación que aprobó este estudio:

Comité de Ética de la Investigación

Facultad de Ciencias Sociales

Universidad de Chile

Teléfonos: (56-2) 29772443

Dirección: Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago. Facultad de Ciencias Sociales.

Universidad de Chile.

Correo Electrónico: comite.etica@facso.cl