



**Una mirada a la persona del terapeuta en intervenciones con niños y niñas que  
han sido víctimas de Agresión Sexual:  
Análisis a partir de la experiencia de las y los terapeutas**

Javiera Ponce

**Memoria para optar al título de Psicóloga**

**Profesor patrocinante**

Elías Escaff Silva

**Universidad de Chile**

Facultad de Ciencias Sociales

Departamento de Psicología

## Resumen

La presente investigación buscó conocer los aspectos implicados en la labor terapéutica en intervenciones con niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales y cómo estos influyen sobre la persona del terapeuta, a partir de la propia percepción y experiencia de los y las profesionales. De esta manera, se recopiló la información mediante la aplicación de 7 entrevistas semiestructuradas a terapeutas de distintos centros de intervención, para posteriormente analizarla mediante el software Atlas.ti, por medio del análisis de datos cualitativos propuesto por la teoría fundamentada. En cuanto a los resultados obtenidos, estos sirvieron para dar cuenta de los siguientes aspectos: Cursos de especialización de los terapeutas y la motivación asociada al rol que ejercen, además de los Costos y consecuencias que tiene este rol sobre su propio bienestar, sumados a Aspectos organizacionales y orientaciones técnicas, entre las que se mencionaron la Importancia de los espacios de supervisión y autocuidado. Finalmente, uno de los principales hallazgos entregados por esta investigación corresponde a la retribución que el desempeñar esta labor otorga a la vida de las y los profesionales.

Palabras clave: Agresión sexual, consecuencias del trabajo con víctimas, desgaste profesional, intervención, la persona del terapeuta, niños y niñas, percepción, psicóloga, psicólogo, terapeuta.

## Tabla de contenido

Introducción.....	4
<b>Antecedentes y Marco Teórico.....</b>	<b>5</b>
I. Agresión Sexual Infantil.....	5
II. Intervención con niños y niñas que han sido víctimas de agresión sexual.....	8
III. La persona del terapeuta.....	14
V. Problematicación.....	20
VI. Objetivos.....	22
<b>Marco Metodológico.....</b>	<b>22</b>
I. Muestra.....	23
II. Recolección de datos.....	25
III. Análisis de información.....	25
<b>Resultados.....</b>	<b>26</b>
I. Aspectos implicados en la formación profesional de los terapeutas.....	26
Surgimiento del interés en la temática.....	27
Sobre la especialización en el área.....	28
II. Complejidad del trabajo con víctimas y sus consecuencias para el terapeuta.....	31
Elementos que obstaculizan el trabajo con víctimas.....	31
Costos del trabajo con víctimas.....	36
III. Aspectos personales del terapeuta asociados a su rol profesional.....	39
Motivación personal por el trabajo con víctimas.....	39
Trabajo con víctimas y elaboración de aspectos de la propia historia de los terapeutas..	40
Retribución que entrega el trabajar con víctimas.....	41
IV. Condiciones de trabajo en el centro y autocuidado de equipo.....	43
Frecuencia de atenciones.....	44
Cumplimiento de plazos.....	45
Organización del centro y cumplimiento de objetivos.....	46
Espacios de autocuidado.....	47
V. Espacios de supervisión y análisis de casos complejos.....	50
Supervisión de casos.....	50
Casos complejos.....	53
VI. Asignación de casos y carga laboral.....	54
Asignación de casos.....	55
Carga laboral.....	55
Ideal de programa focalizado en atención a víctimas de agresiones sexuales.....	58
<b>Discusión y conclusiones.....</b>	<b>59</b>
<b>Anexo 1.....</b>	<b>65</b>
<b>Anexo 2.....</b>	<b>66</b>
<b>Anexo 3.....</b>	<b>68</b>

“Nada de lo que haga en mi futuro laboral, va a llegar a tener el peso y la trascendencia que lo que yo trabajé todos esos años con esos niños” (Valeria, CAVAS)

## **Introducción**

La presente memoria tiene relación con uno de los personajes involucrados en el proceso terapéutico en intervención con niños y niñas que han sido víctimas de agresiones de tipo sexual. Nos referimos a los y las terapeutas, los que llegan a tomar un rol fundamental en este proceso. Así, se busca realizar un acercamiento a la persona del terapeuta en los casos de agresiones sexuales contra niños, niñas y adolescentes, posicionándonos desde su propia experiencia en los distintos centros en que se han desempeñado en este rol, durante su vida laboral.

De esta manera, el documento se divide en 4 principales secciones: 1) Antecedentes y Marco Teórico, 2) Marco Metodológico, 3) Resultados y 4) Discusión y Conclusiones. El primer apartado entrega los Antecedentes y el Marco Teórico, de modo que se introducen y exponen los principales elementos que es necesario conocer para abordar la temática planteada. Así, en una primera instancia, se entregan antecedentes respecto a la agresión sexual infantil y la tipificación de éste y otros delitos asociados; Posteriormente, se aborda la Intervención con niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales. Y luego, se realiza un acercamiento a uno de los elementos más importantes de la investigación, que es conocer el concepto de La persona del terapeuta y delimitar su alcance en este estudio, para terminar con el concepto de la Percepción de las y los terapeutas, utilizado para hacer alusión a su propia experiencia en la intervención con niños y niñas que han sido víctimas de agresión sexual, en torno a los factores anteriormente mencionados.

El siguiente apartado se refiere a la metodología utilizada en la realización de la presente investigación, donde se explicita el tipo de estudio realizado, las características de la muestra, y los instrumentos y métodos utilizados para la recolección de datos y el análisis de la información obtenida. Posteriormente, son presentados los principales resultados obtenidos, clasificados en ejes temáticos. Y finalmente, son entregados los más importantes hallazgos y conclusiones derivadas de la investigación.

## **Antecedentes y Marco Teórico**

### ***I. Agresión Sexual Infantil***

Durante la última década en Chile, lo relativo al bienestar infantil ha ido alcanzando -aunque de forma paulatina- una visibilidad más amplia, esto a raíz del incremento de las tasas de vulneración de los derechos de nuestros niños y niñas, que según los registros del Servicio Nacional de Menores [SENAME] (2020), entre enero y diciembre de 2019, 283.715 niños, niñas y adolescentes fueron asistidos por esta institución dado que sus derechos fueron vulnerados. No obstante, el rol proteccional que representa esta institución, se torna insuficiente a la hora de reparar, proteger y restituir los derechos de estos niños y niñas, siendo sumamente importante el trabajo en conjunto con las familias, poniendo a su disposición los recursos necesarios para aminorar las condiciones que les impiden ejercer su rol protector, previniendo así futuras vulneraciones a los derechos de los niños, niñas y adolescentes (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], s.f.). Se entiende así, como vulneración de derechos a toda infracción a los derechos de niños, niñas y adolescentes, pudiendo ésta ser o no constitutiva de delito de acuerdo con lo tipificado en el código penal de nuestro país (Defensoría de la niñez, s.f.).

De este modo, a partir de las estadísticas entregadas por la 3ª Encuesta Longitudinal de Primera Infancia [ELPI], 2017), que indican que en el 62,5% de los hogares que forman parte de la muestra se utilizan métodos violentos de disciplina en la crianza de niños y niñas, el maltrato se abre paso como una de las formas más comunes de vulneración a los derechos de los niños y niñas en Chile. Así, de acuerdo con lo indicado por el Ministerio de Salud a través de la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE, 2011), el maltrato infantil corresponde a toda acción u omisión que provoque un daño que interfiera con el desarrollo normal de niños, niñas o adolescentes, siendo considerado una severa vulneración de sus derechos. A la definición anterior, Escaff, Rivera y Salvatierra (2006), añaden que los distintos tipos de maltrato infantil van desde la negligencia o abandono, hasta la utilización de menores en prácticas sexuales.

Asimismo, según los datos entregados por la Fiscalía de Chile (s.f.), los delitos sexuales que ocurren con mayor frecuencia son la violación y el abuso sexual, los que, al tener una víctima cuya edad sea inferior a 14 años, siempre van a constituir un delito. De esta manera, en el Código Penal de la República de Chile [CP] (2004), los delitos asociados a la indemnidad sexual de los niños y niñas están tipificados en 5 categorías: Violación, Estupro,

Sodomía, Abuso Sexual y Explotación Sexual. A continuación, cada uno de estos tipos de agresión sexual se definirán en términos generales, de acuerdo a lo publicado en el apartado de *Crímenes y simples delitos contra las familias, contra la moralidad pública y contra la integridad sexual*, del Código Penal de la República de Chile [CP] (1999; 2004):

#### 1. Violación

Se denomina violación al acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal a cualquier persona menor de 14 años, sin la necesidad de que hubiere uso de fuerza, intimidación, privación de sentido, incapacidad para oponer resistencia o abuso de enajenación o trastorno mental de la víctima; circunstancias que sí son necesarias para hablar del “delito de violación” en presencia de una víctima mayor de 14 años de edad (CP, 1999; 2004, Artículo 361).

#### 2. Estupro

Se habla de estupro al estar en presencia de una víctima cuya edad está sobre los 14 años, pero bajo los 18 años. Y se refiere al acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal a una persona menor de edad, pero mayor de 14 años. En este punto, se considera que, de haber consentimiento, éste podría estar corrompido por perturbación mental, una relación de dependencia, situación de grave desamparo y engaño por inexperiencia o ignorancia sexual (CP, 1999; 2004, Artículo 363).

#### 3. Sodomía

Corresponde al acceso carnal a un menor de 18 años del mismo sexo, sin que medien las circunstancias mencionadas en la violación o el estupro (CP, 1999; 2004, Artículo 365).

#### 4. Abuso sexual

Se entiende por abuso sexual infantil a cualquier práctica e interacción de significación sexual y de relevancia, entre un niño o niña y un adulto, cuyo objetivo sea la obtención de gratificación sexual para este último (Escaff, Rivera y Salvatierra, 2006; UNICEF, 2018; (CP, 1999; 2004, Artículo 366). Si la víctima fuere menor de 14 años, se hablará de *abuso sexual impropio* (sin necesidad de que estén presentes las circunstancias mencionadas en los puntos anteriores), mientras que si es mayor de 14 años -y ocurre cualquiera de dichas circunstancias- se denominará *abuso sexual propio*, viéndose reflejada la

diferencia entre un tipo de abuso u otro al momento de hablar acerca de la penalidad máxima a la que se puede aspirar para quien comete el delito (CP, 1999; 2004, Artículo 366).

## 5. Explotación sexual

En lo que respecta a la explotación sexual, los delitos asociados a la pornografía incluyen exposición de menores de 14 años a material pornográfico, involucramiento de éstos en la creación del material y simulación del acto sexual, además de la difusión de este tipo de material con una víctima menor de 18 años (CP, 1999; 2004, Artículo 366 quáter; Artículo 366 quinquies; Fiscalía de Chile, s.f.). Mientras que, en los delitos asociados a prostitución, se incluye la prostitución de menores de edad para satisfacer los deseos de otro, pudiendo haber -o no- habitualidad, abuso de autoridad, de confianza o engaño, (CP, 1999; 2004, Artículo 367).

De esta forma, pese a las diferencias puntuales que existen entre un tipo y otro de agresión sexual infantil, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2018), concuerda en que se hace presente un eje común, y es que todos estos actos implican la “obtención de una gratificación sexual por parte de un adulto que toma como objeto a un niño, niña o adolescente” (p.14). Así, según el balance del primer trimestre del año 2021 entregado por la Policía de Investigaciones, se registró un total de 1.686 víctimas y denunciantes en casos de delitos sexuales (Policía de Investigaciones de Chile [PDI], 2021), de esto se desprende que el delito que con más frecuencia aparece es el de abuso sexual contra niños y niñas menores de 14 años, con 691 casos, creciendo en un 17% por sobre los 589 casos registrados en los mismos meses del año anterior. Asimismo, el delito de “abuso sexual por sorpresa y/o sin consentimiento” presentó un porcentaje de aumento del 113%, pasando de 75 víctimas en 2020 a 160 en 2021, durante el mismo período (PDI, 2021).

En resumidas cuentas, la agresión sexual constituye en sí misma una de las formas más crueles que toma el maltrato infantil, dado que el daño que produce no sólo es a nivel de entender de modo equivocado las labores relacionadas a la protección y cuidado, sino que además se vulnera la singularidad y constitución normal de los niños y niñas, siendo reducidos -por parte del abusador- a un objeto sexual (Escaff, Rivera y Salvatierra, 2006).

De esta manera, de acuerdo a lo expuesto por la Policía de Investigaciones de Chile (2021), el presente se enmarca en un contexto de implementación de la Ley 21.057, que regula la entrevista videograbada a menores de edad víctimas que delitos sexuales con la creación del Centro de Entrevista Investigativa Videograbada (CEIV). Este hecho, deja en evidencia la necesidad e importancia de continuar legislando en favor de la protección de

los derechos de los niños y niñas, pudiendo ser éste un primer paso que dé pie a la futura implementación de medidas similares con el único objetivo de defender su interés superior.

Lo expuesto en los párrafos anteriores, da luces acerca de la dificultad que supone el maltrato de este tipo, el que, tal como lo indican Escaff, Rivera y Salvatierra (2006), “es difícil de detectar, de reconocer y de aceptar” (p.3), logrando interferir en el desarrollo normal de los niños y niñas, en su salud mental y en su bienestar psicosocial (Escaff, Rivera y Salvatierra, 2006). Se podría decir entonces que, si bien el maltrato de cualquier tipo provoca gran impacto en la vida de los niños y niñas, pudiendo acarrear consigo un deterioro en el grado de bienestar psicosocial, este deterioro toma dimensiones superiores en casos de violencia física grave y, por ende, también en casos de abuso sexual (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2012).

Así, se torna importante cuestionarnos acerca del impacto que provoca la violencia de tipo sexual en los niños y niñas sobre quienes se ha ejercido, los que van a requerir de una intervención multidisciplinaria, y por parte de un equipo especializado en este tipo de maltrato, que sea capaz de responder a cada una de las necesidades y requerimientos que pudieran presentarse en la intervención con estos niños y niñas.

## ***II. Intervención con niños y niñas que han sido víctimas de agresión sexual***

Al trabajar con un niño o niña que ha sido víctima de agresión sexual, nos encontramos frente a una difícil tarea, donde además de buscar la forma apropiada de conectar con la víctima, de acuerdo a sus características individuales, tendremos que acompañarlo en el complejo camino de “reparar”, pero ¿qué es lo que requiere reparación? ¿será acaso el niño o niña que fue traicionado y cosificado por un adulto? ¿será la familia, que en ocasiones opta por ocultar e incluso negar el hecho abusivo? Es menester que se comprenda, en primer lugar, que la *terapia de reparación*, referida en los lineamientos del Servicio Nacional de Menores [SENAME] (2015; 2019), en ningún caso está centrada en reparar *al* niño, puesto que no se está frente a un niño dañado o descompuesto, que requiera ser arreglado, sino que se realiza un trabajo en conjunto con el niño, para lograr la superación del daño provocado por el actuar de aquella persona que estableció con él una relación de tipo abusiva (Martínez, 2012).

De esta forma, pese a que desde el Servicio Nacional de Menores se continúa hablando en la actualidad de Programas de *Reparación* de Maltrato grave (dentro de los Programas de Protección Especializada en Maltrato grave y Abuso sexual [PRM]), y de



*terapia de reparación*, la Doctora en Psicología, Claudia Capella y su equipo, han abordado ampliamente este concepto y lo inapropiado que resulta utilizarlo bajo este contexto, al ser concebido como un lenguaje que reduce y simplifica este fenómeno, favoreciendo la concepción de éste como inalterable (Martínez, 2012; 2014). Así, se han planteado otras alternativas que van más acorde a los objetivos de esta intervención psicoterapéutica, abriéndose paso el término de *resignificación*, el que sugiere que el individuo que ha sido víctima pueda reaprender una experiencia, pero esta vez desde un rol activo, añadiendo nueva información, que le permita elaborar la experiencia abusiva, entendiéndola como un episodio dentro de su historia vital, y favoreciendo el logro de la coherencia interna (Vergara, 2011; Capella y Gutiérrez, 2014). No obstante, éste no es un término inédito, pues es mencionado dentro de los objetivos específicos de la reparación, como algo anexo a ésta (SENAME, 2015; 2019). Otro término que aparece de la mano de la resignificación es la *superación*. La superación no es un proceso repentino, sino que más bien es un proceso complejo que se desarrolla en las distintas etapas de la vida, puesto que superar una experiencia de agresión sexual no implica que el proceso llegó a su fin, sino que seguirá por siempre; este proceso precisa de gran valor por parte del sujeto, para que logre aceptar lo que ocurrió y hablar de ello con libertad (Capella y Gutiérrez, 2014). Así, la superación no supone que la experiencia se olvida, sino que permite que el recordarla sea menos doloroso, y poder enfrentarla con mayor firmeza (Capella, 2011).

De este modo, si el terapeuta se empeñara en que el niño debe ser reparado, estaría contribuyendo a exacerbar la estigmatización que trajo consigo el abuso, puesto que centraría la terapia en el hecho abusivo, llevándolo -o no- a hablar de un “niño abusado”. Esto se suma a que el hablar de la agresión de forma recurrente en las sesiones, aun de forma indirecta, va a aportar a la creencia del niño de definirse a partir de lo ocurrido, pese a que la terapeuta y equipo a cargo del caso estén cargados de las mejores intenciones para con el niño (Martínez, 2012). Lo anterior podría ocurrir, entre otras cosas, por falta de experiencia o preparación en esta área, evidenciando la importancia de que existan estudios de especialización para desempeñarse en este ámbito, sumado a una supervisión metódica por parte de profesionales especializados y con amplia experiencia en el área. Ante esto, cabe destacar que, dentro de los lineamientos para Programas especializados de Reparación de Maltrato grave y Abuso sexual [PRM], no se establece la relevancia de las supervisiones o reuniones clínicas, ni se entrega información respecto a la conformación de éstas, sumado a que la mayoría de los textos en que se hace alusión a estas instancias, se refieren a supervisiones particulares, mas no a la que es entregada por parte de las instituciones (Galán & De Ávila, 2018).

Se espera entonces, bajo lo que plantea Josefina Martínez (2012), que quien esté desempeñándose en el área de intervención con niños y niñas que han sido víctimas de agresión sexual, no dirija todos sus esfuerzos a abordar aspectos referidos al hecho abusivo durante las sesiones, sino que más bien deje un poco de lado este tema de sobra abordado -y tratado en los diferentes contextos en que se le ha pedido al niño que relate lo ocurrido, indagando en detalles dolorosos- para así traer a un primer plano los recursos y fortalezas presentes en cada niño, destacando sus gustos e intereses, y valiéndose de ellos para avanzar en este difícil proceso de *resignificar* esta experiencia *con él* (Martínez, 2012).

Cabe destacar que, se habla de resignificar *con* el niño o niña, puesto que en el momento en que le conocemos pasamos a formar parte de los adultos significativos que rondan los diferentes contextos en que se desarrolla, y además contamos con la fortuna de tener experiencia y formación en este ámbito (Martínez, 2012). Así, podríamos decir que el terapeuta ya conoce el sendero que hay que seguir para lograr llegar a la elaboración de la situación abusiva, entonces ¿por qué no acompañar al niño? Él no lo conoce, y siendo todavía un niño, tiene exceso de razones para sentir temor de iniciar este caminar que propone la psicoterapia (Martínez, 2012). De esta forma, está en manos del terapeuta el generar para el niño ese espacio íntimo, seguro y de confianza, llamado vínculo terapéutico, donde la sensación de seguridad y cuidado se vuelve indispensable para el crecimiento y la apertura, y gracias a todo esto se posibilita el conocer el maravilloso mundo interno de cada niño y niña, para ayudarlos a recuperar la convicción de ser una persona digna de respeto (Martínez, 2012; Baldwin, 2008 citado en Szmulewicz, 2013). No obstante, pese a que la resignificación de la experiencia abusiva se presenta como lo esencial dentro del proceso terapéutico de superación, ésta no se limita a lo que ocurre al interior de la terapia, sino que es tarea de todos, en el sentido de movilizar a diferentes agentes de la sociedad con el fin de lograr mejores condiciones para la vida de quienes han sido víctimas de agresiones sexuales y la superación de las consecuencias de este trauma (Capella, 2011; Martínez, 2014).

En Chile, existe en la actualidad toda una gama de centros y especialistas orientados -entre otras cosas- a acompañar en la resignificación y superación del maltrato grave en niños, niñas y adolescentes, los que van desde la práctica privada e individual a un equipo multidisciplinario de trabajo. En lo referido a la práctica privada de la terapia de intervención en Abuso Sexual Infantil [ASI], ésta podría incluso llegar a realizarse en ocasiones por un profesional que no necesariamente cuente con un equipo de respaldo, lo que sería perjudicial tanto para él, como para la efectividad del proceso terapéutico. No obstante, en este ámbito

también existen terapeutas comprometidos con sus pacientes y que están en constantes capacitaciones y supervisiones, para mantenerse al nivel que cada niño y niña requiere.

Desde el Servicio Nacional de Menores [SENAME], dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, se ofrecen los Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Grave [PRM], los que, a partir de una mirada multidimensional, buscan integrar diversos aspectos a la intervención, como el enfoque intersectorial, de género, intercultural, evolutivo, y de inclusión (SENAME, 2015; SENAME, 2019; González, 2020).

Asimismo, según lo estipulado en sus lineamientos, el equipo de un PRM debe estar compuesto a lo menos por un director/a, 2 psicólogas/os, 2 asistentes sociales, secretaria/o contable, un administrativo de apoyo y horas para un abogado/a. Siendo lo esperado que por cada 25 niños, niñas y adolescentes (NNA) atendidos haya un psicólogo o psicóloga y un o una asistente social (SENAME, 2015; 2019). Así, la intervención se desarrolla en manos de una tríada psicojurídica, compuesta por una psicóloga/o, una trabajadora social y una abogada/o. Esta última parte, encargada de representar a la institución en los procedimientos judiciales, además de levantar medidas cautelares y desplegar las acciones requeridas para la protección de los derechos de los NNA que formen parte del programa (González, 2020). Por otro lado, la Trabajadora Social se sitúa desde la familia, trabajando directamente con el/la cuidador/a principal y/o responsable del proceso de intervención, promoviendo la importancia de que se interrumpa el hecho que suscita la vulneración del menor, buscando así establecer condiciones seguras para el NNA (González, 2020). Finalmente, la Psicóloga o Psicólogo, estará encargada de llevar a efecto la terapia de reparación con el niño o niña ingresado en el programa, orientada a promover el reconocimiento de sus derechos y a la resignificación de la experiencia vivenciada (González, 2020).

El primer paso de la intervención psicológica es la *Intervención en crisis*, donde es necesario propiciar un contexto de protección para la víctima y su familia, el que asegure que el niño/a no sea expuesto/a a nuevas instancias de vulneración, retractación o revictimización, entregando seguridad y protección física y emocional para el niño/a (Capella & Miranda, 2003; SENAME, 2015; 2019; González, 2020). Para esto es necesario realizar una evaluación del daño presente en el niño o niña, identificando así factores de riesgo y protectores presentes en él o ella. Todo esto en un trabajo en duplas, donde la Trabajadora social se encarga de distinguir aquellos aspectos que aporten al bienestar del NNA, tanto a nivel familiar como comunitario, distinguiendo recursos y competencias parentales en la figura cuidadora principal y en la dinámica familiar, además de condiciones que amparen la

protección del menor en los distintos contextos en que se desenvuelve (SENAME, 2015; 2019; González, 2020).

La segunda etapa del tratamiento corresponde a la *Elaboración o Psicoterapia*. De acuerdo a lo estipulado en las Bases técnicas de los PRM (SENAME, 2015; 2019), el proceso de psicoterapia debe estar en manos de profesionales Psicólogos o Psicólogas, dada su formación en psicoterapia. Pero, además, éstos deben participar de forma permanente en procesos de capacitación respecto al trabajo con niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de maltrato y/o agresiones sexuales, puesto que según Capella & Miranda (2003), es esencial que este proceso sea llevado a cabo por un equipo terapéutico específicamente preparado. En lo referido a duración de la intervención, tiempo entre sesiones, privacidad y contrato terapéutico, entre otras, todo esto es definido por el mismo profesional, no obstante, por parte del programa se espera que cada caso cuente como mínimo con una sesión a la semana, y la duración de ésta va a depender de la fase de intervención en la que el NNA esté, además de su edad, recursos e intereses (SENAME, 2015; 2019). Así, el objetivo central de este tratamiento ha de ser superar el impacto de la agresión sexual, abordando los efectos que la agresión provocó en el niño/a y la manera en que éste significó esta experiencia, sin tener mayor relevancia las características de la agresión en sí misma (Capella & Miranda, 2003). Asimismo, “el logro del proceso de resignificación debe estar asociado a la etapa evolutiva de cada caso atendido, considerando género, etnia, figura del agresor/a, repercusión familiar y respuesta inmediata frente a la crisis” (SENAME, 2015; 2019, p. 23).

De esta manera, de acuerdo a Capella & Miranda (2003), dentro de los objetivos más específicos del tratamiento psicológico del abuso sexual, se puede nombrar:

- a) Creación de alianza terapéutica con el nn;
- b) Que el nn pueda externalizar la experiencia de abuso, revelando los detalles del suceso. mediante expresión verbal o la terapia de juego;
- c) Identificación, diferenciación y expresión de emociones;
- d) Elaboración del sentimiento de culpa y vergüenza;
- e) Superación de los sentimientos de aislamiento;
- f) Proveer educación e información sexual;
- g) Prevenir la revictimización;
- h) Integración personal en cuanto a aptitudes y metas en una identidad positiva, imagen positiva del cuerpo y un sentido de poder apropiado a la edad;
- i) Volver a tejer vínculos de

confianza; j) Tratar sentimientos de ambivalencia; k) Duelo y reconstrucción de relaciones significativas; l) Fortalecimiento de vínculos protectores para el nn.

Asimismo, según lo que plantea González (2020), dentro los PRM existen tanto factores facilitadores como obstaculizadores para el ejercicio profesional. Dentro de los *facilitadores* aparece en primer lugar el que se resguarden y promuevan los derechos de la infancia, luego se destaca el seguimiento que es realizado a cada caso particular, a la vez que la tríada psicojurídica se mantiene monitoreando de forma permanente el estado del NNA, lo que facilita estar constantemente evaluando factores de riesgo y protectores en torno al menor. A lo anterior, se suma la posibilidad de realizar intervenciones especializadas, donde se crea un plan de intervención coherente con las necesidades y características del niño o niña y de sus cuidadores principales, buscando en todo momento fortalecer sus factores protectores. Se destaca además la activación de protocolos judiciales en torno a las situaciones de riesgo que existan, y el grato ambiente laboral y compromiso ético por parte de las y los profesionales (González, 2020); Por otro lado, dentro de los factores *obstaculizadores* destacan en una primera instancia, los problemas de adherencia, apareciendo frecuentemente un rechazo al programa al formar parte del SENAME, dada la creencia de que el menor a su cuidado será institucionalizado. A lo anterior, se suman los diversos factores estresantes que aparecen a nivel familiar, además de patrones transgeneracionales, infancias dañadas en los cuidadores principales, creencias y conductas normalizadas. Por último, aparecen los limitados recursos de los cuales dispone el programa, perjudicando la psicoterapia, que requiere de condiciones mínimas para trabajar con niños y niñas (González, 2020).

Así, la presente memoria estará centrada en el trabajo realizado por los profesionales psicólogos y psicólogas en centros y programas de atención pública, que se desempeñan principalmente en la intervención con niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales. Esto, dada la importancia de contar con un equipo multidisciplinario de trabajo, el que permita ofrecer al niño o niña una atención integral, que asegure la protección de sus derechos en todo contexto en que se desenvuelva, además de ser un servicio que se ofrece a todos sin distinción alguna, independiente del entorno socioeconómico del que provengan.

### ***III. La persona del terapeuta***

Pese a la vasta literatura e investigaciones existentes en torno a la psicoterapia y su efectividad para la calidad de vida de los pacientes, cuando de adentrarse en el mundo de los terapeutas se trata, queda en evidencia la falta de trabajo al respecto, aun cuando el proceso psicoterapéutico resulta ser también muy importante para el propio terapeuta, dado que, el formar parte del mundo interno de sus pacientes de un modo tan íntimo, produce un impacto sobre su vida y su trabajo (White, 2002). En esta interacción que surge en el contexto de la terapia, el terapeuta no sólo interactúa de manera objetiva con él o la paciente, sino que carga además con su propio mundo representativo, el que da parte de su significado a la interacción, y de este modo da forma concreta a la intervención del especialista (Stern, 1997). De esta forma, el profesional debe considerar su propio mundo subjetivo en el proceso de psicoterapia, pero también ha de suscitar conversaciones con los pacientes, en las que sea considerada su experiencia en relación a la subjetividad del psicólogo o psicóloga (Szmulewicz, 2013). Un terapeuta que reconoce su subjetividad ante el paciente provoca tal impacto que podría servir de base para la formación del vínculo terapéutico, abriendo paso a la posibilidad de cambio (Szmulewicz, 2013), y como lo menciona Stern (1997), una acción terapéutica que logre modificar un sólo elemento terminará cambiando todos los demás elementos separados.

Así, al hablar acerca de la persona del terapeuta nos referimos a todos aquellos factores que rondan la atención psicoterapéutica, pero que no guardan directa relación con el o la paciente, sino que más bien se relacionan con lo que ocurre en la intimidad del terapeuta antes, durante y después de la sesión, así como también a posibles problemáticas que aparecen en la vida de los terapeutas pudiendo ser éstas a causa del área en que se desempeñan.

De esta forma, ya que para efectos de la presente investigación nos centraremos en la labor terapéutica de los y las profesionales que se desempeñan en la intervención con niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales, se torna importante hablar también acerca de la formación que existe tras cada terapeuta implicado en esta temática, pero ¿es necesaria la especialización? Al respecto, Ocampo, Vargas y Manrique (2017), concuerdan en que estos profesionales debieran estar especialmente capacitados para desempeñarse en esta área, pero no sólo eso, sino que también plantean que deben tener particulares características de personalidad, especialmente en cuanto a su estructura psíquica, respecto al resto de profesionales psicólogos. Aquí, se pone el ejemplo de Medellín, lugar donde no cuentan con

la oferta de estudios de postgrado orientados a la terapia con víctimas de agresión sexual, es más, se afirma que en la mayor parte de los casos las capacitaciones y cursos son realizadas al ser contratados para desempeñarse en esta área (Ocampo, Vargas & Manrique, 2017), e inclusive en ocasiones la contratación de terapeutas se realiza por disponibilidad de profesionales, en lugar de ser por tener especialización o capacitaciones en el tratamiento a víctimas de agresión sexual (Ocampo, Vargas & Manrique, 2017). Por fortuna, en Chile el panorama es distinto, pues se ofrecen varios diplomados y estudios de postgrado en este ámbito, siendo uno de los con mayor trayectoria el Diplomado de Postítulo en intervenciones terapéuticas y preventivas en agresión sexual, impartido por la Universidad de Chile.

Por otro lado, un estudio realizado en la Universidad de Barcelona encuentra aprobación en su hipótesis al evidenciar que aquellos terapeutas que se desempeñan en centros especializados en la atención de niños que han sido víctimas de violencia grave y agresión sexual muestran un mayor nivel de estrés traumático secundario que el grupo de psicólogos en general (Guerra & Pereda, 2015). Cabe destacar que, en palabras de Figley (1983), el estrés traumático secundario hace referencia a una especie de desarreglo que podría manifestarse en el profesional, a causa de la escucha empática con la víctima y a la exposición secundaria al suceso traumático que ésta ha vivenciado. Lo anterior, llama la atención pues podría incluso derivar en una mala praxis, trayendo consigo efectos desfavorables para los y las pacientes (Guerra & Pereda, 2015), aunque de igual manera, esto podría también estar influenciado por vivencias previas de eventos traumáticos en la vida de los y las terapeutas (Guerra & Pereda, 2015), siendo indispensable ser consciente de que en cada individuo hay materias personales no resueltas (Szmulewicz, 2013). Lo anterior, sumado a que una exposición extensa a un escenario que cause estrés por empatía podría contribuir a sobreidentificarse con la víctima, pudiendo acarrear síntomas de estrés post traumático en el terapeuta (Figley 1995). Por su parte, Pearlman y Mac Ian (1995), plantean la importancia de crear programas de formación, que contribuyan a disminuir la tendencia por parte de los profesionales a creer que este tipo de sintomatología está asociada a una deficiencia propia. De este modo, Guerra y Pereda (2015), hacen hincapié en que pese a que es necesaria la intervención en estos casos, para evitar así efectos negativos tanto en los psicólogos como en sus pacientes, es imprescindible ahondar en el estudio de este fenómeno, para conocer los mejores métodos para su prevención y tratamiento.

A su vez, pese a lo mencionado con anterioridad, los resultados de un estudio realizado en la ciudad de Medellín sugieren que el grupo compuesto por profesionales psicólogos que no trabaja con niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales

serían más propensos a desarrollar el síndrome de “burnout” y traumatización vicaria, a pesar de que otros investigadores proponen que los terapeutas que se desenvuelven profesionalmente en esta temática, sufren alteraciones emocionales notoriamente más altas que las de otros psicólogos, esto acompañado de un mayor desgaste emocional (Lee, Wallace, Puig, Choi, Nam & Lee, 2010; Ocampo, Vargas & Manrique, 2017). Los resultados obtenidos en el estudio mencionado responden a ciertas limitaciones de éste, como el bajo número de la muestra, y además, se basan en la falta de *capacitación especial* de los profesionales que trabajan con víctimas de agresión sexual que participaron de la investigación, sugiriendo, por último, la necesidad de la presencia de características particulares de estructura psíquica y personalidad para desempeñar este rol (Ocampo, Vargas & Manrique, 2017).

Además del desgaste emocional que implicaría el desempeñarse como terapeuta, junto con trabajar en la intervención con niños y niñas que han sido víctimas de un trauma de tal magnitud, se suman otros aspectos no menores, que si bien, no guardan directa relación con la psicoterapia, podrían incluso llegar a ser determinantes de la efectividad de ésta. Con lo anterior, se puede hablar respecto a todo lo relativo a la planificación de sesiones y tratamientos, las que se esperaría que duraran entre cuarenta y cinco minutos y una hora, con una frecuencia al menos semanal. No obstante, la realidad de muchos centros y programas de atención se debe ajustar a sesiones de treinta minutos, las que en ocasiones llegan a ser cada quince días, alcanzando en el caso más extremo a una sesión por mes, sumado a tratamientos cuya duración en algunos casos no supera los seis meses (Martínez, 2012). Si se considera la importancia que se le da, como profesionales psicólogos, a dedicar el tiempo necesario a la planificación y ejecución de sesiones y tratamientos orientados a la resignificación con los niños y niñas ingresados, el encontrarse frente a una realidad como la descrita en las líneas anteriores, podría producir al menos la sensación de no estar logrando mayores avances, que pese a los esfuerzos implicados, es poco lo que realmente se puede hacer para ayudar a estos niños y niñas a recuperar su dignidad, o bien, podría significar que el profesional crea que la única manera de cumplir con sus objetivos sea ocupar el tiempo destinado al descanso para terminar los informes y planificaciones requeridas. Este tipo de condiciones sólo pueden ser efecto de falta de fondos en el programa o “de haber sido concebidas por personas con buenas intenciones, pero escasos conocimientos sobre traumatización infantil” (Martínez, 2012, p. 96). Esto empeora para los profesionales, al considerar la alta demanda asistencial, que lejos de disminuir va en aumento con los años, sumada a la exigencia de cumplir con tareas burocráticas y demostrar resultados a partir de cifras de atención; todo esto se traduce en presiones que recaen sobre los hombros de los y las terapeutas, los que al estar tan atareados



de trabajo ven limitada la posibilidad de espacios destinados a ordenar un poco la experiencia clínica almacenada y repensar acerca de la forma en que se está llevando el proceso reparatorio (Martínez, 2012).

A todo lo anterior, se debe sumar el contexto en que nos hemos estado desarrollando desde marzo del año 2020. Y es que la pandemia por COVID-19 trajo consigo una variedad de restricciones sanitarias, como el uso obligatorio de mascarillas, el distanciamiento social, confinamiento y restricciones de desplazamiento, entre otras; lo que suscitó que gran parte de los trabajadores trasladara sus oficinas a sus hogares, situación que no fue muy distinta a lo que ocurrió con los psicólogos y psicólogas, quienes debieron adaptar las sesiones a una atención remota, puesto que ante esta situación se vio perjudicada la continuidad los procesos psicoterapéuticos que se les habían confiado, y ésta modalidad de atención aparece como una solución ante la distancia impuesta por las restricciones sanitarias (Metáfora, 2020; Palma, 2020).

Pese a esto, la posibilidad de realizar atenciones a distancia no es una opción que esté disponible para todos los terapeutas, pudiendo existir tanto problemas de conectividad como falta de un espacio apropiado para trabajar sin interrupciones desde casa (Metáfora, 2020). Es por esto que, desde la Corporación Opción (2020b), se tomó la iniciativa de asegurar al menos la conectividad para los profesionales, otorgándoles recargas y nuevos chips de internet. En suma a lo anterior, lo cierto es que, si esta problemática aparece inclusive en los profesionales, ¿cuál será el caso de los y las pacientes y sus familias? La Corporación Opción (2020b, citada en Astorga, 2020), sugiere “enfaticar en que la sesión se desarrolle en un lugar que permita un ambiente de confidencialidad y sin interrupciones” (p. 55), no obstante, si bien, se entiende la importancia de dar un espacio de confidencialidad, que permita al paciente sentirse seguro para expresar su mundo interno sin miedo a cuestionamiento o posibles consecuencias, es imprescindible tener en cuenta la realidad de gran parte de los hogares chilenos, donde aunque podría existir conectividad mediante teléfonos celulares, se torna complejo que haya un espacio físico con las condiciones propicias para el o la paciente, apareciendo incluso en este aspecto la gran brecha desigual existente en este país (Metáfora, 2020; Astorga, 2020). Así, al contar con recursos más limitados, sumado al aislamiento y estrés familiar, se incrementa la necesidad de estar atentos ante una eventual vulneración o revictimización que afecte a niños o niñas en este contexto de confinamiento, al que nos hemos visto obligados a adaptarnos (Pinto-Cortez, Arredondo, Lira, Lobos, Saavedra & Guerra, 2021). Teniendo en consideración lo anterior, pese a que el trabajo psicoterapéutico en contexto de maltrato grave o agresión sexual infantil se ha trasladado, en su mayoría, a una

modalidad remota, es imposible eliminar instancias de intervención presencial, dadas las situaciones de los y las pacientes y los requerimientos judiciales, todo esto teniendo en cuenta las restricciones de desplazamiento establecidas por la autoridad sanitaria (Astorga, 2020).

Finalmente, cabe destacar que, desde los lineamientos para el trabajo en pandemia entregados por la Corporación Opción (2020), se destaca la necesidad imperiosa de dar continuidad a los procesos de cada niño y niña, cumpliendo con todas las fases (ingreso, diagnóstico, intervención, egreso y seguimiento) según corresponda. Lo anterior, contempla además las reuniones semanales para tratar los aspectos técnicos, supervisiones de casos, asesorías clínicas, coordinaciones con delegados, duplas o triadas, solicitando también la supervisión del área de coordinación técnica y jurídica institucional de requerirse, siendo todas éstas, instancias que han tenido que trasladarse a la modalidad online (Corporación Opción, 2020).

#### ***IV. Sobre el concepto de Percepción ligado a la experiencia de los y las profesionales***

“Toda experiencia es aprendizaje [...], y aprendemos, basicamente, porque percibimos”. (Rosales, 2015, “Percepción y experiencia”, párr 1)

Sumado a la información entregada en los apartados anteriores, es igualmente importante abordar uno de los conceptos empleados para referirnos a la parte del mundo interno que nos interesa conocer de cada profesional, y es que para conocer aspectos de la propia experiencia de estos sujetos, se torna necesario referirnos a la forma en que ellos han vivenciado estas experiencias, es decir, a la manera en que ellos perciben lo experienciado.

De este modo, otro de los conceptos que resultan cruciales para comprender del todo la presente memoria, tiene que ver con saber a qué nos referimos al hablar de la *Percepción que construyen los y las terapeutas de su quehacer profesional*. Así, dado que lo que se busca en este apartado es precisar el concepto de percepción, será necesario hablar en una primera instancia de la subjetividad, la que según Vergara & Flores (2019), correspondería al “proceso interno que configura los diferentes símbolos y estímulos que recibe un sujeto desde el medio” (Vergara & Flores, 2019, p.18). Mientras que, a su vez, la Real Academia de la Lengua Española (RAE, 2021), define el concepto de percepción como la sensación interior que resulta de una impresión material producida en los sentidos corporales, vinculándolo además a la noción de “conocimiento” e “idea”, de este modo, al hablar de una “sensación” se podría decir que la percepción corresponde a la parte más primitiva, para pasar luego al “proceso” subjetivo. Lo anterior, da pie a un acercamiento hacia la definición que se le otorga

a la percepción desde la psicología, entendida como un proceso mental, de reconocimiento, interpretación y significación de la impresión que se produce en los sentidos, para la formulación de saberes en base a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social (Vargas, 1994). Así, Guardiola (s/f), plantea que la percepción posee 3 características principales: en primer lugar, afirma que la percepción es *Subjetiva*, puesto que, por ejemplo, ante una misma situación, habrá distintas respuestas conductuales, dependiendo de la forma en que el estímulo sea percibido por el individuo (Guardiola, s/f; Álvarez, 1990). En segundo lugar, Guardiola (s/f), indica que la percepción tiene la cualidad de *Selectiva*, dado que como seres humanos, no podemos enfocarnos en todos los estímulos del entorno a la vez, por lo tanto, sólo vamos a poner nuestra atención en el estímulo elegido, o en palabras del autor, “el individuo va a seleccionar su campo perceptual en función de lo que desea percibir” (s/f, p.2), asimismo, desde la Teoría de la Gestalt también se afirma esta cualidad de la percepción, pues se indica que ésta siempre va a tener relación con la intención del sujeto en un determinado momento (Latner, 1973 citado en Álvarez, 1990). Y en tercer -y último- lugar, se le atribuye a la percepción la característica de *Temporal*, en la medida que representa un fenómeno a corto plazo (Guardiola, s/f).

Desde la filosofía, Dapelo (s/f), plantea que existen dos tipos de percepción; por un lado, tenemos a la *Percepción racional*, que implicaría que todo lo percibido existe, sólo por el hecho de ser pensado. Dapelo (s/f), describe a la percepción racional como “la fotografía del pensamiento tomada en esa mínima unidad temporal” (p. 6), de esta manera, todo lo que es pensado existiría por esa mínima unidad temporal, incluso si es algo que sólo habita en el pensamiento (Dapelo, s/f). Por otro lado, la *Percepción sensible* se limita a todo aquello que es percibido a través de los sentidos, concebida como parte esencial de la experiencia, dado que a través de ella un objeto se torna real y logra posicionarse a nuestro alrededor (Rosales, 2015), así, “la percepción sensible es como la lectura de un texto: tenemos un horizonte pre-predicativo que hace posible la percepción misma como la percepción de algo en cuanto algo: este horizonte es el sentido” (Galán, 2017, La apertura lingüística del mundo: Heidegger en la interpretación de Cristina Lafont, párr. 2).

Por su parte, Vargas (1994) establece tres elementos principales que forman parte del proceso perceptivo, partiendo por la *Elaboración de juicios*; la elaboración de juicios se ha trabajado como parte de los procesos mentales conscientes, y a partir de un modelo que estipula que un sujeto al ser expuesto al estímulo experimenta distintas sensaciones, las que son intelectualizadas, llevando a que se creen juicios al respecto (Vargas, 1994). No obstante, cabe destacar que el proceso de percibir se da en medio de una interacción constante entre

distintos agentes, y que, en esta interacción, el ser humano tiene un rol activo en la conformación de percepciones particulares, tanto como individuo y como sociedad, por lo que no se debe asumir que se trata de un proceso que se da exclusivamente entre estímulo y respuesta (Vargas, 1994). El segundo elemento del que habla la autora es el *Reconocimiento de las experiencias*; éste permite el reconocimiento de la percepción al traer al frente conocimientos adquiridos de distintas experiencias durante la vida, para contrastarlos con la información obtenida de las experiencias nuevas (Vargas, 1994; Vergara & Flores, 2019). De esta manera, al reconocer la particularidad de los objetos, se van conformando y reproduciendo modelos ideológicos y culturales (Vargas, 1994). Así, “lo percibido es identificado y seleccionado, sea novedoso o no, adecuándolo a los referentes que dan sentido a la vivencia, haciéndola comprensible de forma que permita la adaptación y el manejo del entorno” (Vargas, 1994, p. 49). Un tercer elemento mencionado por la autora son las *Estructuras significantes*. Santoro (1980), hace referencia a que, gracias a la percepción, es posible clasificar a la realidad en códigos; por su parte, Vargas (1994), reemplaza esta codificación de la realidad por el concepto de estructuras significantes, el que alude a los componentes en torno a los que son clasificadas las experiencias sensitivas y es organizado el entorno percibido (Vargas, 1994). Asimismo, la forma de organizar lo que se percibe va a estar moldeado por la cultura, grupo y clase social, elementos que intervienen en el modo en que se comprende la realidad (Vargas, 1994).

De esta manera, la percepción se constituiría como la parte primordial en la consciencia de los sujetos, al determinar la realidad y el modo en que ésta es experimentada (Carterette y Friedman, 1982), y es desde donde se conocerá la experiencia de las y los profesionales en su labor como terapeutas de niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales.

## ***V. Problematización***

Así, éste se considera un tema importante de abordar, dado que existe una amplia variedad de publicaciones referidas a las distintas maneras de hacer terapia, así como también a las diferentes técnicas que se han ido implementando y la efectividad de cada una de éstas, además de estudios que buscan evidenciar los beneficios que la terapia de superación tiene para la vida de los niños y niñas; temas que si bien son de vital importancia para la continuidad y mejoramiento constante de esta disciplina, no la abordan en su totalidad. Esto, puesto que en psicoterapia -independiente de la temática que se trate- siempre va a existir un

terapeuta, el que antes de ser terapeuta es una persona, un individuo que se preparó para estar en el lugar en que se encuentra, un ser sintiente, con metas, creencias, sensaciones y pensamientos propios, que, si bien no debieran interferir de forma negativa en la terapia, se mantienen en su interior en todo momento. Pero ¿qué ocurre en relación a todos esos aspectos? ¿qué pensamientos y preocupaciones acuden a su cabeza? ¿guardan relación con el paciente o son propios? ¿qué sensaciones quedan en él al terminar una sesión? y ¿qué ocurre con ellas? Szmulewicz (2013), sugiere que todos estos aspectos interfieren con la persona del terapeuta, ya que al relacionarse tan íntimamente con el paciente, las vivencias y experiencias de este último impactan sobre la vida del profesional. Se considera, por ende, que es necesario continuar indagando en esta dirección, sobre todo al trabajar una temática que, al relacionarse con niños y niñas, requiere de mayores cuidados y resguardos, además de ser un área que desde lo profesional no está exenta de problemáticas como la alta demanda de asistencia, la exigencia de cumplir con tareas burocráticas y la orden de mostrar resultados, los que son limitados a cumplir con cifras de atención (Martínez, 2012).

Sumado a lo anterior, es importante tener en cuenta la complejidad que de por sí implica el trabajo con víctimas, dado que además de trabajar con el trauma derivado de la victimización, el paciente está inmerso en un proceso investigativo, del cual derivan exámenes, recolecciones de muestras de ADN, toma de declaraciones y pericias, pudiendo afectar la adherencia a la terapia, y por ende, al proceso de resignificación y superación de la experiencia abusiva (Ministerio de Salud & Servicio Médico Legal, 2016; Capella, Núñez, Vásquez y Fuentes, 2020).

De este modo, se plantea una interrogante respecto a estos terapeutas, pero más aun, en torno a ¿Cuál es la percepción de los/as psicólogos/as de equipos que intervienen con víctimas de agresiones sexuales infantiles, en relación a los factores individuales y organizacionales del centro, que inciden sobre la persona del terapeuta?

Así, se espera que, con la presente investigación se beneficie tanto a los psicólogos en formación con miras a desempeñarse en esta área, como a los psicólogos que ya se encuentran trabajando en conjunto con niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales. Sirviendo de aporte para adquirir más información respecto a las posibles problemáticas con las que podrían encontrarse en el trabajo de intervención psicoterapéutica, tanto con los niños como con sus familias, puesto que la mayoría de las veces este trabajo trae consigo *desesperanza, frustración y tristeza* para los involucrados, sobre todo frente a las bajas penas que reciben algunos agresores, y a las medidas injustas o insuficientes, que pasan por alto las sugerencias del equipo psicojurídico que acompaña al caso (Quintana, 2005). Lo

anterior, sumado a los factores presentes en la vida cotidiana del profesional, van disminuyendo de manera progresiva su bienestar emocional, lo que podría gatillar en desgaste profesional al no prestar atención a las medidas de autocuidado (Quintana, 2005). Así, la presente investigación podría ayudar a aliviar en algo la presión, autoexigencia y hasta culpa -en algunos casos- de los terapeutas, al empatizar y nutrirse de la experiencia de otros profesionales que se desempeñan en un área similar. Contribuyendo, a su vez, a acercar a los futuros terapeutas a la realidad del trabajo de superación con víctimas de agresiones sexuales, desde la perspectiva de los propios terapeutas.

De esta manera, se formulan los siguientes objetivos:

## **VI. Objetivos**

Objetivo general: Describir y analizar la percepción de los/as psicólogos/as de equipos que intervienen con víctimas de agresiones sexuales infantiles, respecto de los factores individuales y organizacionales del centro, que inciden sobre la persona del terapeuta.

### Objetivos específicos:

- Conocer los aspectos implicados en la formación profesional y/o especializada de los y las terapeutas.
- Describir los costos y consecuencias personales que implica para la persona del terapeuta el trabajo con niños y niñas víctimas de agresión sexual.
- Identificar cualidades personales que se asocian al rol profesional del trabajo terapéutico con víctimas de agresiones sexuales.
- Explorar las distintas estructuras de organización al interior del centro o programa terapéutico y sus implicancias en el cuidado y autocuidado de equipo.
- Evaluar orientaciones técnicas del centro respecto de la presencia de supervisiones, análisis de casos complejos, asignación de tipos de víctimas, y carga laboral.

## **Marco Metodológico**

La presente investigación utiliza la *metodología cualitativa*, dado que permite conocer la información desde la propia experiencia de los y las participantes, adentrándose en sus perspectivas, emociones y significados (Hernández, Fernández y Baptista, 2010), además de poner el énfasis en el proceso de recolección de datos y el análisis de estos (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). “La investigación cualitativa es como entrar en un laberinto, sabemos dónde comenzamos, pero no dónde habremos de terminar” (Grinnell, Williams y

Unrau, 2009 citado en Hernández, Fernández y Baptista, 2010), permitiéndonos entrar en el mundo que nos interesa, con la tranquilidad de poder introducir las modificaciones que sean necesarias, de acuerdo a la información obtenida mediante el proceso de recolección.

### ***I. Muestra***

Los participantes de este estudio fueron seleccionados, en una primera instancia, a través de un muestreo *homogéneo por oportunidad y conveniencia*, dado que se busca un perfil similar entre las unidades a seleccionar, con el foco en el tema que se investiga (Hernández, Fernández y Baptista, 2010), y posteriormente se recurrió al muestreo *por bola de nieve*, dados los lazos existentes entre ex compañeros de trabajo. Cabe destacar que los participantes fueron elegidos principalmente por haber trabajado en el sistema público (no excluyente) y por orientar, de alguna forma, su carrera en torno al área victimológica. Así, se trabajó bajo los siguientes criterios muestrales: 1) Profesionales psicólogos, 2) Haber formado parte de un equipo de trabajo orientado a la superación de la Agresión Sexual en niños y niñas, 3) De ambos sexos.

Respecto al tamaño de la muestra, inicialmente se contaba con cinco personas, y se continuó con el proceso de recolección hasta que se saturaron las distintas categorías, asegurando así que la investigación cuente con densidad y precisión (San Martín, 2014), así, cuando se alcanza la saturación teórica es momento de dar por terminada la recolección de datos, puesto que se dejó de obtener nueva información (Strauss y Corbin, 2002). De este modo, finalmente la muestra contó con siete participantes, distribuidos en cinco mujeres y dos hombres, quienes tenían en promedio 13 años de experiencia trabajando en el área de las agresiones sexuales. Así, cinco de la totalidad de los participantes, centraron su entrevista en base a su trabajo en PRM, y dentro de estos cinco, dos tuvieron su mayor experiencia laboral en el PRM al interior del Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales (a partir de ahora CAVAS) perteneciente a la PDI. En cuanto a los dos participantes restantes, uno de ellos orientó su entrevista en torno a su experiencia en un Centro de Salud Familiar (a partir de ahora CESFAM), mientras que el otro se refiere a su labor en una clínica psiquiátrica, en la unidad de niños, niñas y adolescentes víctimas de agresiones sexuales.

Previo a la realización de las entrevistas, a cada uno de estos profesionales, se les hizo entrega del consentimiento informado adjuntado en el Anexo 1 (Ver anexo 1), asegurando la confidencialidad de la información entregada. Así, cabe destacar que los nombres de los y las participantes de la investigación han sido cambiados con el único fin de resguardar la

confidencialidad de los entrevistados y de los datos entregados. De esta forma se presenta a continuación la tabla 1, a modo de facilitar la comprensión de los resultados:

**Tabla 1**

*Clasificación de los participantes del estudio*

<b>Participante</b>	<b>Centro de intervención referido en el estudio</b>	<b>Experiencia en el área</b>
Paula	PRM	10 años
Valeria	CAVAS	18 años
Daniela	CESFAM	7 años
Francisca	CAVAS	23 años
Eliana	PRM	10 años
Víctor	Clínica psiquiátrica infantil	15 años
Jorge	PRM	5 años

Cabe destacar que, al momento de diseñar esta investigación, se esperaba comenzar con cinco participantes, para luego llegar al mayor número de participantes que el estudio permitiera, no obstante, si bien la información alcanzó su saturación con siete participantes, habría sido imposible continuar con la recolección de datos, debido a la dificultad que apareció para conseguir nuevos profesionales que cumplieran con los requisitos y tiempo para participar del estudio. Asimismo, cabe destacar que todos los participantes que responden a la entrevista basados en su experiencia en PRM, son profesionales que dejaron ese trabajo hace bastante tiempo, y que actualmente se encuentran trabajando en un lugar que les permite tener mayor control de sus horarios y tiempos.



## ***II. Recolección de datos***

Como es sabido, en una investigación de tipo cualitativa el instrumento es el mismo entrevistador, el que se vale de herramientas para lograr acceder a los datos (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). En esta oportunidad, la recolección de datos se llevó a cabo mediante entrevistas semiestructuradas, permitiendo ahondar en los temas relevantes para la investigación. Se seleccionó este tipo de recolección de datos dada la flexibilidad que permite, además de su carácter amistoso, el que, con ayuda de las preguntas neutrales y abiertas, propician la obtención de perspectivas y experiencias en detalle, y el lenguaje propio de los participantes (Cuevas, 2009 citado en Hernández, Fernández y Baptista, 2010; Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

En cuanto a la estructura de la entrevista, ésta estuvo compuesta por 18 preguntas, con una duración aproximada de 60 minutos. Estas preguntas fueron organizadas en 4 categorías principales: 1) Formación profesional, 2) Espacios de supervisión y análisis de casos, 3) Horas de atención y espacios de autocuidado y 4) Forma de organización del centro. Además de dejar, al final, una pregunta abierta para que los participantes reflexionen en torno a su labor como terapeutas de niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales (Ver anexo 2). Cabe mencionar que, se determinó indagar sobre estos aspectos en base a los objetivos de esta investigación, y buscando abarcar la información presentada en el apartado de La persona del terapeuta en el Marco Teórico.

Asimismo, la convocatoria y ejecución de las entrevistas se realizó entre marzo y mayo del año 2022, y respecto a las entrevistas como tal, dos de éstas fueron realizadas de forma presencial, mientras que las otras 5 se realizaron de forma remota, mediante la plataforma Zoom. Esto, además de ser a causa de las restricciones sanitarias, se debe también a la distancia entre los distintos sectores de la ciudad de Santiago en que se encontraban las y los participantes y a la escasa disponibilidad horaria de los mismos. Independientemente de la modalidad en que se realizaron las entrevistas, todas fueron grabadas mediante una grabadora de audio y luego transcritas, para el posterior análisis.

## ***III. Análisis de información***

Para efectos del análisis de información, se usó, en una primera instancia, del software de análisis de datos cualitativos Atlas.ti 22 (Ver anexo 3), y posteriormente se utilizó el *análisis de contenido cualitativo* en los distintos ejes temáticos, puesto que apunta

directamente a lo que dice el hablante. Este tipo de análisis es parte de la teoría empíricamente fundamentada, la que fue fundada por Glaser y Strauss en 1967, y surge ante la necesidad de adentrarse en el campo de investigación, para acceder a la información que ahí se ocultaba (San Martín, 2014). Así, teorizar ayuda a comprender la realidad descrita mediante la construcción de teorías (Strauss y Corbin, 2002), poniendo especial énfasis en el modo en que la realidad se construye socialmente (Goulding, 1998), además, dado que ésta se utiliza cuando se busca conocer la forma en que las personas interpretan su realidad, esta teoría resulta apropiada para la presente investigación (Sudabby, 2006).

De este modo, mediante la teoría fundamentada se buscó conocer cuáles son las principales problemáticas que los actores sociales -en este caso los psicólogos y psicólogas- enfrentan, y los diferentes mecanismos destinados a resolverlas (Glaser, 1992), además de ir co-construyendo significados en conjunto con los profesionales entrevistados, lo que resulta sustancial para teorizar en torno a la realidad que se está investigando (San Martín, 2014).

Por su lado, el *análisis de contenido cualitativo* tiene su origen en la lectura como forma de producir datos, y sugiere ahondar en el contenido oculto de los datos obtenidos y en el contexto social donde son producidos (Abela, 2002). Asimismo, éste es señalado como una forma de análisis del proceso comunicativo entre el texto y su contexto (Abela, 2002).

## **Resultados**

Mediante el programa de ordenamiento de datos cualitativos Atlas.ti, se realizó a los datos recolectados una codificación en tres niveles: codificación abierta, axial y selectiva (San Martín, 2014), obteniendo como resultado seis ejes temáticos principales en relación con los objetivos del estudio: 1) Aspectos implicados en la formación profesional de los terapeutas, 2) Complejidad del trabajo con víctimas y sus consecuencias para el terapeuta, 3) Cualidades personales del terapeuta asociadas a su rol profesional, 4) Condiciones de trabajo en el centro y autocuidado de equipo, 5) Espacios de supervisión y análisis de casos complejos, y 6) Asignación de casos y carga laboral. Además, cada uno de estos seis ejes temáticos está subdividido en categorías para que su abordaje sea lo más completo posible.

### **I. Aspectos implicados en la formación profesional de los terapeutas**

El primer eje temático tiene relación con la formación de los profesionales, abordando desde la forma en que surge el interés por esta temática, hasta la especialización más formal en el área y cómo ésta se fue desarrollando.

## **Surgimiento del interés en la temática**

Todos los entrevistados concuerdan en que el interés por el trabajo con víctimas o, más en específico, con víctimas de agresiones sexuales no fue algo que los acompañara desde el pregrado, sino que más bien, como lo dice Valeria (CAVAS), “el interés por la temática se fue construyendo bien progresivamente”. Pese a lo anterior, la mayoría de los profesionales sí coincide en un interés temprano por dedicarse al área clínica de la psicología, como se observa en el relato de Francisca (CAVAS): “Bueno, primero mi deseo siempre fue cuando estaba en pregrado dedicarme a la clínica, esa era mi intención siempre, dedicarme a la clínica”.

Además de lo anterior, varios de ellos coinciden en el gusto por el trabajo con niños y niñas, ya sea porque coincidentemente sus primeras experiencias prácticas se realizaron con niños o por un interés que les acompañaba desde el pregrado, pero no necesariamente vinculando este trabajo al área de vulneración de derechos, como es el caso de Valeria:

Yo ingenuamente pensé ‘me voy a dedicar a hacer clínica infantil, pero sin meterme en el tema del maltrato, porque es muy duro, es difícil’, y el primer paciente que tuve una vez egresada, era un paciente que venía por abuso incestuoso. (Valeria, CAVAS)

Algo parecido le ocurrió a Daniela (CESFAM), quien sus primeros años como psicóloga los dedicó a trabajar en el servicio de Atención Primaria de Salud, y al respecto señala: “Siempre he tenido casos de agresión sexual, desde que salí de la universidad, y bueno, las primeras experiencias fueron en APS”. De esta manera, las entrevistadas comprendieron que como terapeutas no es posible tener el control de todo a su alrededor, y que han estar preparadas en caso de que las cosas se tornen más complejas de lo esperado: “Era un caso gravísimo y yo claramente no estaba preparada, además de que tenía una ingenuidad de que uno en la clínica pudiera elegir así” (Valeria, CAVAS). En la misma línea, y gracias a la experiencia de Francisca, se puede observar la manera en que el interés en ayudar a los niños y el trabajo en vulneración de derechos se van uniendo, de forma casi imperceptible:

Luego entré a trabajar al COSAM, y ahí también mi trabajo principal fue con niños víctimas de VIF, con grupos de apoyo emocional con niños y niñas, y bueno, ese siempre ha sido, siempre fue mi interés, entonces el juntar eso con el trabajo en

violencia fue como muy natural, no fue algo buscado, pero ocurrió de manera muy natural y hasta hoy día lo veo como algo muy natural. (Francisca, CAVAS)

Así, Valeria concluye que su inclinación por esta área careció de intencionalidad, puesto que: “Empecé a trabajar con el tema de abuso sexual apenas salí de la universidad, pero no fue tanto que yo lo buscara, sino más bien que fue el trabajo que encontré, las circunstancias que se dieron” (Valeria, CAVAS). De esta manera, pese a las diferentes formas de acercamiento a la temática de agresiones sexuales, todos los profesionales participantes de este estudio concuerdan en que una vez que la experimentaron, surge en ellos el interés por seguir trabajando y contribuyendo desde allí. “Me gustó el área, entonces quería dedicarme a atender específicamente temas de trauma, que era lo que me gustaba” dice Daniela (CESFAM), mientras que Francisca agrega que “trabajar con infancia vulnerada desde la clínica era lo que en ese inicio me motivó y como mi especialización había sido -sin tener una especialización formal- [...] en ese ámbito, ese fue mi camino”, a la vez que Eliana (PRM) comenta: “Nunca he dejado de trabajar con víctimas, como que siempre he estado en ese proceso”. “Finalmente yo voy apasionándome por la clínica en el trabajo experiencial de la clínica”, añade Jorge, al pensar en su primera experiencia en un hogar de menores, donde “no hay un ‘setting’ (encuadre) definido, el setting es estar en la casa y que en cualquier momento puede ser un momento de intervención” (Jorge, PRM), concordando en que “eso fue lo que a mí me apasionó de la clínica y por lo cual finalmente me terminé dedicando, fue el ejercicio de descubrirlo” (Jorge, PRM).

Finalmente, todo lo abordado en los párrafos anteriores se resume en las palabras de Francisca (CAVAS): “Creo que fue como un accidente no accidental el haber seguido ese camino casi siempre”.

### **Sobre la especialización en el área**

Junto con los primeros acercamientos a la vida laboral, algunos de los profesionales se fueron adentrando en distintos estudios de postgrado, como fue en el caso de Daniela: “Cuando empiezo a trabajar comienzo a realizar el magíster, en mi último año de magíster hago un diplomado también y posteriormente lo último que hice fue el año pasado” (Daniela, CESFAM). De forma similar ocurrió en el caso de Eliana (PRM), quien decidió orientar su especialización hacia campos de su interés, más allá de la infancia: “El magíster surgió como una posibilidad para abordar temas clínicos, pero también perfilándome más para mis intereses personales que son la adolescencia y los adultos, entonces eso también facilitó mi

intervención en esos nichos, no solamente infancia”. Por su parte, el caso de Paula no dista mucho de los dos anteriores: “Fui llegando a distintos trabajos y en la medida en que eso me lo iba exigiendo me fui especializando, tengo otros posts títulos en técnicas para trabajar con niños, técnicas narrativas, etc.”. Esta última, hace alusión a la sensación de que era el trabajo el que exigía la especialización, y respecto a sus estudios posteriores afirma que: “Hice un post título en psicoterapia para niños, niñas, adolescentes y sus familias, como que veía desde una perspectiva más sistémica la atención” (Paula, PRM), dejando a entrever que la especialización siempre fue posterior a la obtención del empleo. Siguiendo con lo anterior, Francisca, tras trabajar varios años con niños y niñas víctimas de delitos y violencia, asegura que mediante sus estudios de post grado logró estructurar su experiencia laboral, hasta ese momento carente de especialización de tipo formal: “Ya llevaba varios años trabajando cuando hice el magister, y el magister lo que yo sentí fue que ordenó y sistematizó mi experiencia laboral” (Francisca, CAVAS).

En la misma línea, Jorge hace referencia a que cuando llegó a trabajar a un programa especializado en la reparación de maltrato grave (PRM), sentía que carecía de herramientas, las que le fueron entregadas dentro del mismo programa: “Hacíamos cursos de ocho horas, 16 horas, y en general lo que se trabajaba tenía que ver con la adquisición de herramientas que en la universidad no las pasan”. Añadiendo también que este proceso de formación y aprendizaje acrecentó su interés en la temática de intervención con víctimas de agresiones sexuales:

Llegué como muy ávido de poder conocer aprender, también hicimos cursos de especialización, yo trabajaba en la Fundación Ciudad del Niño, que es una fundación que fomenta mucho la formación continua, por lo que desde ahí me empezó a interesar mucho. (Jorge, PRM)

Algo similar le ocurrió a Valeria al enfrentarse a un empleo también especializado en la terapia de resignificación con víctimas de agresión sexual, quien sintió la casi instantánea necesidad de formarse en torno a la temática:

Cuando yo entré al Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales (CAVAS), una de las primeras experiencias que tenía del Hogar de Cristo eran insuficientes, porque se abordaban múltiples conflictivas, entonces no era una formación suficientemente sólida en relación a agresiones sexuales, en esa época no existían

todavía diplomados ni cursos de postítulos en este tema, entonces yo tomé lo que pudo ser más cercano, un diplomado en esa época de jurídica, dentro de eso estaba este punto, pero no había formación. (Valeria, CAVAS)

Ante lo anterior, Valeria profundiza en la relevancia de tener estudios formales en el área, para poder cumplir con el rol de terapeuta de la mejor manera posible:

Se requiere una especialización, no basta con ser psicólogo clínico. Puedes ser un muy buen psicólogo clínico, pero la victimización tiene sutilezas que por muy intuitivo que tú seas, no alcanzas a percibir si no tienes formación en eso y puedes hacerle daño a un niño, a un adulto también, por supuesto. (Valeria, CAVAS)

Mientras que, a su vez, Francisca añade respecto a su proceso de especialización, que ésta:

Se fue dando en el trabajo, no fue previa, fue en el trabajo y en la convicción permanente de que es un trabajo súper complejo y difícil y que impone un mandato ético muy fuerte de formación permanente, porque son temas muy delicados, o sea, la posibilidad de cometer errores ahí es altísima (Francisca, CAVAS).

De esta manera, Valeria y Francisca coinciden en la importancia que le dan al trabajo que realizan, y al rol que en él cumplen, apuntando no sólo a la complejidad del trabajo en sí mismo, sino que también a los requerimientos éticos que éste conlleva, además de la responsabilidad que implica el trabajar en conjunto con una persona que ha sido víctima de agresiones sexuales y no estar a la altura de lo que esa persona requiere y necesita de parte de su terapeuta. Sumada a la necesidad de estudios formales relacionados al área, existen otros aspectos que complementarán esta formación, esto lo ilustra muy bien Francisca en el siguiente fragmento de su entrevista: “Yo creo que para trabajar en eso hay que tener una formación especial, porque si no uno mete las patas [...] uno corre el riesgo de equivocarse mucho si es que no está revisando los propios procesos o supervisándose” (Francisca, CAVAS).

Así, pese a la formación constante y estudios formales en el área, la mayor parte de los participantes de esta investigación afirma ser perseguidos constantemente por la *necesidad de más*, más tiempo, más instancias de formación, más espacios de supervisión, tal como Francisca (CAVAS) lo sintetiza a la perfección: “Siempre mi sensación de no tener

todo, ni todos los conocimientos ni toda la experiencia y de necesitar a veces con avidez recibir apoyo, recibir capacitación, formación, entrenamiento, supervisión”.

## **II. Complejidad del trabajo con víctimas y sus consecuencias para el terapeuta**

El segundo de los ejes temáticos aborda lo relativo a la complejidad que implica el trabajar con víctimas, además de las consecuencias de este trabajo para la vida de los y las profesionales. Para esto se mencionan los obstáculos con los que se encuentra el proceso terapéutico (y el terapeuta), así como también los costos que este trabajo tiene para la vida de los y las profesionales.

### **Elementos que obstaculizan el trabajo con víctimas**

#### Falta de adherencia al proceso

Las pacientes que han sido víctimas de agresiones sexuales, en general, no acuden de forma voluntaria a terapia sino que son derivados allí por orden de un juez, además de que para algunos de los padres no es necesaria la psicoterapia o no les hace sentido, viéndose afectada la adherencia y el compromiso con el proceso: “En general trabajas con familias que llegan por tribunales, nadie toca la puerta pidiendo ayuda, tiene que haber una denuncia de por medio o tiene que haber una derivación” (Jorge, PRM). Así, al estar el proceso liderado por tribunales, entran en juego mecanismos de defensa de los padres y cuidadores, al sentir sobre ellos coerción de parte de la justicia: “Son casos derivados por tribunales, entonces no hay una mayor motivación o compromiso con lo terapéutico y a veces hay boicot de los procesos” (Francisca, CAVAS). Además, la terapeuta toma cierto rol de control social ante estas situaciones, puesto que actúan como intermediarios entre el área legal y las familias: “Hay que estar constantemente avisándole al tribunal que esta persona no va, y si va, tampoco quiere participar y comprometerse con el proceso porque no les hace sentido, se sienten juzgados, se sienten cuestionados” (Paula, PRM). De esta manera, el carácter obligatorio de la terapia viene a dificultar aún más el proceso, deviniendo incluso en roces con los padres y cuidadores:

Cuando está el tribunal de familia entre medio muchas veces condiciona a los papás, que el niño tiene que hacer terapia o que ellos tienen que participar de talleres de

habilidades parentales para poder tener el cuidado de los hijos, entonces se da como otro tipo de conflictos. (Paula, PRM)

Lo anterior, dado que en muchos casos se malentiende la posición del psicólogo dentro del proceso, creyendo que su único fin es dejar en evidencia lo mal que ejercen su rol protector: “Uno también está en esa posición como un poco de control social, y eso mismo hace que se generen situaciones difíciles en sesiones, que te devalúen que te amenacen, todo eso pasa” (Eliana, PRM).

De esta manera, es como se va constituyendo uno de los principales motivos por los que no se logra cumplir con los objetivos terapéuticos en la intervención con niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales: “Yo diría que en ese porcentaje de casos no exitosos es principalmente por falta de adherencia y que a las personas no les hace sentido” (Paula, PRM).

Cabe destacar que, pese a lo mencionado en los párrafos anteriores, existe un grupo importante de familias que sí logran comprometerse con el proceso terapéutico y le otorgan la importancia que éste merece: “Con muchos se logra significar la terapia como un espacio valioso, hay familias que lo agradecen mucho” (Jorge, PRM).

### Proceder del Sistema de Justicia

Otro de los elementos que actúan como obstaculizadores del proceso de resignificación corresponde al proceder del Sistema de Justicia. Esto puesto que en muchos casos las condenas no son suficientes para garantizar el bienestar de la víctima, provocando frustración en los terapeutas que los han acompañado durante todo el proceso:

Con el maltrato y el abuso no sólo te ves afectado en términos de los sentimientos de empatía, de compasión por la victimización, hay muchas rabias también en relación a las fallas del Sistema de Justicia, de cómo (no) se protege a los niños, yo diría que esa parte es mucho más difícil de poder tolerar, es un trabajo muy solitario, además, sientes que estás remando contra la corriente y también con mucho riesgo de quemarte. (Valeria, CAVAS)

Sumado a lo anterior, en el área de las agresiones sexuales, en ocasiones, se carece de pruebas fehacientes del delito, por lo que se llega a cuestionar los relatos de los niños y niñas: “A diferencia de cualquier otro delito, por la fenomenología del delito, el área legal siempre



se ve media coja, es un poco ‘tu palabra contra la mía’, generalmente no hay testigos, cámaras, grabaciones” (Paula, PRM). Ante esto, se hace esencial actuar con cautela y prever este tipo de situaciones:

Sabemos que estamos en un proceso de cambio cultural, pero todavía se cree mucho en eso de que “los niños mienten”, “se pueden haber confundido”, entonces se cuestiona todo, nuestro trabajo como equipo es pensar en cómo nos pueden cuestionar desde afuera. (Paula, PRM)

Un último punto referido al Sistema de Justicia tiene relación con la dificultad que implica el hacer dialogar las distintas miradas de un mismo caso:

Creo que una de las grandes dificultades que hay en estos dispositivos, y que no tiene que ver con los dispositivos, sino más bien con los procesos judiciales, porque como el proceso judicial tiene por objetivo la persecución del delito y no la reparación de la víctima o que la víctima se pueda sobreponer a su experiencia, muchas veces nos encontramos con situaciones en que una mirada y otra son incompatibles. (Paula, PRM)

Y es que los intereses de la justicia, en este caso, no coinciden con el interés superior del niño o niña, perjudicando incluso su proceso de resignificación: “Necesitamos que el niño declare para esto’, y desde lo psicológico ‘este niño ha declarado millones de veces, para qué lo vamos a entrevistar de nuevo’” (Paula, PRM).

### Requerimiento de alta planeación y energía

Un tercer elemento que también dificulta el trabajo con víctimas, tiene estrecha relación con estar dirigido a niños y niñas, puesto que cada sesión va a requerir de alta planeación y preparación de material de acuerdo a la fase del proceso y a los objetivos de ésta, además de la energía que implica poner todo esto en práctica durante cada sesión: “En el PRM atendía niños todo el día y todo tenía que ser muy dinámico, todo tenía que ser con mucho material, tenía que ser muy de hacer, más que hablar tenía que hacer, y eso implica muchas horas” (Paula, PRM).

También, hay que considerar que, al tratarse de delitos tan graves, puede resultar un tanto difícil para las víctimas el ahondar en detalles de la agresión, sin mencionar que se corre el riesgo de generar una victimización secundaria:

Cuando me preparo para recibir a los casos uno se informa y trata de tener la mayor cantidad de información posible, para no tener que preguntar directamente respecto de los delitos o ese tipo de cosas, para saber bien por dónde tengo que guiar la intervención. (Paula, PRM)

De esta manera, la gravedad del daño producto de la agresión implica aún más cautela y compromiso por parte de los profesionales: “El daño en las víctimas también era en muchos casos severo y desde muy temprana edad, entonces la posibilidad de elaborar las vivencias era más compleja” (Francisca, CAVAS), estando predispuestos a encontrarse con pacientes en muy grave estado: “Siempre me quedo con la sensación de que me voy a encontrar con una persona en el peor estado y la verdad es que muy poquitas veces es así” (Paula, PRM).

Así, resultaría insuficiente para los menores que no existieran terapeutas realmente comprometidos con el proceso: “Si no he pensado en su caso, no tengo nada preparado para la sesión, y voy y hago juego libre sin tener un objetivo, me parece que es complejo, me parece que no es eficiente” (Eliana, PRM). Lo anterior puesto que se coincide en que este tipo de pacientes, en general, requieren una mayor presencia del terapeuta, más espacio terapéutico y compromiso, “siempre es poco lo que uno les da” (Víctor, Clínica psiquiátrica):

En lo personal siento que los pacientes de agresión sexual requieren mucha presencia del terapeuta, realmente estar ahí, un compromiso que obviamente todos los pacientes requieren, pero principalmente en niños exigen mucho más de ti, entonces desde la mirada del terapeuta eso es lo que me pasa a mí. (Paula, PRM)

Sin dejar de lado que sólo por el hecho de ser niños y niñas, van a requerir de mayores atenciones y cuidados que un adulto con un nivel de daño similar:

Los niños también son más inquietos, uno trabaja cosas transversales como el tema de los límites, entonces tienes que estar constantemente, además de centrarte en el objetivo terapéutico en sí, en estos objetivos transversales y obvio que tienes un niño una hora a tu cuidado y no se puede tirar por la ventana, no sé. (Paula, PRM)

### Importancia de las redes de apoyo

Otro aspecto que es relevante para garantizar la efectividad del proceso terapéutico es que los pacientes cuenten con redes de apoyo que estén comprometidas con la terapia: “Muchos aprovechan estos espacios porque no podrían pagar una terapia especializada como

esa” (Paula, PRM), esto se da generalmente cuando la agresión ocurre fuera del contexto familiar, permitiendo contar con su apoyo para un proceso efectivo. No obstante, cuando el agresor forma parte de la familia, automáticamente el panorama se complejiza: “Hay muchos otros, en todos los casos de maltratos, donde los límites son difusos y las personas tienen ciertas conductas y ciertas dinámicas normalizadas, para ellos no es un problema, y ellos simplemente no van” (Paula, PRM).

### La vivencia de agresión sexual es distinta para cada víctima

“Desde la diferencia de los pacientes, todos los pacientes son distintos, no solamente los pacientes de agresión sexual, todos los pacientes son distintos, todos son un mundo” (Daniela, CESFAM). Si bien, es sabido que ningún paciente es igual a otro, para este caso, esta distinción se hace más fuerte, dada la particularidad de las víctimas de agresiones sexuales, “la dinámica que se genera en pacientes que han sufrido una agresión sexual es muy diferente a cualquier otro caso” (Jorge, PRM). De este modo, “cuando atiendes a alguien que ha sido víctima de una agresión sexual, tú ya vienes con cierto marco, uno sabe que hay cosas que puede hacer y que no puede hacer” (Paula, PRM). Lo anterior, no implica que por tener en común el haber sido víctimas de agresión sexual, la experiencia de atención va a ser la misma en cada caso que se trabaje:

No es así como que ya, ‘hoy día voy a atender a una víctima de agresión sexual y lo voy a hacer desde acá’, no. Pienso que uno tiene que ser lo más flexible e ir echando mano a todo lo que vaya apareciendo y te vaya sirviendo. (Paula, PRM)

Pese a tener la agresión en común, la vivencia de ésta no es la misma en todos los pacientes, puesto que cada caso posee diferencias particulares que lo hacen único:

Uno podría decir ya, los pacientes de agresión sexual tienen esta sintomatología, tienen una caracterización, cosas similares, pero más allá de eso, las vivencias de una agresión sexual son muy diferentes en cada paciente, uno no puede considerar que se va a encontrar con lo mismo, o si no te sesga. (Paula, PRM)

Es más, existen casos en que, para las víctimas, la agresión sexual no es lo peor que les ha ocurrido en la vida:

Niños que tienen un historial o un presente de múltiples vulneraciones y experiencias traumáticas, porque a veces recibo niños que, para ellos, la victimización sexual no es

la peor cosa que les ha pasado, les han pasado otras cosas que para ellos son peores que este motivo de consulta. (Valeria, CAVAS)

De esta forma, la teoría sólo sienta los lineamientos y las bases desde donde se debe realizar la intervención, pero la forma en que ésta se desarrollará va a depender de quién esté situado en el lugar de paciente, dado que “cada experiencia en sí misma es única” (Daniela, CESFAM).

### **Costos del trabajo con víctimas**

Con el propósito de entregar mayor claridad respecto a los costos del trabajo con víctimas, que mencionan las y los entrevistados, se crea la distinción entre los costos que son profesionales y los costos personales:

#### Profesionales

Respecto a los costos que el trabajar con víctimas implica para la vida profesional de las y los terapeutas, ya se habló en los párrafos anteriores del requerimiento de formación constante, lo que implica un gasto económico bastante alto. Un segundo costo para la vida profesional tiene relación con la necesidad de supervisión constante a causa del impacto de los relatos y del riesgo que se corre al identificarse con alguno de los casos: “[...]Mantengamos supervisión de este caso para que podamos visualizar si en algún minuto yo estoy dejando de trabajar sobre el chico y estoy quizás trabajando desde lo que a mí me hubiese gustado que me pasara a mí” (Jorge, PRM). Estos espacios de supervisión debieran ser propiciados por el mismo centro donde se trabaja, no obstante, en muchos casos éstos resultan insuficientes e incluso se hace necesario buscar supervisiones de forma particular: “Uno tiene que hacer un montón de cursos, yo me supervisaba por años con una supervisora externa y el CAVAS no me pagaba por esas supervisiones, y lo hice por años, hasta que la supervisora jubiló” (Valeria, CAVAS).

Sumado a lo anterior, los profesionales indican que este trabajo no tiene una retribución económica coherente con el esfuerzo y costos que implica, dificultando también el desarrollo profesional:

El sueldo para trabajar con población vulnerada es siempre bajo, dónde sea, en lo público, en lo privado, en este caso eran instituciones públicas, o públicas y privadas

sin fines de lucro, entonces no hay tampoco un desarrollo profesional como en otras carreras donde quieres juntar plata para comprarte algo, acá no. (Valeria, CAVAS)

Otro de los principales efectos derivados del alto costo profesional de trabajar en esta área, tiene que ver con la alta rotación de personal que hay en los centros y programas de atención a víctimas, puesto que “como todo equipo que trabaja con pacientes muy graves, se va desgastando” (Víctor, Clínica psiquiátrica). Lo que además deriva en entorpecimiento de los procesos y desestabilización de los niños y niñas:

Eso también influye mucho en los procesos terapéuticos, imagínate si hay un niño que ha sido maltratado o que ha sido agredido sexualmente, parte de la base que son niños que tienen desconfianza, que les cuesta vincularse, porque las personas más cercanas a ellos son las que los han dañado profundamente, entonces imagínate lo que es para un niño en ese proceso vincularse con un terapeuta y luego con otro y otro, es una locura. (Paula, PRM)

### Personales

Respecto a la influencia de este trabajo directamente en la vida personal de los y las profesionales, estos dan cuenta de que, al desempeñarse en esta área, se comienza a vivir viendo lo cotidiano desde la óptica de las agresiones sexuales:

Uno siempre mirando todo desde lo más oscuro, desde lo oculto, después ya uno supera esa parte, pero la revive un poco cuando tiene hijos y ahí también fue otro momento de buscar separar [...] porque inevitablemente no sé, llegó más tarde el furgón y ‘se pasó el rollo altiro’ (atormentarse con pensamientos) o la invitaron a dormir a la casa de una amiguita el fin de semana y uno quiere saber quién va a estar ahí, quien estaba y después preguntas cómo estuvo, quién estaba, cómo lo pasaron, no pasó nada raro. (Francisca, CAVAS)

Asimismo, uno de los más grandes costos que esta labor tiene para la vida de los terapeutas es el agotamiento y desgaste que provoca. “En general el trabajo con víctimas es un poco eso [...] es un trabajo cansador, agotador, de harta responsabilidad y uno no puede evitar llevarse la pega a la casa cuando te llevas la ficha o el informe” (Francisca, CAVAS), aunque en ocasiones se tiende a pensar al terapeuta sólo como un instrumento, sin derecho a

sentir, “algo que está tan mal visto a veces que lo hablen los terapeutas que sí tienen emociones, que sí se sienten” (Daniela, CESFAM).

Pese a todo lo mencionado, los terapeutas logran dar cumplimiento a los objetivos de la intervención, evidenciando los procesos de mejoría y de resignificación de la agresión sexual, aunque esto implique un deterioro del bienestar de los profesionales:

Uno veía los cambios, como la sintomatología con la que llegaba ya no estaba, pero a un costo profesional altísimo, o sea a mí siempre me ha gustado, me apasiona, me conmueve, pero llegó un momento en que sentí que ya no podía más, estaba total y absolutamente agotada. (Paula, PRM)

Este nivel de desgaste es tal, que lleva a correr el riesgo de continuar con las tareas terapéuticas sólo por cumplir, sin involucrarse por completo en los casos, como ocurrió a Eliana, quien años más tarde se dio cuenta de que en un momento de alta carga laboral había emitido informes de baja calidad profesional:

Yo dejé allá este informe, a lo mejor yo estaba mal, por el tema de los tiempos, pero este informe igual lo vio un coordinador, y este informe lo timbra el director, es decir pasó como por 4 cabezas y ninguna fue capaz de decir, “este informe es muy básico”, 6 meses de intervención y emití una plana y media, como que no sé, te das cuenta de lo precario que se vuelve tu proceso de intervención, pero que ves después, porque en ese momento yo creo que uno ni siquiera lo piensa, es muy poco reflexivo. (Eliana, PRM)

Así, llega un punto en que los y las profesionales se ven tan desgastados que lo más saludable es dar por finalizada la labor en esta área, anteponiendo su propio bienestar: “No quisiera estar allá en todo caso, no quisiera decir “ah, quiero volver”, no, ya tuve mi cuota, ya hice mi pega, suficiente y ahora le toca a otros y yo apoyaré desde otro lugar” (Valeria, CAVAS)

Otro de los grandes riesgos que se corre al desempeñarse en esta área es el ir perdiendo, poco a poco, la sensibilización por ciertas temáticas:

[...] Como que igual a veces siento que ahí uno comete el error de decir “ya, pero no es tan grave”, “de verdad que hay cosas peores”- que uno trata igual de minimizar la

afectación o el padecimiento del otro, y ahí como que hay que pegarse una revisada, una supervisión. (Eliana, PRM)

De esta manera, se va restando importancia a las problemáticas no asociadas a la agresión sexual, “con los años uno va generando callos, como cuando uno toca guitarra, una dureza, entonces uno se va disociando o va estableciendo algún nivel de distancia por los relatos” (Víctor, Clínica psiquiátrica).

Asimismo, dadas las condiciones de trabajo (punto que será abordado en el siguiente eje temático), los procesos no duran lo que deberían de acuerdo a lo programado, extendiéndose lo máximo que sea posible para evitar que el paciente se vaya sin haber dado por finalizado su proceso terapéutico. Esto, generalmente hace que la vinculación con los niños y niñas sea más profunda, “son procesos más largos, te implicas mucho más con los niños también, y en casos en donde no son víctimas, ahí te das cuenta de que las cosas se resuelven muy muy fácil,” (Eliana, PRM), y acrecienta la sensación de querer hacer más por ellos.

### **III. Aspectos personales del terapeuta asociados a su rol profesional**

En éste, el tercer eje temático, la información ha sido organizada en tres categorías, empezando por la Motivación por el trabajar con víctimas, para luego seguir con el Trabajo con víctimas y elaboración de aspectos de la propia historia de los terapeutas, y finalmente terminar con la Retribución que el trabajar con víctimas entrega para la vida de sus terapeutas.

#### **Motivación personal por el trabajo con víctimas**

Así como el interés en la temática no fue instantáneo, sino que se fue construyendo en la práctica misma, respecto a la motivación por esta área, la historia es bastante similar:

Fue una motivación que se fue construyendo [...], con el tiempo ya me fue interesando tanto que finalmente me metí yo al ambiente académico, para poder yo hacer clases, para poder formar, para poder entregar lo que yo no tuve en mi época y poder compartir con otros lo que iba aprendiendo yo. (Valeria, CAVAS)

Este interés en algunos casos es motivado por la propia historia de vida, como en el caso de Eliana, quien afirma que su interés en la temática está motivado por el aprecio que

ella siente por los recuerdos de su propia historia de infancia, sumado al “sentimiento de justicia que también tengo de tratar de facilitar o generar las posibilidades de que otras personas también tengan una etapa de su vida que sea memorable, y no necesariamente por eventos traumáticos” (Eliana, PRM).

Otro aspecto que también se menciona como motivador, tiene relación con la valoración del espacio como una instancia de formación y aprendizaje, tal como fue en el caso de Valeria, quien incentivada por la calidad del equipo de profesionales del CAVAS dirige ahí su rumbo:

Entré al CAVAS con la idea de formarme al estar trabajando ahí y con un equipo altamente especializado poder formarme en una temática que me interesaba y además quería hacerlo bien y para hacerlo bien no era suficiente con lo que yo pudiera estudiar por mi cuenta, sino que tenía que también tener la impronta que te entrega el estar en ese trabajo diariamente y con compañeros que saben mucho. (Valeria, CAVAS)

Así, independientemente de la forma en que la motivación haya llegado a la vida de cada terapeuta, concuerdan en que éste llegó para quedarse: “Este interés se fue construyendo con el tiempo y fui encantándome con la posibilidad de ser partícipe del proceso de recuperación, por eso siempre mi línea fue vinculada a la superación y no a la evaluación” (Valeria, CAVAS).

### **Trabajo con víctimas y elaboración de aspectos de la propia historia de los terapeutas**

Otro de los aspectos más frecuentes recopilado de los relatos, y que ya se mencionó en el apartado anterior, tiene que ver con que los participantes hacían referencia a su propia historia de vida al ahondar en las razones para continuar trabajando en el área: “Bueno el director que teníamos ahí [...], decía que nadie iba a trabajar en un PRM por casualidad de alguna manera, siempre hay ciertas cosas de la historia propia de uno que se ponen en juego” (Jorge, PRM). A lo anterior, se suma este fragmento del relato de Francisca: “Yo creo que es un trabajo que está uno permanentemente poniendo su propia historia, sus propios recursos y cuando uno piensa que ya vio todo, se da cuenta de que no, puede ser peor” (Francisca, CAVAS). Además de que, “probablemente uno también está permanentemente reparando cuestiones propias y personales, en mi caso no de abuso, pero de la vulnerabilidad en el fondo, de la vulneración” (Francisca, CAVAS).



En suma a lo anterior, también fueron mencionados aspectos relacionados con la historia familiar de los profesionales, contando entre sus miembros tanto con víctimas como con perpetradores de agresiones de tipo sexual:

Hay mucha biografía de abuso también, dentro de las familias, el tío abuelo de mi padre, todos decían que no se le acercaran al tío tito porque le gustan mucho los niños, ya entonces, mi padre creció con una versión y a él le costaba mucho el contacto con la gente por eso mismo, hemos sido también herederos de una cultura abusiva [...]. Entonces cuando vienen pacientes a la consulta y abordan estos temas se produce un movimiento interno, emocional. (Víctor, Clínica psiquiátrica)

De esta forma, las palabras de Francisca sintetizan el apartado: “Probablemente hay cosas de uno que uno está buscando elaborar y reparar en este trabajo, por algo uno lo sigue haciendo también” (Francisca, CAVAS).

### **Retribución que entrega el trabajar con víctimas**

Al hablar de lo que el trabajo con víctimas entrega a la vida de los terapeutas, aparece, en una primera instancia, la valoración del formar parte de los procesos de cambio de los niños y niñas, acompañarlos y ser testigos de la comparación en torno al estado en que llegaron y cómo se van al ser dados de alta: “Yo creo que por eso me gusta tanto intervenir clínicamente, porque puedes ser testigo de eso, puedes acompañar a las personas, y es algo que llena, que uno se da por pagada” (Eliana, PRM). Esta sensación se da inclusive al no disponer de las mejores condiciones de trabajo:

“Podrías estar en ambientes muy inhóspitos como el SENAME que ahora es mejor niñez, por condiciones laborales qué se yo, pero los procesos de cambio de las personas eran lo que te sostenían, así que creo que para mí eso fue como una buena brújula, un buen norte”. (Eliana, PRM)

Más adelante, se mencionan cualidades relativas a los niños como tal, y a su capacidad de sobreponerse a los problemas, sin importar lo duro que los hayan golpeado: “Quedo con la sensación de que me voy a encontrar con una persona en el peor estado y la verdad es que muy poquitas veces es así, los niños en ese sentido son sorprendentes, resilientes, muy creativos” (Paula, PRM). Y es que, “a pesar de ser una temática súper dolorosa, los niños son tan versátiles que mis días nunca son iguales, todos los días aprendo algo distinto, todos los días me quedo con esa sensación de “wow”, como de maravillarse”

(Paula, PRM). Así, el encanto por el trabajo con niños y niñas es tal, que Valeria se refiere a ello como un tesoro:

El tesoro que está en mi corazón, por miles y miles de horas de compartir con niños y sus familias, en esta capacidad mágica extraordinaria de sacar fuerzas de flaqueza y sobreponerse a la adversidad y hacerte sentir a ti como tan pequeñito en el sentido de decir “no he tenido que enfrentar nada”, o sea mi vida no tiene ninguna trascendencia comparado con todo lo que han tenido que enfrentar estas personas, el sobreponerse, realmente a veces con muy poco a su favor y cómo pueden salir adelante. (Valeria, CAVAS)

Asimismo, se valora también la utilización de distintos medios para trabajar con los pequeños, además de la atención constante a la manera en que se va desarrollando el proceso:

Me encanta el trabajo con niños porque encuentro que son sorprendentes, el trabajo es súper distinto, uno se tiene que valer de distintos medios para interactuar, y uno se va dando cuenta en los procesos, como en los hechos más que en los relatos como va funcionando o no funcionando el proceso, creo que eso me gusta mucho. (Paula, PRM)

Un tercer punto que se menciona bastante en las entrevistas tiene relación con la manera en que el ser participe de estos procesos que viven los niños y niñas, va inevitablemente removiendo cuestiones propias del terapeuta: “Acá todos trabajamos partiendo de la base de que somos personas, que tenemos una historia y que esa historia también incide en la manera en que tenemos de hacer terapia o en el plantarnos frente a un otro” (Paula, PRM).

Creo que inevitablemente uno está meditando eso, en el trabajo con víctimas, de manera permanente, empatizando, identificándose con el otro, yo creo que eso es una cuestión inevitable y feliz también porque esto que te dicen no, después de unos años a ti no te pasa nada, es mentira o si te dejó de pasar, salte y abandona esa tarea. (Francisca, CAVAS)

Un último punto en torno a la retribución que da el trabajo con víctimas a la vida de las y los terapeutas, y que aparece con fuerza en gran parte de los relatos, es esa sensación de gratitud que acompaña a los profesionales por el resto de su vida:

Recuerdo niños, con caras, con nombres, con historias, recuerdo ese momento mágico en que tú estás en tu proceso terapéutico y de repente dices éste es el momento de cerrar, de preparar la despedida, porque se logró todo, se hizo el acto de magia, que lo hace el otro más que uno, pero donde ocurre que uno dice ya, te puedes ir, vuelve cuando necesites, pero puedes irte tranquilo y tú te quedas con la tranquilidad de ya, se logró. (Francisca, CAVAS)

Es así como este trabajo, que para algunos podría ser una de las peores experiencias de su vida laboral, para estas profesionales se constituye como lo mejor que pudo pasarles en este ámbito: “Para mí fue un trabajo maravilloso, maravilloso, maravilloso, lo más nutritivo, espectacular y creo que no es un trabajo para todos” (Valeria, CAVAS). No obstante, este encantamiento tiene también un lado negativo, y es que al estar así de maravillados podrían dedicar, sin darse cuenta, toda su vida a este trabajo, el que pese a la sensación agradable que les deja, sigue siendo un área compleja, altamente demandante y desgastante:

Una niña me dijo una vez a mí, ‘este trabajo te agarra porque tú estás así “wow” por estar haciendo un bien a la sociedad y tú estás aquí sufriendo’, y yo creo que es un poco verdad, creo que es verdad, uno se queda pegado, hay un riesgo en eso. (Francisca, CAVAS)

De este modo, pese a lo difícil que pueda resultar y a los costos emocionales que pueda implicar, la sensación de gratitud es tal, que no se arrepienten del camino que eligieron: “pero es un trabajo gratificante, súper gratificante, eso, bonito. Si me dieran a elegir, elegiría exactamente el mismo camino” (Francisca, CAVAS). “Es la mayor cosa que he hecho en mi vida, lo más importante que he hecho en mi vida laboral” (Valeria, CAVAS).

#### **IV. Condiciones de trabajo en el centro y autocuidado de equipo**

El cuarto eje temático está relacionado directamente con los centros de intervención de los que los y las profesionales formaron parte, y en torno a los que se orientó la entrevista.

Se habla aquí respecto a los aspectos más técnicos de estos centros, incluyendo la Frecuencia de las atenciones, Cumplimiento de plazos, Tipo de organización y Espacios de autocuidado.

### **Frecuencia de atenciones**

Por lo general, en los centros de intervención en agresiones sexuales se promueve la atención semanal de los pacientes, lo que está estipulado también dentro de las bases de los PRM, al respecto Jorge afirma que, “lo ideal era ver a todos los pacientes de forma semanal, había casos con más adherencia o menos, casos que simplemente se perdían, tú tenías que hacer rescate, pero lo ideal técnicamente era que fuera un proceso psicoterapéutico semanal” (Jorge, PRM). Pese a lo anterior, en la práctica no siempre es así, puesto que en la frecuencia de atenciones interfieren distintos factores, como la época del año, comuna, entidad a la que pertenece el centro, entre otros, “hay CESFAM que permiten la atención semanal, hay otros que permiten la quincenal y hay otros que solamente la mensual, esto es por la falta de recursos, que siempre depende de la comuna y de cómo se hayan organizado” (Paula, PRM).

Asimismo, la frecuencia de la atención puede también verse afectada por la etapa del proceso en la que se esté: “Lo que se promueve es que la atención sea semanal, pero depende de la etapa en que cada uno esté en el proceso” (Paula, PRM). Y en los casos en que no es posible tener atenciones de forma semanal con cada paciente, lo que ocurre es que los profesionales optan por alargar los procesos (como se mencionó en párrafos anteriores), con el único fin de garantizar a los niños y niñas un proceso efectivo de resignificación y superación de la experiencia abusiva.

Más bien uno alargaba los procesos, porque como no los podía ver semanalmente, los veía cada dos semanas, entonces eso hacía que algo que podía haber hecho en cuatro meses, lo hacía en ocho, sobre todo por el vínculo, porque cuando uno ve con regularidad a alguien es más fácil la vinculación, pero cuando ves menos, no para uno, pero más para el otro, o sea, alguien que ves cada dos semanas y le estoy contando que mi papá abusó de mí, por supuesto que el tiempo que eso toma para llegar a hablar en profundidad de eso y confiar en el otro, no es una hora a la semana. (Francisca, CAVAS)

## **Cumplimiento de plazos**

Dado que en la práctica la frecuencia de las atenciones no siempre puede ser semanal, los plazos tienden a extenderse en el tiempo:

Yo siempre tuve la idea de la mínima intervención [...], pero los casos tenían tal necesidad de extenderse, no sólo por las características de las situaciones, sino por la imposibilidad de darles una atención más frecuente, que permitiera que ese proceso se acortara en el tiempo. (Francisca, CAVAS)

No obstante, no siempre es posible extender los procesos terapéuticos, sobre todo desde que de parte del Servicio Nacional de Menores se comenzó a presionar para que los plazos fueran cumplidos:

Antes de que primaran tanto los criterios de SENAME, nosotros siempre atendíamos a los pacientes todo el tiempo que ese paciente necesitara, no teníamos un plazo, nunca nos ajustamos como a finalizar el tratamiento, sino que el tratamiento continuaba todo el tiempo que el paciente lo requiriera. (Valeria, CAVAS)

Por otro lado, cuando se trata de terapeutas que trabajan en centros no especializados en agresiones sexuales, se da una lucha constante por hacer valer la importancia del proceso de resignificación con víctimas: “Es bastante agotador, al no tener eso y no entender que hay casos que requieren más tiempo, preparación, gestiones, no hay una valoración de cuáles requieren mayor complejidad que el otro, éstas son las horas que hay” (Daniela, CESFAM).

Asimismo, si bien hay ciertos lineamientos respecto a los objetivos de la “terapia de reparación”, los profesionales indican que existe carencia de estructura respecto a la manera en que se debe llevar el proceso terapéutico:

Lo que a mí no me gustó de este trabajo y que en algún momento ya no me hizo sentir tan cómodo, y que fue una de las razones por las cual después yo decidí salir, es que yo siempre me sentí muy libre de hacer dentro del box lo que yo quisiera hacer. (Jorge, PRM)

Además, existe un sistema de evaluación por parte de SENAME a los procesos que realizan los terapeutas, no obstante, esta evaluación carece de rigurosidad y validez: “Tienen una forma de medir que es bien extraña en que tú tienes que poner en porcentaje, así como

“60% logrado” y yo como “pero ¿cómo sacas esto?”, estaba hecho con 0 rigurosidad en la evaluación de tu intervención”. (Eliana, PRM)

### **Organización del centro y cumplimiento de objetivos**

La forma de organización laboral al interior de los centros aludidos en este estudio es en su mayoría horizontal, sin embargo, en ocasiones los equipos de trabajo están insertos en una institución más grande, con una marcada jerarquía: “El equipo era muy horizontal, pero la organización donde estaba inserto el CAVAS, era jerarquizada como es en la policía y eso siempre fue difícil, esa conversación entre estos dos mundos tan distintos” (Francisca, CAVAS). Esta forma de organización viene a añadir dificultad a un trabajo que ya a la base es bastante difícil de realizar: “Hay otros que se organizan de una forma mucho más jerárquica, como este último, que claramente entorpecía más que favorecía” (Daniela, CESFAM).

En estos casos no existe una real valoración de la importancia del trabajo que se estaba realizando con cada paciente, “no había una gestión real y valoración en términos de trabajo, de lo que significa y costaba mucho hacer entender a otros profesionales que estaban en la cabeza, jefatura de los casos” (Daniela, CESFAM). Pese a lo anterior, al ver la forma de organización más interna del equipo, ésta usualmente es horizontal, y se crea un espacio de respeto y valoración del trabajo entre compañeros:

Adentro sí es una organización horizontal, porque de las partes que son tus jefaturas técnicas directas, psicólogos, trabajadores sociales, que coordinan los equipos, hay una visión de escucha y de validación de los profesionales, eso es importante, y no había una lógica de imponer. (Valeria, CAVAS)

Además de lo anterior, en el caso de los PRM, estos deben cumplir con demandas de parte de tres jefaturas, lo que incrementa aún más la presión que recae sobre los terapeutas:

Además, te demanda tu fundación, te demanda SENAME y te demandan los tribunales, tienes 3 organizaciones que te están presionando para cumplir plazos, para pedir cuenta de cosas, y además tienes que lidiar con la complejidad de las familias, por lo que es una pega “bien bien intensa” (da mayor énfasis a la intensidad del trabajo). (Jorge, PRM)

De esta forma, respecto al cumplimiento de los objetivos al interior del centro, al contar con una organización más jerarquizada, y por ende con distintos niveles de jefatura, se

ve perjudicada la realización de las labores e iniciativas de los terapeutas en función de los pacientes y la comunidad:

Cuando trabajas con tantos profesionales distintos, poder alcanzar todo objetivo en tu área significa mucho tener que convencer al otro que no maneja tu profesión, dedicas mucho tiempo en convencer al otro de lo que estás haciendo, y que te permitan hacerlo, tienes que pasar por el jefe, por este otro, y así, no sé, entonces hay harto tiempo en tratar de convencer al otro que no sabe lo que haces. (Daniela, CESFAM)

### **Espacios de autocuidado**

Debido a la información entregada por los participantes, los espacios de autocuidado se dividen en espacios formales y otros más informales, considerándose además la relación que se va creando entre los profesionales, todo esto se presenta a continuación:

#### Espacios formales de autocuidado

Por lo común, los profesionales dan cuenta de escasos espacios formales de autocuidado de equipo, los que en ocasiones inclusive estaban mal enfocados: “Habitualmente estaban pensados para cuando los casos estaban haciendo crisis, nunca era para ver qué te pasaba a ti como persona de terapeuta” (Eliana, PRM). Así, existía un esfuerzo por parte del equipo para hacer notar la importancia de contar con instancias de autocuidado dentro de los horarios de trabajo: “Nosotros teníamos que validar esa necesidad de autocuidado” (Francisca, CAVAS).

Asimismo, cuando se cuenta con espacios de autocuidado de equipo contemplados dentro de la planificación horaria del centro, estos tienden a carecer de frecuencia frente a la complejidad de la temática que abordan: “Nosotros teníamos autocuidado cada tres meses aproximadamente, una semana de autocuidado” (Jorge, PRM). No obstante, en el caso expuesto por Valeria ocurre una excepción:

Además de eso teníamos un espacio de autocuidado, que no era celebrar los cumpleaños, o al menos no solamente eso, que era un psicólogo o psicóloga externo, que tuvimos al menos desde que yo llegué (2004) y un par de años antes, que iba cada 15 días o cuatro semanas a un proceso de autocuidado grupal, ahí no necesariamente

era a supervisar un caso técnicamente, a veces sí, pero en general eran las dinámicas de equipo. (Valeria, CAVAS)

### Espacios informales de autocuidado

La complejidad que conlleva el trabajo con víctimas muchas veces provoca que los profesionales carguen con más emociones y sensaciones, de las que el tiempo con el que cuentan les permite procesar por su cuenta: “Había sesiones donde terapeutas salían llorando porque estaban muy sobrepasados, o porque un papá lo había ‘mandado a la cresta’ (forma grosera de expresar desacuerdo con un otro), lo había tratado mal porque se sintieron amenazados” (Jorge, PRM).

Compartir con los otros, pensar tus aprehensiones o si algo te emocionó, si algo te generó incomodidad, esta mirada de que hay historias que llegan más que otras, tener la oportunidad de compartirlo con los otros, tengo la posibilidad de hacerlo con mis compañeras, tengo la posibilidad de decir si algo de alguna manera me llega, me afecta, me pasan cosas o si me dio pena. (Daniela, CESFAM)

Así, se va haciendo evidente la necesidad de contar con espacios de autocuidado, y ante esta carencia de instancias más formales, se van creando distintos espacios para hablar en el trabajo, espacios donde pueden compartir lo que les produjo un caso, contenerse o simplemente tener una conversación que genere tranquilidad, estos espacios fueron denominados como espacios informales de autocuidado:

Nosotros teníamos la costumbre de tener una sala de reuniones grande y de ahí uno se iba a su sala a atender y regresaba ahí, entonces todo ese tiempo que tú regresabas ahí, ese rato que tú normalmente estás revisando contenidos, compartiendo ahí con tus colegas, y ese espacio para mí fue fundamental, muy importante. (Valeria, CAVAS)

Estos espacios son bastante variados, y en algunas ocasiones se entablan conversaciones en torno a los casos, creándose una especie de supervisión informal, así como también se van compartiendo sensaciones y preocupaciones que van quedando en ellos tras ver a los pacientes, o simplemente compartir conversaciones respecto a la vida cotidiana:

Hay muchas cosas que de repente se dan así de forma espontánea y hacemos supervisiones de casos, así como de pasillo y a veces no solamente de supervisión,



sino que simplemente cuando uno necesita desahogarse, porque igual hay sesiones que son densas, hay cosas que te remueven a ti como personalmente también. (Paula, PRM)

Así, se van creando también estos espacios todavía más informales, que sirven a los terapeutas para compartir y conocer los distintos puntos de vista de sus compañeros de trabajo:

Sumado a espacios más informales, por ejemplo, la gente que fuma fumaba ahí en la terraza, yo ahí muchas veces fumé pasivamente porque como estaban todos allá fumando y conversando de los pacientes y de lo que había pasado, yo iba, aunque no fumara, necesitaba también ese espacio. (Valeria, CAVAS)

### Relación entre los distintos miembros del equipo de trabajo

En este tipo de centros, y bajo las condiciones ya mencionadas, no es una sorpresa que los miembros del equipo se acompañen, se apoyen y creen fuertes lazos entre ellos:

Se celebraban los cumpleaños, las fechas importantes, hacíamos cosas como ir a almorzar a algún lugar, o después de la pega juntarnos a tomar algo, como que el equipo era un espacio de mucha protección y mucha contención, porque la temática era muy compleja, la carga administrativa es alta, y la demanda institucional es más alta. (Jorge, PRM)

Así, estos equipos se caracterizan por conformar espacios genuinos de acompañamiento: “El equipo era un equipo que también estaba siempre muy preocupado de apoyarse, de contenerse” (Jorge, PRM). Además de lo anterior, se van construyendo instancias para compartir conocimientos: “Era un grupo bien unido, entonces almorzábamos juntos los viernes, generábamos los espacios y después armábamos grupos de estudio” (Víctor, Clínica psiquiátrica). Es este compromiso con el trabajo el que caracteriza a los miembros de estos equipos, y es esto mismo lo que motiva a los profesionales a seguir creciendo:

Se generan lazos en esta idea como romántica del rigor de que tienes que generar esos lazos de mucha confianza, de mucha validación mutua, todo el mundo ahí hizo postgrados, todo el mundo se dedicó a seguir formándose, entonces como te digo,

cuando tú ves en tus compañeros que está ese impulso de seguir aprendiendo, de seguir trabajando y seguir revisando los procesos, que por lo menos era lo que yo vivía en esa época, te estimula también a seguir en lo mismo. (Francisca, CAVAS)

Todo esto, inevitablemente deviene en relaciones de amistad entre miembros de los equipos, “muchos lazos de amistad, de confianza, de cariño, afectos profundos que hasta hoy día se mantienen, es una escuela ahí” (Francisca, CAVAS). Estas relaciones hacen del espacio de trabajo un lugar bastante ameno, “algo muy rico es que uno sale de la sesión y tienes algo que conversar, siempre cualquiera de tus compañeros que está disponible, te invita a fumar, y te pregunta y tú le cuentas” (Paula, PRM), e inclusive, estas relaciones en algunos casos perduran más allá de las fronteras del trabajo con víctimas: “Tanto así que ahí hice personas que son grandes amigos y gente que me llevo para el resto de mi vida” (Valeria, CAVAS).

## **V. Espacios de supervisión y análisis de casos complejos**

El quinto eje temático se refiere a los espacios de supervisión y de análisis de casos complejos, abordando aquí la frecuencia y estructura de las supervisiones, además de entregar lineamientos sobre lo que es considerado como un caso complejo.

### **Supervisión de casos**

#### Frecuencia de las supervisiones

En relación a las supervisiones y análisis de casos, estos en general son espacios considerados importantes de parte de la organización de los distintos centros: “Afortunadamente en todos los lugares en que he trabajado, los espacios de supervisión han sido súper importantes.” (Paula, PRM). De esta forma, las supervisiones son realizadas usualmente un par de veces a la semana: “Entonces lo que hacíamos hartito en el PRM era análisis de casos todas las semanas, y desde ahí también eran supervisiones clínicas básicamente” (Jorge, PRM), permitiendo en ocasiones la supervisión semanal de cada caso: “En esas reuniones técnicas con tu equipo podías supervisar semanalmente cada caso” (Valeria, CAVAS).

Asimismo, además de las instancias internas de supervisión en equipo, en algunos casos se solicita la supervisión externa por parte de un profesional especializado en el área: “Había una supervisión con tus propios compañeros, una supervisión además no sistemática,

pero cada cierto tiempo, con alguien que contrataban y venía de afuera, que lo pagaba el mismo programa y que podía supervisar un caso desde afuera” (Valeria, CAVAS).

Todos estos espacios, son altamente valorados por los profesionales dado que constantemente están requiriendo apoyo y orientación para los casos, sobre todo debido a la complejidad de estos:

Afortunadamente, en este lugar teníamos hartas instancias de reunión, de organización, de revisión, de coordinación interna, de supervisión externa, de autocuidado, justamente pensando y es muy probable que, a ese PRM en particular, le hayan llegado casos de mayor complejidad, puesto que es el PRM que era el más antiguo, de hecho, el Centro de Atención a Víctimas (CAVAS) precede a SENAME y precede a siquiera la lógica de lo que es un PRM. (Valeria, CAVAS)

Mientras que, en otros centros, en ocasiones los espacios de supervisión están destinados exclusivamente a las urgencias “esos eran los motivos de las supervisiones, siempre como en vías de resolver la urgencia” (Eliana, PRM).

### Estructura de las supervisiones

Una de las quejas recurrentes respecto a las supervisiones de casos, es que en ocasiones carecen de una estructura definida: “En los dispositivos SENAME, si contábamos con instancias de supervisión, pero carente de estructura” (Eliana, PRM). Pese a esto, existe la figura de coordinador técnico, quien se encarga de liderar estas instancias, para ir guiando la supervisión:

En los PRM hay un coordinador técnico que se supone que es la persona que tiene más herramientas o estrategias para intervenir, y que te orienta en situaciones complejas, pero no había por ejemplo una pauta para realizarla, eran espacios que estaban resguardados por horario, pero no había como una formación de supervisión, no ibas como con una ficha, no había como una hipótesis. (Eliana, PRM)

Así, por lo general la estructura de las supervisiones va a depender no sólo de la institución en la que se esté inserto, sino que también de los recursos y encargados de ese centro en particular, pero en general estos espacios funcionan de modo que quienes tengan complicaciones con un caso, lo llevan a la supervisión para así trabajarlo en conjunto con

todo el equipo, y tener así distintas miradas de la situación, dependiendo de la profesión de cada miembro del equipo, o simplemente puede consistir en llevar los casos con los que se está trabajando, sin ser necesaria la contingencia.

### Equipo multidisciplinario

Siguiendo con lo anterior, los espacios de supervisión en estos centros nunca son exclusivos para psicólogos, es más, el trabajo siempre se realiza a la base con un psicólogo/a y un trabajador/a social:

En el PRM, trabajábamos en duplas psicosociales de trabajadores sociales y psicólogos y también un abogado, y en las reuniones de supervisión de caso participaba todo el equipo y se trataba de aportar desde las distintas miradas y hacerlas también un poco compatibles. (Paula, PRM)

Si bien, en el equipo de supervisión participan también otros profesionales, estos seguían siendo en su mayoría psicólogos y psicólogas, “teníamos un sólo abogado y éramos, suponte, 20, y de esos 20 eran 12 psicólogos y ocho trabajadores sociales, ejemplo” (Valeria, CAVAS). Así, al abordar los casos con la ayuda de un equipo multidisciplinario, se facilita un poco el tomar decisiones complejas a la vez que permite ver los distintos aspectos asociados a cada uno de los casos. Este fragmento de la entrevista de Francisca ejemplifica a la perfección la visión de los profesionales al respecto:

El equipo tiene que ser interdisciplinario y multidisciplinario desde mi punto de vista, trabajadoras sociales, abogados porque la arista legal siempre está presente, tanto para la responsabilidad de quienes intervienen como para el seguimiento de los casos cuando se han judicializados, médicos psiquiatras también para los casos en que hay sintomatología aguda y hay que intervenir prontamente, además son casos en que hay a veces conductas autolesivas, ideación suicida, trastornos alimenticios, trastorno ansioso, del sueño, depresivos, entonces se requería en un porcentaje de los casos intervención médica también. (Francisca, CAVAS)

## Casos complejos

Muchas son las definiciones entregadas por los distintos profesionales respecto a qué consideraban un caso complejo, entre las que se cuentan la presencia de multiproblemáticas, carencia de adultos protectores, polivictimización, presencia de los medios de comunicación, víctimas preescolares, psicopatologías asociadas a la víctima y/o a los padres y agresiones intrafamiliares. Respecto a esta última, Francisca añade:

Entonces, el fenómeno de la agresión sexual en sí, sobre todo cuando es intrafamiliar, pero cuando es extrafamiliar en general uno cuenta más con el apoyo de la familia, y lo que hay que trabajar está mucho más directamente vinculado con el hecho mismo, pero en el caso de la agresión intrafamiliar es todo un sistema en el cual se favoreció que se diera eso y con variables históricas, sociales y culturales, y obviamente eso hace más difícil la intervención. (Francisca, CAVAS)

Así, pese a las distintas definiciones de lo que es un caso complejo, en general todos concuerdan en que los casos de mayor complejidad son las agresiones ocurridas dentro de la familia, es decir, cuando la figura del agresor también es la figura de padre, abuelo, tío:

Los casos más complejos eran casos de agresiones intrafamiliares, donde la figura del agresor era o el padre, padrastro o conviviente de la madre, en que además habían sido agresiones crónicas y por lo tanto el daño estaba bien inscrito, y que muchas veces había transgeneracionalidad de la violencia y que por lo tanto la figura materna que es la que usualmente acompaña los procesos de reparación, tiene también un proceso de violencia, entonces se identifica con la víctima, lo que puede complejizar también la intervención o se puede identificar también con el imputado, lo que complejiza aún más la intervención. (Francisca, CAVAS)

Esta complejidad, tiene relación con las consecuencias asociadas a la develación de la agresión: “Se entiende que la sola develación del delito provoca quiebres de relaciones, cambio de casa, ruptura de familias, ruptura de vínculos, etc.” (Paula, PRM). Además, la ocurrencia de agresiones intrafamiliares es estadísticamente la que se presenta con mayor frecuencia:

Era lo más frecuente porque lo que está estadísticamente más usual es que exista un vínculo entre la víctima y el agresor, y dentro de eso, que existe un vínculo de familiaridad, entonces siempre forma parte de la intervención el medio mediato, inmediato. (Francisca, CAVAS)

Frente a este tipo de casos, se busca enfocar el trabajo en separar al niño o niña de la figura agresora y darle credibilidad a su relato, acompañando también a la madre en el proceso:

Mucho de ese trabajo, era el trabajo con la figura materna. De primero dar credibilidad a la víctima, validar la experiencia, desarrollar conductas de protección, porque en ocasiones el agresor seguía viviendo en el mismo espacio familiar, el daño en las víctimas también era en muchos casos severo y desde muy temprana edad, entonces la posibilidad de elaborar las vivencias era más compleja y casos que uno no tenía la posibilidad de verlos regularmente, entonces se alargaban los procesos más allá de lo necesario o no, en lo necesario, pero podría haber sido más acotado. (Francisca, CAVAS)

Respecto al análisis de estos casos, éste se realiza en las instancias de supervisión de cada centro: “nosotros teníamos reuniones todas las semanas formales, digamos, institucionalizadas, donde revisábamos casos complejos” (Francisca, CAVAS), y su estructura responde a la misma de las supervisiones para el resto de los casos: “Teníamos que hacer presentaciones también de casos que nos estaban complicando, para poder abordar de la mejor manera, porque claro, el trabajo no era sólo con las víctimas, si no que en todos los casos, con las familias” (Francisca, CAVAS).

## **VI. Asignación de casos y carga laboral**

El último eje temático tiene relación con la manera en que se realiza la asignación de los casos y la carga laboral, esta última se divide en Cantidad de casos por semana, Atenciones continuas, Labores administrativas y Trabajo fuera del horario laboral. Por último, se finaliza con un apartado denominado “Ideal de programa focalizado en atención a

víctimas de agresiones sexuales”, donde se presenta una comparativa entre el funcionamiento del CAVAS y el resto de los centros de intervención.

### **Asignación de casos**

Respecto a la asignación de casos, en primer lugar, se realiza una separación de los pacientes dependiendo del grupo etario y la especialidad de cada profesional. Y en lo que respecta a la asignación de casos, por lo general ésta depende de la lista de espera de cada lugar de trabajo y la liberación en las horas de las y los profesionales: “Hay una lista de espera por fecha de ingreso de la solicitud, luego la asignación solía ser por la dupla que iba dando de alta a alguien y tenía el cupo” (Valeria, CAVAS). En torno a lo anterior, Francisca añade:

La asignación era por carga, o sea, siempre trabajando con lista de espera y eso en todas partes, yo creo que se trabaja con listas de espera, por lo menos en el sistema público, los PRM trabajan con listas de espera, todos los centros de atención a víctimas trabajan con listas de espera, entonces era como quién tenía la hora disponible más cercana, iba pudiendo asignarse esos casos y eso iba dependiendo también de cuántas altas uno pudiera trabajar en un periodo. (Francisca, CAVAS)

Pese a lo anterior, en ocasiones la asignación de los casos está cargada de cierta intencionalidad, esto se considera para no abrumar a los profesionales con una seguidilla de casos con similares características:

De pronto había una intencionalidad cuando, por ejemplo, a un terapeuta le estaba tocando puros casos de incesto o puros casos preescolares. Entonces, si bien era al azar y por orden de llegada, a veces había una cierta intencionalidad para no dejar a un profesional con mayor carga laboral o emocional, que otros. (Valeria, CAVAS)

### **Carga laboral**

#### Cantidad de casos por semana

Los profesionales trabajan atendiendo, en general, alrededor de 25 pacientes a la semana, lo que implica al menos una hora de preparación para cada uno de los casos, “tú podías atender cinco pacientes diarios más o menos y ahí se podían hacer los 25 trabajando

de lunes a viernes, dejándote tres horas al día para hacer otras ‘pegas’ (trabajos)” (Jorge, PRM). De esta manera, en algunos centros organizan el mes de tal forma que la última semana fuera dejada exclusivamente para cumplir con el trabajo de tipo administrativo, lo que inevitablemente quita horas valiosas de atención a los niños y niñas: “Uno a veces se diluía en toda la demanda administrativa y como que lo “urgente” le termina quitando tiempo a lo importante que es por lo cual uno finalmente está ahí” (Jorge, PRM).

Así, en muchas ocasiones el tiempo requerido para dar cumplimiento a todas las tareas, resulta ser mayor al tiempo por el cual están contratados, sin embargo, cumplen de igual manera con todas sus labores:

Si estás atendiendo 25 pacientes semanales, estás teniendo 25 horas más mínimo de trabajo administrativo, entonces estás teniendo 50 horas a la semana, y nosotros trabajábamos 44, esas 6 horas salían “del sombrero”, o que de repente un paciente que estaba citado no llegaba o que te suspendían a última hora tú aprovechabas ese rato de hacer registro. (Jorge, PRM)

Pese a lo desalentador que este panorama se ve, es mucho mejor que como era 15 años atrás, donde Francisca cuenta su experiencia:

Teníamos tal cantidad de casos y de ingresos que como te decía, uno veía siete u ocho casos al día y yo llegué a tener, no sé, 100 casos, entonces ahí la posibilidad de verlos una vez a la semana... En esa época, claro, han pasado 15 años. (Francisca, CAVAS)

### Atenciones continuas

Respecto al distanciamiento entre la atención de un paciente y otro, en la mayoría de los casos no existe oportunidad de descanso para el terapeuta entre una sesión y la siguiente, hecho que resulta preocupante dada la complejidad de los casos con los que se trabaja: “No hay descansos, a menos que haya reuniones y unas cuantas horas administrativas que era nada, dos horas a la semana” (Daniela, CESFAM). Así, la atención consiste en ver un paciente tras otro: “Un paciente tras otro, o sea, descanso al almuerzo, pero era uno tras otro” (Francisca, CAVAS).

De esta manera, pese a que en las agendas de los profesionales no haya espacios para descansar entre una atención y la siguiente, no es poco frecuente que haya pacientes que no llegan a su hora de atención, dada la falta de adherencia al proceso:



Muchos de esos pacientes eran pacientes derivados por tribunales penales, en esa época, entonces no es poco frecuente que no lleguen, porque además como te decía, venían de lejos, mamás trabajadoras que no siempre les daban permiso, entonces claro, la citación era uno tras otro, pero siempre, cada día, era posible tener espacios entre pacientes justamente por inasistencia. (Francisca, CAVAS)

### Labores administrativas

Siguiendo con lo mencionado en el punto anterior, el trabajo en centros de atención a víctimas requiere de un importante trabajo a nivel administrativo, además de la atención semanal:

Cada paciente implicaba hacer un plan de intervención inicial, implicaba hacer un informe de ingreso, implicaba levantar un oficio a tribunales, implicaba tener las sesiones, y hacer los registros de las sesiones, entonces un paciente te implicaba una hora y media de trabajos administrativos en promedio. (Jorge, PRM)

Junto con esta elevada carga laboral, viene el aumento del estrés por parte del equipo de profesionales, al verse sobreexigidos y presionados por cumplir con los plazos estipulados por la institución:

La carga era bien alta a nivel administrativo y eso muchas veces generaba alto estrés en los equipos, además de toda la demanda institucional que había, a veces uno restaba tiempo de intervención o decía “esta semana simplemente no puedo atender, porque tengo que dedicarme a lo administrativo.” (Jorge, PRM)

### Trabajo fuera del horario laboral

Un último elemento que compone la importante carga laboral de este trabajo tiene relación con lo ya mencionado, y es que al haber más trabajo por hacer que horas de trabajo, éste es realizado fuera del horario laboral, sin remuneración alguna asociada: “El tiempo siempre es insuficiente, yo terminaba haciendo un montón de informes en mi casa” (Eliana, PRM), y Paula añade que “siempre tenía que quedarme trabajando después, estaba mucho más cansada, no me permitía preparar tanto material o tantas cosas como sí se puede hacer acá” (Paula, PRM). Lo anterior, también puede deberse a una falta de organización del terapeuta, como ellos mismos lo comentan: “Es que nunca he no trabajado en la casa, siempre

digo que no lo voy a hacer, pero es algo que nunca he logrado, no sé cómo lo hace la gente que logra establecer ese límite” (Eliana, PRM). O inclusive puede ser por la elección y comodidad de cada profesional:

Cuando tengo que hacer informes para fiscalía o para tribunal de familia yo personalmente los hago en la casa. Porque cuando hago un informe yo necesito espacio continuado en el tiempo para concentrarme y poder hacer un buen informe, que sea coherente, que diga todo lo que tiene que decir, y que sea cuidadoso con el lenguaje. (Paula, PRM)

No obstante, sea cual sea el motivo, todos los profesionales coinciden en que siempre estaban ajustados de tiempo para cumplir con el trabajo en su totalidad:

Para mí el tema de organizar mis tiempos siempre fue un tema, desde estudiante [...] pero tenía que ver con el nivel de organización de cada quién, porque había otros que podían lidiar con eso mejor, pero no había nadie que dijera “tengo todo el día”, sin que eso implicara trabajar fuera de tu horario laboral, no había nadie. (Jorge, PRM)

### **Ideal de programa focalizado en atención a víctimas de agresiones sexuales**

Para dar por finalizado este proceso de análisis de resultados, se hace necesario agregar una especie de comparativa entre los centros de atención a víctimas destacados por su efectividad, sin ser necesario el agotamiento laboral de sus terapeutas, y el común de los Programas de Protección Especializada en Maltrato Grave y Abuso Sexual (PRM), uno de ellos corresponde a la Unidad Comunal de Atención a Víctimas (UCAVI, Las Condes):

La diferencia al haber entrado a trabajar acá es enriquecedora, totalmente. Siento que puedo entregar mucho más de mí acá que en un espacio donde no hay tiempo para dedicar totalmente lo que necesitan los otros y lo que uno necesita también. (Paula, PRM)

Otro programa considerado un ideal por los mismos entrevistados, corresponde al PRM al interior del Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales (CAVAS). Al respecto, Valeria relata:

Ese programa en particular yo creo que no era tan representativo de los programas que tenemos en Chile, ese era un programa particularmente sensible a poder dar, dentro de, mejores condiciones de trabajo a los psicólogos y trabajadores sociales de ahí, y eso no fue algo que se le ocurrió a la institución, fue a través de los profesionales que trabajaron ahí, que pelearon duramente para lograr instalar esa mirada. (Valeria, CAVAS)

Este PRM, se constituye además como la excepción en torno a la carga laboral, considerando no sólo horas para atención, sino que también para todo el trabajo administrativo que cada caso conlleva:

Teníamos una cantidad de casos y una cantidad de horas suficientes como para que toda tu jornada laboral no fuera sólo atención, sino que tuvieras el espacio suficiente para coordinarte con tus mismos colegas de dentro del centro, de fuera del centro, elaborar informes, participar de reuniones técnicas. (Valeria, CAVAS)

### **Discusión y conclusiones**

A partir del análisis de los resultados obtenidos del presente estudio, es posible dar cuenta de seis principales hallazgos, los que serán presentados en los párrafos siguientes.

Uno de los primeros hallazgos que dejó en evidencia esta investigación tiene que ver con el nivel de especialización con que cuentan los y las profesionales que se desenvuelven en el ámbito de la intervención con víctimas de agresiones sexuales. Al respecto, se puede afirmar que, en general, al momento de comenzar sus primeros pasos en esta área, los terapeutas no cuentan con estudios formales previos en el área, sino que esta formación se va adquiriendo en la medida que el trabajo lo va exigiendo. Lo anterior genera dudas en torno a cuál es la razón que hay tras este fenómeno, pudiendo ser ésta la falta de rigurosidad en los procesos de selección de personal en los puestos de trabajo. Lo anterior, se podría explicar por la constante necesidad de personal, dada la alta tasa de rotación que se evidencia en los centros de trabajo por el desgaste profesional, la baja remuneración económica versus la

dificultad de la labor y el tiempo que a ésta se dedica, y las frustraciones respecto al funcionamiento de los programas. Asimismo, otra explicación para la falta de especialización previa al trabajo, podría tener relación con el alto precio de los estudios de postgrado en nuestro país, lo que explicaría que, junto con comenzar a adentrarse en el mundo laboral, se abren paso entre los estudios de postgrado.

Un segundo hallazgo de esta investigación es el reconocimiento del esfuerzo que hay detrás de cada logro profesional de los terapeutas que forman parte de este tipo de centros. Y es que se hace evidente que entre toda la adversidad con la que deben luchar para cumplir con su rol, además se encuentran con variados obstáculos de parte de las jefaturas de los centros y también producto de la forma de organización de las instituciones en las que estos están insertos. De esta manera, su trabajo está marcado por una constante búsqueda de validación de su rol y de la importancia que éste representa para el proceso de resignificar el evento traumático de estos niños y niñas. En este punto se podría nombrar también el reconocimiento de la gran labor que los miembros de estos equipos de trabajo realizan, logrando cumplir con los objetivos terapéuticos pese a las condiciones totalmente adversas. Así, no ha de ser fácil tener un número de pacientes, horas de preparación de cada sesión y trabajo administrativo que en conjunto superan ampliamente a las horas de trabajo que deberían cumplir de forma semanal, y de todas formas cumplir con todas las responsabilidades asociadas a su rol profesional. De este modo, queda en evidencia que, en su mayoría, este tipo de centros cumple con sus objetivos gracias a la calidad de profesionales con los que cuentan entre sus filas, los que se centran en que los procesos de sus pacientes sean efectivos, incluso si eso implica ignorar su propio bienestar.

Un tercer hallazgo va en la misma línea de los anteriores, pero se relaciona más bien con la carencia de espacios formales de autocuidado para los miembros de los equipos de trabajo, aun cuando de sobra es sabida la importancia de contar con estos espacios, sobre todo al tratar estas temáticas y a las condiciones de trabajo, que provocan un alto nivel de agotamiento y desgaste del equipo. Junto con lo anterior, cabe mencionar que, pese a que en la mayoría de los centros cuentan con instancias fijas para la supervisión de casos, todavía queda trabajo por realizar en torno a esto, puesto que es igualmente importante que estos espacios cuenten con una estructura definida en los manuales de orientaciones técnicas de los Programas de Protección Especializada en Maltrato Grave y Abuso Sexual (PRM).

El cuarto de los hallazgos tiene relación con la comparación que se realizó en el último punto del análisis de resultados, puesto que se presenta la diferencia que hay entre los programas PRM a los que pertenecieron los y las profesionales participantes del estudio, y el PRM perteneciente al Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales (CAVAS). Esta diferencia se puede ver en lo referido a la planificación de las horas de trabajo de acuerdo a las tareas a realizar, donde se afirmaba que en el CAVAS se entrega a los profesionales el tiempo de trabajo, considerando todo lo que conlleva la intervención (además de la psicoterapia como tal), sumado a la importancia que se da en el CAVAS a los espacios de supervisión, visible en la frecuencia de éstos y en la posibilidad de llevar cada uno de los casos trabajados a supervisión. También, se observa una diferencia en la posibilidad de contar con espacios formales de autocuidado de equipo dos veces en el mes, y por último en el hecho de que los terapeutas tengan el tiempo suficiente tanto para dedicar a los procesos de los pacientes como a sí mismos. Así, el funcionamiento de este centro podría tomarse como ejemplo de lo bien que podrían funcionar los distintos PRM del país, e intentar así igualar las condiciones laborales en todos ellos, en honor a cada profesional que luchó por obtener esa validación y condiciones de trabajo, puesto que es únicamente mérito de ellos y ellas, y de su esfuerzo.

Un quinto hallazgo de esta investigación aparece al indagar respecto a las motivaciones que estas personas tienen para ejercer este rol. Resulta que el sólo hecho de hacer alusión a su labor como terapeutas de niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales, les conecta con su propia historia de vida, de modo que, al acompañar a estos niños y niñas en su proceso de superación, están constantemente reparando y resignificando aspectos de su vida personal y familiar.

El último de los importantes hallazgos que esta investigación ha permitido se relaciona con la labor misma de terapeuta, esto puesto que, pese a las grandes dificultades y costos que este trabajo significa para la vida personal de las y los profesionales, su rostro se llena de brillo al recordar a cada uno de sus pacientes, abandonando el centro al ser dados de alta con una notoria mejoría, y al pensar en todo el tiempo que ha pasado, y en cómo será actualmente la vida de esos niños y niñas. De esta manera, el recorrido que este estudio les invitó a realizar por su vida profesional llevó a que se conectaran con ese lado más íntimo de su rol, ese que por lo general vive oculto en la parte más profunda de su ser, sin energías ni tiempo para ser compartido con el mundo. Así, sale a relucir la retribución que este trabajo

entrega a la vida de las y los profesionales que dedican su vida a realizarlo, a cambio de orgullo, gratitud y tranquilidad, marcados por la sonrisa agradecida en la cara de los niños y niñas.

Por otro lado, al comienzo de esta investigación se contó con ciertos propósitos de investigación que se tradujeron en objetivos específicos, a continuación, serán revisados los resultados obtenidos:

En primer lugar, en lo referido a los aspectos implicados en la formación profesional y estudios de especialización de las y los terapeutas, se observó principalmente que éstos se van dando en la medida en que van adentrándose en el trabajo en esta área, y no de forma previa como se había pensado inicialmente. Asimismo, retomando lo establecido en el primer punto de la discusión, siguen quedando dudas en torno a si esto ocurre por no necesitarlo previamente a desempeñarse en el área o si se debe al alto valor de los estudios de postgrado, por lo que se recomienda ahondar en las causas de este fenómeno en futuras investigaciones.

Respecto a la complejidad del trabajo con víctimas y las consecuencias de éste para la vida de las y los terapeutas, se mencionan los costos y consecuencias que tiene para su vida, apareciendo como uno de los principales costos el alto tiempo y recursos que se debe invertir tanto para formarse profesionalmente, como para supervisar los casos con los que se trabaja. En la misma línea, una de las consecuencias más notorias de trabajar en esta línea, tiene que ver con el desgaste profesional y personal que conlleva, evidenciándose en terapeutas atareados entre lo administrativo y la planificación de sesiones, sin tiempo para descansar entre atenciones, y que terminan por continuar trabajando fuera del horario laboral. Todo esto provoca un agotamiento y debilitamiento en la calidad de vida de las y los terapeutas, quienes tienden a llegar a un punto en que no pueden continuar con su labor, optando por su propio bienestar.

En tercer lugar, en cuanto al trabajo terapéutico con víctimas de agresión sexual, la mayoría de los profesionales entrevistados concordó en que es un trabajo cuya motivación llegó a sus vidas para quedarse, además de que es necesario que exista un compromiso ético, avidez por justicia, por aprender y por ayudar y acompañar a los niños y niñas, para desempeñarse en esta labor de manera efectiva.

Asimismo, se destaca que, el trabajar en intervenciones en agresiones sexuales con niños y niñas, provoca tal impacto en la vida de los profesionales, que éstos quedan marcados de una sensación de gran orgullo por el trabajo que realizaron y por los años dedicados a contribuir a mejorar la calidad de vida de los niños y niñas.

Por otro lado, respecto a las formas de estructurarse organizacionalmente, basado en los resultados de esta investigación, se comprueba que una organización de tipo horizontal viene a favorecer los procesos y el cumplimiento de objetivos, no obstante, no se obtiene información concluyente para afirmar que una estructura con una marcada jerarquía favorece los procesos y el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.

Además, en torno a los espacios de autocuidado, se creía que cada uno de los centros contaba con instancias formales para autocuidado de equipo, en base a la evidente complejidad de este trabajo terapéutico, no obstante, se pudo evidenciar que muchos de los programas no cuentan con horas para instancias de autocuidado de equipo previstas en sus orientaciones técnicas, por lo que no se dan con la rigurosidad y frecuencia necesarias, pese a que exista la intención de hacerlo.

Con respecto a los espacios de supervisión, tal como quedó en evidencia en los resultados obtenidos, el contar con espacios de supervisión estructurados resulta ser una parte esencial para lograr cumplir a cabalidad con este trabajo, puesto que no todos los profesionales tienen los recursos y tiempo suficientes para contratar supervisiones de forma particular.

En cuanto a lo referido a la cantidad de casos asignados, si bien éstos son más de los que permitirían la correcta realización de la labor profesional, sumado a la alta carga administrativa por cumplir y al desgaste que todo esto provoca, sorprende el hecho de que, en la práctica, sí se logra cumplir con los objetivos terapéuticos de la intervención, y sólo se entrega el alta al niño o niña cuando se considera que el proceso terapéutico está completo, valiéndose para ello de todos los recursos personales y profesionales disponibles.

Por otro lado, respecto a las limitaciones presentes en este estudio, una de las principales limitaciones tiene relación directa con el número de participantes, dado que si bien la información alcanzó su saturación con siete participantes, la intención era ampliar el estudio lo más posible, para que lograra abarcar de mejor manera la realidad de, al menos, la

Región Metropolitana. Tal como se mencionó con anterioridad, esto no fue posible debido a que los contactos de profesionales alcanzaron su propia saturación. A lo anterior, se suma que la mayor parte de los profesionales contactados se encontraban con una alta carga laboral al momento en que se les solicitaba participar del estudio, hecho que es totalmente esperable dados los resultados obtenidos por la presente investigación.

Frente a lo anterior, se propone para futuras investigaciones en el área, aumentar al doble el número de la muestra, y buscar, dentro de lo posible, participantes de variadas comunas, para así hacerla más representativa y acercada a la realidad, además de buscar igual número de participantes hombres y mujeres, para ver si es posible ampliar la discusión en torno al elemento del género.

De igual modo, se recomienda realizar, dentro de unos años, una investigación similar a la presente, a modo de establecer una comparativa entre las condiciones de los Programas de Reparación de Maltrato Grave y Agresión Sexual (PRM) hasta el año 2022 y estos mismos programas en el futuro.

Así, pese a que constantemente se está hablando acerca de los avances en cuanto a la consideración de la relevancia de dar un apoyo y acompañamiento a quienes han sido víctimas de agresiones sexuales, queda un largo camino por recorrer, para aminorar en parte el impacto negativo que dedicarse por un tiempo prolongado a dar este tipo de tratamientos tiene sobre la vida del terapeuta, por lo que se recomienda continuar ahondando en la importancia de este aspecto, puesto que viene a deteriorar la calidad de vida de las y los profesionales.

Finalmente, cabe destacar que, para el proceso de recopilación de información teórica, se utilizaron las bases de los PRM de dos años distintos (2015 y 2019), dejando en evidencia que no ha habido cambios en los Programas de Reparación del Maltrato Grave y Agresión Sexual en 5 años, pese a los avances e investigaciones en este aspecto. Así, se espera que junto con la entrada en vigencia de la actual institución “Mejor niñez”, se revisen con compromiso y altura de miras estos lineamientos. De este modo, se invita a continuar trabajando en esta temática, y luchar para lograr que se legisle en torno a esto, y que las limitantes que esta investigación dejó en evidencia sean en su mayoría, superadas, poniendo como prioridad a nuestros niños y niñas, pero sin perjudicar la calidad de vida de sus terapeutas.



## **Anexo 1**

### **Consentimiento informado**

Se solicita su participación en el proyecto de investigación “Una mirada a la persona del terapeuta en intervenciones con niños y niñas que han sido víctimas de Agresión Sexual: Análisis de narrativas de las y los terapeutas”, para optar al título de Psicóloga, llevado a cabo por Javiera Ponce, alumna de Psicología de la Universidad de Chile. Si acepta participar, solicito su autorización para responder una entrevista semi estructurada, en torno a Identificar los principales aspectos respecto a la persona del terapeuta que convergen en los relatos de profesionales psicólogas y psicólogos que se desempeñan en centros de terapia de resignificación con niños y niñas que han sido víctimas de Agresión Sexual, objetivo general del proyecto.

Cabe destacar que no se pondrá en peligro su integridad, que no se le identificará en ninguna oportunidad en el estudio y que los datos relacionados con su privacidad serán manejados de forma confidencial. Asimismo, la entrevista será grabada en formato de audio para su posterior transcripción y análisis.

Si requiere más información sobre el estudio, puede comunicarse con el profesor que guía el proyecto, don Elías Escaff Silva ([eescaff@gmail.com](mailto:eescaff@gmail.com)).

### **DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE**

He leído la información del documento de consentimiento y acepto voluntariamente participar en la investigación. Declaro estar informado de que los resultados de esta investigación tendrán como producto un informe, para ser presentado como parte de la Memoria de Título de la investigadora. Además, sé que tengo el derecho a terminar mi participación en cualquier momento. Recibo duplicado de este documento.

Nombre del participante:

Fecha:

Firma Participante

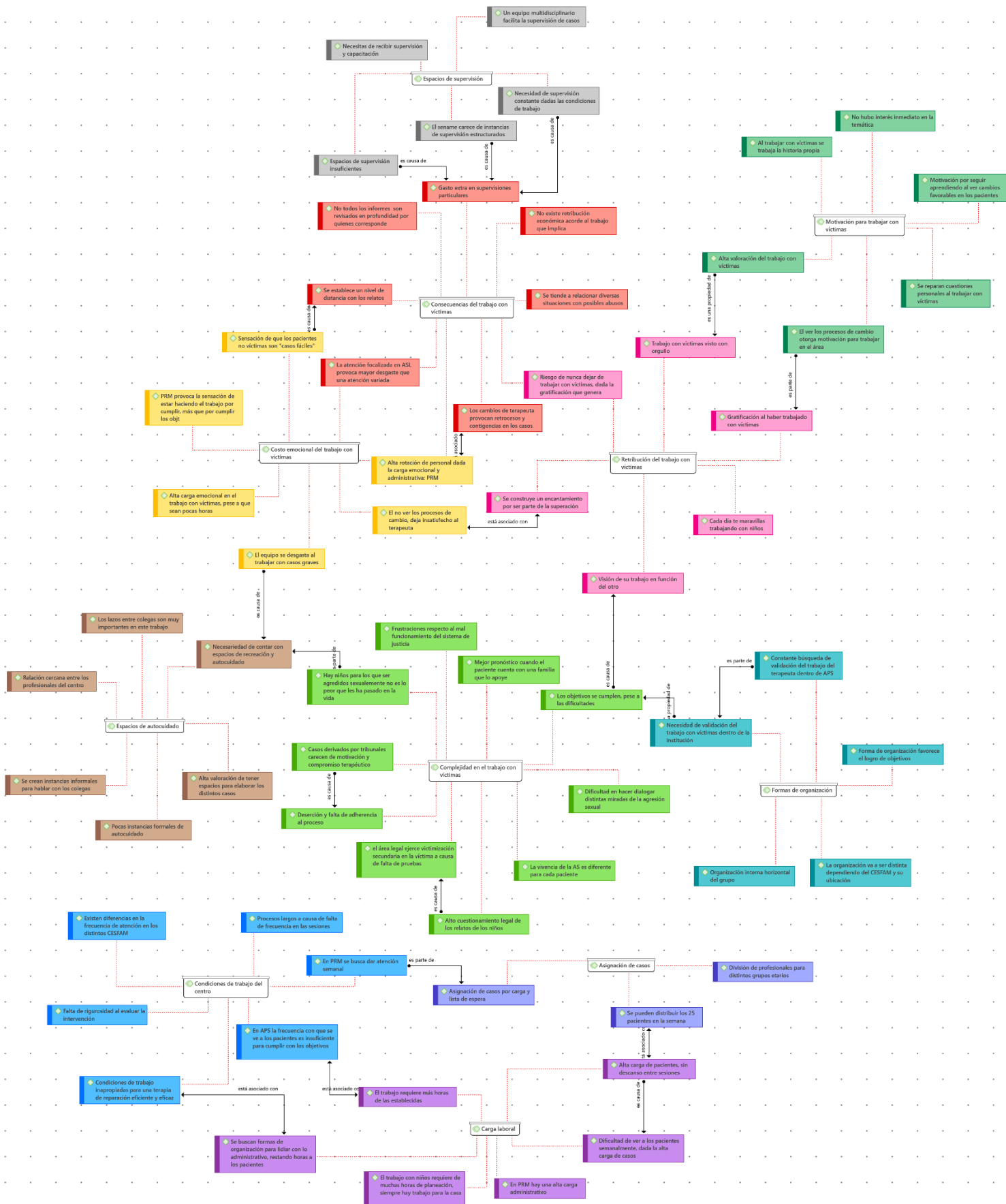
Firma Investigadora

**Anexo 2**  
**Guía de preguntas**  
**Entrevista semi estructurada**

<b>Perfil del entrevistado</b>
<p>¿Cuál es su nombre?</p> <p>¿En qué centros del área ha trabajado?</p> <p>¿Cuántos años de experiencia tiene en el área?</p>

<b>Contenido</b>	<b>Preguntas</b>
<b>Formación profesional</b>	<p>1.¿Desde hace cuánto tiempo se dedica a trabajar en esta área?</p> <p>2.¿Qué le motivó a trabajar en este ámbito?</p> <p>3.¿Tiene algún grado de especialización?</p>
<b>Espacios de supervisión y análisis de casos</b>	<p>4.¿Cuentan/contaban con espacios de supervisión en el centro?</p> <p>5.¿Qué se considera un “caso complejo”?</p> <p>6.¿Cuál es el proceder del terapeuta, frente a un caso complejo?</p> <p>7.¿Cómo se realizan los análisis de casos?</p> <p>8.¿Participan profesionales no psicólogos en estas instancias?</p>
<b>Horas de atención y espacios de autocuidado</b>	<p>9.¿Cómo se organizan las horas de atención?</p> <p>10.¿Con cuánta frecuencia ven a los pacientes?</p> <p>11.¿Consideras que el tiempo que ves a tus pacientes es suficiente para cumplir con los objetivos terapéuticos?</p> <p>12.¿Cuántas horas trabajas en el centro al día?</p> <p>13.¿Tienen descansos entre sesiones?</p> <p>14.¿Cuentan con instancias para hablar en el trabajo?</p>
<b>Forma de organización del centro</b>	<p>15.¿Cómo se organiza el centro? (vertical, horizontal)</p> <p>16.¿Crees que esta forma de organización permite cumplir con sus objetivos?</p> <p>17.¿Cómo es la relación entre los distintos profesionales del centro? ¿y el clima laboral?</p>
<b>Pregunta abierta</b>	<p>18.Refiérase a su labor como terapeuta de niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales</p>

# Anexo 3 Mapa de redes Atlas.t



## Referencias

- Abela, J. A. (2002). Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada.
- Alvarez, G. (1990). " La Percepción de La Organización: Clave para la Comprensión del Comportamiento del Individuo en La Organización. *Revista sobre relaciones industriales y laborales*, (26).
- Astorga, A. (2020). Intervención psicoterapéutica y psicosocial en modalidad a distancia y on-line por parte de programas ambulatorios de la red SENAME en contexto COVID-19: La experiencia de Corporación Opción. *Revista Señales N° 23, vol. XIII(2)* 2020. Revista científica en infancia vulnerable y jóvenes que han infringido la ley. <https://www.sename.cl/web/wp-content/uploads/2021/01/senales-23-03.pdf>
- Capella, C. (2011). Hacia narrativas de superación: El desafío para la psicoterapia con adolescentes de integrar la experiencia de agresión sexual a la identidad personal.
- Capella, C. (2013). Una propuesta para el estudio de la identidad con aportes del análisis narrativo. *Psicoperspectivas*, 12(2), 117-128. <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol12-Issue2-fulltext-281>
- Capella, C., Núñez, L., Vásquez, V., & Fuentes, S. (2020). Adherencia o deserción de adolescentes en psicoterapia por agresiones sexuales: la perspectiva de sus terapeutas. *CES Psicología*, 13(3), 124-141.
- Capella, C. & Gutiérrez, C. (2014). Psicoterapia con niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales: Sobre la reparación, la resignificación y la superación. *Psicoperspectivas*, 13(3), 93-105.

Capella, C. & Miranda, J. (2003). Diseño, implementación y evaluación piloto de una intervención psicoterapéutica grupal para niñas víctimas de abuso sexual.

Carterette, E. C., & Friedman, M. P. (1982). Manual de percepción: raíces históricas y filosóficas (No. BD171 C245).

Centro Metáfora: Psicoterapia y juego (2020). *Terapia de juego, una guía para reencontrarnos*.

[https://terapiadejuego.cl/wp-content/uploads/2020/04/guia\\_reencontrarnos\\_terapia\\_linea.pdf](https://terapiadejuego.cl/wp-content/uploads/2020/04/guia_reencontrarnos_terapia_linea.pdf)

Código Penal de la República de Chile [CP]. Ley 19617 de 1999. Art. 1 N°10. 12 de julio de 1999 (Chile).

Código Penal de la República de Chile [CP]. Ley 19927 de 2004. Art. 1° N° 5 a y b - N° 16. 14 de enero de 2004 (Chile).

Corporación Opción (2020a). Orientaciones sobre procesos de intervención psicosocial en contexto de COVID-19. Documento interno. 02 abril 2020. Área proyectos.

Corporación Opción (2020b). Protocolo interno N°003. Marzo 2020. Área proyectos.

Defensoría de la niñez. (s.f.). *¿Qué se entiende por vulneración de derechos?*

[https://www.defensorianinez.cl/preguntas\\_frecuentes/que-se-entiende-por-vulneracion-de-derechos/](https://www.defensorianinez.cl/preguntas_frecuentes/que-se-entiende-por-vulneracion-de-derechos/)

División de Prevención y Control de Enfermedades. (2011). *Guía Clínica Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años víctimas de abuso sexual*.

<http://web.minsal.cl/portal/url/item/aaa27720f363a745e04001011e011120.pdf>

Escaff, E., Rivera, M. y Salvatierra, M. (2006). Estudio de variables asociadas a la retractación en menores víctimas de abusos sexuales. *Revista del Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas, ILANUD*, 27, 117-131.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (marzo de 2012). *4° Estudio de maltrato infantil en Chile. Análisis comparativo 1994-2000-2006-2012*.  
<https://www.unicef.org/chile/informes/4-estudio-de-maltrato-infantil-en-chile-analisis-comparativo-1994-2000-2006-2012>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (noviembre de 2018). *Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y adolescencia: Lineamientos para abordaje interinstitucional*.

[https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org/argentina/files/2018-11/AbusosSexuales%2BAnexoM%C3%A9dico\\_Digital\\_Nov2018.pdf](https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org/argentina/files/2018-11/AbusosSexuales%2BAnexoM%C3%A9dico_Digital_Nov2018.pdf)

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (s.f.). *Justicia y protección de la infancia*. <https://www.unicef.org/chile/justicia-y-proteccion>

Figley, C.R. (1983). Catastrophes: A overview of family reactions. En C.R. Figley y H.I. McCubbin (Eds.), *Stress and the Family: Volume II: Coping with Catastrophe* (pp. 3-20). New York: Brunner/Mazel.

Galán Jiménez, J. S. F., & De Ávila Ramírez, X. Y. (2018). Ética y supervisión en psicoterapia Ethics and supervision in psychotherapy. *Daena: International Journal of Good Conscience*, 13(1), 28-40.

- Galán Vélez, F. V. (2017). Percepción sensible y lenguaje en Heidegger, Zubiri y Lonergan. *En-claves del pensamiento*, 11(21), 127-156.
- González Bravo, P. F. (2020). Diseño de intervención aplicada a la práctica profesional de los programas Especializados en Maltrato y Abuso Sexual Grave (PRM): "Proceso de intervención a víctima de abuso sexual" (Doctoral dissertation, Universidad Andrés Bello).
- Glaser, B.G. (1992). *Basics of grounded theory analysis*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Guerra, Cristóbal, & Pereda, Noemí (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. [fecha de Consulta 7 de Octubre de 2021]. ISSN: 0066-5126. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=97044007003>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, M. P. (2010). *Metodología de la investigación*. México. Mc. Graw, Hill.
- Lee, J., Wallace, S. Puig, A. Choi, B. Nam, S., & Lee, S. (2010). Factor Structure of the Counselor Burnout Inventory in a Sample of Sexual Offender and Sexual Abuse Therapists. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 43(1), 16–30. doi: 10.1177/0748175610362251
- Martínez, J. (2012). Abuso sexual infantil ¿qué se repara en la terapia? En M. C. Aretio, & M. Heresi (Eds.), *Temas de psicología clínica infanto juvenil: Aportes y reflexiones* (pp. 95-111). Santiago de Chile: Universidad Diego Portales.

Martínez, J. (2014). *Abuso sexual infantil y psicoterapia: Análisis crítico del concepto “reparación”* (Doctoral dissertation, Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología mención Clínica Infanto Juvenil, Universidad de Chile, Santiago, Chile).

Ministerio de Salud & Servicio Médico Legal. (2016). *Norma General Técnica para la Atención de Víctimas de Violencia Sexual*.

Ministerio Público. (s.f). Fiscalía de Chile.  
<http://www.fiscaliadechile.cl/Fiscalia/areas/sexuales.jsp>

Ocampo Otalvaro, L. E., Vargas Porras, J., & Manrique Quiroz, S. (2017). Estructura Psíquica de un Grupo de Terapeutas Profesionales de Niños, Niñas y Adolescentes que han Vivido Experiencias de Abuso Sexual de la Ciudad de Medellín Colombia. *Informes Psicológicos*, 17(2), 119-133.  
<https://doi.org/10.18566/infpsic.v17n2a07>

Palma, I., Aceituno, R., Duarte, F., Valenzuela, P., Canales, M., Asún, R., & Riveros, A. (2020). Cuarto informe de primeros resultados: Desestabilización y reorganización de la vida doméstica durante la crisis del COVID-19.  
<http://vidaenpandemia.cl/wp-content/uploads/2020/11/CUARTO-INFORME-DE-VIDAENPANDEMIA-DESESTABILIZACION-Y-REORGANIZACION-DE-LA-VIDA-DOMESTICA-DURANTE-LA-CRISIS-DEL-COVID-19-.pdf>

Pearlman, L.A. y Mac Ian, P.S. (1995). Vicarious traumatization: an empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(6), 558-565.



Pinto-Cortez, C., Arredondo Ossandón, V., Lira, G., Lobos Sucarrat, P., Saavedra, C., & Guerra, C. (2021). INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA EN MALTRATO INFANTIL EN CHILE EN CONTEXTO DE CRISIS POR COVID-19. *LÍMITE Revista Interdisciplinaria De Filosofía Y Psicología*, 16. <https://www.revistalimite.cl/index.php/limite/article/view/223>

Policía de Investigaciones de Chile. (12 de mayo de 2021). *Delitos sexuales: Balance primer trimestre 2021*. Ministerio del Interior. <https://pdichile.cl/centro-de-prensa/detalle-prensa/2021/05/12/delitos-sexuales-balance-primer-trimestre-2021>

Quintana, Carmen Gloria. (2005). El Síndrome de Burnout en Operadores y Equipos de Trabajo en Maltrato Infantil Grave. *Psykhe (Santiago)*, 14(1), 55-68. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282005000100005>

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA [RAE]: Diccionario de la lengua española, 23.<sup>a</sup> ed., [versión 23.5 en línea]. <<https://dle.rae.es>> [noviembre, 2022].

Riley, T., y Hawe, P. (2005). Researching practice: the methodological case for narrative inquiry. *Health Education Research*, 20(2), 226-236. doi: 10.1093/her/cyg122

San Martín Cantero, D. (2014). Teoría fundamentada y Atlas. ti: recursos metodológicos para la investigación educativa. *Revista electrónica de investigación educativa*, 16(1), 104-122.

Santoro, E. (1980). "Percepción social", en E. Sánchez, E. Santoro y J. F. Villegas, *Psicología social*, México, Trillas, pp. 77-109.

Servicio Nacional de Menores. (2015). Orientaciones técnicas. Línea programas. *Programas de protección especializada en maltrato y abuso sexual*. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

[https://www.sename.cl/wsename/p16\\_21-12-2018/2-ORIENTACIONES-TECNICAS-PRM.pdf](https://www.sename.cl/wsename/p16_21-12-2018/2-ORIENTACIONES-TECNICAS-PRM.pdf)

Servicio Nacional de Menores. (2019). Orientaciones técnicas. Línea programas. *Programas de protección especializada en maltrato y abuso sexual*. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

<https://www.sename.cl/web/wp-content/uploads/2019/05/Orientaciones-Tecnicas-PRM.pdf>

Servicio Nacional de Menores. (2020). *Anuario estadístico 2019*. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

<https://www.sename.cl/web/wp-content/uploads/2021/04/Anuario-Estadistico-2019-vf-05-04-21.pdf>

Stern, D. (1997). *La constelación maternal: Un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos*. Editorial Paidós.

Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Suddaby, R. (2006). From the editors: What grounded theory is not. *Academy of management journal*, 49(4), 633-642.

Szmulewicz, T. (2013). La persona del terapeuta: eje fundamental de todo proceso terapéutico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(1), 61-69.

Vargas Melgarejo, L. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, (8), 47-53.

Vergara, P. (2011). El sentido y significado personal en la construcción de la identidad personal (tesis de magíster). Universidad de Chile, Chile.

White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Gedisa Editorial.

[https://www.academia.edu/40020244/El\\_Enfoque\\_Narrativo\\_Desde\\_La\\_Experiencia\\_de\\_Los\\_Terapeutas](https://www.academia.edu/40020244/El_Enfoque_Narrativo_Desde_La_Experiencia_de_Los_Terapeutas)