

Análisis Crítico del Programa de Protección especializada en maltrato y abuso sexual infantil (PRM) propuesto por el Sename: Un acercamiento a los discursos que sostienen el rol de psicólogo y paciente.

Autor : Daniela Hernández Zacconi

Profesor Guía: Ps. Luisa Castaldi

Profesor Corrector: Ps. Marcela González

Seminario Tesis área Clínica. 2014

Resumen

La presente tesis tiene el objetivo de comprender y analizar las nociones de psicólogo y paciente propuestas en el documento del Sename del año 2013, para así develar las características implícitas a cada uno de estos roles inmersos en la relación terapéutica en la reparación. Para llevar a cabo lo anteriormente planeado, se utiliza la metodología cualitativa, utilizando como estrategia de trabajo el análisis de documentos, el cual permite comprender los significados y atribuciones, entendiendo que éstos no son neutros sino que tienen ideologías, significaciones y concepciones particulares, que centran los lineamientos de acción. Es a partir de lo anterior, que el documento que será analizado es el propuesto por el Sename (Servicio nacional de menores) en el año 2013, el cual entrega pautas de trabajo para realizar las terapias reparatorias a menores abusados sexualmente, que tienen su caso judicializado en la ley chilena. El documento plantea las terapias de reparación desde la resignificación y protección de las víctimas, en donde el psicólogo posicionado desde el conocimiento y saber teórico es el experto quien orienta, enseña y guía al paciente “víctima” a superar las secuelas del abuso sexual.

Palabras clave: abuso sexual, terapia reparación, psicólogo, paciente, Sename

Abstract

This thesis to understand and analyze the concepts of patient psychologist and proposals in the document Sename of the year 2013, thus revealing the implicit characteristics of each of these roles involved in the therapeutic relationship repair. To carry out the above plan, the qualitative methodology is used, using document analysis, which allows to understand the meanings and powers, realizing that they are not neutral but have ideologies, meanings and particular conceptions, as a working strategy that focus action guidelines. It is from the above that the document will be used is the one proposed by Sename (service national lower) in 2013, which provides guidelines work for the remedial therapy to sexually abused children, with appropriate judicialized Chilean law. The paper discusses therapies repair from the redefinition and protection of victims, where the psychologist positioned from the theoretical knowledge and knowing is the expert who guides, teaches and guides the patient victim to overcome the effects of sexual abuse.

Keywords: sexual abuse, repair therapy, psychologist, patient, Sename

Introducción

Cuando el abuso sexual es denunciado, niños y niñas deben someterse a una serie de pericias judiciales tanto físicas como psicológicas para comprobar la veracidad de lo planteado por los menores, y así llegar a una sentencia para quien ha sido acusado como abusador ¿Pero qué sucede con estos niños luego de haber vivenciado un abuso sexual? ¿Cómo se lleva a cabo la reparación?

Siendo este un tema tan trascendente para la historia de niños afectados por la vulneración de derechos, es importante considerar no solamente la prevención, sino que también el trabajo que debe llevarse a cabo cuando este suceso marca la vida de un niño (a), con el objetivo de considerar los aspectos necesarios para la reparación tanto física como psicológica de los menores. En el momento en que la persona se enfrenta a su experiencia negativa y traumática: la revive, la asimila y la comparte, por esto necesita ser acogida y trabajada en compañía de un profesional adhoc.

Uno de los lineamientos de trabajo para los profesionales del área de reparación viene propuesta por el PRM (Programa de Protección especializada en maltrato y abuso sexual infantil) del Sename, en donde dicho documento de trabajo para las terapias de reparación, propone no solo lineamientos de acción, sino que también agentes involucrados, funciones y temáticas para que estos sean ejecutados con menores que han sido víctimas de abuso sexual infantil.

Por lo tanto, si consideramos que en la reparación, tanto paciente como psicólogo ocupan un lugar importante en las terapias, cabe preguntarnos ¿Cómo el PRM conceptualiza, significa a los agentes involucrados en la reparación?

Es en este momento, en donde toma relevancia el analizar desde que perspectiva dicho documento, enmarca los discursos y significaciones que son atribuidos tanto a psicólogos como pacientes, quienes son ejes medulares en las terapias de reparación, considerando que el Sename plantea como objetivo de trabajo para el PRM, la contribución al proceso reparatorio del menor abusado. Es a partir de lo anterior, en donde toma relevancia el comprender, desde la perspectiva de la psicología clínica cuales son las nociones tanto de psicólogo como de paciente que se encuentran de manera implícita en este documento, develando las implicancias de cada una de estas concepciones, para así comprender desde que perspectiva es propuesta la relación terapéutica en la reparación, es decir, como se concibe la relación entre psicólogo y paciente desde un documento gubernamental, propuesto el año 2013.

Por lo tanto, investigar la problemática propuesta en la presente tesis, permite apreciar la reparación desde el Servicio Nacional de Menores, analizando su posicionamiento actual para así comprender y analizar cuáles son los roles atribuidos tanto a paciente y psicólogo, para adentrarse en la mirada que tiene actualmente un organismo

gubernamental de nuestro país, sobre la relación terapéutica en la reparación.

En la presente tesis se propone como objetivo general *Comprender y analizar los discursos que sostienen el rol de psicólogo y de paciente planteadas en el programa de reparación de abuso sexual infantil propuesto por el Sename.*

A su vez los objetivos específicos son los siguientes:

- *Identificar las características atribuidas al rol de Psicólogo planteada en el programa de reparación de abuso sexual infantil propuesto por el Sename.*
- *Develar las características atribuidas al rol de Psicólogo planteada en el programa de reparación de abuso sexual infantil propuesto por el Sename.*
- *Identificar las características atribuidas al rol de Paciente planteada en el programa de reparación de abuso sexual infantil propuesto por el Sename.*
- *Develar las características atribuidas al rol de Paciente planteada en el programa de reparación de abuso sexual infantil propuesto por el Sename.*

A partir de lo anterior se hacen relevantes las características y objetivos propuestos por este proyecto, ya que nos permite clarificar y conocer los lineamientos que

hoy rigen en el trabajo con menores abusados sexualmente.

Es importante destacar que indagar en la comprensión y conocimiento de la forma de protección al menor, las terapias, los agentes involucrados, en un problema tan sensible y relevante en la salud mental de nuestros niños, como es el abuso sexual infantil, nos permite adentrarnos en como las terapias influyen en el niño y en su entorno. De ahí la relevancia de conocer cómo se maneja el problema y en qué medida estamos intentando llegar a lograr grandes soluciones y mejoramientos al enfrentar algo tan doloroso y traumático en el seno social de un familia.

Para esto es importante conocer en que se basan los lineamientos del SENAME, que áreas del conocimiento psicológico fueron importantes en sus planteamientos, cuales son los criterios planteados ante el trabajo del psicólogo, de qué manera se orienta a las diferentes causales, reacciones y formas de enfrentar el abuso sexual desde el punto de vista del paciente, de qué manera influye en el ámbito familiar, conocer las técnicas de reparación, para así poder comprender y conocer la instancia de sanación y ayuda que es el objetivo final de las terapias de reparación.

A partir de lo anterior, conocer y comprender los fundamentos que sustentan la formas de enfrentamiento de la política en el abuso sexual infantil, permite comprender cuál es la estrategia actual de nuestro país para el trabajo reparatorio con los niños abusados, para así acercarnos a las atribuciones

propuestas al trabajo psicológico con estos menores

Realidad Nacional

El abuso sexual infantil, es un evento que no se encuentra ajeno a nuestra realidad nacional, en donde el marco jurídico regula los castigos penales a los abusadores. En Chile, tanto la Ley de Menores como el Código Procesal Penal establecen la obligación de que todos los funcionarios públicos, directores de colegios tanto públicos o privados y profesores, el denunciar estos hechos dentro de 24 horas, en donde el incumplimiento es sancionado en el artículo 177 del Código Procesal Penal, de acuerdo con el artículo 494. La ley N° 19.968 que crea los tribunales de Familia, plantea que serán estos los encargados de abordar los hechos en los cuales aparezcan vulnerados los derechos de los niños así como también las causas relativas a abuso sexual infantil.

En nuestro país, el primer servicio creado por el estado dirigido a la atención de víctimas, fue el Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados sexuales: CAVAS, el cual fue formado en el año 1987. El cual actualmente depende del Instituto de Criminología de la Policía de Investigaciones, teniendo como objetivo el entregar asistencia integral y educar preventivamente a las víctimas de delitos sexuales, junto con desarrollar investigación y realizar la formación de especialistas. (Cavas, s.f)

De acuerdo a datos entregados por la UNICEF se estima que en Latinoamérica

existen alrededor de 6 millones de niños maltratados, en donde en nuestro país 3 de 4 niños sufren esta vulneración (Belén Educa, 2013) . Al mismo tiempo, según estadísticas del CAVAS (centro de atención a víctimas de atentados sexuales) en Chile se producen 20.000 delitos por abuso sexual, de acuerdo a datos del 2010, sin embargo solo 4.500 de estos se denuncian a la PDI o carabineros. Además es importante destacar que de los 4.000 casos de maltrato infantil que son dirigidos al SENAME mas del 80% corresponde a abusos sexuales, de acuerdo a los datos del 2010 .

El abuso sexual infantil, ocurre en su mayoría a nivel intrafamiliar con un 84,7% de los casos. En nuestro país las regiones con mayor incidencia son Arica y la Araucanía con un 65% y 62,3% respectivamente. (Coanil, 2013).

Fundamento Conceptual

De acuerdo al Sename el Abuso sexual infantil puede ser definido como “*el contacto o interacción entre un niño o niña y un adulto, en el que este es utilizado (a) para satisfacer sexualmente al adulto*” (Sename, 2013). Dicha definición puede ser complementada por el National Center of Child Abuse and Neglect, quienes plantean que se da abuso sexual “*en los contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona*”. (Echeburúa, E & Guerricaecheverría, C . 2000. P.11)

Finalmente el Standing Committee on Sexually Abused Children “SCOSAC” (1984 citado en Glaser et al., 1998) define al abuso sexual infantil como el acto en que una persona en edad madura ha provocado que un infante participe en cualquier actividad sexual o de naturaleza sexual que provoca la gratificación del adulto.

Es importante destacar como las conceptualizaciones anteriormente planteadas, mencionan la disparidad de la relación entre el adulto y el infante, en donde el primero utiliza su posición de poder para estimularse sexualmente del niño. Dicha estimulación puede realizarse de diferentes maneras, de acuerdo a las características con que esta se realiza, el primero es conocido como el “abuso sexual propio” el cual es entendido como una acción que si bien tiene sentido sexual, no es una relación sexual, sino que consiste en tocaciones del agresor al niño o de este al agresor. Por otro lado se encuentra el “abuso sexual impropio” que consiste en la exposición a niños de sucesos de connotación sexual tales como masturbación, exhibición de genitales, etc.. El tercer tipo de abuso sexual es la “violación” que consiste en la introducción del órgano sexual en la boca o vagina de un infante menor de 14 años, aunque también se considera violación si el agresor utiliza la fuerza con una persona mayor de 14 años o si se realiza a una persona con dificultades mentales. El último tipo de abuso sexual es el “estupro” que consiste en la introducción del órgano sexual en la boca, ano o vagina de una persona mayor de 14 años

pero menor de 18, cuando la víctima tiene una discapacidad mental permanente o transitoria, engañando a la víctima, etc...(Coanil, 2013)

Otra de las formas de clasificar el abuso sexual, es de acuerdo a la relación que tiene el agresor con la víctima, pudiendo ser catalogado como abuso sexual cometido por un familiar y el abuso cometido por alguien que no es familiar.

En el primero de los casos, el abuso sexual intra-familiar, es conceptualizado desde el incesto, en donde el familiar utiliza el vínculo que tiene con la víctima, lo cual provoca que el *“sufrimiento de los niños víctimas de un violador no sólo es la agresión en sí misma, sino también la reacción inadecuada de los miembros de la familia”* (Barudy, J . 1998. P.190) Por lo tanto, este suceso moviliza a la estructura familiar en su conjunto, en donde *“la calidad de la ayuda que se aporta a las víctimas, así como la plasticidad de la estructura familiar (...) son elementos fundamentales para la evolución y el pronóstico de este tipo de experiencias”*. (Barudy,J. 1998. P.191) Es decir, el abusador al ser uno de los miembros de la familia, manipula al menor utilizando su poder y rol dentro de la estructura familiar. Desde una perspectiva sistémica, estas familias son caracterizadas desde la poca claridad de los roles familiares, con una incoherencia en sus historias, jerarquías, teniendo compartimientos y estados afectivos ambiguos (Barudy, 1998).

Las fases, en las que es posible catalogar el abuso son las siguientes: fase de

seducción, fase de interacción sexual abusiva y fase del secreto. La primera de ellas dice relación con la manipulación que realiza el integrante de la familia, incitando al menor a participar mediante la compra de regalos o juegos. Posteriormente la fase de interacción sexual abusiva, es un proceso de carácter gradual y progresivo, en donde el abusador realiza caricias con intención eróticas, masturbación, penetración. Posteriormente la fase del secreto se caracteriza por la imposición de la ley del silencio que impone el agresor, en donde el niño o niña no tiene otra opción que adaptarse a la situación, entrando en la dinámica del chantaje. Luego las familias experimentan otras fases, esta vez producto de la desestabilización del sistema familiar al divulgarse los hechos abusivos, siendo estas la fase de divulgación propiamente dicha y la fase de represión del discurso de la víctima. La primera de ellas, dice relación con el descubrimiento del hecho abusivo, en donde algunos afectados cuentan aquello que están viviendo o muchas veces son descubiertos por un tercero. Posteriormente la fase represiva, dice relación con que muchas de las familias tienden a neutralizar los efectos producidos por la divulgación, intentando recuperar su equilibrio eliminando rápidamente los efectos producidos por el abuso, llegando en algunas ocasiones a descalificar el discurso de la víctima. (Barudy, 1998)

Por otra parte, el abuso sexual extra-familiar, es cometido , en la mayoría de los casos por personas que son conocidas

por la familia, en donde son individuos que se encuentran en contacto con ésta y con el niño de manera cotidiana por ejemplo docentes, sacerdotes, monitores de club, etc.. De acuerdo a Barudy (1998) en su mayoría se trata de sujetos masculinos, que presentan una estructura de la personalidad perversa, utilizando la persuasión, la mentira e incluso la presión psicológica para conquistar y acercarse a los menores.

Es importante destacar que *“en todos los casos, el abusador envuelve a su víctima en una relación falsa que es presentada como afectiva y protectora”* (Barudy, J . 1998. P.195)

Dicha relación abusiva produce diferentes efectos en los menores, acorde a las características, temporalidad, y tipo de abuso sufrido.

“(...) La agresión sexual es un suceso traumático que, como en el caso de otros acontecimientos negativos de los que puede ser víctima un niño (...) puede producir efectos psicológicos negativos a corto plazo (casi siempre) y a largo plazo (menos frecuente) (...)” (Echeburúa, E. et al. 2000. P.41). Existen diferentes modelos para explicar el impacto que tiene el abuso sexual en el menor, uno de ellos es el modelo del trastorno de estrés postraumático, en donde se presentan actitudes tales como irritabilidad, dificultad en la concentración, síntomas físicos tales como dolores de estómago o jaquecas, sueños terroríficos (Wolfe, Gentile & Wolfe, 1989 citado en Echeburúa et al, 2000) El segundo modelo, es el traumatogénico en donde

las razones que permiten explicar el impacto psicológico son: la sexualización traumática, la pérdida de confianza, estigmatización e indefensión. La primera de ellas, explica como el abuso interfiere en el desarrollo sexual normal del niño. La pérdida de confianza, puede generalizarse y no ocurrir solo con el agresor, sino que también con la familia. La estigmatización es sentida mediante la culpa, vergüenza las cuales se incorporan a la autoimagen que el niño tiene de sí mismo influenciando de esta manera la autoestima del menor abusado. Finalmente el sentimiento de indefensión se explica mediante la creencia que tiene el infante de no saber reaccionar ante situaciones complejas, falta de control sobre sí mismo. Generando en la víctima una situación de desamparo, un miedo al futuro. (Finkelhor, 1988 citado en Echeburúa et al , 2000).

Los efectos del abuso sexual, pueden ser a corto o largo plazo, lo cual dice relación con la aparición de estos en un límite temporal, en donde los primeros se sitúan en los dos años siguientes al abuso sexual y los segundos, posteriores a dos años del evento.

Las principales consecuencias del abuso sexual a corto plazo son las siguientes, en el ámbito físico nos encontramos con problemas del sueño como pesadillas, cambios en los hábitos alimenticios, pérdida en el control de esfínteres. En los efectos conductuales, es posible encontrar consumo de drogas o alcohol, conductas suicidas, hiperactividad, bajo rendimiento académico e incluso huidas del hogar.

Los efectos emocionales son un miedo generalizado, hostilidad, culpa, vergüenza, depresión, ansiedad, baja autoestima, rechazo al propio cuerpo y desconfianza. Entre los efectos sexuales se encuentra la masturbación compulsiva y las conductas exhibicionistas. Finalmente los efectos sociales son un retraimiento social o conductas antisociales. (Echeburúa et al, 2000)

“El alcance de las consecuencias va a depender del grado del sentimiento de culpa y de la victimización del niño por parte de los padres, así como de las estrategias de afrontamiento de que disponga la víctima.” (Echeburúa, E et al . 2000. P.45) A modo general, es posible destacar que las niñas tienden a presentar reacciones ligadas a la depresión y la ansiedad, en cambio los niños presentan fracaso escolar o dificultades de socialización, es decir, los niños tienen una mayor probabilidad de exteriorizar el problema (Bonner, 1999 citado en Echeburúa et al , 2000).

Por otro lado los efectos a largo plazo, son menos frecuentes , en donde las principales secuelas psicológicas en las víctimas adultas que sufrieron un abuso sexual en la infancia son las siguientes, por una parte dentro de las secuelas físicas encontramos hipocondría, alteraciones del sueño, problemas gastrointestinales y desórdenes alimenticios en su mayoría Bulimia. Dentro de las secuelas conductuales se presentan los intentos de suicidio. Las secuelas emocionales son depresión, ansiedad, baja autoestima, estrés post-

traumático, trastornos de personalidad, desconfianza y la dificultad para expresar o recibir de otro sentimientos de ternura y/o intimidad. Finalmente las secuelas sociales son aislamiento, dificultades en la relaciones interpersonales y en la educación de hijos (Echeburúa et al, 2000).

A partir de lo anterior, es posible observar como la evaluación del abuso sexual infantil es una tarea compleja ya que es necesaria la información de una serie de fuentes tales como víctima y su familia, junto con la utilización de diferentes instrumentos metodológicos, tales como entrevistas y cuestionarios, ya que de esta manera se posibilita una mirada integral del suceso y las consecuencias de este en el menor involucrado.

En primera instancia, es necesario conocer las características del acto abusivo (frecuencia, duración, lugar), al mismo tiempo informarse en relación al contexto familiar que es el entorno inmediato y más cercano de la víctima, en donde además, se trata de valorar la situación de la familia previa al abuso. Por otro lado, es importante explorar las reacciones del entorno ante la revelación del abuso por ejemplo si el testimonio del menor es o no validado, si la familia puede afrontar el impacto. Además, las entrevistas que son realizadas al menor, permiten apreciar si existen distorsiones cognitivas por parte de la víctima en relación al suceso vivenciado. (Echeburúa et al, 2000).

Por otra parte, se puede realizar una evaluación psicopatológica del niño, que

abarca los factores evaluados en la clínica infanto-juvenil tales como depresión, autoestima y adaptación social en donde se pueden utilizar instrumentos psicométricos tales como Inventario de ansiedad Estado/rasgo para niños STAI-C (Spielberger,1973 citado en Echeburúa et al, 2000), Test Autoevaluativo Multifactorial de adaptación infantil TAMAI (Hernández, 1983 citado en Echeburúa et al, 2000). Además hay que evaluar aquellos factores considerados secuelas del abuso sexual tales como miedos o culpa, mediante instrumentos psicométricos tales como Sexual Abuse Fear Evaluation Subscale SAFE (Wolfe & Wolfe, 1988 citado en Echeburúa et al, 2000).

Todas estas evaluaciones permiten delimitar cuáles serán los objetivos terapéuticos a abordar, acorde a las necesidades del paciente, es por lo anterior que Barudy (1998) propone una serie de etapas para la intervención de estos casos, en primera instancia se encuentra el análisis de la demanda, la cual dice relación con el comprender el contexto y contenido de ésta, para verificar la importancia y relevancia de ejecutar la intervención. Posteriormente se realiza el trabajo de grupo con familia, en donde se facilitan los espacios de diálogo para que las víctimas puedan conversar tranquilamente con sus padres. Luego se realizan reuniones con los niños, es decir, la realización de sesiones en donde solo se encuentra presente el menor abusado, apoyándolo para que encuentre un sentido, para que la víctima pueda liberarse de la influencia del

agresor. Finalmente se realiza la evaluación de la intervención, en donde las familias conversan en relación al proceso y la relevancia que tuvo este para sobrellevar el abuso que vivió uno de los integrantes.

Por otra parte Echeburúa et al. (2000) plantea que las fases del tratamiento con menores abusados sexualmente, son dos: la fase educativa y la fase terapéutica. La primera, consiste en un acción meramente pedagógica en donde el niño debe comenzar a comprender su propia sexualidad como la del adulto de manera objetiva y eficaz, de acuerdo a su edad. Otro aspecto fundamental, es el de enseñarle al menor a distinguir cuando el acercamiento de un adulto tiene una intención sexual así como estrategias que permitan evitarlas tales como el pedir ayuda o contarlo. *“Se trata, en definitiva, de que los niños comprendan que son los abusos sexuales, quienes son los que potencialmente pueden cometerlos (...)y cómo actuar cuando alguien pretende abusar de ellos”* (p.66). Es relevante que los menores comprendan que ellos no son culpables de lo sucedido, sino que al contrario esta recae en el agresor, lo que permite que el menor abusado sienta mayor control eliminando el sentimiento de indefensión, desarrollado y provocado producto de la experiencia de abuso sexual. La fase terapéutica, se centra en la descripción que el niño hace de la experiencia abusiva y de los sentimientos asociados a esta. En donde el objetivo es que el secreto se rompa junto con que el menor pueda reconocer la intensidad de los sentimientos asociados al abuso,

comprendiendo de esta manera que son legítimas y que constituyen reacciones normales en una situación que no es usual.

Metodología

Para llevar a cabo los objetivos de la presente Tesis se utilizará la Investigación Cualitativa, puesto que su foco principal apunta a la indagación e interpretación de diversos fenómenos mediante la producción de significados, ya que *“su propósito consiste en reconstruir la realidad, tal y como la observan los actores de un sistema social previamente definido”* (Hernández, Fernández & Baptista, 2003 P. 10). Es decir, es relevante comprender y analizar cómo el documento del Sename plantea desde sus propias concepciones diferentes características tanto al psicólogo como el paciente, para posteriormente analizarlas de acuerdo a las implicancias que cada una de ellas posee. Como estrategia metodológica se utilizará la investigación documental, considerando que plantea la relevancia del análisis de significaciones y expresiones en el contenido. (Hernández et al.,2003). La investigación documental es una estrategia metodológica, que plantea que el investigador mediante el estudio de los documentos se instruye sobre una determinada realidad (Yuni, J. & Urbano,C. 2003), considerando que todos los documentos tienen un significado (Valles, M. 1999). El análisis de documentos permite comprender el documento considerando que estos no son solo escritos, sino que además poseen

concepciones de sujeto e ideologías que sustentan posicionamientos,

Programa de Reparación del Sename

El SENAME tiene como misión institucional “*contribuir a la promoción, protección y restitución de derechos de niños, niñas y adolescentes, vulnerados/as, así como a la responsabilización y reinserción social de los adolescentes infractores/as de ley, a través de programas ejecutados directamente o por organismos colaboradores del Servicio*”. (Sename, 2014), propone un PRM (programa de reparación de abuso sexual infantil) en donde se plantean los lineamientos, directrices, acciones y equipo para trabajar en torno a menores que han sido vulnerados.

A partir de lo anterior, dicha organización plantea estas formas de trabajo para múltiples profesionales entre los cuales se encuentran Director, 2 psicólogos, 2 asistentes sociales, secretaria o contable, administrativo de apoyo y horas de abogado.

Los proyectos de Protección, especializados en la reparación del daño producido por el abuso sexual, centran sus lineamientos de acción en contribuir a la protección de derechos de esos infantes y adolescentes promoviendo su recuperación integral tanto a nivel psicológico, social, sexual y emocional realizando una intervención especializada en la re-significación de las experiencias abusivas, en donde se debe asegurar la

interrupción del maltrato y la entrega de un contexto protector.

El proceso de intervención especializada consta de cinco fases, primero se encuentra la fase de evaluación de ingreso la cual tiene por finalidad evaluar los antecedentes y la pertinencia de realizar acciones necesarias antes los tribunales de justicia, posteriormente se pasa a una fase de diseño de plan de tratamiento individualizado o PII, que consta en la planificación de acciones de acuerdo a los objetivos propuestos para cada infante vulnerado, en donde se busca responder a las necesidades del niño, considerando una mirada integral de tipo intersectorial. Posteriormente se pasa a una fase de ejecución del plan de intervención individual, que consiste en la ejecución del PII, en donde es necesario un apoyo social (dirigidos a la familia, en relación a la consecución de recursos tanto institucionales como comunitarios) así como también apoyo psicológico al niño y su familia considerando las medidas de protección inmediata que pueden llevarse a cabo tales como psicoterapia o fomento del buen trato. Posteriormente se pasa a una fase de egreso y seguimiento, la cual es considerada como un proceso de progresiva autonomía del niño respecto del proyecto especializado dependiendo del logro de los objetivos del PII. (Sename, 2013)

PRM. Programa de reparación de abuso sexual infantil

A partir de lo anteriormente expuesto, podemos darnos cuenta como el PRM propuesto por el Sename entrega lineamientos de acción en torno a los objetivos y roles a desempeñar a los profesionales que se encuentran ligados a la ejecución del mismo, lo cual desemboca en concepciones no solo de sujeto sino que también del rol y la forma en como este se lleva a cabo en la relación terapéutica. Es por lo tanto, trascendental comprender y analizar cuáles son los discursos que sostienen tanto el rol de psicólogo como de paciente, ejes fundamentales en la terapia de reparación.

PRM. Terapia de Reparación

- **Objetivos de trabajo - “protección al menor”**

El Sename establece que:

Los Programas de Protección Especializados en la reparación del daño asociado a maltrato físico y/o psicológico y/o agresión sexual constitutivo de delito, ejercida en contra de un niño, niña y/o adolescente centran su accionar en contribuir a la protección de los derechos de esos niños, niñas y adolescentes, promoviendo su recuperación integral (física, psicológica, social, sexual, emocional) a través de una intervención especializada, de reparación y resignificación de las experiencias abusivas que los niños, niñas y adolescentes han vivenciado, que debe asegurar la interrupción del maltrato y proveer de contextos protectores en el proceso. (Sename 2013, P.2)

A partir de lo anterior, podemos darnos cuenta como la reparación se encuentra asociada a la protección que debe ejercer el programa a los derechos de los infantes, los cuales han sido vulnerados por quien ha realizado la situación de maltrato. Este posicionamiento caracteriza a las terapias desde la necesidad de proteger a otro, el cual se encuentra desvalido y a su vez carente, en donde mediante la acción conjunta se propician instancias que posibilitan la protección de los derechos. Por lo tanto la terapia de reparación no es solamente escuchar al paciente, sino que además es entregar acciones concretas que permitan protegerlo. Dicha acción construye una imagen de sujeto desvalido y carente, en donde la terapia es caracterizada como un espacio de protección entregada por profesionales competentes, quienes ayudan al otro desvalido a superar las secuelas del abuso sexual infantil.

Si bien Echeburúa & Guerricaecheverría (2000) plantean que la adopción de estrategias urgentes de afrontamiento, específicamente las que se refieren a los contactos con los servicios sociales o el sistema policial y legal, deben ser las primeras medidas a considerar en el trabajo con menores, no podemos quedar ajenos que la concepción de tomar acciones urgentes, posiciona a estos sujetos como personas necesitadas de que otro posibilite el ordenamiento de su propia vida y suceso traumático, ya que él desde la pasividad no toma las acciones pertinentes, es el otro quien guía y acompaña. Es por esto, que la terapia entonces posiciona a los psicólogos como ordenadores de la vida de sujetos pasivos

que han sido vulnerados, es decir, se les posiciona como víctimas desvalidas.

- **Ejes de la resignificación**

Resignificación: la resignificación incluye:

- Restitución de derechos.
- Superación de las secuelas psico-afectivas.
- Reelaboración. (Sename, 2013 PP 18-19)

Restitución de derechos

La restitución de los derechos vulnerados no solamente es una expresión o materialización de la protección, sino además, representa una dimensión de la resignificación. La expresión por parte del niño, niña o adolescente de la necesidad de “se le crea”, “que su familia vea que no le gustaba, que sufría”, requiere de un pronunciamiento desde los distintos intervinientes claves como lo son el equipo reparatorio, los(as) fiscales, los peritos, testigos hasta la finalización del proceso reparatorio y reconocimiento judicial de la comisión de un delito sobre su persona.

En esta categoría se incluye el derecho a una reparación del daño físico, psicológico y/o sexual sufrido.

Superación de las secuelas psico-afectivas

El niño, la niña y/o adolescente internaliza la experiencia vivida, utilizando esquemas cognitivos, conductuales y psicosociales que delimitan su desarrollo integral y de bienestar. El concepto “reparación” - sin delimitarse a ello - alude a “resolver daños”. La superación de las secuelas psico-afectivas se refiere a la sanación del daño causado en su expresión más estricta.

Reelaboración

Más allá de la superación de las secuelas del maltrato y/o agresión sexual, se requiere una reelaboración de lo sufrido. El niño/a o adolescente se debe desculpabilizar, comprendiendo lo ocurrido en un marco

adecuado de valores y significados. Así, se postula la reparación como un proceso de aprendizaje, entendido como un curso progresivo de esfuerzos con ayuda, respetando el ritmo personal de cada víctima y la modificabilidad potencial (zona de desarrollo próximo, relacionado con la capacidad de aprovechar la ayuda de otro/a) y con miras hacia la cristalización o perpetuación de lo aprendido para su aprovechamiento posterior.

Aparte de “curar” las consecuencias negativas de la violencia ejercida, se requiere aprender actitudes y capacidades para evitarlas y enfrentarlas, posterior a su egreso, con apoyo sólo de su referente significativo.

Si bien los procesos de aprendizaje se relacionan con los planteamientos de de Echeburúa, E & Guerricaecheverría, C. (2000) quienes mencionan que la fase educativa se relaciona netamente con la prevención de futuros sucesos, considerando esta acción meramente pedagógica como un espacio en donde el menor pueda comprender tanto su propia sexualidad como la del adulto, junto con la relevancia de que le crean a los menores, ya que esa acción es meramente terapéutica, no podemos dejar de lado que es el psicólogo quien orienta estos procesos, por lo tanto su posición de poder sustenta un rol en donde es él quien desde su posición de saber orienta a otro, nuevamente caracterizado desde la pasividad y la necesidad de recibir de otro directrices que le permitan orientar su propia historia.

Es por lo anterior que el lugar en donde es posicionada la terapia enmarca dos roles claramente delimitados, por un lado el psicólogo es quien desde el supuesto

saber enseña al otro, y el paciente como víctima necesita la ayuda de este para superar las secuelas, en donde su discurso debe ser creído por otro, es decir, son aquellos más próximos los que validan su testimonio, dejando al paciente nuevamente como un mero accionar de los rumbos que los otros deciden y valoran.

- **Trabajo en red**

Se espera que tanto en la formulación, como ejecución del proyecto se incorpore el enfoque intersectorial como una mirada transversal, que permite instalar a este programa no como una intervención social aislada, sino como un aporte al desarrollo de las comunidades, generando vínculos con los distintos actores con el propósito de instalar en los territorios, las condiciones para el reconocimiento de niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos, contribuyendo, así, a una participación efectiva en sus comunidades (barrios, familias, colegio, etc.).

Para que lo anterior sea posible, se requiere que el equipo de trabajo en su conjunto, tenga esta amplitud de mirada, posea experiencia y/o formación en gestión de redes. Su labor consistirá en incorporarse a las redes existentes, potenciarlas, o bien, aportar a la generación de un soporte comunitario que asegure el ejercicio pleno de los derechos y prevenga situaciones de vulneración. (Sename, 2013 P.6)

En este plano, resulta fundamental articular, reforzar y mantener la atención y el acceso a la oferta de prestaciones especializadas

existentes y servicios complementarios a los procesos reparatorios. (Sename, 2013 p.7)

De acuerdo a Barudy (1998)

“todo intento de organizar una red de profesionales tiene ya un impacto preventivo sobre la violencia, en la medida en que esta organización permite la emergencia de rituales entre los diferentes profesionales, contribuyendo a mejor la gestión de su propia implicación emocional y del estrés provocado por el contenido de las situaciones de maltrato”. (P.267)

Es decir, la forma en que el Sename plantea la necesidad de un trabajo en redes, se relaciona con la necesidad de prevenir sus propias implicaciones, permitiendo abrir un abanico de posibilidades en pos de que la gestión realizada sea la adecuada para los menores que asisten al PRM. El rol preponderante del trabajo en red permite que *“cada uno se sitúe en un conjunto, de manera que a través de un compromiso solidario y concertado, se garantice el intercambio de información y la creatividad de todos los participantes en una red”* (Barudy, 1998 P.267)

Dichos planteamientos infieren además la capacidad de que el profesional a cargo cuente con habilidades y conocimientos no solo en su ámbito de trabajo sino que también en otras áreas para contactarse de manera adecuada con ellas, lo que indudablemente posiciona a estos profesionales como “integrales”

atribuyéndoles la responsabilidad de contactar al paciente con su entorno y los servicios sociales.

Es por lo anterior, que estos profesionales no solamente están definidos desde un área de conocimientos, sino que necesitan abrir un abanico de posibilidades para contactarse con otras redes de trabajo, lo que los define desde profesionales con un bagaje amplio de saberes.

Es así, como la terapia es caracterizada desde el agenciamiento, en donde los profesionales son los que toman las riendas de las acciones a seguir, no considerando al paciente como un agente de su propia emocionalidad, sino que al contrario, la terapia viene a enmarcar una relación de poder en donde el profesional es quien “entrega” su saber y el paciente la recibe de manera de así cambiar su vida, adquirir nuevas habilidades y potenciar recursos en un futuro.

PRM. Rol de Psicólogo

Luego de analizar y mencionar las características planteadas por el Sename a las terapias de reparación, podemos darnos cuenta que aparece la imagen tanto de psicólogo como de paciente como ejes que se relacionan en la terapia, y tienen atribuciones que son planteadas por el propio documento.

- ***Trabajo en equipo***

Un aspecto necesario de considerar, debido a que es vital para el desarrollo del equipo y para la calidad en la atención, es la capacidad de tomar decisiones técnicas en conjunto. El

elemento fundamental que debe orientar este proceso es la responsabilidad ética de desarrollar este tipo de intervención, potenciar acciones dentro de un enfoque de derechos, creatividad individual asociada a una dinámica colectiva, con el objetivo de generar un espacio de discusión y actualización técnica que facilite y oriente las decisiones e intervenciones, en resguardo de la calidad de la atención y por tanto de la seguridad y bienestar de la víctima. (Sename, 2013 P.12)

Lo anterior se relaciona con que el trabajo en equipo requiere la movilización tanto de recursos propios como externos, en donde el individuo además de adaptarse a los otros, puede con ellos mejorar y alcanzar en un determinado contexto un cometido (Carrera, X. , Cela,J . Isus, S, Paris, G & Torrelles,C . 2011). Desde esta perspectiva, el psicólogo aparece posicionado como un sujeto que debe tener diferentes capacidades y habilidades, es decir, se hace relevante la forma en cómo se comunica con los demás miembros del equipo, en donde se le entregan características de ser un profesional completo, no solo en lo que sabe sino que también de la manera en cómo plasma dichos saberes en la cotidianidad, por lo tanto se le describe como alguien que es capaz de escuchar al otro y es capaz de decidir de manera colaborativa con este.

En donde nuevamente, dichas habilidades vienen plasmadas como posibilitantes de una atención completa a la víctima, es decir, las características que le son atribuidas vienen a significar como el psicólogo es el profesional que sabe y

orienta a un sujeto desvalido, por lo tanto todo su bagaje es un empuje que potencia su labor y hace necesaria la presencia de dichas habilidades en su trabajo.

- **“Dos aristas en un mismo sujeto”**

<p>Área administrativa</p> <p>Director/a: <i>Responsable de la gestión técnica, administrativa y financiera del centro de acuerdo a sus disposiciones técnicas y administrativas así como a los derechos de los niños, niñas y adolescentes atendidos. Profesional psicólogo/a o asistente social, asumiendo media jornada como especialista. (Sename 2013, PP. 12-13)</i></p>

<p>Área terapéutica</p> <p><i>Responsable de otorgar atención directa a los niños, niñas y adolescentes del Proyecto así como a sus familias o referentes significativos, tanto en forma individual, familiar o grupal. Por otra parte, deben asegurar su participación en las articulaciones comunales, provinciales o regionales (de acuerdo a focalización del proyecto), orientado a otorgar apoyo técnico a la red de Sename, tanto a la oferta de prestaciones de especializadas como para programas de prevención existentes en el territorio, dado su experticia en las temáticas de maltrato y abuso sexual infantil. Deberá estar conformado por psicólogos/as y asistentes sociales que ejecuten colaborativamente las intervenciones psicoterapéuticas, familiares y sociocomunitarias. (Sename, 2013 P.13)</i></p>
--

Estas aristas, tanto la administrativa como terapéutica, posicionan al sujeto en primera instancia como un profesional con un bagaje amplio de habilidades y

labores, las cuales ocupan una posición de poder.

Lo anterior, dice relación con que tanto en el ámbito administrativo como terapéutico es el psicólogo quien lleva las riendas del trabajo reparatorio, en este aspecto la posición de autoridad pareciera ser inherente a los saberes asociados al rol del psicólogo.

En donde las relaciones que se construyen en los discursos posibilitan marcos de acción y nociones de sujeto, en donde el psicólogo se posiciona en primera instancia como un profesional integral, con amplio bagaje de conocimientos quien ejecuta las acciones y orienta los procesos reparatorios.

- **Psicólogo “Héroe”**

<p><i>Entre sus funciones se indican:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>Realización de profundización de los diagnósticos, así como diseño de PII.</i> <input type="checkbox"/> <i>Actualización permanente de los sistemas de registro del Proyecto en su dimensión técnica.</i> <input type="checkbox"/> <i>Intervención especializada con niños, niñas y adolescentes y sus familias o referentes significativos, de acuerdo al PII previsto acorde a cada niño, niña o adolescente.</i> <input type="checkbox"/> <i>Articulación de acuerdos con las redes locales y sectores correspondientes.</i> <input type="checkbox"/> <i>Coordinación con servicios especializados de atención en aquellos casos que requieren de tratamientos complementarios a los realizados por el Proyecto. (Sename 2013, P-13)</i>

Es importante mencionar como es el psicólogo quien diseña el PII acorde a las características del menor, lo que dice relación con la imagen que se plantea de

este profesional como un “héroe” en el sentido de que *“siempre sabe que hacer (...) los otros los del problema (...) no tienen nada que aportar a la resolución del problema”* (Aldea, E & Lewkowicz, I. 1999)

Es por este motivo, que el psicólogo viene “cargado” con un bagaje de conocimientos lo que posibilita que sea el quien oriente los procesos, en donde pareciera ser que los saberes son los que entregan y permiten que sea él quien ocupe la posición de poder en relación al paciente, y de esta manera delimite, oriente y ejecute las acciones que el mismo diseña, mirando al paciente de forma pasiva.

Este rol viene a su vez relacionado con la fase de aprendizaje que plantea el Sename:

Así, se postula la reparación como un proceso de aprendizaje, entendido como un curso progresivo de esfuerzos con ayuda, respetando el ritmo personal de cada víctima y la modificabilidad potencial (zona de desarrollo próximo, relacionado con la capacidad de aprovechar la ayuda de otro/a) y con miras hacia la cristalización o perpetuación de lo aprendido para su aprovechamiento posterior. (Sename, 2013 P.18-19)

La zona de desarrollo próximo puede ser definida como la distancia real entre la capacidad actual de resolver independiente una situación problemática y el nivel de desarrollo potencial determinado por la guía u orientación de un otro más capaz (González, A , Hernández,D & Rodríguez, A. 2011) Es a

partir de lo anterior, como podemos darnos cuenta que el psicólogo es caracterizado como el “experto”, quien sabe lo que hay que hacer y cómo hay que hacerlo *“lleva consigo un bagaje de conocimientos, teorías, ideas, saberes, lleva una posición un título que lo autorizan para actuar, lleva una hipótesis sobre cómo es la realidad y qué hacer con ella”* (Aldea, E & Lewkowicz, I. 1999)

De esta manera, su rol viene caracterizado desde quien toma las decisiones, desde quien orienta y sabe lo que hay que hacer y en qué momento hacerlo, en donde nuevamente los conocimientos relacionados con la academia le permiten modificar la realidad, acorde a los parámetro que el mismo considera adecuados, en donde nuevamente la víctima aprende de éste otro, que es posicionado como el “más capaz” debido a sus conocimientos profesionales.

Es importante mencionar, que este posicionamiento de “otro más capaz” posiciona al paciente como alguien desvalido que necesita la ayuda del “profesional” para orientar su propia vida, en donde más que ser un agente de su propia historia, es mirado desde la pasividad y la recepción de “conocimientos” dictados por el “experto”.

- **Experticia Profesional**

Tabla 1

<p>Diseño de Plan de tratamiento individualizado o PII Corresponde a la serie planificada de acciones a seguir según los objetivos de intervención propuestos para cada niño/a o adolescente y su familia. En esta fase cobra especial relevancia la experticia profesional, la creatividad y flexibilidad del equipo, la capacidad de planificación y organización estratégica. (Sename 2013. P.9)</p>	<p>En relación a la psicoterapia, este proceso debe ser llevado por profesionales con formación en terapia y que participen en procesos permanentes de capacitación en la atención del maltrato y abuso sexual infantil. (Sename, 2013 P.10)</p>
--	--

Tabla 2

<p>Un buen diseño de proyecto debe contemplar ambos aspectos, la experticia y protección del equipo, previniendo la aparición del síndrome del estrés laboral crónico. (Sename 2013 P.12)</p>	<p>Los profesionales y técnicos deben contar con, mínimo tres años de experiencia laboral, en el área de infancia y adolescencia, con especial énfasis en trabajo de carácter “reparatorio”, o en intervenciones clínicas y comunitarias, en consideración a la complejidad de la problemática de abuso sexual y maltrato. (Sename, 2013 P.12)</p>
---	--

Es importante mencionar que el documento del Sename posiciona al psicólogo como un experto, en la medida en que afirma que deben contar con formación académica en las aristas teóricas dadas por la situación a trabajar, es decir, el abuso sexual infantil.

En la medida en que el psicólogo es posicionado como el experto, el lugar que dicha conceptualización trae consigo es la persona a quien se le dota de poder, en la medida en que sus saberes vienen a ordenar y sistematizar la experiencia traumática de otro. Dicho poder viene sustentado desde los saberes de la academia.

Considerar al psicólogo como un experto es dotarlo de poder en la relación terapéutica, como un agente que sabe y eso mismo posibilita y autoriza las acciones a realizar en el espacio de terapia.

Al mismo tiempo es importante destacar que la experticia viene asociada a los conocimientos adquiridos, a los procesos de capacitación y saberes desde la academia, en donde se plantea relevante “aquello que sabes”, es decir, la experticia es directamente asociada a los estudios.

- **Psicoterapia**

Tabla 1

Encuadre protector	Apoyo Psicológico
<p>En la intervención en crisis, el/la psicólogo/a debe utilizar las herramientas clínicas que permitan evaluar la funcionalidad de la crisis para reevaluar</p>	<p>El apoyo psicológico al niño/a o adolescente y las familias debe estar presente durante toda la</p>

<p><i>estrategias de abordaje a seguir. En esta fase y situación se requiere fortalecer un contexto de protección que permita que las víctimas no se perciban o sean expuestas a nuevas situaciones de vulneración, retractación y/o de re-traumatización. (Sename 2013, P.10)</i></p> <p><i>(...) también necesita de un encuadre capaz de contener y orientar los procesos que se generan, en términos de tiempo disponible para la intervención, la frecuencia de las sesiones, la realización de un contrato terapéutico, privacidad y otras condiciones definidas por el/la profesional. (Sename, 2013 P.</i></p>	<p><i>intervención, el que debe ser considerado en todos los casos, se requiera o no de medidas de protección inmediatas, el que puede llevarse a cabo a través de las siguientes herramientas: intervención en crisis, psicoterapia y terapia de grupo, fomentando el buen trato al interior de la familia de la víctima. (Sename, 2013 P.10)</i></p>
--	--

	<p><i>situación de maltrato (Sename, 2013 P.10)</i></p>
--	---

Desde esta vereda, la psicoterapia viene definida desde la instauración de un encuadre protector lo que se relaciona con los planteamientos de Llanos y Sinclair (2001) en donde se menciona que es tarea del terapeuta ofrecer un espacio contenedor que le permita al menor expresar sus emociones, facilitando dicho proceso. De acuerdo a Barudy (1998 citado en Llanos & Sinclair, 2001) corresponde al terapeuta transmitir al paciente que independientemente de lo que él haya hecho o dejado de hacer, el responsable es el adulto abusador, por el solo hecho de ser un adulto en interacción con un niño.

Esta desculpabilización se encuentra enmarcada, en la forma en que se plantea que el paciente debe comprender la situación de disparidad de poder en la que se vio enfrentada con el adulto abusador.

Tabla 2

Experticia	Temporalidad
<p><i>En relación a la psicoterapia, este proceso debe ser llevado por profesionales con formación en terapia y que participen en procesos permanentes de capacitación en la atención del maltrato y abuso sexual infantil. (Sename, 2013 P.10)</i></p>	<p><i>La psicoterapia por sus características, requieren de un tiempo y oportunidades adecuadas, en el sentido de que no debe activarse en momentos de crisis emocionales o intensas y precisa la estabilización relativa de la</i></p>

Dicho espacio contenedor, posiciona al sujeto psicólogo en primera instancia desde la autoridad de quien ejecuta la terapia, pero al mismo tiempo como un guía que debe proteger y cuidar a los pacientes posicionados como “víctimas”, es decir, como quien encuadra el proceso y sabe las acciones pertinentes a ejecutar con el paciente.

Sin embargo es importante mencionar, que el espacio de terapia viene asociado por un lado a la experticia del profesional psicólogo y su rol no solo de escucha activa sino que también de proteger a otro

caracterizado como desvalido, de esta manera inevitablemente se entrega al psicólogo una responsabilidad ética en la medida en que él es el encargado del bienestar del paciente, quien necesita protección y orientación. Es el espacio de terapia un espacio que viene cargado desde el simbolismo del cuidado y protección, es decir, como el lugar que debe tener estas características debido a la vulnerabilidad con la que es caracterizado el paciente.

- ***Autocuidado del equipo***

Tabla 1

“Un buen diseño de proyecto debe contemplar ambos aspectos, la experticia y protección del equipo, previniendo la aparición del síndrome del estrés laboral crónico” (Sename, 2013 P.12)

Tabla 2

Conjuntamente, se releva la necesidad de que las instituciones protejan los recursos profesionales mediante acciones de autocuidado, así como la potencien la capacidad de los propios profesionales de cuidarse a sí mismos, especialmente por las altas demandas emocionales que implica realizar intervenciones con niños, niñas y adolescentes abusados, el elemento de contingencia permanente con los/as usuarios/as del proyecto, los contextos de precariedad en que ellos/as se desenvuelven y la escasez actual de servicios para atenderlos en todas su problemáticas, lo que sobrecarga a los equipos profesionales de mayores exigencias personales y profesionales. (Sename, 2013 P.12)

El autocuidado, toma un lugar importante para el documento del Sename, en la medida en que considera que el autocuidado es esencial para el trabajo con menores.

Debido a que quienes trabajan con víctimas de violencia, cualquiera de ellas, están expuestas a un desgaste profesional (Farkas, C & Santana, A. 2007)

Barudy (1999 citado en Santana & Farkas, 2007) plantea que cualquier programa que se relacione con la protección infantil debe contener un dispositivo para proteger la implicación ética y política de los profesionales.

Dicha necesidad de protección posiciona a los sujetos desde dos aristas, primero como vulnerables, es decir, como quienes se pueden ver afectados por la emocionalidad de otro, en donde se toma conciencia de sus propios procesos emocionales, pero al mismo tiempo como agentes preventivos que deben proteger su propia herramienta de trabajo, es decir, el autocuidado facilita también que la posición de poder en la que el psicólogo se ve envuelto en la relación terapéutica, no se ve entorpecida por su propia emocionalidad.

PRM. Rol de Paciente

Luego de analizar las nociones, percepciones y discursos que sustentan el rol de psicólogo, es importante comenzar a mirar y comprender que emerge desde las nociones de sujeto usuario (paciente) que plantea el documento del Sename del año 2013.

- **Sujeto de atención**

Tabla 1

La intervención de los proyectos de reparación está dirigida a todos los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años, que han sufrido maltrato físico o psicológico grave y/o agresión sexual, situación que además califica, en términos judiciales, como un hecho constitutivo de delito. (Sename, 2013 P.4)

Tabla 2

Los hechos de maltrato infantil constitutivo de delito, de acuerdo a la ley n° 19.927 de delitos sexuales, son los siguientes:

Agresión sexual, en cualquiera de sus formas, de niños, niñas y adolescentes. *Incluyen la violación, el estupro, el abuso sexual (propio, impropio y/o agravado), sodomía, exposición a niños/as a actos de significación sexual, y pornografía infantil.*

Maltrato físico grave sufrido por niños, niñas y adolescentes. *Se incluyen aquí a todos los niños, niñas o adolescentes que ven comprometida su integridad física y psicológica a causa del ejercicio de violencia extrema. (Sename, 2013 P.4)*

A partir de lo anteriormente expuesto, podemos darnos cuenta como en una primera instancia se plantea a los pacientes como víctimas, es decir, como infantes que han visto vulnerados sus derechos, lo cual ha sido constitutivo de delito de acuerdo a la ley nacional. Dicho posicionamiento entrega al sujeto la noción de persona dañada, agredida, maltrata y vulnerada.

- **Reconocimiento como víctima**

Reconocerse víctima (niño, niña o adolescente).

Asignación adecuada de responsabilidades.

Reconocimiento al agresor (identificación) y su responsabilidad.

Eliminación de la justificación del abuso y/o agresor (niño/a y vínculo significativo).

Reconocimiento al niño, la niña o adolescente como víctima (desculpabilización de las víctimas).

(Sename 2013, PP18-19)

El documento del Sename plantea como parte del proceso reparatorio el reconocerse como víctima, lo cual supone registrar al sujeto en relación a la situación de desigualdad jerárquica en la que se encontró con el adulto abusador en el pasado, lo que permite facilitar el proceso de desculpabilización.

Sin embargo el concepto de víctima, lleva consigo una autopercepción de persona dañada, limitada en recursos e incompetente para dirigir su propia vida, en donde la persona esta predispuesta a interpretar sus problemas como consecuencias del abuso, más que situaciones difíciles de la vida que pueden ser superadas.

El hecho de identificar a la persona solo como víctima impide que pueda utilizar sus propios recursos para enfrentar las situaciones, comprendiendo que estas pueden ser superadas.

- ***Necesidad de aprender – necesidad de protección***

<i>Aprender</i>
<i>Aparte de “curar” las consecuencias negativas de la violencia ejercida, se requiere aprender actitudes y capacidades para evitarlas y enfrentarlas, posterior a su egreso, con apoyo sólo de su referente significativo. El aprendizaje no es sólo parte del proceso de resignificar, sino que constituye un recurso para el niño/a y su vínculo significativo. (Sename 2013, PP18-19)</i>
<i>Protección</i>
<i>Toda intervención de los proyectos especializados se basará en el interés superior del niño/a y/o adolescente contenido en la Convención sobre los Derechos del niño- protegiendo y resguardando, a cabalidad, sus derechos, durante el proceso de intervención (Sename 2013, P.5)</i>
<i>La necesidad de proteger al niño/a o adolescente exige de quienes intervienen realizar permanentemente acciones destinadas a interrumpir la situación de maltrato y abuso sexual infantil. (Sename 2013, P.17)</i>

Al mismo tiempo, el Sename plantea que el sujeto debe aprender actitudes y capacidades para enfrentar las consecuencias negativas de lo vivido y para así prevenir nuevas ocurrencias. Dicho proceso de aprendizaje, se realiza

en compañía del psicólogo, como pudimos analizar en el apartado anterior.

Este proceso de aprendizaje posiciona al paciente desde una situación de pasividad, es decir, es el psicólogo quien enseña nuevas pautas relacionales, que le permitan prevenir futuras situaciones de vulneración. Sin embargo es importante destacar, que como se mencionó en el apartado anterior, es el psicólogo quien es posicionado como “el experto” que enseña a otro que no sabe cómo actuar en determinadas situaciones, por lo tanto, nuevamente aparece como un agente pasivo que más que utilizar sus propios recursos, debe aprender nuevas y “mejores” capacidades para desenvolverse en el futuro.

Junto con la necesidad de aprender nuevas pautas relacionales, se plantea que los pacientes tienen una necesidad de protección, en donde aparecen posicionados nuevamente desde el desvalidamiento. Desde esta perspectiva, el paciente es presentado en el discurso como alguien carente, violentado, víctima, vulnerable, que necesita la ayuda de otro para superar las secuelas, es decir, no son tomados en consideración los propios recursos con los que cuenta el paciente para llevar a cabo un proceso de agenciamiento.

- ***Contextual – individualizado***

La intervención que tiene como foco al niño, niña y/o adolescente y sus necesidades, en todo el proceso y en la toma de decisiones, debe considerar asimismo, elementos específicos y diferenciados para la intervención en maltrato físico y psicológico

grave y agresiones sexuales, en consideración a edad y sexo del niño/a, la cronicidad y gravedad de la violencia, fase alcanzada del abuso, grado de daño, quién es el agresor/a, presencia o no de figura adulta significativa, motivación o no de asistencia a terapia. (Sename 2013, P.5

Para llevar a cabo el proceso reparatorio, es el psicólogo quien diseña el PII acorde a las necesidades de cada niño. En este aspecto se considera un sujeto individualizado acorde a su edad y perspectiva de género, considerando en este último que niños y niñas experimentan el abuso de manera diferente, en donde a partir de la experiencia vivida pueden generar estereotipos, atribuciones y roles en relación a las características de hombres y mujeres, por lo cual se hace relevante que los especialistas estén atentos a dichas atribuciones con el fin de trabajarlas en el espacio de terapia.

“Con relación a la incorporación del enfoque de género, se debe consignar la manera en que la situación de vulneración afecta de manera diferenciada a niños y niñas, relevando aquellos aspectos que se relacionan con la construcción de la identidad de género.” (Sename, 2013 P.11)

A partir de lo anterior, podemos darnos cuenta como el sujeto no es visto desde la homogeneidad o generalización de lo vivido, sino que al contrario se consideran características contextuales, personales, género y edad para llevar a cabo el proceso reparatorio.

De acuerdo a los planteamientos de Llanos y Sinclair (2001) el abuso sexual es una experiencia traumática en donde los efectos no se constituyen en un síndrome único.

Podemos darnos cuenta, a partir de lo anterior, que es importante considerar la particularidad de cada uno de los niños (as) y adolescentes que acuden a estos centros, en la medida en que la forma en como cada uno experimenta y significa su experiencia es diferente.

Las personas son heterogéneas respecto a sus propias características de personalidad, estilos de vida y efectos del abuso, por lo tanto es relevante considerar y conocer sus diferentes facetas y áreas de la vida.

Desde esta perspectiva, es importante mencionar que el paciente no es categorizado desde una generalidad, sino que si bien todos han vivido un abuso sexual o una situación de maltrato, cada uno de ellos fue experimentado y vivenciado de manera diferente. Por lo tanto, se considera la particularidad de cada uno de ellos, considerando que el ciclo vital, la historia son esenciales para comenzar un trabajo.

- **Adulto significativo**

Resulta importante destacar que, aun siendo el sujeto de atención aquellos niños, niñas y/o adolescentes que han sido víctimas de maltrato constitutivo de delito y/o agresión sexual, esto no implica que las intervenciones deban ser realizadas completa y exclusivamente con los niños/as.

Puede ocurrir que sean aquellos adultos significativos o pares (por ejemplo, padre, madre o hermanos) sobre quienes deba ampliarse la intervención, siempre en la perspectiva de la reparación del daño en el niño/a, o de la activación de recursos de protección en la familia o la comunidad. (p.4)

Es importante mencionar, que el trabajo con las familias aparece como un aspecto a considerar en el trabajo reparatorio con los niños, desde esta perspectiva se puede mencionar de acuerdo a los planteamientos de Echeburúa & Guerricaecheberría (2011) que independiente de la edad del niño, o de las medidas atingentes tomadas para la protección de la víctima, la intervención psicológica con los familiares es imprescindible, ya que ellos tendrán que afrontar una situación dolorosa, pero son los que deben garantizar la protección y seguridad al menor, ya que si los familiares presentan una reacción negativa ante la revelación del abuso por parte del niño, como por ejemplo no creerle, puede impedir un buen tratamiento reparatorio, ya que el menor no sentirá el apoyo emocional necesario, lo cual podría incentivar su sintomatología.

Este posicionamiento, implica como el paciente es visto desde la carencia y con la necesidad de un apoyo constante de la figura de otro, en este aspecto las redes y las personas significativas toman relevancia en los procesos reparatorios en la medida en que ellos permiten facilitar el trabajo con los menores, es decir, el

paciente es visto como una persona que necesita la mayor cantidad de recursos disponibles para poder superar las secuelas o emocionalidades asociadas al abuso sexual infantil.

- **Usuario informado**

Se espera asimismo, que a lo largo de todo el proceso se entregue información pertinente al niño, niña o adolescentes y a sus adultos protectores acerca del proceso de intervención del proyecto (tiempos, etapas, procedimientos; así como el proceso judicial que enfrentará el niño(a) y los adultos como familia. Este criterio se funda, en hallazgos en distintos proyectos sobre el impacto positivo, de mantener informada adecuada y permanentemente a usuarios(as) de programas y sus adultos significativos del proceso en curso como otro aspecto reparador de las intervenciones. (Sename, 2013 PP 5-6)

La perspectiva de que el paciente sea un usuario informado, implica la responsabilidad ética de los profesionales de considerar al otro con el que se está llevando el proceso reparatorio, en la medida en que es sobre su historia y sobre un evento que el mismo experimento y significado de una manera particular.

Este planteamiento se sustenta en la necesidad de que el espacio terapéutico cuente con un encuadre con límites claros y explícitos, manifestando de forma clara los objetivos y características de la terapia. (Llanos & Sinclair, 2001)

Es importante destacar, que esta iniciativa es fundamentada desde el Sename como un aspecto reparador, lo cual implica simplemente que el paciente es un

receptor de determinadas situaciones, por lo tanto más que influir directamente en el proceso solo recibe las indicaciones de las actividades que se realizaran con él, siendo un receptáculo de las indicaciones del equipo profesional.

Reflexiones Finales

El abuso sexual infantil, es un suceso que afecta a un gran número de niños(as) en nuestro país, el cual trae consigo una serie de procesos tanto legales como psicológicos para llevar a cabo el proceso llamado “reparación”, en donde se plantea que estos menores deben superar las secuelas físicas y psicológicas, desculpabilizándose y utilizando ese espacio como un aprendizaje que les permita identificar futuras situaciones peligrosas y sobreponerse ante futuras dificultades.

El abuso sexual infantil es considerado unos de los principales acontecimientos negativos al que puede ser sometido un niño, es por esto que la terapia pasa a ser preponderante.

Las etapas del proceso reparatorio plantean que el menor pueda resignificar la experiencia abusiva, en donde de acuerdo a Vergara (2011 citado Capella & Gutiérrez, 2014) se plantea que el sujeto pueda revocar una experiencia, tanto en aspectos emocionales como cognitivos de manera de incorporar nuevos contenidos que contribuyan a la comprensión de lo sucedido.

En este sentido, no implica que el sujeto elimine lo ocurrido, sino que incorpore dicha experiencia en su identidad

(Montenegro & Piper, 2009 citado en Capella & Gutierrez, 2014) Desde esta perspectiva la terapia *se orienta a que la persona que ha sido víctima pueda expresar, explorar y elaborar los conflictos asociados a la experiencia abusiva vivida, integrándola como una experiencia negativa de su vida, pero como una más dentro de un conjunto de ellas que por sí sola no determina su futuro ni la visión de sí mismos* (Capella, 2007 citado en Capella et al. , 2014). En donde, de acuerdo a Martínez (2012 citado en Capella et al., 2014) la terapia implica poner la experiencia del abuso dentro de la propia vida, reconociéndolo como un hecho particular y no como la totalidad de ésta.

Es importante destacar que el concepto reparación, viene asociado al reparar algo, que se encuentra “roto”, lo que de alguna manera significa estigmatizar a niños, posicionándolos como sujetos que estarán determinados por el evento “traumático” para el resto de sus vidas, lo que puede continuar posicionándolos como víctimas y vulnerables. (Capella et. Al 2007).

Desde esta perspectiva, considerar el concepto de resignificación permite que las experiencias sean vivenciadas y experimentadas como un suceso particular y no como la totalidad, permite en este sentido reconocer otros recursos de los niños y no estigmatizarlos, limitando de esta manera sus propios recursos.

La forma en como miramos al otro tiene impacto y no es algo neutro carente de ideologías e implicancias.

La terapia es considerada desde el Sename como una herramienta para la intervención, en donde dicho concepto implica el “intervenir”, es decir, inmiscuirse en la historia de un sujeto de manera de orientar sus procesos. Por lo tanto si la terapia es considerada parte de esta “red”, viene a replicar relaciones de poder, en donde queda de manifiesto que son los expertos quienes deciden lo más adecuado y que es lo correcto para el paciente. Por lo tanto la terapia, más que ser un espacio de escucha, interviene de manera de modificar y lograr ciertos resultados en el paciente, considerando en este caso, lo más adecuado y correcto de acuerdo a parámetros externos, representados por el saber del psicólogo.

Al mismo tiempo, no podemos dejar de lado ni invisibilizar el hecho de que el espacio terapéutico es construido en medio de una serie de intervenciones legales y sociales, las cuales no siempre son compatibles entre sí, por lo tanto cabe la pregunta ¿en qué lugar queda el paciente? Desde esta perspectiva podemos apreciar que éste es un receptáculo de una serie de situaciones, con el objetivo simplemente de ordenar su vida acorde a parámetros expuestos desde el exterior, sin considerar las implicancias de que un individuo en un determinado momento se encuentre sobreintervenido, lo cual no es beneficio para el bienestar del paciente, lo cual debe

ser el eje principal de cualquier tipo de terapia.

Los espacios terapéuticos vienen a posicionar y delimitar roles tanto a psicólogo como paciente, en donde se enmarcan concepciones tanto explícitas como implícitas del rol que ambos ocupan y significan en el espacio de terapia.

En una primera instancia podemos mencionar que el psicólogo ocupa un lugar central en las terapias, siendo este quien se encarga de propiciar un encuadre protector, crear el PII y ejecutarlo, en donde el paciente pasa a ser un receptor de todo aquello que el psicólogo desde su vereda puede transmitirle para de esta manera superar las consecuencias del abuso.

Foucault (1996), plantea que el poder no se tiene intrínsecamente sino que se otorga y negocia en las relaciones y discursos que se construyen en el tiempo. La palabra no solamente dice, sino que también silencia, inhibe y calla.

Es posible mencionar, que el poder del psicólogo se negocia en la misma relación y la posición en que los otros lo colocan, en donde el Sename, lo posiciona desde un supuesto saber, es decir, desde quien con su bagaje de teorías y aprendizajes desde la academia, es el más adecuado para llevar a cabo las terapias de reparación, es quien sabe lo que hay que hacer y cómo hay que hacerlo, es quien a fin de cuentas, organiza la propia terapia.

El psicólogo, es posicionado como el “más capaz” en comparación con el paciente, en donde es el primero de estos quien le enseña a un otro, quien ayuda a este otro en proceso de aprendizaje, que define y caracteriza los procesos de reelaboración, desde el Sename.

Sin embargo cabe preguntarnos ¿Qué lugar ocupa el otro? ¿qué posición, qué momento envuelve a la figura del paciente?

El paciente es caracterizado como una víctima, lo cual trae consigo una posición y una autopercepción de persona dañada, de quien necesita la ayuda de este otro para “superar las secuelas del abuso”, desde aquellas herramientas que entrega el psicólogo para que el propio paciente pueda más adelante seguir fortaleciendo sus propios recursos.

Sin embargo ¿Qué implicancias trae todo esto?

El paciente, es caracterizado desde una posición pasiva, como un receptáculo de todo aquello que el psicólogo le transmite en la terapia, pero ¿Qué pasa con los recursos, potencialidades que tiene el propio paciente?.

El documento del Sename, plantea que el tratamiento es individualizado, de acuerdo a las características, necesidades del propio paciente, en donde el psicólogo es quien diseña este tratamiento, entonces ¿Qué pasa con la individualidad de recursos del paciente?

Pareciera ser que se considera la individualidad desde “el todos somos

distintos”, pero no como un agenciamiento, en donde se considere a este otro como parte activa de su propio proceso de reelaboración de lo sucedido luego del abuso sexual.

El paciente, no puede ser catalogado solo desde lo carente o la necesidad de, ya que esto impide que pueda contactarse con todo aquello que el mismo posee, con sus recursos y herramientas propias. Considerar a los menores como “niños que necesitan ser reparados del abuso”, termina por cosificarlos, mirándolos solo desde la perspectiva del abuso.

El psicólogo no puede construir algo sin considerar a ese otro desde su totalidad, visualizando sus recursos y capacidades, sobre todo si consideramos que en la terapia tanto psicólogo como paciente ocupan un rol y lugar importante. Encerrarse en las teorías impide que la práctica misma, que el contacto con ese otro, considere la individualidad que desde el Sename es relevante en el PRM.

Es importante considerar, que los menores abusados sexualmente, estuvieron durante un periodo de tiempo siendo sometidos por un adulto que sobrepaso su poder y envolvió al menor en una relación abusiva, sin respeto por la integridad de otro.

Desde este contexto, en las terapias que intentan sobreponer a los menores abusados sexualmente, se hace aún más relevante respetar la integridad del otro, de manera de considerarlo parte esencial de los procesos terapéuticos. La forma en cómo se encuadra el trabajo es clave para

plantear como el paciente participara en el proceso reparatorio, ya que “*puede ser altamente probable que el paciente se sitúe en una posición de sumisión y anticipe que deberá someterse a la pericia del terapeuta(...)*” (Llanos & Sinclair, 2001. P.5)

De esta forma, “someter” al paciente a una nueva relación de poder asimétrica, trae el riesgo de replicar la relación abusiva a la que se vio envuelto con anterioridad, lo cual en vez de ser favorecedor, perjudica la emocionalidad y terapia del menor.

A partir de lo anterior, es importante considerar que los pacientes deben estar empoderados de sus propios procesos, ser agentes activos en aquello que involucra su propia historia, relaciones y emocionalidad. El psicólogo, no debe actuar desde una posición autoritaria que se signifique desde las teorías que trae consigo, sino que al contrario debe facilitar que el paciente sea el agente de su propio cambio, si es que el mismo considera que esto es necesario.

Los discursos contruyen concepciones, realidades y posicionamientos de sujeto, por lo tanto, la forma en como manifestamos y caracterizamos un rol u otro significa como estamos mirando a ese otro, que lugar le estamos dando y como consideramos su individualidad. No podemos olvidar que aquello que se dice o no se dice tiene un impacto en la realidad del otro, y en la forma en como este es posicionado en la relación terapéutica.

Considerar al paciente como un agente pasivo tiene implicancias, como las mencionadas anteriormente, por lo tanto es importante que tanto psicólogo como paciente no queden envueltos en dos categorías ajenas, sino que al contrario ambos en conjunto trabajen en pos de objetivos, en donde los recursos y potencialidades de cada uno sean tomadas en consideración, ya que el conocimiento desde la academia por sí solo no es suficiente, la practica misma, permite que unos y otros logren trabajar en pos de lo que ellos consideran relevante para niños que se han visto vulnerados en una etapa de su desarrollo.

Referencias

- ✚ Aldea, E & Lewkowicz, I. 1999 *La subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud.* Recuperado en 28 de Octubre de 2014 de listas.flacso.org.ar/pipermail/tutor-esgestion/attachments/.../attachment.doc
- ✚ Barudy, J. (1998) *El dolor invisible de la infancia: Una lectura ecosistémica del maltrato infantil.* España: Paidós
- ✚ Belen Educa (2013) *Protocolo de acción y prevención frente al Abuso Sexual Infantil.* Recuperado en 30 de Junio de 2014 http://www.beleneduca.cl/Protocolo_Accion_Preencion_Abuso_Sexual.pdf

- ✚ 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. Disponible en <http://www.psicoperspectivas.cl>
- ✚ Carvajal, C. & Marty, M. (2005). Maltrato infantil como factor de riesgo de trastorno por estrés posttraumático en la adultez. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 43(3), 180-187. Recuperado en 01 de Julio de 2014, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272005000300002&lng=es&tln g=es. 10.4067/S0717-92272005000300002.
- ✚ Carrera, X. , Cela, J. , Isus, S, Paris, G & Torrelles, C. (2011) El concepto zona de desarrollo próximo y su manifestación en la educación médica superior cubana. *Revista de curriculum y formación del profesorado*, 15 (3), 329-344. Recuperado en 28 de Octubre de 2014 de <http://www.ugr.es/~recfpro/rev153COL8.pdf>
- ✚ Cavas (s.f) *Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales* (Cavas Metropolitano): Área Reparación. Recuperado en 30 de Junio de 2014 de <http://www.policia.cl/jenafam/cavas/downloads/infocavas.pdf>
- ✚ Coanil (2013) *Prevención en Maltrato y Abuso sexual*. Recuperado en 30 de Junio de 2014 de http://www.coanil.cl/info_articulos_resumidos/maltrato_y_abuso_sexual.pdf
- ✚ Correa, M & González, S. (2013) *Análisis crítico de seis programas de prevención del abuso sexual infantil, utilizados actualmente en la región de Valparaíso: una aproximación al posicionamiento relacional de niños y niñas en la prevención*. Tesis para optar al grado de licenciado en Psicología y al título de Psicólogo
- ✚ Echeburúa, E. & Guerricaecheverría, C. (2000) *Abuso Sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. España: Ariel.
- ✚ Echeburúa, E. & Guerricaecheverría, C. (2011). Tratamiento Psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. *Behavioral Psychology* 19 (2), 469-486. Recuperado en

- 20 de Junio de 2014
<http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/ASI.pdf>
- ✚ Foucault, M. (1996). *El orden del discurso*. Madrid: La piqueta.
 - ✚ Glaser, D & Frosh, S. (1998) *Abuso Sexual de niños*. Argentina: Paidós
 - ✚ González, A , Hernández, D & Rodríguez, A. 2011
 - ✚ Guerra, O & Vañó, C. (2001) Abusos Sexuales: una situación de desprotección. *Medifam 11*, 24-29. Recuperado en 20 de Junio de 2014
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1131-57682001000100006&script=sci_arttext
 - ✚ Hernández, R. , Fernandez, S. & Baptista, P. (2003) *Metodología de la Investigación*. México: McGraw Hill
 - ✚ Llanos, M., & Sinclair, C. (2011). Terapia de Reparación en Víctimas de Abuso Sexual. Aspectos Fundamentales. *Psykhe*, 10(2), 53-60. Recuperado en 2 de Julio de 2014
<http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/373>
 - ✚ Sinclair, C & Martinez, J (2006) Culpa o Responsabilidad: Terapia con Madres de Niñas y Niños que han Sufrido Abuso Sexual. *Psykhe* (Santiago), 15(2), 25-35. Recuperado en 22 de octubre de 2014, de
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282006000200003&lng=es&tlng=es.10.4067/S0718-22282006000200003.
 - ✚ Malacrea, M (2000) *Trauma y Reparación: El tratamiento del abuso sexual en la infancia*. España: Paidós.
 - ✚ Santana, Alejandra Isabel, & Farkas, Chamarrita. (2007). Estrategias de Autocuidado en Equipos Profesionales que Trabajan en
 - ✚ Maltrato Infantil. *Psykhe* (Santiago), 16(1), 77-89. Recuperado en 4 de noviembre de 2014, de
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282007000100007&lng=es&tlng=es.10.4067/S0718-22282007000100007.
 - ✚ Sename (2013) *Programas de Protección especializada en Maltrato y Abuso Sexual Infantil (PRM)*. Recuperado en 30 de Junio de 2014 de
http://www.sename.cl/wsename/libros/citaciones/p32-18-11-2013/7_BASES_TECNICAS_PRM.pdf

Anexos

Tabla categorías.

Categorías PRM Terapia de reparación	Categorías PRM Rol de psicólogo	Categorías PRM Rol de paciente
<ul style="list-style-type: none"> • Resignificación • Judicialización de la vulneración de derechos • Proceso reparatorio • Tiempo limitado de intervención • Usuario/ adulto significativo • Redes • Intervención particularizada • Contexto protector • Información • Multidisciplinario • Acompañamiento • Consecución de logros • Ética • Interrupción maltrato 	<ul style="list-style-type: none"> • ejecutor de acciones específicas • trabajo multidisciplinario • redes • apoyo psicológico • sistema de registro • plan específico de acciones de acuerdo a la particularidad del paciente (PII) • experticia • trabajo en equipo • autocuidado • rol administrativo • protección a la víctima • pautas de aprendizaje 	<ul style="list-style-type: none"> • necesidad de protección • víctima (acto constitutivo de delito) • adulto significativo • individualizado • usuario informado • necesidad de acompañamiento • acceso a red comunitaria • consecución de logros • aprendizaje