

DOCUMENTO DE APOYO PARA LA INTERVENCIÓN FAMILIAR.

División de Servicio y Prestaciones
Departamento de Diseño y Evaluación
Unidad de Diseño

JULIO 2022

Contenido

| | |
|---|-----------|
| Presentación | 4 |
| Contexto | 5 |
| 1. Marcos Teóricos Conceptuales | 6 |
| 1.1 Familias | 6 |
| 1.2 Violencias hacia los niños, niñas y Adolescentes | 7 |
| 1.3 Efectos de la violencia en los niños, niñas y adolescentes | 8 |
| 1.4 Procesos Neuropsicológicos afectados por las experiencias de maltrato | 9 |
| 1.5 Afectación a nivel del Apego y la Regulación..... | 11 |
| 1.6 Afectación a nivel de Vínculo | 13 |
| 2. Modelos de Abordaje a Nivel Familiar de la Violencia en la Infancia | 14 |
| 2.1 Modelos Centrados en la Reparación/Resignificación/ Daño de las Experiencias de Mal Trato. | 16 |
| Modelo ARC- Apego, Regulación y Competencia (Blaustein & Kinningurgh &, 2010) | 18 |
| Modelo TF-CBT - trauma focused Cognitive Behavioral Therapy (Cohen, Mannarino, Deblinger, 2017) | 24 |
| Modelo CPP- Child Parent Psychotherary (Lieberman, A., Van Horn, P.,2004)..... | 28 |
| Modelos Narrativos en el abordaje de Víctimas de Violencia (White y Epston, 1993) | 32 |
| Modelo Relacional del Trauma (Sheinberg, Fraenkel y True,2001) | 36 |
| 2.2 Modelos Centrados en la Prevención de nuevos maltratos | 38 |
| Modelos que abordan violencia de adultos a nivel intrafamiliar | 38 |
| Modelo de Duluth (Pence y Paymar, 1981)..... | 39 |
| Modelo Cognitivo Conductual para hombres que ejercen violencia (Echeburúa y Corral, 1998) | 43 |
| Modelo Narrativo para el acompañamiento a personas que ejercen violencia | 45 |
| 2.3 Modelos de parentalidad | 48 |
| Modelo Años Increíbles (Webster- Stratton, 2001)..... | 50 |
| Modelo Triple P (Sanders, 2008) | 53 |
| Modelo de Terapia Multisistémica para el abuso y la negligencia infantil (MST-CAN)..... | 57 |
| Terapia de Interacción con niños que ejercen violencia (PCIT)..... | 61 |
| 3. Focos para la intervención familiar en contextos de violencias. | 65 |
| 3.1 La búsqueda de sentido en un contexto coactivo, obligado o mandatado | 67 |
| a. La Posición del interventor..... | 69 |
| 3.2 La colaboración como objetivo | 72 |
| b. La alianza terapéutica en pos de un objetivo común..... | 73 |
| c. Focalización en el abordaje de la violencia | 75 |
| 3.3 Focos para la intervención familiar en contextos de violencia..... | 77 |
| 3.3.1 La Transgeneracionalidad y los efectos de la violencia. | 77 |
| 3.3.2 Focalización en Recursos. | 78 |

| | |
|--|-----------|
| 3.3.3 Focalización en el ejercicio y dinámicas de poder | 79 |
| 3.4.4 La construcción de una red que de soporte a la intervención familiar o con el sistema cuidador . | 82 |
| 3.3.5 Evaluación y abordaje para frenar la violencia..... | 83 |
| Palabras finales..... | 89 |
| Referencias bibliográficas..... | 90 |



Presentación.

El Servicio asume el pronunciamiento del Comité de Derechos del Niño acerca de la necesidad de incrementar los esfuerzos de Estados Parte para proteger a niños/as y adolescentes de toda forma de violencia, la cual se define en el art 19 de la Convención sobre Derechos del Niño como “toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual” (UNICEF, 2014, p. 230).

Por otra parte, las diversas formas de violencia hacia niños, niñas y adolescentes son ejercida por distintos actores y muchos hechos de violencia hacia estos/as se producen en el ámbito familiar por lo que es preciso adoptar medidas de intervención y apoyo a las familias, teniendo presente la importancia que tiene este entorno para el desarrollo durante la niñez y adolescencia (UNICEF, 2014).

En coherencia con lo anterior, el Acuerdo Nacional por la infancia, planteó que en el ámbito de la protección de niños, niñas y adolescentes vulnerados en sus derechos es necesario reforzar la inclusión de la familia en los programas ambulatorios y fortalecer el trabajo con familia que realizan los programas de cuidado alternativo (Ministerio de Desarrollo Social, 2018).

Considerando que los niños/as y adolescentes atendidos/as en las distintas Líneas de Acción del Servicio ingresaron mayoritariamente por haber vivido diversas formas de violencia en su contexto familiar, las Orientaciones Técnicas vigentes incluyen el componente de intervención con familia, no obstante, se requiere favorecer la efectividad de la misma, y de este modo contribuir a restituir el derecho de los niños, niñas y adolescentes a crecer en un entorno familiar protector, con capacidad de satisfacer sus necesidades de cuidado (Contreras et al., 2015; UNICEF/UC, 2019; UNICEF/CIDENI, 2019) .

El presente documento busca aportar al desarrollo técnico de los equipos que realizan intervención familiar y abordaje de violencias en este entorno, para lo cual presenta en un primer apartado el contexto actual y un marco conceptual desde el cual entender la familia, la violencia y el impacto que esta tiene en los/as niños, niñas y adolescentes, profundizando en los efectos neuropsicológicos, a nivel de apego, regulación afectiva y vínculo.

En un segundo capítulo, entrega un mapeo actualizado de los modelos interventivos con familias que han presentado hechos de violencia hacia niños, niñas y adolescentes, clasificados de acuerdo a los énfasis de la intervención: Reparatoria, centrada en la violencia entre los adultos o con foco en la parentalidad. En cada modelo enunciado se describen sus principales características, sus componentes claves, las estrategias y las técnicas de intervención y la evidencia que sustenta o no la efectividad del mismo.

Finalmente, se presentan aquellos elementos y focos a considerar en una intervención familiar, o con el sistema cuidador, en el contexto de una intervención especializada.

Contexto.

Aunque han pasado 30 años desde que las Naciones Unidas adoptaran la CDN, tal como lo plantea UNICEF (2015), el maltrato, en todas sus formas, continúa siendo un grave problema que afecta a millones de niños y niñas en el mundo entero. “Las manifestaciones de violencia que sufren son diversas: maltrato psicológico, castigo físico, abuso sexual y negligencia. Todas ellas se dan en la familia, en la escuela y en la propia comunidad, donde la violencia ha sido tolerada y naturalizada” (UNICEF, 2015, p.4).

Respecto de la magnitud de la violencia que viven niños, niñas y adolescentes de nuestro país al interior de su familia, tal como indica el siguiente cuadro, las cifras evolucionaron y dieron luces de avances incipientes hacia un mejor trato, sin embargo, su disminución sigue siendo moderada. Ejemplo de ello es que, mientras en el año 1994 la violencia física grave afectaba al 34,2% de los niños y niñas, esta descendió a un 25,4% en 2000; sin embargo, en las posteriores mediciones la cifra se mantuvo constante, alcanzando en 2012 al 25,9% (UNICEF, 2015).

Estudios UNICEF cuadro comparativo

| Tipo de violencia/Año | 1994 | 2000 | 2006 | 2012 |
|------------------------|-------|-------|-------|-------|
| Total | 77,4% | 73,6% | 75,2% | 71% |
| Violencia física | 62,9% | 53,9% | 53,8% | 51,5% |
| Violencia física leve | 28,7% | 28,5% | 27,9% | 25,6% |
| Violencia física grave | 34,2% | 25,4% | 25,9% | 25,9% |
| Violencia psicológica | 14,5% | 19,7% | 21,4% | 19,5% |

Fuente: UNICEF, 2015.



La persistencia del maltrato hacia niños y niñas se vio corroborada en la Encuesta Longitudinal de Primera Infancia ELPI (Ministerio Desarrollo Social y UNICEF, 2017), que aportó preocupantes cifras en relación a los métodos de disciplina utilizados por los padres. Es así, que el 62,5% de ellos dicen utilizar métodos de disciplina violentos en la crianza de sus hijos/as de 5 a 12 años (maltrato psicológico y castigo físico), y solo un 31,7% de los padres habían disciplinado a sus hijos/as de manera no violenta. Los resultados por tramo etario establecieron mayor uso de métodos violentos de disciplina en el tramo 5 a 8 años (63,1%), versus un 61,8% en el tramo 9 a 12 años (Ministerio de Desarrollo Social y UNICEF, 2017).

Las cifras indican que esta es una realidad que sigue planteando importantes desafíos para las políticas de prevención del maltrato, y un significativo trabajo con los niños/as y adolescentes víctimas y sus familias y/o personas que asumen su cuidado cuando este se ha producido, ello considerando los efectos que ocasiona en el desarrollo, y la necesidad de interrumpir nuevos episodios de violencia.

Por otra parte, dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para el milenio, una de las metas es “Poner fin al maltrato, la explotación, la trata y todas las formas de violencia y tortura contra los niños” (Ministerio Desarrollo Social, 2016, p.37). Para el logro de este objetivo los Estados deben implementar estrategias para la prevención de la violencia hacia niños/as o adolescentes, respecto de estas la Organización Panamericana de Salud (2016) desarrolló las siete estrategias INSPIRE, basadas en evidencia, a fin de que los países establezcan planes para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas. Una de las estrategias es mejorar la calidad de las intervenciones dirigidas a los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia y sus familias, a fin de que contribuyan a reducir su impacto a largo plazo (Organización Panamericana de la salud, 2016).

Cabe señalar que el año 2020 la Organización mundial de la Salud, elaboró un informe acerca de la prevención de la violencia contra niños y niñas utilizando las estrategias INSPIRE¹, en este plantea que las medidas sanitarias adoptadas por los países ante la pandemia de COVID - 19 han alterado la prevalencia de la violencia interpersonal y las formas en que suele manifestarse, observándose aumento del número de llamadas a los servicios de ayuda telefónica por incidentes de maltrato infantil y de violencia de pareja, junto con disminuciones del número de casos de maltrato infantil remitidos a los servicios de protección de niños, niñas y adolescentes. Se proyecta que, aunque bajen las cifras de maltrato infantil, lo más probable es que se estabilicen en niveles más altos de los que existían antes de la llegada de COVID-19 (Organización Mundial de la Salud, 2020).

En este escenario se hace primordial el apoyo a las familias para el abordaje de la violencia y el maltrato infantil al interior de los hogares, especialmente cuando los niños, niñas o adolescentes se encuentran en los programas de la red de protección especializada.

Así también, todas las prácticas de atención y todas las intervenciones a realizar deben complementarse con la utilización de los enfoques transversales, tales como, Derechos Humanos, Derechos de la Niñez y Adolescencia; participación de la Niñez y Adolescencia; Enfoque Intercultural con población migrante y de pueblos indígenas; Inclusión; género; curso de vida; territorialidad y enfoque de redes².

1. Marcos Teóricos Conceptuales

1.1 Familias

A lo largo de la historia, el concepto de familia ha ido cambiando, adaptándose a los rápidos e importantes cambios sociales, y si bien, en la actualidad ya no se habla de un solo tipo de familia, ésta sigue siendo la unidad básica de nuestra sociedad (Sallés y Ger, 2011).

¹ 155 países aportaron datos acerca de la situación de sus planes de acción, leyes e indicadores nacionales y sus mecanismos de obtención de datos, y sobre la existencia de programas y servicios en consonancia con los ejemplos dados para cada una de las estrategias INSPIRE.

² Ver documento “Enfoques Transversales” en página web Mejor Niñez.

El Comité de Derechos del Niño señala que los diversos modelos familiares pueden ser compatibles con la promoción del bienestar de los niños y niñas (UNICEF, 2014), siendo lo realmente importante conocer su funcionamiento, más allá de su composición.

Como marco de referencia de nuestro quehacer proteccional, se entenderá por familia, una organización relacional, “un sistema sociocultural abierto y en transformación, que está en relación constante con su entorno, el cual influye y es influido por ésta” (SENAME-ICHTF, 2014. P.14), que afronta tareas evolutivas en especial para los niños, niñas y adolescentes que las integran, debiendo responder a las necesidades de cuidado, pertenencia y autonomía de cada uno de sus integrantes (SENAME-ICHTF, 2014).

En esta aproximación sobre las familias se plantea que ellas presentan componentes estructurales y funcionales tales como: interdependencias y jerarquías, subsistemas, límites, poder y patrones de interacciones, incluso creencias y recursos, que dan cuenta del modo como singularmente se organizan (SENAME-ICHTF, 2014).

Como se señaló, el funcionamiento familiar está abierto a múltiples influencias del contexto, así como, a los procesos sociales e históricos de cambio (Bronfenbrenner y Evans, 2000; Rodrigo y Palacios, 1998), por lo que su funcionamiento es muy sensible a la calidad de los entornos en los que la vida familiar se desenvuelve y de las redes sociales que las sostienen (Rodrigo, Máiquez, Martín y 2010).

Considerando las definiciones de familia presentadas, se entenderá que **las familias no se constituyen solamente por lazos sanguíneos, sino que se construyen a partir de la articulación de sistemas de cuidado que se sostienen en el tiempo**. Esta comprensión permite ampliar la mirada de la intervención familiar, desde una intervención que considera sólo al sistema parental a una que acompaña a la diversidad de sistemas que se constituyen y construyen para cuidar a un niño, niña o adolescente, incluyendo cualquier forma que este pueda tomar. El objetivo de los programas de Protección tenderá a la comprensión de este sistema cuidador en orden de brindar la intervención más adecuada para frenar la violencia, intervenir sobre aquellos elementos que la sostienen, acompañar el proceso de reparación de los efectos de las violencias y prevenir futuras violencias.

1.2 Violencias hacia los niños, niñas y Adolescentes

En el presente texto se utiliza el concepto de violencia de la Convención sobre los Derechos del Niño que en su artículo 19 establece que: “Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual”, lo cual se enfatiza y describe posteriormente en la Observación General número 13 del Comité de Derechos del Niño referida al Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia (UNICEF, 2014). Esta definición amplía el ámbito y la naturaleza de la violencia para incluir actos como las amenazas e intimidación como consecuencia de las relaciones de poder que viven los niños, niñas y adolescentes, y todo tipo de maltrato que se efectúa a una persona menor de edad.

La violencia hacia los niños, niñas y adolescentes en cualquiera de sus formas, es un fenómeno complejo y multifactorial y sus efectos en los niños, niñas y adolescentes tienden a ser amplios y variados.

Para el abordaje de la violencia hay que tener en cuenta su carácter multifactorial, y que desde una mirada ecosistémica los factores de riesgo de maltrato infantil pueden ser múltiples y provenir desde diversos ámbitos: de los padres, madres o cuidadores, del niño, niña o adolescente, de la relación, de la comunidad y del entorno social, pudiendo estar interrelacionados (MINSAL, 2013).

Respecto a los factores de riesgo de los padres, madres o cuidadores, se consignan los antecedentes de maltrato en la infancia, el aislamiento social de la familia y altos niveles de estrés, entre otros. En caso de los niños/as y adolescentes los factores de riesgo pueden relacionarse con una situación de discapacidad, problemas de comportamiento o retraso en el desarrollo. También pueden estar presentes factores relacionales como, por ejemplo, dificultades en la vinculación, rupturas familiares, violencia de género en la pareja o entre hermanos. Por otra parte, en el ámbito comunitario los factores de riesgo pueden asociarse a discriminaciones hacia las familias, carencia de servicios de apoyo, desempleo, falta de redes de apoyo, naturalización y tolerancia al maltrato; y en los factores sociales de riesgo se consignan las desigualdades económicas, normas sociales y culturales que promueven la violencia o imponen roles de género estereotipados y la exclusión social (MINSAL, 2013).

Por otra parte, se identifican factores protectores del maltrato hacia niños/as y adolescentes, dentro de ellos, la ausencia de tensiones y/o el afrontamiento adecuado del estrés cotidiano y de la crianza por los padres, madres o cuidadores/as, seguridad en el apego, redes de apoyo familiares y sociales, alto conocimiento de los padres sobre la crianza y el desarrollo infantil, promoción de relaciones igualitarias de género, acceso a prestaciones de salud oportunas y eficientes del grupo familiar (MINSAL, 2013).

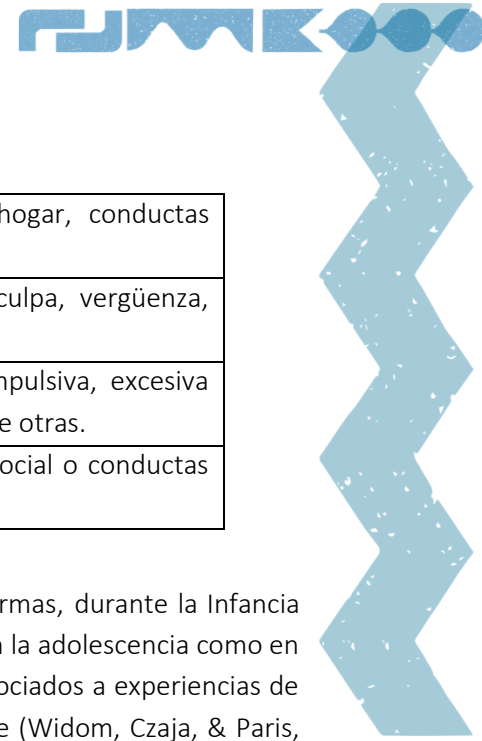
1.3 Efectos de la violencia en los niños, niñas y adolescentes

El impacto que producen los malos tratos en la infancia es de carácter sistémico; implicando consecuencias neurobiológicas, emocionales, conductuales y relacionales (Van der Kolk, 2016).

Existe evidencia de que vivir experiencias de violencia de forma reiterada posee un efecto amplio en la vida de las personas (Finkelhor, 1985; Perrone y Nanini, 1997; Van der Kolk, 2005, 2016; entre otros), estas experiencias adversas suelen interferir tanto en el desarrollo global de la persona como en la forma en que las personas interactúan socialmente (Mcgrory y Viding, 2015).

Los diferentes tipos de violencia o maltrato constituyen una forma de victimización, concepto que alude al daño que ocasiona a las personas el comportamiento de otros individuos que violan las normas sociales (Finkelhor et al., 2007).

| Ámbito del Desarrollo | Consecuencias |
|-----------------------|--|
| Físico | Cambios de hábitos de alimentación, problemas del sueño, pérdida en el control de esfínteres (enuresis o encopresis secundaria). |



| | |
|------------|--|
| Conductual | Consumo de alcohol y/o drogas, huidas del hogar, conductas autolesivas o suicidas, hiperactividad, etc. |
| Emocional | Miedo generalizado, hostilidad y agresividad, culpa, vergüenza, ansiedad, baja autoestima, etc. |
| Sexual | Conocimiento sexual precoz, masturbación compulsiva, excesiva curiosidad sexual, conductas exhibicionistas, entre otras. |
| Social | Habilidades sociales descendidas, retraimiento social o conductas antisociales |

Fuente: Echeburúa y de Corral (2006)

Además, existe hoy evidencia clara de que la violencia, en cualquiera de sus formas, durante la Infancia aumenta la vulnerabilidad para desarrollar trastornos de la salud mental tanto en la adolescencia como en la adultez (Gilbert, et al., 2009). Los principales trastornos de la salud mental asociados a experiencias de maltrato son: Ansiedad (Scoot, et al., 2010), Trastorno de personalidad limítrofe (Widom, Czaja, & Paris, 2009), Depresión (Anda, et al., 2002), Esquizofrenia (Read et al., 2005), Trastorno de Estrés Postraumático (Bartlett, et al., 2018), Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (Bartlett et al, 2018) y Trastornos Conductuales (Bielas et al, 2016).

Sumado a lo anterior, la evidencia muestra que cuando existe una condición psiquiátrica en un individuo que ha experimentado maltrato infantil, la “naturaleza” del fenómeno tiende a ser más problemática, con mayores dificultades en el tratamiento (McCrary & Viding, 2015). Esto se traduce en que, los individuos que han vivenciado maltrato infantil son más propensos a desarrollar de forma temprana y con mayor severidad los síntomas de los trastornos (Hovens, et al., 2010), presentan mayores niveles de comorbilidad, y estos trastornos tienen mayor factibilidad de tener características persistentes, con síntomas recurrentes y, por ende, presentan menor respuesta a los tratamientos estándar (Hovens, Giltay, Wiersma, et al., 2012; Nanni, Uher, & Danese, 2012).

El impacto del maltrato en la salud psicológica hace que estos niñas, niños y adolescentes presenten en la edad adulta mayores dificultades en los ámbitos de salud (Widom, Czaja, Bentley, & Johnson, 2012), menor producción económica (Currie & Widom, 2010), logros educacionales más bajos y mayores dificultades en el funcionamiento social (Nikulina, Widom, & Czaja, 2011).

1.4 Procesos Neuropsicológicos afectados por las experiencias de maltrato

A nivel neurocognitivo existen procesos que se ven afectados producto de la exposición a violencia recurrente, según McCrary & Viding (2015), existen cuatro procesos a nivel neurocognitivo que afectan el modo en que los niños, niñas y adolescentes que han vivenciado experiencias adversas se desenvuelven socialmente: **el procesamiento de la percepción de la amenaza, el procesamiento de recompensas, el proceso de regulación de emociones y el procesamiento de la memoria.**

Respecto al procesamiento de la percepción de amenaza (McCrary et al., 2011, 2013; Maheu et al., 2010; Tottenham et al., 2011, 2017; Dannlowski et al., 2012), se observa que los/as niños, niñas y adolescentes



que han vivenciado maltrato presentan mayor propensión a percibir elementos del entorno de forma amenazante, lo cual impacta en la activación de procesos de hiperalerta a nivel de amígdala. Algunos autores reportan que existe un sesgo para la percepción de expresiones faciales de enojo (Pollak & Kistler, 2002; Pollak et al., 2001 y Kelly et al., 2015). Por otra parte, Bertó et al. (2017), refieren que, también existe un sesgo hacia las expresiones faciales que manifiestan tristeza, lo cual presenta una asociación con síntomas depresivos. A lo anterior se suma que en la población que ha sufrido maltrato, existe una mayor sensibilidad al rechazo (Puetz et al., 2014) y se hipotetiza que existiría un circuito de hipo activación coligado a un patrón de respuestas evitativas asociada a indicadores de rechazo social (Kelly et al., 2015). Lo interesante de esta línea de investigación, es que apunta a una relación entre el nivel de hipo activación y niveles más altos de sintomatología de trastorno de estrés postraumático y síntomas disociativos (McCrory, 2015).

Ligado a la afectación del procesamiento de estímulos de amenaza, se encuentra el procesamiento de estímulos de recompensa, lo que implica procesos tales como la respuesta a estímulos de recompensa, la habilidad para aprender de las recompensas, la anticipación de futuras recompensas y la potencialidad para adherir a comportamientos orientados a metas (Berridge y Robinson, 2003; Rizvi et al., 2016). La investigación bajo este paradigma (Mehta et al., 2010; Goff et al., 2013; Hanson et al., 2015; Dennison et al., 2016; Tottenham et al, 2017) demuestra que la hipervigilancia hacia estímulos de amenaza afectaría los procesos atencionales a señales de recompensa. En este sentido, Pollak (2015) hipotetiza que tal afectación tiene una base conceptual en las teorías del aprendizaje y del apego, ya que el aprender sobre señales de recompensa y contingencias, ocurre en la infancia temprana en el contexto de la relación padre/madre – hijo/a, en donde si la relación es abusiva, inconsistente, o ausente, el proceso de aprender cómo varias señales y conductas dirigen a una recompensa, queda afectado.

Otro proceso neuropsicológico que se ve afectado por las experiencias adversas tempranas, tiene que ver con la habilidad para regular emociones (Gee et al, 2013, Marusak et al. 2015; Puetz et al, 2016; Mcloughlin et al, 2015). Investigaciones centradas en la exposición de estímulos emocionales demuestran que las personas que han vivido situaciones de maltrato presentan una afectación mayor de la amígdala, tálamo, putamen y la ínsula anterior (Mcloughlin et al, 2015), implicando la necesidad de un mayor esfuerzo para el control de las emociones emergentes. Esta diferenciación en la respuesta es consecuente con las dificultades asociadas con las personas que han vivenciado traumas repetidos y de forma crónica a lo largo de su ciclo vital, donde se observa estados constantes de hiper alerta o hipo activación (Van der Kolk, 2015) que afectan la modulación emocional.

Un último proceso neuropsicológico asociado a los efectos del maltrato tiene que ver con el procesamiento de la memoria. McCrory et al (2017), plantean que los procesos de memoria afectados tendrían que ver con la memoria autobiográfica. Esta memoria se refiere a la colección de experiencias vivenciadas personalmente y se hipotetiza que juega un rol central en el andamiaje de nuestro sentido del Self y la habilidad para mantenernos orientados en el presente (Conway & Pleydell-Pearce, 2000). Esto es

concordante con lo planteado por White (2016), que hace alusión a la pérdida de la capacidad autoconciencia³ en personas que han vivenciado trauma complejo y que, por ende, en episodios de re-experimentación intrusiva, pierden la capacidad de sentir los recuerdos como eventos del pasado. McCrory et al (2017), plantean que la tendencia de las personas que han vivenciado maltrato es a incurrir en procesamientos de memoria autobiográfica más generales que se condicen con estrategias evitativas de estímulos aversivos y que como consecuencia, dejan mermada la capacidad para recordar detalles que pudiesen enriquecer o cambiar ciertas apreciaciones de los eventos vivenciados. Para los autores de los estudios en esta línea, tal tendencia decanta en una menor flexibilidad a nivel cognitivo, tendiendo a observarse principalmente en una descendida capacidad para la resolución de dificultades a nivel social (McCrory et al, 2017). De hecho, en contexto de experimentos científicos, cuando a la misma población se le pidió recordar memorias positivas, en el scanner mostraron una activación del hipocampo reducida (McCrory et al, 2017) lo cual es consistente con una especificación reducida en los actos de recordar.

1.5 Afectación a nivel del Apego y la Regulación

En concomitancia con el desarrollo neuropsicológico, ámbitos relacionados como el desarrollo del apego se ven afectados en personas que han vivenciado experiencias traumáticas de forma crónica (Dvir et al., 2014). Existe una serie de procesos interrelacionados que permiten al infante ir construyendo recurrencias que proveen la posibilidad de ordenar el mundo. La definición clásica de Bowlby con respecto al apego, plantea el foco en la tendencia innata de un infante a buscar proximidad y contacto con una figura específica ante ciertas situaciones, principalmente cuando está asustado, cansado o enfermo. Bowlby (1993) también plantea una tendencia, entre varias otras, que combina etiología (procesos innatos) y modelos cognitivos (representación, estabilidad y desarrollo). La investigación de Bowlby fue identificando patrones asociados a la organización de la respuesta de los infantes frente a un contexto de experimento clínico, la situación extraña mostró que las conductas de los infantes podrían caer en tres patrones Evitativo, Seguro y Ambivalente, posteriormente se agregó el patrón Desorganizado.

Patricia Crittenden (2006) propone un modelo de apego que explica este proceso en términos cognitivos y afectivos. En cuanto elementos cognitivos, Crittenden plantea que los procesos cognitivos en la interrelación del infante con una persona significativa, permiten otorgar un orden temporal y predictibilidad, generando paulatinamente información con respecto a las relaciones causales. De la misma forma, a nivel afectivo, la información relacional provee tono e intensidad a los contextos, otorgando sentimientos somáticos asociados a los mismos Crittenden (2006) va un paso más allá de Bowlby y Ainsworth, proponiendo que los patrones de apego (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978) son estrategias auto-protectoras que se aprenden en la interacción con las figuras protectoras (figuras de apego, generalmente los padres). Los síntomas son aspectos funcionales de la estrategia diádica (por ejemplo, acting out, inhibición) o son consecuentes con una estrategia (por ejemplo, conductas ansiosas). Las estrategias cambiarán cuando los individuos perciban que estas no encajan con el contexto o que tienen

³ La **conciencia autoconciencia** es la capacidad que permite a los humanos adultos representar mentalmente y hacer consciente, su existencia prolongada a través del tiempo (Tulving, 1985).

respuestas alternativas para ofrecer, por lo que creen y sienten que es seguro comportarse de maneras alternativas. Por lo tanto, el foco del tratamiento debería estar en posibilitar a los individuos el reflexionar sobre las condiciones en torno a sus conductas, en practicar nuevas respuestas de forma segura y, por último, en aprender a encajar la estrategia al contexto para procurar un confort y una seguridad máximos. Poniendo el énfasis en el vínculo a construir, en cuanto este debe cumplir ciertos criterios para establecer un contexto de seguridad donde se puedan desplegar, experimentar y construir otras formas relacionales.

La evidencia muestra que en niños, niñas y adolescentes que han vivenciado violencia, la tendencia es a que estos procesos de desarrollo cognitivo y afectivo se vean alterados, afectando directamente la capacidad para desarrollar procesos más complejos como la mentalización (Allen, 2013; Dvir et al., 2014). Fonagy & Allison (2014) definen la mentalización como la serie de procesos asociados al imaginar que nos permite percibir e interpretar el comportamiento humano en términos de estados intencionales (necesidades, deseos, sentimientos, creencias, objetivos, propósitos y razones). Esta capacidad clave para la construcción de relaciones humanas empáticas y bien tratantes, se ve afectada en las personas que han vivido abuso físico, abuso sexual, negligencia emocional y negligencia física (Brune et al., 2016).

La regulación emocional es un campo de investigación relativamente reciente. Esfuerzos por intentar explicitar los distintos procesos cognitivos, afectivos, fisiológicos e interaccionales asociados a la regulación emocional, es todavía una investigación disgregada, pero que rápidamente está generando cúmulos de información en orden de hipotetizar procesos relacionados (Dvir et al., 2014; Pearlman & Courtois, 2005). La evidencia demuestra que las emociones pueden ser suscitadas automáticamente o tras un proceso de entrega de significado por parte de la persona, de la misma forma, la regulación emocional puede darse de forma automática o de forma tal que implique un esfuerzo de control por parte de la persona (Eisenberg et al., 2010). Tales procesos incluyen la coordinación de las reacciones fisiológicas, memoria, significaciones previas y el comportamiento. Las personas tienen la capacidad de aumentar, mantener y disminuir emociones, tanto críticas (enojo, pena, vergüenza, etc.), como no críticas, lo anterior de forma consciente como no consciente (Kim & Hammann, 2007). En este sentido, los estudios de Gross (2002) y Dvir et al. (2014) demuestran que existen procesos que median la regulación emocional entregando la posibilidad de planificar y anticipar reacciones emocionales frente a ciertos estímulos, ya sea a través de la capacidad de modificar situaciones que potencialmente pueden estar emocionalmente “cargadas”, o a través de la focalización en la respuesta una vez que la emoción ha sido experimentada. Todo lo anterior se desarrolla naturalmente en el seno de las relaciones significativas de los sujetos, en una relación de apego que va permitiendo generar estos procesos para que las emociones críticas no tengan un impacto de desorganización.

El desarrollo de una consciencia emocional, es un proceso interaccional que permite el reconocimiento y la distinción de las emociones en uno mismo y en los otros. De la misma forma y en un desarrollo concomitante se da la evolución de la consciencia social, definida como la capacidad de procesar emociones sociales que incluyen la empatía, razonamiento moral y teoría de la mente. Estas son capacidades claves en el proceso de regulación emocional y se encuentran afectadas en personas que han vivido violencias crónicas y en sujetos que experimentan trastornos mentales (Lanius et al., 2001). A este respecto, el

maltrato infantil se ha asociado con menor simbolismo e iniciación de juego diádico, disminución en la empatía cuando se observa distrés en otros niños, referencias disminuidas a sus estados internos, dificultad para entender expresiones emocionales particularmente las faciales, dificultad para analizar representaciones complejas y cargadas emocionalmente (Trickney, 2018). Por ejemplo, un adolescente que percibe decepción en cuanto a las relaciones interpersonales, probablemente experimentará un colapso en la capacidad de mentalización y por ende mayor rigidez en cuanto a sus explicaciones con respecto al comportamiento del otro. De la misma forma, experimentará estados emocionales abrumadores, experiencias de confusión con respecto al pasado y al futuro, procesos de rumiación y/o disociación (Fonagy en Trickney, 2018).

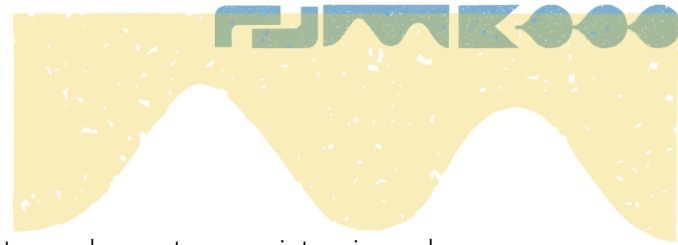
Peter Fonagy y sus equipos, han desarrollado investigaciones asociadas a la afectación de los procesos relacionales y su conexión con procesos a nivel cognitivo, los que influyen en las dificultades observadas en las poblaciones de personas que han vivido situaciones traumáticas al interior de su familia. En esta línea, se ha investigado la capacidad de mentalización de madres que han vivido trauma y que frente a la exposición de fotos de sus propios hijos con emociones críticas tales como expresiones de pena, responden con una activación a nivel de amígdala mayor a personas que no han vivido traumas severos en su vida (Kim et al., 2014). De la misma forma, se ha asociado la capacidad disminuida de mentalización en madres con traumas no abordados con los apegos desorganizados en infantes (Berthelot et al., 2015).

El DSM-V, incorpora dos categorías diagnósticas asociadas a dificultades en Apego, el Trastorno de Apego Reactivo y el Trastorno de Apego Desinhibido (DSM-V, 2013).

1.6 Afectación a nivel de Vínculo

Tanto los procesos asociados al desarrollo, los efectos neuropsicológicos y la afectación a nivel de apego y regulación emocional inciden en que los niños, niñas y adolescentes que han vivido situaciones de malos tratos en la infancia desarrollen una predisposición a presentar dificultades a nivel de vínculo. Investigaciones asociadas a las características de los ambientes familiares que median la presencia de la sintomatología más compleja en niños, niñas y adolescentes con desregulaciones constantes, provee claves en cuanto aquellas dinámicas a evitar (Gold, 2000; Siegel, 2015). En este sentido, familias con tendencia a comunicaciones invalidantes, con modelaje de estrategias de afrontamiento inadecuadas (por ejemplo, consumo de alcohol para lidiar con problemas) y con deficiencias en los aprendizajes sociales, tienden a mediar la presentación de cuadros clínicos más agudos y que no necesariamente pudiesen explicarse solamente por la presencia de traumas repetidos (Ford, 2008).

Ford et al. (2005), plantean que la vinculación con los adultos a cargo del cuidado debe ser contenedora, realizando una diferenciación entre una relación evitativa y una relación invasiva. En la relación evitativa, el adulto tiende a alejarse de dificultades asociadas tanto al comportamiento como a los contenidos que puede proponer un niño, niña o adolescente y en la relación invasiva tiende a sobre involucrarse, inundando de contenidos y acciones a los niños, niñas y adolescentes, sin dar espacios para que estos puedan ir descubriendo y construyendo sus propios procesos y recursos.



Una relación contenedora se encuentra en un equilibrio entre ambos extremos, intencionando un involucramiento activo con los niños, niñas y adolescentes, ayudando e invitando a experimentar nuevas formas relacionales, pero con límites claros que aumenten la predictibilidad de la relación. No obstante, es probable que la relación sea puesta a prueba en cuanto a la consistencia de las normativas, consistencia de los discursos, consistencia en la experticia y consistencia en la atención y en los afectos percibidos. Tales acciones nacen muchas veces de experiencias reales de relaciones erráticas y de sensaciones de traición real en el seno de sus relaciones significativas (Ford et al., 2005). Por lo que es de esperar que la propuesta de vinculación por parte del niño, niña y/o adolescente, cuando han vivido experiencias traumáticas de forma crónica, tenderá a la sobre dependencia y/o al rechazo abierto (Ford et al., 2005).

Siguiendo la propuesta de Gold y Ellis (2017), el vínculo terapéutico, en el trabajo en resignificación debe sustentar el proceso posterior de abordaje de elementos más complejos tales como los contenidos de la re- experimentación del trauma. Ambos autores plantean que un abordaje sin una plataforma sólida de vinculación y entrenamiento de mecanismos de afrontamientos adaptativos desde los cuales explorar los contenidos de las experiencias traumáticas, puede implicar que las personas pueden rápidamente iniciar procesos de re-experimentación intrusiva o tener experiencias intensas de disociación.

2. Modelos de Abordaje a Nivel Familiar de la Violencia en la Infancia

Realizar un mapa de las intervenciones a nivel familiar que abordan el maltrato infantil es una tarea no menor puesto que, como se enunció anteriormente, el fenómeno de la violencia hacia los niños, niñas y adolescentes, en cualquiera de sus formas, es un problema complejo y multidimensional. Las intervenciones que se han desarrollado para el abordaje a nivel familiar de esta problemática, difieren en muchos aspectos, siendo los principales elementos a considerar para su diferenciación el nivel de complejidad de las situaciones de maltrato, la situación proteccional en la que se encuentra cada niño, niña y/o adolescente, el objetivo de la intervención que se deriva a partir de los objetivos específicos o los distintos componentes de la intervención, el momento (temporalidad) en el cual se realiza la intervención, entre otros.

Como parte de un ejercicio que permita ordenar dichas intervenciones, se propone en el siguiente apartado una diferenciación de los distintos tipos de modelos, a partir de los focos principales de acción con las familias y cuidadores. Se entiende que algunas intervenciones y/o modelos, se encontrarán en las fronteras de esta diferenciación, poseyendo características que otros autores(as) pudiesen clasificar de forma distinta. No obstante, se considera que este documento deberá continuar actualizándose en la medida que nuevos modelos y ejercicios críticos se desarrollen a partir de la reflexión en la oferta programática de la red de protección especializada, derivando en una clasificación distinta y en la incorporación de modelos no descritos en la presente revisión.

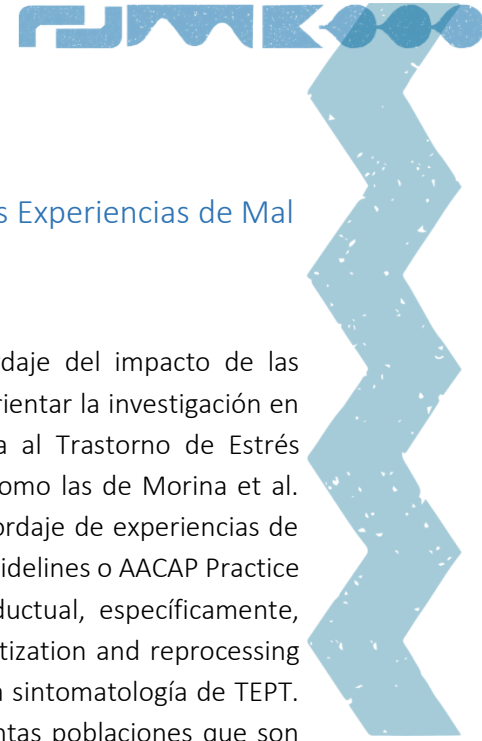
A continuación, se distingue la organización de intervenciones y/o modelos por foco de acción, esta forma tiende a realizar un ejercicio de rescate de aquellos elementos prácticos de cada uno de estos. Por otro



lado, al hacer este ejercicio, se explicitan aquellos elementos abordados y su efectividad en los objetivos buscados. Finalmente, permite explicitar los elementos no abordados por los modelos/intervenciones, suscitando elementos críticos a tener en consideración en su posible utilización. Por ende, el presente apartado presenta las principales características de los modelos agrupados de la siguiente forma:

| Modelos Centrados en la reparación/resignificación/daño de experiencias de mal trato | Modelos centrados en la prevención de nuevos maltratos |
|--|---|
| Modelo ARC – Apego, Regulación y Competencia | A.- Modelos que abordan violencia de adultos a nivel intrafamiliar |
| Modelo TF CBT - Trauma focused Cognitive Behavioral Therapy | Modelo de Duluth |
| Modelo CPP Child Parent Psychotherapy | Modelo CBT - Cognitivo Conductual para hombres que ejercen violencia |
| Modelo Narrativo en el abordaje de Víctimas de Violencia | Modelo Narrativo para el acompañamiento a personas que ejercen violencia |
| Modelo Relacional del Trauma | B.- Modelos de parentalidad |
| | Modelo Años increíbles |
| | Modelo Triple P |
| | Modelo MST-CAN - Terapia multisistémica para el abuso y la negligencia |
| | Modelo Terapia de interacción con niños que ejercen violencia |

En cada apartado se describirá cada una de estas clasificaciones, detallando puntos comunes generales y una visión crítica tanto de las limitantes como de las potencialidades en general. Para luego, detallar por modelo su desarrollo, los componentes principales, las estrategias y técnicas de cada uno en el abordaje familiar, la evidencia en cuanto a estudios principales que avalan el uso de éstos, y finalmente recomendaciones de bibliografía donde se puede encontrar en detalle la descripción del modelo.



2.1 Modelos Centrados en la Reparación/Resignificación/ Daño de las Experiencias de Maltrato.

Los modelos centrados en la reparación tienen como punto común el abordaje del impacto de las situaciones traumáticas asociadas al maltrato. Existe una tendencia mundial a orientar la investigación en trauma y ligarla a la efectividad en la reducción de sintomatología asociada al Trastorno de Estrés posttraumático en niños, niñas y adolescentes (TEPT). Revisiones sistemáticas como las de Morina et al. (2016), que han sido usadas para la justificación de modelos a utilizar en el abordaje de experiencias de maltrato en gran parte del mundo anglosajón (ver Nice Guidelines 2020, ISSTS Guidelines o AACAP Practice Parameters), sugieren intervenciones basadas en los modelos cognitivo conductual, específicamente, trauma focus cognitive behavioral therapy (TF - CBT) y eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), como las intervenciones con mayor evidencia para la disminución de la sintomatología de TEPT. No obstante, existen una serie de modelos que presentan evidencia para distintas poblaciones que son interesantes de revisar en cuanto a sus estrategias interventivas y su potencial uso en el acompañamiento de las familias.

Existen ciertos elementos en los cuales las distintas revisiones sistemáticas de los modelos en Trauma concuerdan (James, 2017; Pecora & English, 2016). Tales elementos dan cuenta de la comprensión de las intervenciones de una forma secuencial para el abordaje de los efectos del trauma (Pearlman & Courtois, 2005). Este punto se refiere a la comprensión de una intervención por fases y que de alguna forma prepara al niño, niña y adolescente de forma progresiva a abordar elementos de las experiencias traumáticas y sus efectos de forma paulatina. Tal punto es un arte difícil de dominar en cuanto, en términos terapéuticos, se establece un “baile” en donde la tolerancia, habilidad y estrategias de afrontamiento se van poniendo a prueba en orden de ir iniciando una nueva fase.

Otro elemento en común, de los distintos abordajes, es el trabajo familiar y/o con personas significativas, ya sea como soporte o elemento central del abordaje. Abordajes basados en la terapia cognitiva conductual (CBT) hacen énfasis en el rol de soporte educativo a las distintas habilidades entrenadas durante el proceso (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2017), dejando a los adultos significativos y no maltratantes del niño, niña o adolescente, en un rol de acompañamiento dentro de la intervención. Por otro lado, modelos como el modelo Familiar de Trauma Relacional (Sheinberg & Fraenkel, 2001), a través de técnicas tales como el diálogo decisional, proponen a la familia como elemento central del abordaje bajo la comprensión que el trauma en contextos de protección se aloja en las relaciones de confianza que fueron dañadas o mermadas y su reparación es fundamental para re-establecer la sensación de seguridad.

Un tercer elemento en común es la focalización en la participación de decisiones por parte del niño, niña y/o adolescente en el proceso de intervención. Existen modelos que hacen referencia a una lógica pedagógica como elemento central que informa su accionar y otros que ponen su énfasis en la construcción de sentido como un elemento central (Paredes & Bustos, 2018). Si bien, las lógicas a la base y la comprensión de construcción de conocimiento son dispares, intervenciones que se encuentran en ambos extremos plantean que la sensación de control paulatina y progresiva por parte de los niños, niñas y



adolescentes que han sido víctimas de diversas vulneraciones de derechos fundamentales y se transforman en un resultado a evaluar puesto que se asocia con reducción sintomatológica y mejor pronóstico (Leipoldt et al, 2019; Daly et al, 2018).

Un cuarto elemento dice relación con el énfasis en la vinculación y la importancia dada a esta variable como una clave en cuanto a la efectividad en la intervención (Leipoldt, 2019). Como se mencionó en el apartado de apego, la forma de generar las condiciones para un vínculo bien tratante y emocionalmente seguro es fundamental. Courtois et al, (2005), en su artículo sobre el abordaje de desregulación en el marco de trauma complejo, plantea la importancia del elemento vincular en cuanto a considerarlo como la base de la intervención. En este sentido, la autora plantea que el vínculo debe ser empático, consistente y con miras a generar una alianza que de soporte a la intervención. En este sentido Courtois et al. (2005), plantea que es de esperar en niños, niñas y adolescentes con historias de polivictimización que el vínculo con el mundo adulto esté teñido por sensaciones de desconfianza, especialmente al considerar que las victimizaciones se dan en el seno de una relación en donde se puede haber producido dinámicas de traición y violación a esa relación. En consecuencia, un vínculo que sea fiable, claro en cuanto a su foco terapéutico y con límites igualmente claros, es fundamental para la tarea en cuestión (Courtois et al, 2005).

Un último elemento a considerar es la focalización de los modelos en cuanto a recursos. Tal énfasis dispone el poseer elementos diagnósticos para un reconocimiento rápido, continuo y constante de recursos personales. Por ejemplo, Lou et al. (2018) plantean que debido a las complejidades que muestran los niños, niñas y adolescentes en residencias, la tendencia es que tanto investigadores como interventores se focalicen en los problemas, manejo de riesgos e intervención en crisis. Tal énfasis va en desmedro de un abordaje que haga énfasis en fortalezas, recursos y resiliencia. Investigaciones realizadas en contextos residenciales y resiliencia, muestran que existen componentes de las intervenciones que se repiten y que tienen efectos positivos en la sensación de bienestar, habilidades sociales, en el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes, en las atribuciones internas positivas, en las capacidades de auto-regulación y en una mayor focalización en el futuro (Altshuler & Poertner, 2002; Butler & Francis, 2014; Collin-Vézina et al., 2011; Davidson-Arad & Navaro-Bitton, 2015; Nourian et al., 2016). Dichos componentes se asocian a abordaje en atribuciones internas positivas, visión de futuro/motivación, un abordaje en temas relacionados con la moralidad, abordaje y apoyo en la construcción de estrategias de auto-regulación (Lou et al., 2018).

En cuanto a limitaciones, se debe considerar que estos modelos no están pensados para situaciones donde las dificultades protectoras continúan ocurriendo. Suponen en su estructura la posibilidad de trabajar con al menos un cuidador/a que está interesado en el bienestar del niño, niña o adolescente y, por ende, pierden funcionalidad pudiendo, incluso, ser iatrogénicos en la medida que los elementos protectoras no se han abordado o los modelos no reciben adaptaciones (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2012). Este punto es de suma importancia para considerar su utilización en la red de protección, puesto que en gran parte de las intervenciones se cuenta con un interés incipiente por parte de la familia de considerar la posibilidad de daño a los niños, niñas y adolescentes a partir de los comportamientos de los adultos (Capella et al, 2018; Capella et al., 2016). Los problemas contextuales tienden a ser mayores al no contar con una serie de elementos presentes en las culturas anglosajonas que facilitan el bienestar social. No obstante, se

revisarán los modelos con mayor evidencia y rescatarán en este mapa de modelos aquellos elementos y estrategias que puedan informar mejores intervenciones a nivel familiar.

Modelo ARC- Apego, Regulación y Competencia (Blaustein & Kinningurgh &, 2010)

Modelo desarrollado en el Trauma Center (JRI) en Estados Unidos por parte de la trabajadora social Kristine Kinningurgh y la psicóloga Margaret Blaustein, en el periodo que Bessel Van der Kolk, se encontraba como director del mismo. Identifica tres dominios centrales que con frecuencia se ven afectados en niños, niñas y adolescentes que han vivenciado traumas y que son relevantes para la recuperación futura. El modelo ARC, se fundamenta teóricamente en teoría del apego, teoría del trauma y teoría del desarrollo. Organiza la intervención en **Apego, Regulación y Competencias**, dentro de los cuales se definen 10 objetivos claves para su desarrollo (Arvidson et al., 2011).

Es un modelo que fue diseñado para una aplicación flexible a través de los distintos tipos de sistemas de atención a niños, niñas y/o adolescentes y sus familias. La clave para este modelo reside en que fue un modelo específicamente diseñado para población que ha vivenciado trauma complejo (Hodgdon et al., 2013). La idea de reparación está centrada en la posibilidad de la persona de integrar lo experimentado de una forma que reúna los elementos que pudiesen no estar siendo incorporados debido al dolor que implica.

Componentes

- Apego

Manejo del afecto del cuidador: Se focaliza en la habilidad del cuidador/a (entendiendo este concepto como aquel que ejerce los cuidados personales del niño, niña y/o adolescente) para reconocer y regular experiencia emocional. Los/las cuidadores son entrenados en trauma y en respuestas adaptativas al trauma. El trabajo de supervisión implica el despersonalizar las conductas de los niños, niñas y adolescentes, validando las respuestas de los cuidadores y mejorando la habilidad para identificar, entender y manejar los afectos.

Sintonización: Se concentra en la capacidad de los/las cuidadores y de los niños, niñas y adolescentes de lectura mutua de claves relacionales y responder efectivamente. Una vinculación positiva entre el cuidador y el niño, niña y adolescentes es focalizada como la base de una experiencia diádica grata. La intervención focaliza la capacidad del/el cuidador para reconocer y responder a las necesidades emocionales a la base de las conductas complejas de los niños, niñas y adolescentes. La psico-educación incluye información acerca de los gatillantes de trauma y sus respuestas.

Respuestas consistentes: Refiere a la habilidad para dar respuesta consistente y apropiadamente a las conductas de los niños, niñas y adolescentes. Esta habilidad se ve constantemente comprometida debido a las dificultades que emergen a partir del manejo afectivo y los procesos de sintonización. Para ello, se necesita un constante trabajo en habilidades parentales y en herramientas constantes para entregar respuestas consistentes.

Rutinas y rituales: Es el foco en la habilidad del sistema de cuidado de desarrollar rutinas predecibles en orden de aumentar la percepción de seguridad y ayudar en la auto – regulación. Se realiza un trabajo focalizado en el desarrollo de rutinas apuntadas al abordaje de gatillantes de trauma y a transiciones dentro de la rutina.

- Regulación

La autorregulación apunta a la capacidad del niño, niña y adolescente para identificar, modular y expresar su experiencia interna. Como se veía en el apartado de conceptualización, la capacidad de modular emoción se ve sumamente afectada en los casos en donde los niños, niñas y adolescentes han experimentado polivictimizaciones (Alink, Cicchetti, Kim & Rogosch, 2009). Por ello el ARC apunta a enfocarse en los tres procesos asociados a la modulación.

Identificación del afecto: El trabajar en esta habilidad permite la construcción de un vocabulario para la organización de la experiencia en la medida que la identificación y diferenciación de estados, permite generar conexiones entre emociones y sus eventos precipitantes. Los niños, niñas y adolescentes aprenden a reconocer estados internos y externos para sus emociones y conductas.

Modulación: El aprendizaje de esta habilidad focaliza el trabajo en torno a la capacidad de sintonizarse, tolerar y sostener una conexión con estados internos. Según Arvidson et al. (2011), los niños, niñas y adolescentes que han experimentado trauma, generalmente se sienten sobrepasados o constreñidos a partir de los estados emocionales, teniendo un repertorio limitado para el modular los niveles de excitación.

Expresión: La expresión del afecto permite aumentar la capacidad de los niños, niñas y adolescentes de identificar recursos seguros para la comunicación de la experiencia emocional. La dificultad para comunicar puede afectar las relaciones interpersonales y esta habilidad se vuelve una base para sustentar relaciones interpersonales que sean saludables para la propia persona.

- Competencia

Funciones ejecutivas: El foco en el desarrollo de funciones ejecutivas permite a los niños, niñas y adolescentes aumentar la posibilidad de iniciar y mantener procesos de resolución de conflictos, planificación y anticipación. Los niños, niñas y adolescentes en este trabajo son motivados a desarrollar un conocimiento sobre la vinculación entre acciones y el resultado, buscando que puedan considerar, implementar y evaluar elecciones.

Desarrollo Personal e identitario: Apunta al desarrollo de un sentido de sí mismo que es único y positivo, incorporando experiencias del pasado y del presente. Los niños, niñas y adolescentes son motivados a crear una narrativa de su vida, explorar los atributos personales y a desarrollar una orientación hacia el futuro.

Fases

El modelo está pensado para una utilización flexible, en donde el orden en el uso de los componentes es definido a partir de un proceso de formulación donde, a partir de las necesidades del niño, niña, adolescente y su familia se orienta la elección de los distintos componentes. La formulación es la integración de la

historia del niño, niña, adolescente y su familia, la observación de los mismos, las presentaciones clínicas, las conductas, el estilo relacional, los dominios de funcionamiento, en una comprensión coherente de la situación actual (Blaustein & Kinniburgh, 2010). Esta explicación de la sintomatología y las conductas en una síntesis coherente, orienta la elección de las distintas estrategias y técnicas asociada a los diferentes objetivos de los componentes descritos con anterioridad.

A nivel familiar, el modelo ARC busca una visión de parentalidad que pueda lograr una comprensión y una adecuación con las necesidades de regulación emocional y comportamental del niño, niña o adolescente que ha sufrido una experiencia traumática. Para ello, el proceso de formulación se profundiza a partir de la elección de los elementos descritos en el componente de Apego. Aquellos elementos orientados a construir un soporte contextual, son los priorizados para el acompañamiento a padres y/o personas significativas. Destacan en este modelo, estrategias dirigidas específicamente al acompañamiento a los cuidadores a identificar las propias experiencias relacionadas con las emociones y conductas de sus hijos/as, identificando elementos que puedan mediar las experiencias de los cuidadores e impedir que estos se dispongan de una forma que permita la construcción de un espacio seguro (Blauistein & Kinniburgh, 2010). A continuación, se entregan de forma resumida las principales estrategias para los componentes relacionados con intervención familiar.

1. Manejo del Afecto del Cuidador/a

Elementos Psicoeducativos del componente de Manejo del Afecto del Cuidador

La entrega de información en este elemento del componente de apego tiene como objetivo normalizar las reacciones de los niños/as frente a experiencias traumáticas, intentando generar una disminución del estrés que implican explicaciones que puedan aumentar la inseguridad, la baja coherencia en el ejercicio parental y/o la ejecución de estrategias mal tratantes para el manejo de la conducta asociada a la sintomatología traumática. Por otro lado, la entrega de información tiene como objetivo el construir un piso conversacional en orden a generar una alianza para conversar sobre la experiencia del cuidador/a. Esto tiene como objetivo el poder acceder a conversaciones y estrategias de monitoreo y posteriormente de regulación emocional del propio cuidador. En resumen, se puede dividir los elementos psicoeducativos a padres en dos categorías que son entregados de forma escrita o a partir de un proceso de conversación individual o grupal dependiendo del contexto de la intervención:

- a. Respuestas de los/las niños, niñas y adolescentes al trauma (rabia, oposición, mayor demanda de atención, patrones de acercamiento / rechazo, respuestas emocionales extremas a estresores)
- b. Respuestas de los cuidadores/as (Sensaciones de eficacia reducida, culpa y vergüenza, rabia y culpabilización del niño/a, constreñirse emocionalmente, sobre reacción frente a sintomatología del niño/a, estrategias permisivas para el manejo conductual de la sintomatología).

Estrategias Interventivas del componente de manejo del afecto del cuidador

- a. Estrategias de auto – monitoreo

Las estrategias de automonitoreo del modelo se presentan de una forma tal en que el interventor acompaña en un proceso de aprendizaje a partir de la revisión de experiencias, se orienta a las siguientes temáticas;

- o Identificación de áreas de inseguridad en la parentalidad.
- o Identificación de roles parentales seguros
- o Identificación de la historia de eventos traumáticos y posibles gatillantes del propio cuidador/a.
- o Identificación de áreas de discrepancia entre el niño, niña o adolescente y el cuidador/a.
- o Identificación del Rol de estresores externos.

b. Estrategias de Regulación del cuidador/a

Las estrategias de regulación del afecto son técnicas que se enseñan como complemento al proceso de desarrollo de estrategias de automonitoreo. El modelo presupone que, al aumentar las estrategias de automonitoreo, el cuidador podrá desarrollar los elementos de sintonización, consistencia y construcción de rutinas y rituales de una forma más fácil y efectiva. Las estrategias que se entregan en el presente apartado complementan las estrategias de automonitoreo entregando una posibilidad de descontinuar una escalada en dinámicas que pudiesen ser maltratantes. Las autoras del modelo entregan estas técnicas como un elemento interventivo dentro de un continuo comprensivo de la terapia y, por ende, no deben entenderse por sí solas.

- o Respiración profunda
- o Relajación muscular
- o Distracción
- o Técnicas de auto – calma
- o Tiempo fuera del cuidador/a

c. Construcción de un Soporte para el cuidador/a

Las estrategias asociadas a la construcción de un soporte para el cuidador/a y el ejercicio de su rol implican el acompañamiento por parte del interventor a la familia para, en primer lugar, identificar aquellos lugares, personas y redes que puedan prestar apoyo en distintos niveles en el manejo del afecto del/la cuidador/a. Esto con el objetivo que en un segundo momento el cuidador/a pueda hacer uso de dicho soporte cuando sea necesario.

1. Sintonizar

a. Elementos Psicoeducativos de Sintonizar.

La estrategia de sintonización implica la regulación del afecto del cuidador/a en orden de poder mirar al niño. En este sentido, cobra reverencia que el cuidador pueda entender el cómo mirar al niño, niña o

adolescente de una forma tal que pueda identificar sintomatología y gatillantes. Este ejercicio con miras a mejorar y fortalecer la relación entre cuidador y niño, niña y adolescente necesita de un lenguaje común. Por ello, los elementos psicoeducativos de este ámbito inician con generar una comprensión de la importancia del rol de la vigilancia del niño, niña y adolescentes para luego seguir desarrollando herramientas que permitan la identificación. Los elementos psicoeducativos por ende son:

- El rol de la vigilancia de los niños, niñas y adolescentes.
- Entendiendo los gatillantes.
- Construyendo un repertorio para entender la comunicación infantil.
- Desarrollo de habilidades de Escucha Activa.

b. Elementos Interventivos de Sintonizar.

Las herramientas interventivas que se destacan en este punto tienen que ver con la incorporación práctica de las habilidades de auto – monitoreo y auto – regulaciones descritas en el apartado de herramientas del manejo del afecto del cuidador/a. Esto se hace a partir de sesiones familiares que buscan lo que las autoras denominan sintonización diádica (Dyadic attunement en inglés). A partir de estrategias lúdicas se intencionan actividades para sintonizar entre cuidador/a y niño/a. Es en este punto donde se pone relevancia en las habilidades de Escucha Activa en el cuidador. Otro elemento importante de estas herramientas, tiene que ver con realizar una revisión de los fracasos en la sintonización a partir de estrategias en vivo, en el caso de las actividades de sintonización diádica o a partir de una revisión de las secuencias diádicas en la revisión de eventos de desregulación afectiva o conductual.

3. Respuestas Consistentes

a. Elementos Psicoeducativos de las Respuestas Consistentes.

La Psicoeducación, referida a generar una lógica de respuestas coherentes y consistentes, implica trabajar desde una lógica que entiende la parentalidad desde la dificultad que implica la vivencia de trauma por parte de los/las cuidadores y los niños, niñas y adolescentes. Si bien se integran elementos de parentalidad tales como, el refuerzo positivo y el manejo comportamental desde una óptica que rescate lo positivo, se entiende el efecto de las experiencias traumáticas y el potencial de estas estrategias parentales para constituirse en potenciales gatillantes de respuestas de desregulación emocional y conductual. En este sentido, la psicoeducación en este punto intenciona contenidos asociados a potenciales respuestas complejas y la construcción de explicaciones que permitan anticipar a los/las cuidadores las respuestas de los niños, niñas y adolescentes, ayudando con ello al desarrollo de la sensación de control. Se destacan los siguientes contenidos:

- Alabar y Reforzar.
- Manejo conductual.



- o Imposición de Límites (bajo una racionalidad que entiende y caracteriza la puesta de límites a partir de la comprensión de que estos deben ser inmediatos, relacionados a la conducta, apropiados a la edad y entregados de una forma calmada).
- b. Elementos Interventivos de Respuestas Consistentes.
 - o Habilidades conductuales de imposición de límites en espacios interventivos que integren la diada cuidador /a y niño, niña o adolescente.
 - o Coaching parental.
 - o Modelaje.
 - o Uso de tareas terapéuticas.

Evidencia

El modelo ARC, cuenta principalmente con evidencia asociada a estudios tipo ex – ante y ex post. Donde la intervención es realizada en un grupo o contexto particular y se evalúan los resultados, mostrando resultados prometedores en cuanto a sus efectos con cuidadores/as, niños, niñas y adolescentes y en políticas institucionales. No obstante, el modelo aún no posee estudios randomizados que puedan mostrar su efectividad en condiciones controladas. A continuación, se enuncian los principales estudios que dan sustento al modelo:

- Arvidson, J., Kinniburgh, K., Howard, K., Spinazzola, J., Strothers, H., Evans, M., Blaustein, M. (2011). Treatment of complex trauma in young children: Developmental and cultural considerations in application of the ARC intervention model. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 4(1), 34-51.
- Hodgdon, H., Kinniburgh, K., Gabowitz, D., Blaustein, M. & Spinazzola, J. (2013). Development and implementation of trauma-informed programming in residential schools using the ARC framework. *Journal of Family Violence*, 28, 679-692.
- Hodgdon, H., Blaustein, M., Kinniburgh, K., Peterson, M. & Spinazzola, J. (2015). Application of the ARC model with adopted children: Supporting resiliency and family well being. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 9(1), 43-53.
- Bartlett, J., Griffin, J., Spinazzola, J., Fraser, J., Noroña, C., Bodian, R., Barto, B. (2018). The impact of a statewide trauma-informed care initiative in child welfare on the well-being of children and youth with complex trauma. *Children and Youth Services Review*, 84, 110-117. doi:10.1016/j.childyouth.2017.11.015

Para una descripción detallada de las distintas técnicas y componentes se recomienda al lector/a el libro:

Blaustein, M., & Kinniburgh, K. (2010). *Treating traumatic stress in children and adolescents: How to foster resilience through attachment, self-regulation, and competency*. New York: Guilford Press.

Modelo TF-CBT - trauma focused Cognitive Behavioral Therapy (Cohen, Mannarino, Deblinger, 2017)

El modelo Cognitivo Conductual focalizado en trauma (TF-CBT), fue desarrollado en Estados Unidos, a partir de las investigaciones de Judith Cohen, Anthony Mannarino y Esther Deblinger. Todos ellos, en universidades distintas, inician un proceso de revisión de prácticas e investigación en torno a intervenciones en Trastorno de Estrés Pos-Traumático para desarrollar un modelo que agrupara técnicas basadas en evidencia, para el abordaje con personas que experimentan los síntomas clásicos de este Trastorno (Re-experimentación, Evasión, Hiperactivación).

El modelo entiende la reparación como un proceso mediante el cual se prepara a los niños, niñas y adolescentes a través de un proceso ordenado secuencialmente, hacia la construcción de una narración de lo experimentado que no evoque un dolor que invada a la persona. Esto a través de la exposición gradual y la preparación para ella. El modelo fue pensado para cualquier experiencia potencialmente traumática y duelos patológicos, es decir, desde una experiencia de casi muerte en un auto a un abuso sexual. El modelo TF-CBT ha sido puesto a prueba en distintas instancias, siendo consistente para demostrar evidencia en sus intervenciones. De hecho, junto con el modelo EMDR, en revisiones sistemáticas importantes, son los dos únicos modelos que muestran consistentemente evidencia en el abordaje de trauma (Gillies et al, 2016). Dicha efectividad no ha sido puesta a prueba en el contexto de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo. En el libro sobre aplicaciones de tratamiento “trauma focused CBT for children and Adolescents; Treatment Applications” (2012), los autores plantean que para población residencial y en familias de acogida, el tratamiento debiese recibir adaptaciones, alargando el trabajo psicoeducativo asociado a la adquisición de habilidades.

Componentes

- Psicoeducación en Trauma: La psicoeducación en trauma bajo este modelo es realizada tanto con padres como con los niños, niñas y adolescentes. El primer objetivo tiene que ver con la normalización de las respuestas al trauma ya sea fisiológicas, psicológicas y/o conductuales. Reforzando lo que ellos denominan cogniciones erradas frente al trauma. Es importante enfatizar este punto, ya que el modelo en cuestión tiene como fundamento las nociones clásicas del modelo Cognitivo Conductual, donde las cogniciones y el efecto que tienen en las personas son parte de los focos a intervenir. Se recomienda al lector a tener cuenta de la vasta investigación asociada a como las cogniciones median respuestas al trauma y cómo pudiesen recrudescer la sintomatología (Losavio et al., 2017).
- Trabajo con los padres/madres: El trabajo realizado en términos de psicoeducación y explicación de la estructura del tratamiento del punto anterior, da piso para iniciar un proceso de trabajo en habilidades parentales orientadas a acompañar al niño, niña o adolescente en el proceso de reparación. La estructura del tratamiento implica que cada componente es explicado a los padres/madres de forma tal de disponer al cuidador/a para que se disponga como un mediador del aprendizaje en cada etapa. En la explicación del modelo, el trabajo psicoeducativo es uno de los

elementos transversales. En el siguiente punto de estrategias, se resumen las habilidades a trabajar con padres/madres. No obstante, para el lector que quiera profundizar en el presente modelo, se sugiere que pueda leer la explicación de cada componente y sus estrategias para con los niños, niñas y adolescentes, en cuanto desde ahí emergen los contenidos psicoeducativos para padres.

- Estrategias de relajación: Todos necesitamos distintos mecanismos para relajarnos de forma de poder entrar en estados de recuperación del gasto energético que realizamos cotidianamente. Uno de los elementos con mayor presencia en personas que han vivenciado trauma y especialmente trauma complejo y crónico, se refiere a la activación constante de procesos que le impiden percibir estas sensaciones de relajación. Las técnicas de relajación permiten afectar positivamente al tono adrenérgico, aumentar la respuesta al sobresalto (Startling response), disminuir la hipervigilancia, disminuir la agitación, ayudar a reducir las dificultades para dormir y conciliar el sueño, disminuir la irritabilidad y las reacciones de enojo y furia (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2017). Sólo por mencionar algunas técnicas, el modelo utiliza meditación, respiración focalizada, mindfulness y relajación muscular progresiva.
- Expresión afectiva y habilidades de modulación emocional: La expresión afectiva y específicamente el trabajo orientado a la posibilidad de identificar, modular y expresar emociones críticas (rabia, pena, miedo), es una de las tareas que constituyen una base para iniciar etapas posteriores, donde el exponerse progresivamente y la elaboración de una narración, deben iniciarse con la sensación de control obtenida por el manejo de los efectos emocionales de las vivencias de vulneración. Cohen, Mannarino y Deblinger (2017), plantean una identificación de emociones de forma gradual, intencionando ejercicios que se centren en el presente y en un aumento progresivo de la complejidad de las emociones. Esto con el objetivo de lograr posteriormente identificar emociones asociadas a pensamientos intrusivos, pesadillas y cualquier otro recuerdo referido a los eventos traumáticos. El trabajo en este punto es el de normalizar las emociones asociadas a los recuerdos e intencionar estrategias para lidiar con estas experiencias. Los autores, plantean que este componente debe trabajarse en concomitancia con los padres, preparando a los mismos para lidiar con sus propias emociones críticas asociadas a los acontecimientos traumáticos. Este trabajo tendría como objetivo el posteriormente acompañar a sus hijos en la expresión de sus emociones, principalmente a través del refuerzo positivo de momentos en que dicha expresión sea de una forma que no implique una desregulación conductual. Herramientas para esta etapa son las siguientes: técnicas de interrupción de pensamientos, imaginería positiva, conversaciones positivas con uno mismo, aumento de la seguridad, resolución de conflictos, técnicas de autocalma, etc. (Cohen, Mannarino y Deblinger, 2017).
- Mecanismos de afrontamiento cognitivo y habilidades de procesamiento: Para los autores del modelo, el trabajo a nivel de mecanismos de afrontamiento cognitivo se refiere a la variedad de intervenciones que buscan que los niños, niñas y adolescentes y sus familias puedan explorar sus pensamientos en orden a poder desafiarlos y corregirlos (Cohen, Mannarino y Deblinger, 2017). Este elemento es central en el modelo asociado a los componentes de CBT (Terapia Cognitiva

Conductual) y plantea la tesis que existen cogniciones que tienden a ser incorrectas o que brindan poca ayuda. Los autores proponen que un primer trabajo asociado a este punto, reside en el reconocimiento y en el poder compartir los diálogos internos que puede tener una persona. Esta tarea no es fácil ya que implica un voto de confianza para poder compartir pensamientos que pueden ser arraigados, repetitivos y difíciles de comunicar. Los autores proponen proseguir en un trabajo que diferencia pensamientos, conductas y emociones/sentimientos, lo que denominan el triángulo cognitivo (Cohen, Mannarino y Deblinger, 2017). Este trabajo, busca posteriormente alternar pensamientos, otorgando flexibilidad a las cogniciones para lograr identificar la relación entre los distintos pensamientos, emociones y conductas y también como otras personas pueden responder hacia nosotros. En este sentido, la idea objetivo es identificar aquellos pensamientos que tienden a realizar atribuciones negativas basadas en elementos personales (internos), totalizantes (globalizantes) y permanentes (siempre).

- Narración y procesamiento del Trauma: TF-CBT plantea que este punto es un elemento crucial del trabajo reparatorio, Deblinger et al. (1990), plantearon en un primer momento que la narración del trauma es un componente de exposición que tiene como objetivo el desensibilizar a la persona con respecto a la hipersensibilidad de los recuerdos del trauma, generando una disminución de los efectos físicos y fisiológicos. Se hipotetiza que esto genera una reducción de las estrategias de evasión y por ello, una disminución global de los síntomas de TEPT. Los autores (Cohen, Mannarino y Deblinger, 2017), han actualizado esta primera concepción asociada a que la importancia de la creación de una narrativa se da en un proceso, donde paralelo a la construcción de una historia que, de orden a la experiencia traumática. La importancia de este componente reside en la construcción de un espacio dentro de la relación terapéutica donde se puede realizar una conexión ideo-afectiva de lo ocurrido. En este punto el rol del terapeuta es fundamental, en cuanto acoge, escucha y brinda un espacio seguro desde donde hablar de lo doloroso, integrando elementos asociado a sus mecanismos de afrontamiento y sensación de maestría. Con respecto al procesamiento del trauma, el modelo TF-CBT, intenciona el abordaje sobre cogniciones del trauma como punto focal, abordando aquellas que pueden ser imprecisas o que no brinden ayuda.
- In Vivo maestría de Re-experimentación intrusiva: Este elemento es totalmente opcional y está diseñado para aquellos niños, niñas y adolescentes que pudiesen desarrollar miedos generalizados de alguna situación. El foco está puesto en el trabajo de desensibilización sistemática, en donde se construye un plan adecuado a la situación del niño, niña y adolescente para que paulatinamente se pueda ir ganando terreno y combatiendo las estrategias evitativas que pudiesen estar en juego. (Cohen, Mannarino y Deblinger, 2017).
- Sesiones en conjunto padres/madres – hijos/as: Las sesiones en este punto tienen como objetivo el compartir la narración del trauma y la forma de procesamiento. Esto tiene como objetivo el construir un espacio de apoyo fuera del contexto terapéutico. Para ello se debe trabajar con los/las cuidadores, en donde, se comuniquen los aspectos asociados al trauma trabajando previamente con

los padres la posibilidad de tolerar esta narración en orden que estos/ estas puedan brindar el soporte necesario.

- Aumento de estrategias de Seguridad y desarrollo: Si bien los autores plantean este componente como el último descrito, en el libro “Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents” (2017), describen este punto como algo a tener en cuenta durante todo el proceso. Desde la concepción más básica de la seguridad, en cuanto resguardo del interrumpir el abuso hasta una concepción de seguridad en cuanto a prevención tanto de conductas de exposición, como conductas de riesgo. Para los autores, este punto daría mayor sustentabilidad a los cambios producidos durante la terapia, prescribiendo posibilidades de acción concreta frente a posibles dificultades tanto presentes como futuras.

Estrategia y Técnicas

En cuanto al trabajo parental, una de las estrategias que se utiliza con regularidad es denominada Análisis funcional. Esta estrategia permite realizar análisis de las conductas más complejas de los niños, niñas y adolescentes que pudiesen irrumpir de forma potente en las dinámicas familiares. De la misma forma, permite ver a los padres/madres el grado de participación en las dinámicas reconociendo gatillantes y sus propias reacciones frente a ellos. El análisis funcional plantea revisar los antecedentes, los comportamientos y las consecuencias de una determinada conducta con el objetivo de intentar identificar la función que dicha conducta pudiese tener dentro del contexto familiar e historia del niño, niña y/o adolescente. Los autores plantean que estas funciones representan necesidades básicas de los niños, niñas y adolescentes, que pudiesen responder a 1. Necesidades de escapar o evitar el dolor/distrés 2. Necesidad de sentir atención a sus necesidades 3. Necesidades por emociones o deseos sentidos 4. Deseos por control 5. Deseos por sensaciones físicas positivas 6. Deseos por sensación de maestría o agencia (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2017). Esto es complementado con un set de estrategias asociadas a parentalidad efectiva donde se realiza entrenamiento en el uso de elogios, escucha reflexiva, atención selectiva, acciones disciplinarias y refuerzos positivos a conductas.

Evidencia

El Modelo TF-CBT es el modelo que cuenta con mayor investigación en el mundo en cuanto a su efectividad para el abordaje de sintomatología de TEPT. Posee evidencia asociada a Estudios Randomizados Controlados donde ha sido comparada con otras intervenciones. Es importante destacar que este modelo no ha mostrado efectividad para otros problemas asociados a experiencias traumáticas tales como TEPT complejo o problemas conductuales asociados a trauma. Se recomienda al lector realizar una revisión crítica de los estudios y tomar consciencia de los elementos (pruebas psicométricas y áreas de evaluación) que derivaron en la aseveración de efectividad.

- Deblinger, E., Lippmann, J., & Steer, R. (1996). Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: Initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment*, 1(4), 310-321. <https://doi.org/10.1177/1077559596001004003>

- Cohen, J., & Mannarino, A. (1996). A treatment outcome study for sexually abused preschool children: Initial findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(1), 42-50. <https://doi.org/10.1097/00004583-199601000-00011>
- Deblinger, E., Mannarino, A., Cohen, J., & Steer, R. A. (2006). A follow-up study of a multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 1474-1484. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000240839.56114.bb>
- Deblinger, E., Mannarino, A., Cohen, J., Runyon, M., & Steer, R. (2011). Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for children: Impact of the trauma narrative and treatment length. *Depression and Anxiety*, 28, 67–75. <https://doi.org/10.1002/da.20744>
- Cohen, J., Mannarino, A., & Iyengar, S. (2011). Community treatment of posttraumatic stress disorder for children exposed to intimate partner violence. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165(1), 16-21. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.247>
- Scheeringa, M., Weems, C., Cohen, J., Amaya-Jackson, L., & Guthrie, D. (2011). Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for posttraumatic stress disorder in three-through six year-old children: A randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(8), 853-860. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02354.x>

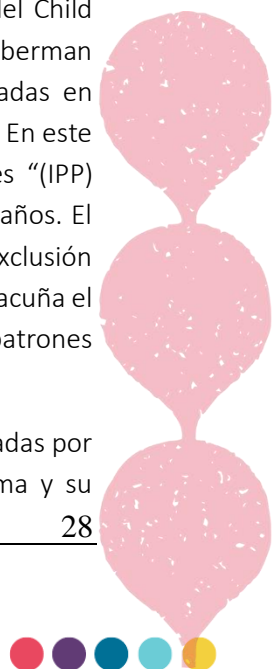
Para una lectura detallada de los componentes, elementos psicoeducativos y técnicas, se recomienda la lectura del modelo en el libro:

- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. Guilford Press.

Modelo CPP- Child Parent Psychotherapy (Lieberman, A., Van Horn, P.,2004)

El modelo “Psicoterapia padre – hijo/a” (CPP en sus siglas en inglés) fue desarrollado al alero del Child Trauma Research Program en la Universidad de California, San Francisco. Sus fundadoras Alicia Lieberman y Patricia Van Horn desarrollaron el modelo bajo la premisa de construir intervenciones basadas en evidencia que fueran culturalmente informadas para el abordaje de estrés traumático en niños/as. En este sentido, extendieron el modelo desarrollado por Selma Fraiberg “Psicoterapia Infante – Padres “(IPP) dirigido a niños/as en sus primeras etapas del desarrollo y lo extendieron para niños/as de 3 a 5 años. El modelo fue diseñado en un primer momento para familias de bajos ingresos y en situaciones de exclusión social. El modelo de Selma Fraiberg tiene como principal referente paradigmático el psicoanálisis y acuña el concepto de “fantasmas en la cuna” para entender y prevenir la transmisión intergeneracional de patrones relacionales que devienen de situaciones traumáticas en los primeros años de vida del infante.

CPP es un tratamiento elaborado con las ideas antes señaladas y que incorpora nociones desarrolladas por el Child Trauma Research Program que avanzan en la comprensión de la afectación del trauma y su



tratamiento. La noción de “ángeles en la cuna” avanza en este sentido incorporando una complejidad en la vida de las personas que integra no solo los modelos intergeneracionales de relaciones traumáticas, sino también aquellas relaciones benignas que pueden modelar relaciones bien tratantes. CPP es definido por sus autoras como una aproximación multiteórica, que integra las teorías del apego y del trauma con intervenciones estratégicas derivadas de los modelos cognitivo conductual y la teoría social del aprendizaje (Lieberman & Van Horn, 2008).

En términos de características, CPP está diseñado para niños/as de 0 a 5 años que han sido expuestos a experiencias traumáticas. La intervención es desarrollada a través de sesiones donde se incluye tanto al cuidador/a principal como al niño/a. Esta díada es la unidad básica de tratamiento. Durante la intervención se realiza una evaluación de como el trauma y la historia relacional del cuidador afectan la relación de la diada y la trayectoria de desarrollo del niño/a. Esto con el objetivo de dar un soporte y fortalecer la relación cuidador/a – niño/a como un vehículo para restaurar y proteger la salud mental del niño/a. Otro elemento focal del modelo implica la revisión de posibles factores contextuales o estresores que pueden afectar la diada. Durante el tratamiento se identifican y abordan gatillantes de origen traumático que pueden generar desregulaciones afectivas y conductuales, para luego intencionar y guiar la construcción de una narrativa conjunta de los eventos. Para las autoras, tres dominios definen la salud mental temprana: la capacidad del niño/a para experimentar, tolerar y expresar un rango de emociones sin un colapso emocional, de formar y mantener relaciones íntimas de confianza y de aprender habilidades relacionadas con las expectativas culturales que son apropiadas para la edad. CPP, aborda cada uno de estos dominios a través de las relaciones de apego temprano del niño/a.

Es importante connotar que el modelo ha sido desarrollado para acompañar a cuidadores/as y sus hijos/as cuando se ha interrumpido el maltrato. Por ende, presupone que los factores protectores asociados a riesgo se hayan abordado previamente.

Componentes

- Foco en la Seguridad: El foco del componente está asociado a la seguridad contextual del trabajo terapéutico. El modelo acuña el ideal africano del “se necesita una aldea” para el ejercicio de la parentalidad. Al ser una intervención que se enfoca en las consecuencias de experiencias traumáticas asociadas a violencia intrafamiliar, el primer foco tiene que ver con la revisión de las condiciones donde se realizará la terapia. En este sentido se promueve comportamientos que impliquen que el padre/madre resguarde la seguridad de la relación, a partir del apoyo en la construcción de límites y en la configuración de roles dentro de la familia que generen el tejido necesario para brindar seguridad.
- Regulación del afecto: Este componente se asocia a la comprensión y necesidad de brindar apoyo en la regulación del afecto tanto de los padres/madres como de los niños/as. Gran parte del acompañamiento terapéutico implica trabajar con la familia en orden de brindar orientación sobre el desarrollo infantil, en particular la forma en que los niños/as regulan el afecto y sus distintas reacciones emocionales. Se brinda apoyo en el nombrar y etiquetar las distintas experiencias afectivas en orden de aumentar la capacidad de los cuidadores/as para responder de manera

eficiente y tranquilizadora cuando el niño/a vivencia alguna emoción crítica. Con ello se busca que el niño/a pueda utilizar a los padres como base segura, para lo cual se utilizan estrategias de regulación de afecto que se enseñan y modelan en el contexto terapéutico.

- Reciprocidad en las relaciones: Este componente alude al ejercicio de una serie de habilidades que se entrenan en el contexto terapéutico, donde se busca resaltar la comprensión mutua entre padres/madres e hijos/as, se fomentan las capacidades empáticas en la parentalidad y la capacidad de comprender la perspectiva del otro en la familia. En este punto se intenciona una revisión de los patrones de interacción desadaptativos que mantienen la sintomatología traumática y que pueden incidir en otros tipos de conductas problemáticas en los niños/as.
- Focalización en el evento traumático: CPP se puede catalogar dentro de los programas que buscan abordar las consecuencias del trauma principalmente por este componente, donde a través de estrategias psicoeducativas, se apoya a los padres/madres para reconocer y entender respuestas asociadas a las experiencias traumáticas. De la misma forma, el énfasis en la intervención tiene como objetivo el ir construyendo una narrativa conjunta entre padres/madres e hijos/as que permita establecer vínculos entre experiencias pasadas y pensamientos, sentimientos y comportamientos actuales. Ayuda a los padres/madres a comprender la relación entre sus propias experiencias y los sentimientos y prácticas actuales de parentalidad. Por último, refuerza los comportamientos que ayudan a los padres/madres y a los niños/as a superar el trauma y adquirir una nueva perspectiva.
- Continuidad de la vida diaria: El componente de continuidad se define a partir de acciones interventivas tendientes a fomentar comportamientos pro-sociales y adaptativos, tales como, participar en actividades apropiadas para la edad y desarrollar una rutina diaria predecible que de soporte a la intervención en trauma.
- Supervisión Reflexiva: El ejercicio de supervisión es un componente importante para el desarrollo de la intervención, ya que implica el acto de abstraerse de la relación que se genera en el espacio terapéutico y poder evaluar aquellos elementos que pudiesen afectar al terapeuta para disponerse de la mejor forma posible para otorgar los componentes anteriormente presentados. El terapeuta se supervisa con otros en cuanto a lo que le pasa en la relación con la diada. Este espacio aporta además a la elaboración de hipótesis explicativas de las conductas de los miembros de la familia, de la diada, de las escaladas de comportamientos que mantienen los síntomas y teorías explicativas de lo que pudiese ayudar a las familias, en orden de emerger de la supervisión con estrategias concretas de intervención.

Estrategia y Técnicas

La habilidad para observar el comportamiento es una competencia central que permite al terapeuta aplicar el conocimiento abstracto sobre patrones familiares, desarrollo infantil e intervención a situaciones clínicas específicas. Además, el terapeuta debe tener habilidades clínicas para trabajar tanto niños/as como con adultos y la capacidad de colaborar con otros sistemas que otorguen servicios al niño o niña y su familia.

Habilidades tales como, manejo de casos, intervención en crisis y conocimiento de intervención comunitaria son relevantes para el abordaje de familias con múltiples necesidades. Este conocimiento básico y estas habilidades clínicas son comunes a muchas modalidades de intervención, lo que es exclusivo de CPP es su coalescencia⁴ en una sola pero compleja habilidad central: la capacidad del terapeuta para actuar como un conducto o puente entre las conductas o expresiones emocionales del niño/a y la experiencia de los padres/madres. Este papel implica la habilidad para traducir el significado del comportamiento del niño/a para los padres y viceversa, promoviendo la seguridad y la confianza. El terapeuta de CPP guía a los padres/madres para observar el comportamiento del niño o niña, para reflexionar sobre el, ofreciendo explicaciones enmarcadas en el contexto de la etapa de desarrollo. Una forma específica de esta modalidad es "hablar por el bebé", una técnica que implica ayudar al cuidador/a a ponerse en el lugar del bebé, articulando lo que diría si pudiera hablar (Lieberman & Van Horn, 2008). El tratamiento legitima refuerza y expande creencias, afectos y comportamientos que promueven la seguridad, la regulación del afecto, la reciprocidad emocional y el dominio de metas apropiadas para el desarrollo.

Como se puede rescatar, tanto de la explicación de los componentes, como de la forma particular de intervenir, el modelo CPP utiliza la psicoeducación como una de sus principales herramientas para ayudar a los padres a cambiar las representaciones que puedan tener de los niños o niñas.

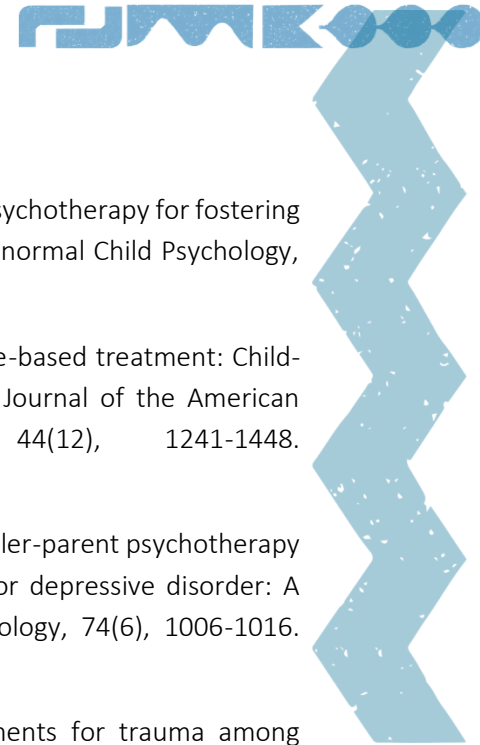
Evidencia

El modelo CPP cuenta con estudios randomizados controlados que dan cuenta de su efectividad en términos de reducción de sintomatología asociada a trauma. La eficacia en el tratamiento ha sido documentada a partir de estudios con pre-escolares y "toddlers" (niños/as que se encuentran en etapa de aprendizaje de caminar). La investigación de este modelo tiene relevancia ya que se ha centrado en población en riesgo psicosocial y en personas bajo el sistema de protección infantil en Estados Unidos donde se incluye población latina. Los estudios demuestran que este tratamiento reduce sintomatología, en conjunto con desarrollar atribuciones positivas entre padres/madres e hijos/as y en la misma relación. De la misma forma, se ha observado mejoría en el funcionamiento cognitivo y en evaluaciones de apego que denotan un aumento de apego seguro.

A continuación, se entrega una selección de estudios relevados por su importancia en términos históricos y aquellos que muestran el modelo en distintos contextos:

- Lieberman, A., Weston, D., & Pawl, J. (1991). Preventive interaction and outcome with anxiously attached dyads. *Child Development*, 62, 199-209. doi:10.1111/j.1467-8624.1991.tb01525.x
- Cicchetti, D., Toth, S., & Rogosch, F. (1999). The efficacy of Toddler-Parent psychotherapy to increase attachment security in off-spring of depressed mothers. *Attachment & Human Development*, 1(1), 34-66. doi:10.1080/14616739900134021

⁴ Es la capacidad de que dos o más materiales se unan en un único cuerpo.



- Cicchetti, D., Rogosch, F., & Toth, S. (2000). The efficacy Toddler-Parent Psychotherapy for fostering cognitive development in offspring of depressed mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(2), 135-148. doi:10.1023/A:1005118713814
- Lieberman, A., Van Horn, P., & Ghosh Ippen, C. (2005). Toward evidence-based treatment: Child-Parent Psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(12), 1241-1448. doi:10.1097/01.chi.0000181047.59702.58
- Toth, S., Rogosch, F., Manly, J., & Cicchetti, D. (2006). The efficacy of toddler-parent psychotherapy to reorganize attachment in the young offspring of mothers with major depressive disorder: A randomized preventive trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1006-1016. doi:10.1037/0022-006X.74.6.1006
- Weiner, D., Schneider, A., & Lyons, J. (2009). Evidence-based treatments for trauma among culturally diverse foster care youth: Treatment retention and outcomes. *Children and Youth Services Review*, 31(11), 1199-1205. doi:10.1016/j.chilyouth.2009.08.013
- Ippen, C., Harris, W., Van Horn, P., & Lieberman, A. (2011). Traumatic and stressful events in early childhood: Can treatment help those at highest risk?. *Child Abuse & Neglect*, 35(7), 504-513. doi:10.1016/j.chiabu.2011.03.009
- Stronach, E. P., Toth, S. L., Rogosch, F., & Cicchetti, D. (2013). Preventive interventions and sustained attachment security in maltreated children. *Development and Psychopathology*, 25(4pt1), 919-930. doi:10.1017/S0954579413000278
- Guild, D., Toth, S., Handley, E., Rogosch, F., & Cicchetti, D. (2017). Attachment security mediates the longitudinal association between Child-Parent Psychotherapy and peer relations for toddlers of depressed mothers. *Development and Psychopathology*, 29(2), 587-600. doi:10.1017/S0954579417000207

Para una descripción detallada del modelo y sus técnicas, se recomienda la lectura de los siguientes textos:

- Lieberman, A. F., & Van Horn, P. (2004). *Don't hit my mommy: A manual for child parent psychotherapy with young witnesses of family violence*. Zero to Three Press: Washington, D.C.
- Lieberman, A. F., & Van Horn, P. (2008). *Psychotherapy with infants and young children: Repairing the effects of stress and trauma on early attachment*. New York: The Guilford Press.

Modelos Narrativos en el abordaje de Víctimas de Violencia (White y Epston, 1993)

La terapia narrativa no es un modelo específicamente desarrollado para el abordaje de experiencias traumáticas. Sus autores principales, Michael White y David Epston (1993), iniciaron el trabajo con ideas postmodernas asociadas a un cambio de foco del cómo llevar un proceso terapéutico, a partir de centrarse en los problemas y en los relatos asociados a estos y no en las dinámicas o problemas intrapsicológicos. Sus



ideas han influenciado profundamente el mundo de la Terapia Sistémica (Payne, 2000; Bertrando, 2004). Ambos autores, a partir del desarrollo de este trabajo, iniciaron acompañamientos a niños, niñas, adolescentes, adultos y grupos que habían sobrevivido experiencias traumáticas, observándose adaptaciones a esta población lo que se describirá en este apartado, tras explicitar los fundamentos del modelo.

Las Prácticas Narrativas, como posteriormente las denominan sus autores (White & Epston, 1993), hacen referencia a las prácticas sustentadas en una ética, que White denomina colaborativa (White, 2016). Esta ética, introduce una comprensión basada en el socio-construccionismo (Gergen, 2007) y en el post-estructuralismo (Foucault, 1973), desde donde se entiende al ser humano en constante construcción y es éste, quien da sentido al mundo y por ende a la terapia. White y Epston, siguen a Bruner en sus postulados sobre los actos interpretativos, comprendiendo que “Todo conocimiento requiere un acto de interpretación” (Bruner 1986 citado en White, 1993). Desde este postulado, fundamentan el uso de la analogía del texto en la terapia para comprender a las personas.

Desde las prácticas narrativas entonces, la persona es considerada como una posibilidad de cambio constante, en tanto no estaría definida ni por sus condicionantes biológicos, sociales o culturales, sino, que estaría íntimamente relacionada con su historia y con las historias que cuentan de él o ella. Por historia, se comprendería el relato de una serie de eventos, vinculados en una secuencia, a través del tiempo y en torno a un tema y una trama (Latorre en García, 2013).

La terapia narrativa realiza un trabajo enriquecido en términos de construcción de sentido y posee un énfasis mayor en la alianza terapéutica que otros modelos en trauma, buscando como objetivo la colaboración, dando énfasis en una primera instancia a conversaciones que pueden ser significativas y seguras para las personas, al no necesariamente centrarse en una narración de las experiencias traumáticas, sino más bien, en énfasis en la agencia personal y en los estados intencionales de la persona. Un elemento central en terapia narrativa, es la noción de agencia personal, esta se define como la recuperación de la sensación de control de la propia vida (White y Epston, 1993). La noción de agencia personal, emerge como un especial proceso de colaboración social, con la ayuda de los otros para recorrer un camino entre lo conocido y familiar y lo posible de conocer respecto de sus vidas y su identidad preferida (White, 2016). Por ejemplo, la rumiación proviene de una intención de solucionar y enfrentar dificultades, de crear sentido a una vivencia intolerable. El abordar este sentido, permite generar un contexto para acciones terapéuticas que facilitan la emergencia de nuevos conocimientos, ya sean conocimientos pasados de la persona o conocimientos propuestos por cualquier persona dentro de su entorno (incluidos los terapeutas).

Componentes

Las prácticas narrativas no son un modelo manualizado, ni desarrollado a partir de una comprensión por componentes. Al situarse dentro de una lógica de las llamadas terapias posmodernas (Bertrando, 2004), su interés es respetar lo individual de cada proceso a partir de una práctica flexible que tome como centro una ética representada por la construcción colaborativa de conversaciones. Tal acto, permite entender cada conversación como una posibilidad de cambio, en la medida que se robustece una historia alternativa a la del problema.

Estrategias y Técnicas

Mapas Narrativos: White y Epston (2016) toman la noción de mapas desde la analogía propuesta por la antropóloga Barbara Myerhoff de que: “el mapa no es el territorio”, en una clara noción de que las técnicas lingüísticas no son rígidas y que lo que uno se encuentra en el camino no es necesariamente lo que está en el mapa. Por ende, un mapa conversacional plantea una cierta estructura, pero no necesariamente significa que los contenidos y aquello que acontezca en la conversación estará estructurado. Los mapas narrativos permiten al terapeuta generar un espacio y un contexto para una narración que debe brindar posibilidades, que debe movilizar a la persona. Como tal, los mapas no son una técnica (White, 2016), son posibilidad de conversación y pueden superponerse, intercambiarse o entrecruzarse, en la medida que cumplen el objetivo de enriquecer una determinada historia que facilita, por un lado, la separación de la persona con el problema en cuestión y, por otro lado, un aumento en términos de agencia personal frente a lo que a la persona le acontece. A continuación, se presentan tres mapas para orientar al lector en su potencial aplicación al trabajo con personas que han sobrevivido situaciones de violencia y con familias que podrían estar en una situación compleja en términos protectores.

Mapa de posición 1. Externalización

Las conversaciones de externalización tienen como objetivo desentrañar las historias que saturan el problema que aqueja a la persona, con el fin de generar una separación entre esta y el problema (Payne, 2000). Tal separación es una ética fundamental en narrativa, la cual permitiría generar un territorio, desde donde considerar el problema como una entidad separada de la persona. Para White (2016), tal acto se basaría en la comprensión proveniente del post estructuralismo, en donde los discursos dominantes, en donde se sustenta el dolor de la persona, provienen de prácticas de fragmentación, que a través de la adscripción o compartimentalización de los relatos sobre sí mismo, concluyen en verdades que abarcan completamente la identidad de la persona asignándole identidades deterioradas. El objetivo de la externalización sería, por ende, el ayudar a separar la identidad de la persona de la identidad del problema (White, 2016). No obstante, se debe recalcar que dicha separación no alude a que la persona se deslinda de su responsabilidad de las dificultades en las que se encuentra, sino más bien, la invita a responsabilizarse, pero desde un sitio donde puede visualizar dicha relación. La analogía de territorio seguro, aludiendo a una analogía territorial (mapas), presenta una metáfora que facilita la comprensión del modelo, en cuanto la construcción de una historia alternativa a las historias saturadas del problema permite identificar los problemas, reconocer los efectos de los mismos, evaluar los efectos y tomar posición respecto al problema (White, 2016).

En el caso específico del acompañamiento a personas que han vivido situaciones traumáticas asociadas a violencia por parte de sus cuidadores/as, la externalización permite visualizar el impacto, tanto de la re-experimentación intrusiva, la rumiación y otras experiencias que en su explicación incrementan el dolor de la persona (Paredes & Bustos, 2018; White, 2004). Este tipo de conversaciones se pueden tener con personas de todas las edades, respetando la cultura particular de éstas y deconstruyendo los significados subjetivos que le otorgan a la experiencia.

Mapa de re-autoría

Las conversaciones de re-autoría se construyen a partir de dar énfasis a historias asociadas a resultados inesperados, o que contradicen la historia dominante del problema (White, 2016). Por ejemplo, en el acompañamiento a personas que han vivido abuso sexual y que experimentan sensaciones de miedo sintiéndose completamente invadidas por el terror, aislándose socialmente para no sentir dichas sensaciones de amenaza. Conversaciones donde se da énfasis a un momento en el que el miedo no invade de forma totalizante o que no inhibe la conducta social, permite tener un diálogo que alude a aquello distinto de la situación, a las habilidades especiales desplegadas en ese momento para impedir la invasión del miedo, a denotar personas, lugares y/o acciones concretas que ayudaron a que este no invadiera, generando coordenadas distintas al problema y limitando su poder totalizante. Esto brinda posibilidades para que la persona pueda actuar en futuras situaciones de una forma distinta, recordando esta historia robustecida por un acto de autoría diferente al de la historia dominante del problema.

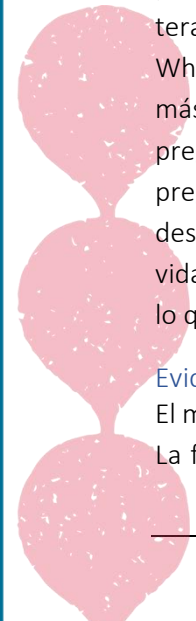
Mapa de re-membranza

Michael White (2016) es influenciado por el trabajo de la antropóloga Barbara Myerhoff (1982). El término re-membranza fue acuñado originalmente por esta autora que trabajaba en distintos contextos, incluyendo ancianos judíos en comunidades del sur de California. El uso original del término era para definir un tipo especial de conversaciones asociadas al recordar a personas que son parte de la historia de nuestra vida. En el contexto narrativo, son conversaciones terapéuticas que: 1. Evocan la vida como un “club de miembros” que constituyen y convergen en la identidad como una asociación de vida. 2. Contribuyen a un sentido de identidad multifacética. Otorgan un enriquecimiento de la definición de uno a partir de la relación con otro, robusteciendo la identidad preferida en relación a una historia. 3. Abren posibilidades para historiar elementos de la identidad, honrando algunas membresías y la revocación de otras. Para el otorgamiento de autoridad de algunas voces y la desautorización de otras en su influencia a nuestras vidas.

Como ejemplo, en el caso de maltrato y específicamente en el abordaje con padres/madres que han vivenciado maltrato en sus vidas, este tipo de conversaciones permite generar un relato enriquecido de las experiencias de buen trato que puedan haber tenido en sus vidas y que sustentan compromisos asociados a tratar de criar de una forma distinta a sus hijos/as. Este tipo de conversaciones permiten visualizar a las personas que sustentan estos compromisos y elaborar sentido, desarrollando una orientación al proceso terapéutico y a una relación de colaboración en base a estados intencionales de la propia persona. Michael White describe una “jerarquía” de estos estados intencionales (White 2003), proponiendo que parece ser más fácil para la gente responder a preguntas acerca de estados intencionales se comienza haciendo preguntas acerca de: las intenciones o propósitos que han delineado una acción particular, para luego preguntarles acerca de los valores y creencias que les dan sustento a estas intenciones o propósitos y después sobre las esperanzas y sueños que están asociados con estos valores, luego sobre los principios de vida que están representados por esas esperanzas y sueños, y finalmente los compromisos, o aquello por lo que las personas se sostienen en la vida.

Evidencia

El modelo narrativo no posee evidencia en su efectividad para el acompañamiento de víctimas de violencia. La forma de comprender el proceso terapéutico hace difícil el poder manualizar y su accionar con otros



modelos. No obstante, es importante incluir el modelo en este mapa conceptual por su uso en el país y su potencial para abordar conversaciones complejas de una forma que construye colaboración.

Para una comprensión del modelo y sus potencialidades se recomienda al lector los textos:

- White, M. & Epston, D. (1993). Medios Narrativos para fines Terapéuticos. Ed. Gedisa. España.
- White, M. (2004) Working with people who are suffering the consequences of multiple trauma: A narrative perspective. International Journal of Narrative Therapy and Community Work (1), 45-76. Reprinted in D. Denborough (Ed.) (2006) Trauma: Narrative responses to traumatic experience (pp. 25-85) Adelaide: Dulwich Centre Publications. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300636>
- White, M. (2016). Mapas de la práctica Narrativa. Editorial Pranas. Santiago, Chile.

Modelo Relacional del Trauma (Sheinberg, Fraenkel y True, 2001)

El modelo creado por Marcia Sheinberg, Peter Fraenkel y Fiona True (2001) intenta poner énfasis en el trabajo sobre los aspectos relacionales asociados a trauma. Se habla de Trauma Relacional cuando la sensación de seguridad emocional y física ha sido violada por el comportamiento de un adulto encargado de brindar cuidado (Sheinberg & True, 2008). Esta noción implica situaciones de incesto, ser testigo de violencia intrafamiliar, abuso físico, divorcios complejos y procesos de custodia complejos, negligencia parental y abandono. Dichas situaciones pueden haber ocurrido en la familia presente o en generaciones anteriores. Al igual que el modelo Narrativo, pone énfasis en la construcción de agencia personal, con un foco especial en relación a las emociones complejas que emergen a partir de las relaciones familiares y posee como foco, un énfasis en la reconexión familiar. En este sentido, es importante el cómo este modelo, a través de sus técnicas, acoge la complejidad de los traumas relacionales, emociones múltiples frente a posibles agresores y un orden conceptual para el abordaje de contenidos relacionales, expectativas y emociones asociadas. Esto es importante a considerar ya que la mayoría de los niños, niñas y adolescentes y sus familias atendidas en los programas de la red de protección presentan dificultades severas en estos aspectos.

El modelo de trauma relacional propone un modelo recursivo de terapia, con una clara visión colaborativa, en un trabajo que integra a la familia en el proceso de los niños, niñas y adolescentes a través de una ética y técnicas asociadas a generar recurrencias y conectar conversaciones.

Componentes

El Modelo relacional del trauma propone una comprensión multimodal de la intervención, entendiendo está a partir del modo en cómo se lleva a cabo el proceso terapéutico. Es decir, se diferencia la intervención individual del niño/a, con el adulto no agresor o con el adulto que ha agredido, proponiendo la interacción de estos tipos de modo de terapia a partir de un proceso recursivo que permite tomar decisiones para el equipo interviniente en cuanto a forma de terapia individual, familiar o con algunos miembros específicos de la familia.

- Intervención con el niño/a o adolescente que ha vivenciado trauma: La intervención busca brindar un espacio individual y familiar que busca dar un contexto para el desarrollo de competencia individual, rescatando las habilidades de los niños, niñas y adolescentes y abordando los efectos del trauma. En este sentido se busca abordar sentimientos complejos de describir a partir de los efectos relacionales que puede tener la experiencia traumática de violencia (en cualquiera de sus tipos) trabajando la sensación de ira, culpa, vergüenza u otros sentimientos posiblemente contradictorios que pueden emerger de estas relaciones.
- Intervención con el adulto no agresor/a: Se aborda la intervención con los adultos no ofensores desde el rescate de las historias y relaciones de buen trato, con el objetivo de ampliar la expresión emocional de los adultos, dando espacio para la identificación y clarificación de las emociones que le genera la persona ofensora. Se busca dar espacio a las contradicciones y la complejidad de este tipo de relaciones en orden a que se pueda comprender la expresión emocional y los sentimientos encontrados que puede tener un niño, niña y adolescente con respecto a los adultos no agresores y los adultos agresores. De la misma forma que con los niños, niñas y adolescentes, se da espacio para conversaciones complejas con respecto a sentimientos de culpa, vergüenza, rabia y/u otros asociados a las experiencias traumáticas.
- Intervención con el adulto agresor/a: Para el abordaje de situaciones de violencia y maltrato con adultos, en primera instancia se evalúa dicha posibilidad a partir de factores de riesgo asociados a la repetición de dicha conducta. A partir de este análisis se invita al adulto agresor/a a realizar un proceso de responsabilización por la violencia y sus efectos, trabajando en el desarrollo de empatía por el niño, niña y/o adolescente. Se invita al adulto a trabajar en la generación de un plan de seguridad para la no repetición de estas conductas y en el acompañamiento en acciones de reparación para el niño, niña o adolescente.
- Intervención con la familia como un todo: Se busca re-entender los hechos de violencia en una historia o narrativa que permita la construcción colaborativa de la intencionalidad de cambiar dicha historia a una nueva trayectoria de buen trato. En este sentido, se intenciona la construcción de historias de orgullo de dicho camino, sin disminuir la historia de responsabilización de la violencia. Por otro lado, se busca rescatar y extender las fortalezas familiares (relaciones sociales fortalecidas) a otros contextos y/o comunidades, todo ello con el objetivo de que la familia se constituya en lugar de seguridad, nutricio y de crecimiento.

Estrategias y Técnicas

El diálogo decisional es una técnica informada en esta visión que permite generar conversaciones para generar un puente entre distintos momentos de los procesos interventivos. Es una herramienta importante para el equipo para poder abordar conversaciones que pueden tornarse ambiguas en cuanto a límites relacionales y es importante que el equipo la maneje a cabalidad.

El modelo incluye estrategias clásicas de los modelos de terapia familiar, tanto de primer orden como de segundo orden, unidas a una comprensión de los elementos de trauma descritos en el apartado sobre conceptualización.

Evidencia

Al igual que el modelo narrativo, el modelo relacional del trauma o modelo sistémico para el abordaje de trauma no posee evidencia a nivel de estudios randomizados controlados. De la misma forma, no existen grandes estudios que evalúen su efectividad en cuanto a áreas específicas. No obstante, el modelo presenta una lógica interesante de revisar en cuanto a la comunicación de distintas modalidades de intervención terapéutica.

Para una comprensión del modelo y sus características se recomienda la lectura del libro:

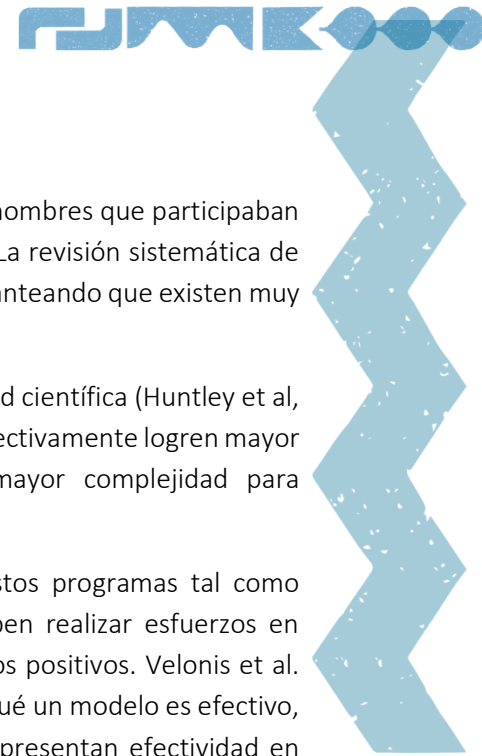
- Sheinberg, M. & Fraenkel, P. (2001) *The Relational Trauma of Incest; A family-based Approach to Treatment*. The Guilford Press. USA.

2.2 Modelos Centrados en la Prevención de nuevos maltratos

Modelos que abordan violencia de adultos a nivel intrafamiliar

En un breve recorrido histórico, desde los 70's se introducen abordajes acerca de las violencias vividas por la población femenina por parte de varones, ello como efecto de las perspectivas de género y los estudios sobre mujeres, así como de las reivindicaciones feministas, en relación a las situaciones y condiciones de desigualdad existente. Situaciones que conmocionaron a la opinión pública en el seno de la cultura norteamericana, suscitaron que hubiese apoyo gubernamental, político y de la sociedad civil, para llevar a cabo los primeros programas que intentaron abordar situaciones de violencia en la pareja (Pence & Taylor, 2003). La violencia de pareja pasó de ser un problema considerado solamente de lo privado, a la necesidad de contar con una política pública al respecto y que requiere intervenciones no sólo individuales, sino también comunitarias y políticas públicas integrales. El desarrollo de modelos, como el de Duluth (Pence & Taylor, 2003), intentan en un inicio, dar respuesta a la complejidad social que implica una política y programas sociales que intentan abordar esta temática. No obstante, el esfuerzo integrador de los primeros desarrollos en la temática da paso a modelos fragmentados, que tienden a focalizar en algunos aspectos la temática de la violencia ejercida por hombres en las relaciones de pareja (Echeburúa & Corral, 1998). Los modelos, por ende, intentan centrarse en hombres que ejercen violencia, mujeres que son víctimas de violencia o en niños, niñas y/o adolescentes que son víctimas de violencia. A continuación, se desarrollarán los primeros.

En la actualidad, la mayoría de los programas de abordaje para hombres que ejercen violencia intrafamiliar tienden a poseer una visión que emerge a partir de adaptaciones principalmente del modelo Cognitivo Conductual y que integra elementos del modelo de Duluth, Dutton y nociones del modelo sistémico (Morales et al., 2011). No obstante, estudios demuestran que estos modelos deben seguir desarrollándose para ser efectivos en cuanto a prevenir eventos de violencia. Babcock et al. (2004) encontraron que no



existía evidencia significativa en evitar la reincidencia de violencia doméstica en hombres que participaban de intervenciones cognitivo conductuales, en comparación al grupo de control. La revisión sistemática de Smedslund et al. (2011) concuerda con los resultados de Babcock et al. (2004), planteando que existen muy pocos estudios randomizados para llegar a conclusiones.

En la actualidad, existe un llamado a investigar más sobre el tema en la comunidad científica (Huntley et al, 2019; Kim, Laurent, Capaldi & Feingold, 2008), en orden a crear programas que efectivamente logren mayor adherencia, efectividad para prevenir futuras situaciones de maltrato y mayor complejidad para comprender un fenómeno multidimensional.

Velonis et al. (2020), plantean que considerando la reducida evidencia de estos programas tal como demuestra la revisión sistemática de Miller, Drake, & Nafziger (2013), se deben realizar esfuerzos en comprender los mecanismos asociados a las intervenciones que sí tienen efectos positivos. Velonis et al. (2020) plantean que se debe avanzar en estudios que intenten preguntarse por qué un modelo es efectivo, estudiando los mecanismos y componentes que constituyen los modelos que presentan efectividad en contextos específicos.

La aplicación actual de los modelos es difusa (Babcock et al, 2004), integrando elementos de distintos enfoques, donde es difícil identificar prácticas de un programa específico. Por ello, en el presente apartado se realizará una distinción de modelos con el objetivo de graficar posibles elementos a considerar en las intervenciones con familias que ejercen violencia a niños, niñas y/o adolescentes.

Por ende, de acuerdo a la revisión realizada a los enfoques más utilizados en Chile, en instituciones como GENCHI, en Centros de SERNAMEG, en ONGs dedicada a esta expresión de violencia de género, y también en otros países, se describen los “modelos” que se presentan de forma sinóptica.

Modelo de Duluth (Pence y Paymar, 1981)

Este modelo surge en la ciudad de Duluth, Minnesota, en donde se creó el programa de intervención en violencia doméstica (Domestic Abuse Intervention Project, Daip), en el año 1981. Sus autores principales son Ellen Pence y Michael Paymar. Este es un programa de intervención para hombres, que se instala como respuesta a los múltiples casos de violencia hacia sus parejas (Corvo, Dutton & Chen, 2009). El modelo Duluth, incorpora técnicas cognitivo conductual y tiene raíces en conceptos feministas caracterizados por un eminente enfoque psicoeducativo. Su objetivo principal, es la protección de mujeres víctimas de maltrato y se centra en un trabajo comunitario, es decir, en la coordinación de las respuestas de una comunidad determinada con las distintas instituciones (Pence & Paymar, 1993).

El modelo presenta cuatro principios estratégicos de intervención entre los distintos agentes sociales (Corvo, Dutton y Chen, 2009).

- Coordinación entre las agencias para mejorar su capacidad de protección hacia las víctimas.
- Generar una estrategia integral centrada en la seguridad de la víctima.
- Colaboración conjunta entre las agencias o instituciones involucradas.



- Responsabilización constante del agresor por su uso de violencia, que incluye estrategias que van desde programas de educación, seguimiento de los infractores, hasta el encarcelamiento.

Si bien, ha habido distintas críticas al modelo, como por ejemplo que no cambia las actitudes, sino que produce efectos menores en el comportamiento o su base en fundamentos político feministas (Jackson et al., 2003), sus autores argumentan que estas discusiones se producen por las distintas explicaciones existentes sobre las causas de la violencia en la pareja, y sostienen que cada una de ellas necesita un tratamiento que se adecúe a las mismas. Así, no creen en un sólo tratamiento para todas las conductas, sino que entienden que resulta necesario combinar esfuerzos en el campo de la psicoterapia, en caso de que el agresor presentase una enfermedad mental o trastorno de personalidad; terapia de pareja y de justicia restaurativa (Paymar & Barnes, 2009).

El modelo Duluth, plantea un currículo en el trabajo grupal con hombres que ejercen violencia. Este tiene como objetivo el poder prevenir violencia en la pareja (Pence y Paymar, 1993). Para ello, el currículo se propone lograr los objetivos de:

1. Acompañar a los participantes a entender que los actos de violencia que estos ejercen son medios para controlar las acciones, pensamientos y emociones de sus parejas. Evaluando la intención de los actos de abuso y los sistemas de creencia que operan y sustentan el acto violento.
2. Aumentar la comprensión de los participantes con respecto a las causas de su violencia, examinando los contextos culturales y sociales en los cuales usa la violencia contra su pareja.
3. Aumentar la motivación para el cambio de sus acciones a través de la evaluación de sus propias acciones y los efectos que estos comportamientos tienen en la relación, su pareja, sus hijos/as sus amigos y consigo mismo.
4. Animar a los participantes a responsabilizarse con respecto al dolor causado a otros por su violencia. Esto a través de la toma de consciencia del abuso, la aceptación de responsabilidad por el impacto en otros y la construcción de un camino paso a paso para cambiar.
5. Proveer a cada participante información práctica de cómo cambiar el comportamiento abusivo por medio de la exploración de formas no controladoras y no violentas de relacionarse con mujeres.

Componentes

El modelo de Duluth es una intervención que implica la consideración de distintas agencias y servicios dependiendo del contexto donde se instala. Lo más característico del modelo tiene que ver con los objetivos del currículo anteriormente expuesto. Los principales temas de dicho currículo son:

No violencia: Aborda habilidades para no cometer nuevos actos de violencia, entrenándolas a partir de viñetas grabadas que permiten construir nuevas formas de enfrentar situaciones de una manera no violenta. Se revisan secuencias de hechos y alternativas dentro del ciclo para poder buscar finales alternativos a las conductas de violencia hacia los otros.

Comportamiento no amenazante: Trabaja habilidades comunicacionales para expresar elementos potencialmente conflictivos, pero sin que la pareja se sienta amenazada por las formas. Implica el reconocer comportamientos que potencialmente generan miedo u otras reacciones que tienden a congelar la respuesta del otro.

Respeto: En este componente se trabajan habilidades comunicacionales asociadas a la escucha activa del otro, respetando la posición y diferencias que el otro pueda tener. La posibilidad de valorar la opinión del otro se vuelve una acción activa a partir de entrenar formas de dialogar que facilitan la posibilidad de que el otro se posicione y explique su visión de una situación potencialmente conflictiva.

Apoyo y confianza: Este componente implica un desarrollo de aquellos sentidos vitales, tanto en sí mismo, como en la pareja en orden de disponerse de forma tal de brindar apoyo. Se trabaja también la confianza en el núcleo cercano, conectando estos sentidos vitales con los distintos ámbitos en los cuales el otro se desenvuelve, observando el rol de amigos, familiares, compañeros de trabajo, etc., para el desarrollo de la persona y la necesidad de confianza.

Responsabilidad y Honestidad: Este componente está asociado al trabajo de responsabilización con respecto a los hechos de violencia. Implica trabajar previamente las creencias asociadas a la violencia ejercida y su justificación momentánea, en orden a deconstruir los significados que justifican dicha violencia. Una vez realizado este trabajo se observa el impacto en otros (pareja, hijos/as, familiares y en sí mismo), para con ello abordar y entrenar formas de llegar a conversaciones con sus parejas y seres cercanos que han sido afectados por la violencia, de una forma honesta logrando acuerdos a futuro y mecanismos para no volver a ejercer violencia.

Respeto sexual: En este componente se discute con respecto a la sexualidad y las distintas posibilidades de violencia en este ámbito relacional. Se observan conductas de control y poder en el seno de la sexualidad que pudiesen decantar en actos violentos, promoviendo actitudes y conductas que provean un espacio seguro para la pareja y comunicación para un encuentro consensuado.

Compañerismo: Se abordan en el componente, estrategias para toma de decisiones conjuntas. Usando estrategias desarrolladas en los otros componentes, se establece potencialidad para acompañarse en actividades cotidianas, reconociendo el desgaste del otro en estas labores. Se realiza construcción de rutinas para compartir tanto las tareas domésticas, de cuidado de hijos/as, como de apoyo en términos de aspiraciones laborales.

Negociación e igualdad: En este componente se abordan los roles asociados a lo masculino y femenino, en términos de la sociedad patriarcal. Se realiza un trabajo reflexivo de las limitaciones de estos roles y de los beneficios, en virtud de poder cuestionarlos y llegar a posiciones de mayor igualdad.

Estrategias y Técnicas

En cuanto a la metodología, se generan grupos de hombres que ejercen violencia, que se realizan por un número de 26 a 52 sesiones, estos son moderados por facilitadores, que incitan a los hombres a discutir sobre sus creencias en torno a la violencia, promoviendo la utilización de pensamiento crítico y autoreflexión, con el fin de que puedan reconocer que este comportamiento se encuentra intrínsecamente

ligado a sus creencias. Para lograr esto, los facilitadores ayudan a que, en el corto plazo, reconozcan cómo la violencia les permite obtener lo que quieren, produciendo consecuencias negativas en la relación, haciéndolos decidir si desean mantener el estatus quo de la relación o bien optar por el cambio. Se enseñan habilidades sociales a través de técnicas como role-playing u otras, para presentar comportamientos alternativos más saludables que la violencia (Paymar y Barnes, 2009).

En cuanto a las herramientas del modelo, destaca la “**rueda de poder y control**”, que señala como los hombres usan los privilegios masculinos, el abuso emocional y económico, la violencia, la intimidación y el aislamiento para controlar a las mujeres y también la “**rueda de equidad/igualdad**” que aborda las dimensiones de: Responsabilidad compartida, confianza y apoyo, respeto, economía compartida, negociación justa y conducta no amenazante.

Se utiliza el constructo de la “rueda del poder y el control” como material para la reflexión y desarrollo de actividades. Se presenta con las dimensiones de violencia física y sexual como vector clave de la rueda y la explicación de mecanismos y acciones tales como: abusos económicos, abusos emocionales, uso de coerción y amenazas, intimidación, aislamiento, privilegios masculinos, minimizar, negar, culpar y manipulación de los niños, niñas y adolescentes.

Evidencia

En relación a la evidencia, el modelo ha sido cuestionado en cuanto a no mostrar evidencias asociadas a una tasa de disminución de la reincidencia en hombres que ejercen violencia a sus parejas de forma significativa (Dutton & Corvo, 2007; Bohall, Batista & Mullon, 2016). Existe una discusión importante entre los desarrolladores del modelo y autores de otros modelos teóricos en cuanto a la pertinencia de la evidencia presentada por los creadores del modelo Duluth (Dutton & Corvo 2007). Se ha cuestionado su foco no especializado, politizado y sesgado en cuanto no incorporar temáticas de salud mental y/o especialización a las personas que lo ejecutan (Velonis et al, 2020). No obstante, revisiones sistemáticas como la de Velonis et al. (2020) le reconocen la importancia de concebir una intervención multifacética en cuanto a política pública y además la influencia que ha tenido en el desarrollo de otros modelos.

A continuación, se agrupan investigaciones asociadas al modelo;

- Shepard, M. (1992). Predicting batterer recidivism five years after community intervention. *Journal of Family Violence*, 7(3), 167-178.
- Dobash, R. P., Dobash, R. E., Cavanagh, K., & Lewis, R. (1999). A research evaluation of British programmes for violent men. *Journal of Social Policy*, 28(2), 205-233.
- Taylor, B. G., Davis, R. C., & Maxwell, C. D. (2001). The effects of a group batterer treatment program: A randomized experiment in Brooklyn. *Justice Quarterly*, 18(1), 171–201.

- Herman , K., Rotunda, R., Williamson, G., & Vodanovich, S. (2014). Outcomes from a Duluth Model Batterer Intervention Program at completion and long-term follow-up. *Journal of Offender Rehabilitation*, 53(1), 1-18. doi:10.1080/10509674.2013.861316

Para un conocimiento más detallado de la aplicación del modelo, se entrega información del modelo y recomendación de lecturas para su profundización:

- Modelo Duluth, ver: <https://www.theduluthmodel.org/product/creando-un-proceso-de-cambio-para-hombres-que-maltratan-facilitators-manual/>
- Bohall, G., Bautista, MJ. & Musson, S. Intimate Partner Violence and the Duluth Model: An Examination of the Model and Recommendations for Future Research and Practice. *J Fam Viol* 31, 1029–1033 (2016). <https://doi.org/10.1007/s10896-016-9888-x>
- Morales et alt. (2011). Programas de intervención con hombres que ejercen violencia contra su pareja mujer. Fundación Paz Ciudadana y GENCHI. http://alianzaintercombios.net/files/doc/1353611190_programas%20con%20agresores%20evaluacion%20chile.pdf

Modelo Cognitivo Conductual para hombres que ejercen violencia (Echeburúa y Corral, 1998)

Componentes

Echeburúa y Corral (1998), desarrollaron una teoría psicológica conductista basada en estrategias cognitivo-conductuales de bastante influencia en el diseño de intervenciones para hombres que ejercen violencia contra su pareja. Conforme estos autores, la conducta violenta en el hogar es el resultado de un estado emocional intenso, la ira, que interactúa con unas actitudes de hostilidad, un repertorio pobre de conductas (déficit de habilidades de comunicación y de solución de problemas) y unos factores precipitantes (situaciones de estrés, consumo abusivo de alcohol, celos, etc.), así como de percepción de vulnerabilidad de la víctima. En este contexto, para estos autores seis son los factores que intervienen en la generación de conductas violentas en la pareja:

- Actitud de hostilidad, la que puede ser resultado de estereotipos sexuales machistas en relación con la necesidad de sumisión de la mujer, de la percepción de indefensión de la víctima, de la existencia de celos patológicos y de la legitimación subjetiva de la violencia como estrategia de solución de problemas.
- Estado emocional de ira, que puede ir desde una suave irritación o molestia a la rabia intensa, y que genera un impulso de hacer daño, que se ve facilitada por una actitud de hostilidad y por unos pensamientos activadores relacionados con recuerdos de situaciones negativas habidas en la relación o ajenas a la pareja.
- Factores precipitantes directos, como el consumo abusivo de alcohol y drogas, en interacción con frustraciones de la vida cotidiana.



- Repertorio pobre de conductas y trastornos de personalidad, en particular, los déficits de habilidades de comunicación y de solución de problemas impiden la canalización de conductas de forma adecuada, y donde el problema se agrava cuando existen alteraciones de la personalidad, como suspicacia, celos, autoestima baja, falta de empatía afectiva, necesidad extrema de estimación, etc.
- Percepción de vulnerabilidad de la víctima. Un hombre irritado suele descargar su ira sólo en aquellas personas que percibe como más vulnerables y que no tengan una capacidad enérgica de respuesta, y un entorno –la familia- en que sea más fácil ocultar lo ocurrido.
- Reforzamiento de las conductas violentas. Generalmente las conductas violentas anteriores han quedado reforzadas porque con ellas ha conseguido los objetivos deseados.

El Objetivo de las intervenciones es crear en el sujeto una motivación genuina para el cambio de conducta. Con este propósito se enfatiza la relevancia de generar una relación terapéutica basada en la confianza y confidencialidad, que ofrezca un espacio exento de prejuicios morales. Complementariamente, y desde los primeros contactos y entrevistas con el sujeto, el equipo profesional debe evaluar su “motivación hacia el cambio”, para lo cual se analizarán las conductas y actitudes a la luz de una adaptación propia de las etapas descritas por el modelo transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente, también utilizado por Dutton. Se considera una duración mínima de cuatro meses, con controles de seguimientos regulares y próximos, que abarquen un período de entre uno o dos años, de modo de monitorear la permanencia de los cambios y realizar prevención de “recaídas”.

Estrategia y Técnicas

Sesiones individuales y grupales, más apoyo farmacológico. Mostrar que el cambio es posible y desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas para abordar las dificultades cotidianas. Asimismo, las terapias buscan que el sujeto exprese la necesidad del cambio (como decisión propia y no como respuesta a presiones externas) y logre interrumpir la cadena de la violencia.

Algunas dimensiones psicopatológicas y técnicas utilizadas son, por ejemplo:

- Ira descontrolada: Explicación del ciclo de la violencia y del proceso de escalada de la ira, distracción cognitiva y auto - instrucciones.
- Ansiedad y/o estrés: Relajación.
- Déficits de asertividad y de comunicación: Entrenamiento en asertividad y habilidades de comunicación.

Acompañados de entrenamientos en diversas técnicas de reestructuración cognitiva para cambios de patrones de conducta y creencias asociadas.

Evidencia

Estudios realizados en relación a los programas de trabajo con hombres que ejercen violencia doméstica, entre ellos el estudio de Babcock, Green y Robie (2004) estableció que no se encuentran diferencias de

efectos entre las intervenciones basadas en el modelo de Duluth, los cognitivo-conductuales u otras formas de intervención. Así, se observó que las intervenciones evaluadas tienen un mínimo impacto en la reducción de la reincidencia.

Para una comprensión de los modelos y sus características se recomienda la lectura de:

- Morales et al. (2011). Programas de intervención con hombres que ejercen violencia contra su pareja mujer. Fundación Paz Ciudadana y GENCHI.

Modelo Narrativo para el acompañamiento a personas que ejercen violencia

Si bien, se ha explicado a grandes rasgos los principios de la visión narrativa con respecto al modelo interventivo en general, las posibles aplicaciones han ido cambiando en cuanto estas ideas se acuñan por distintos profesionales que integran los principios narrativos en sus prácticas específicas. Como se dijo en la aplicación de las prácticas narrativas con personas que han vivido experiencias traumáticas, el foco principal del acompañamiento busca una relación de colaboración que permita generar un espacio seguro desde donde observar los efectos de las situaciones traumáticas buscando respuestas que tengan inherentemente una conexión con aquellos saberes, sueños, creencias, con aquello que la persona valora y desde este punto, realizar una búsqueda conjunta de estrategias para poder recuperar aquello que se perdió u olvidó a partir de las experiencias traumáticas. En el caso del acompañamiento para personas que han ejercido prácticas violentas, los principales autores son Alan Jenkins, Tod Augusta - Scott y en menor medida David Denborough. Los primeros, han trabajado por décadas en el acompañamiento a personas que han ejercido violencia, particularmente acompañando a hombres que ejercen violencia hacia sus parejas en el contexto Australiano. Poseen una visión crítica con respecto al abordaje de la violencia por parte de los modelos más clásicos de acompañamiento tal como el Duluth o CBT, proponiendo una alternativa a dichos modelos en términos de principios y concepción de la violencia. Alan Jenkins, denomina a esta concepción de la violencia como una teoría de la Restricción (1990), esta teoría cuestiona aquellas nociones de la violencia que aluden a elementos fuera de la persona para el ejercicio de la violencia ya que presupone que se limita la posibilidad de una responsabilización total del acto violento. En este sentido se asume que los hombres pueden relacionarse con respeto y sensibilidad y no son abusivos con otros a menos que algo los restrinja de hacerlo (Jenkins, 1990). Las restricciones son tradiciones, hábitos y creencias que influyen en las maneras en que los hombres que agreden les dan sentido y participan en el mundo. Las restricciones no causan el comportamiento violento, es más, esta teoría de la restricción promueve una consideración activa de alternativas a la violencia y que es lo que detiene al hombre a comprometerse con ellas. De esta forma, se invita al hombre a que se ocupe con su propia competencia a desafiar los hábitos e ideas de restricción que postulan y guían sus elecciones. En concomitancia se invita al descubrimiento y práctica de alternativas a acciones violentas. Por ende, en todo momento, se considera que el que ejerce la violencia es responsable del comportamiento abusivo y, por ende, se desanima a la atribución externa de la culpa o la responsabilidad (Jenkins, 1990).

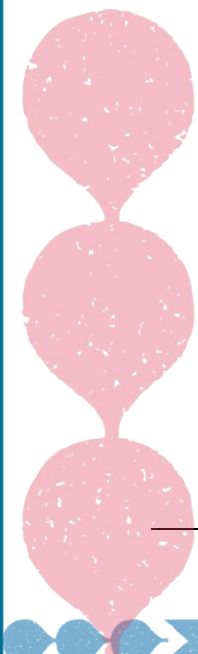
En consecuencia, la violencia se considera como una enacción (Augusta-Scott, 2006), una posibilidad dentro de una serie de otras posibilidades que se actúan en el contexto social. Para Tod Augusta-Scott

(2006), el trabajo con hombres que han ejercido violencia se mueve en un péndulo entre la responsabilización y el trabajo de acompañamiento asociado a la construcción de una identidad que se encuentre separada del ejercicio de la violencia. Tal enfoque, difiere de los enfoques tradicionales que intentan detener la violencia en cuanto pone en relevancia la necesidad de trabajar desde la responsabilización, pero brindando espacios para que la vergüenza y culpa de los actos violentos pueda ser acogida y re-definida desde lo implícito que se encuentra en estas sensaciones. La comprensión del trabajo en este autor, implica un abordaje que plantea la advertencia de que, si las conversaciones sólo se centran en la responsabilización, va dejando de lado la posibilidad de construir una identidad alternativa a la violencia que no sea sólo de un “monstruo”. El permitir dar voz a la culpa y vergüenza de haber violentado a otro, permite explorar la contradicción inherente a estas sensaciones y reconectar con aquellos compromisos o ideas que entienden la violencia como algo negativo y que a su vez construyen una identidad alternativa asociada a estos ideales, compromisos, sueños o esperanzas.

Componentes

Al igual que lo descrito en el acompañamiento a víctimas por parte del modelo narrativo, el presente abordaje no posee componentes descritos por sus autores. Por ende, la intervención puede desarrollarse libremente respetando los principios con poblaciones distintas y en modalidades que mejor calcen con la población. Esto dificulta, el poder exponer sus componentes y ponerla en el contexto de una lógica de intervenciones basadas en evidencia. Sin embargo, se describen las características principales del proceso a partir de la deconstrucción de su descripción de casos:

- Hombres Cuidando Hombres: Augusta-Scott (2006), plantea que uno de los pilares de la intervención con hombres es la práctica en sí misma de brindar un espacio para conversar sobre los efectos de la violencia, tanto en otros, como para sí mismo. Según el autor, esta práctica funciona de un modo no patriarcal al instalar una forma relacional distinta de la masculinidad.
- Una relación colaborativa como objetivo: La diferencia de tener la colaboración como objetivo versus tenerla como una característica, es que el pensar así la relación terapéutica pone el acento en buscar una relación determinada. Desde el modelo narrativo el terapeuta se considera como descentrado pero influyente, donde el primer concepto se refiere a la posición del terapeuta al no aludir a un conocimiento hegemónico del cómo es la realidad y la influencia implica el reconocimiento del poder que se ejercita tanto en los actos de generar preguntas que no vienen desde el vacío, sino de una posición del terapeuta en el mundo. La consciencia de estos dos puntos, alude al terapeuta para buscar un punto en común, que brinde un sentido a la búsqueda activa de tanto el terapeuta, como de la persona, de aquellos espacios libres del problema y que permitan brindar posibilidades distintas de pensarse y sentirse en el mundo. Por otro lado, la comprensión de una relación colaborativa como objetivo entiende que es la responsabilidad del terapeuta construir un espacio colaborativo que invite a tener conversaciones que permitan este trabajo.
- Espacios para la vergüenza y la culpa: La vergüenza y culpa como una expresión de responsabilidad (distinción entre respuestas irresponsables de la vergüenza y aquellas que buscan reparar lo



realizado de forma duradera). El foco en este punto permite deconstruir “lo ausente pero explícito” de compromisos para no cometer violencia, esto bajo el entendido que el entregar espacio en las conversaciones y narrativas para explorar los efectos en otros de la violencia, incrementa el potencial de definirse desde construcciones de identidad negativa. Bajo este modelo, el peligro de que una persona se defina desde una construcción negativa es que, la persona puede ejercer la acción performativa de dicha identidad al no percibir una alternativa. Esto podría ser una interesante explicación de la reincidencia en personas que pueden haber iniciado un proceso terapéutico pero que en el camino vuelven a incurrir en acciones violentas a pesar de que a nivel discursivo pudiesen mostrar avances en cuanto a responsabilización.

- Balance conversacional: Los autores de esta aplicación del modelo narrativo plantean que se debe crear un balance conversacional entre un aumento de la sensación negativa de la violencia, a la vez de la sensación positiva por sentirse mal por la violencia, buscando un compromiso activo por cambiar.

Estrategia y técnicas

White (2016) propone un mapa de conversación especialmente centrado en estados intencionales denominados “lo ausente pero implícito”. Mediante la noción de lo ausente pero implícito se puede indagar sobre los significados propios de las personas, sobre sus sueños, valores y esperanzas asociados a los actos cotidianos o cualquier acción que implique intencionalidad.

White, retomando las ideas de Bateson (1980) y Derrida (1978), genera la metáfora y el mapa de lo ausente pero implícito, con relación a cómo se les da sentido a las cosas en el mundo, a la experiencia singular de las personas de realizar distinciones para explicarse el mundo y como esas distinciones dejan entrever un significado privilegiado o predominante, en contraposición a otros significados que quedan subyugados o que “quedan fuera” de las explicaciones. Es en esta diferencia, donde emerge la posibilidad de lo no dicho, eso que está ausente, pero a la vez implícito. El mapa de “lo ausente pero implícito” (Carrey, Walther & Russel, 2010); propone un camino para iniciar una ruta conversacional, que ayuda a realizar una expresión de las emociones y sensaciones que se conectan con las acciones ligadas al problema. El propio acto de dar expresión a las luchas de la vida, es un ejemplo de tomar posición e implica un dar cuenta de las acciones que ya están siendo tomadas en relación con las descripciones preferidas de la vida y la identidad. El nombrar la respuesta y asociarla a habilidades o conocimientos, que son expresados en la acción, permite abordar aquello a lo que se ha dado valor. Este acto de distinción significativo implica una historia social y relacional, que puede explorarse y que logra enriquecer aquellas definiciones preferidas del sí mismo del sujeto y que finalmente se pueden conectar a acciones a través del tiempo hacia el futuro.

Evidencia

Este modelo no tiene evidencia en cuanto a su efectividad, ya que no posee estudios randomizados controlados que muestren efectividad en la disminución de la violencia o en su efectividad para prevenir nuevos actos de violencia. El Dulwich Centre, centro de difusión de las prácticas narrativas ha hecho llamados a realizar investigación de efectividad. No obstante, estas ideas y prácticas han influenciado a muchos modelos en cuanto al reconocimiento de habilidades de las personas y agencia personal.

Para un conocimiento más detallado de la aplicación de las ideas narrativas y de los mapas en prácticas narrativas, se recomienda la lectura de los siguientes libros y textos:

- White, M. (2016). Mapas de la práctica Narrativa. Santiago, Chile. Pranas.
- Jenkins, A. (1990) The therapeutic engagement of men who are violent and abusive. Dulwich Centre Publications, Adelaide, Australia.
- Augusta-Scott, T. (2006) Conversations with men about women's violence: Ending men's violence by challenging gender essentialism. In Brown, C. & Augusta-Scott, T. (eds) Narrative therapy: Making meaning, making lives, pp.197-210. California: Sage Publications.

2.3 Modelos de parentalidad

En el año 2003, Barbara Thomlison, realizó una de las primeras revisiones sistemáticas en evaluación de programas para el abordaje del maltrato, encontrando principalmente programas que trabajaban en parentalidad con una base en la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1971), teoría del aprendizaje (Skinner, 1950) y la teoría de apego (Bowlby, 1969). La teoría central a la base de las intervenciones en parentalidad es la hipótesis del ciclo de la coerción de Patterson (1982). En esta teoría se plantea que el maltrato (principalmente físico), emerge a partir de una interacción recurrente con características coercitivas entre padres/madres e hijos/as, donde se produce una escalada en el comportamiento violento. Con respecto a los padres/madres, la conducta de escalada coercitiva proviene de una creencia asociada a la significación de que el comportamiento desafiante del niño, niña o adolescente no se reduce con formas menos violentas de disciplina. Como los niños, niñas o adolescentes tienden a cesar su comportamiento ante la violencia, los padres pueden creer incorrectamente que esta es la única estrategia que funciona y por ende se mantiene (Crouch & Behl, 2001).

Estas intervenciones tienen en común componentes relacionados con el abordaje de actitudes parentales, prácticas parentales y el desarrollo de habilidades parentales. De la misma forma, las intervenciones tienen como objetivo reducir el conflicto entre padres e hijos, el abordaje de estrategias coercitivas, la disminución del estrés parental, aumentar el funcionamiento adaptativo psicosocial, la mejoría de la dinámica padres/madres – hijos/as y la reducción del comportamiento problemático del niño, niña o adolescente.

Los resultados de la revisión sistemática de Thomlison (2003), no distan mucho de revisiones posteriores. Por ejemplo, la revisión sistemática de Vlahovicoba et al. (2017) da indicios que los modelos de intervención focalizados en parentalidad y basados en la teoría social de aprendizaje muestran evidencia promisoriosa en cuanto a la disminución de la reincidencia de la familia en actos violentos hacia sus hijos. No obstante, dicho estudio plantea que, si bien la evidencia es positiva para la reducción de los marcadores más graves asociado a la violencia, las conclusiones deben ser tomadas con mesura puesto que no existen suficientes estudios como para que la evidencia pueda generalizarse.

Thomlison divide a los programas que han sido puestos a prueba en condiciones experimentales en tres niveles de evidencia asociada a la disminución de la reincidencia en actos violentos hacia los niños/as. Un

primer nivel, que se encuentra con mayor soporte, demostrando niveles de efectividad positivos asociados a su objeto de intervención y que muestran más de dos estudios randomizados controlados (RCT). Un segundo nivel, que muestra tratamiento efectivo en relación a su objeto de intervención y que posee evidencia de dos o más estudios cuasi experimentales. Un tercer nivel, donde los tratamientos muestran evidencia a partir de estudios comparativos, estudios correlacionales o estudios de caso y que posee al menos un RCT o estudio cuasi experimental.

Un resumen de su identificación de programas y su nivel de evidencia a continuación:

1° Nivel de Evidencia

- Cognitive conductual focalizado en Trauma (TF-CBT)
- Años increíbles (Incredible Years)
- Alianza Enfermera – Familia (Nurse Family Partnership)



2° Nivel de Evidencia

- Intervención Temprana en Familia de Acogidas (Early Intervention Foster Care)
- Terapia Multisistémica (Multisystemic Family Treatment - MST)

3° Nivel de Evidencia

- Entrenamiento de Par resiliente (Resilient peer training)
- Entrenamiento de padres – hijos para padres que ejercen violencia física (Parent Child training for physically abusive parents)

Llamados recientes en la investigación de programas de parentalidad que sean utilizados para la reducción de nuevos incidentes de violencia hacia niños/as se han focalizado en la identificación de componentes de estos programas que tengan una mayor incidencia en esta reducción. La revisión sistemática de Van der Put et al. (2017) intenta lograr dicho cometido con altos grados de limitaciones asociado a la información de los estudios en parentalidad, que muchas veces no incorporaban información con respecto a técnicas y estrategias interventivas específicas. Dicha carencia de información en los estudios impide identificar aquellas técnicas y estrategias que pueden ser de mayor utilidad a la hora de intervenir con población que ya ha ejercido maltrato. Van der Put et al. (2017) denomina en su estudio a este tipo de intervenciones como “curativas” (vs preventivas), planteando que a pesar de las limitaciones de su investigación, los efectos medianos y leves en cuanto a componentes referían a aquellos asociados a habilidades parentales, habilidades interpersonales en los padres/madres, abordaje de problemas de salud mental en padres/madres, provisión de soporte socio/emocional a los padres/madres, el empoderamiento de la familia y la búsqueda del aumento de la sensación del bienestar.

Un estudio interesante en esta línea, es el que realizaron Kiser et al., (2020) al intentar identificar componentes de acompañamiento a padres/madres que han vivenciado traumas y cuyos hijos/as se

encuentran a su vez en procesos de reparación. Esta realidad, que desde la experiencia de programas de reparación es reportada como un fenómeno común es algo importante de considerar en los diseños de intervención. Kiser et al. (2020), reportan 11 posibles componentes que pudiesen aumentar la efectividad de los tratamientos, estos son: colaboración padre/madre/cuidador/a, diagnóstico, coregulación, apego, reparación de la relación, apoyo padre/madre/cuidador/a, coaching emocional, abordaje historia de trauma del padre/madre/cuidador/a y su sintomatología, abordaje apreciación padre/madre – hijo/a, construcción de sentido.

Existe debates en cuanto a que habilidades en específico son aquellas que reducirían el riesgo de nuevos maltratos y la investigación en modelos de parentalidad va desarrollándose con el advenimiento de la creación de nuevos programas que buscan tener efectos significativos en este tema. Existen programas que están combinando elementos de parentalidad, reparación del trauma y abordaje de la violencia. No obstante, se encuentran en etapa de desarrollo para ser reportado en este documento.

A continuación, se reportan aquellos programas que se encuentran frecuentemente en la literatura en orden a entregar una idea general de las posibles intervenciones, componentes y estrategias.

Modelo Años Increíbles (Webster- Stratton, 2001)

El programa Años Increíbles es desarrollado por Carolyn Webster – Stratton, en Estados Unidos, bajo el alero del centro Clínico de la Parentalidad de la Universidad de Washington. Donde la investigación y evaluación de los padres/madres nace desde el interés por desarrollar tratamiento para familias con niños, niñas y adolescentes que presentan problemas conductuales y trastornos de déficit atencional con hiperactividad. A partir de ello, desarrollan distintos programas de entrenamiento para niños/as y padres/madres diferenciándolos por etapas del desarrollo.

Este modelo se basa en el trabajo teórico de Patterson, que a su vez basa su comprensión en el modelo de aprendizaje social de Bandura. Patterson (1982), plantea una hipótesis en relación a la coerción en términos parentales, donde la noción de la mantención de ciclos de violencia está asociada a un refuerzo negativo por parte de los padres de los comportamientos disruptivos de los niños, niñas y adolescentes. Por ende, son las conductas de los padres asociadas a las críticas o a las conductas coercitivas las que deben ser intervenidas. El foco principal tiene como fin el cambio del patrón coercitivo, a partir de la intervención con padres/madres para que aprendan a entregar refuerzos positivos a conductas positivas y manejar las conductas disruptivas de los niños, niñas y adolescentes, a partir de disciplina proactiva y el aumento de las habilidades para la resolución de conflictos. Con ello, los resultados esperados son que los niños, niñas y adolescentes desarrollen competencias sociales, regulación emocional y la reducción de comportamientos agresivos en la casa y en el colegio. La teoría del modelaje de Bandura y la teoría de la autoeficacia están a la base del entrenamiento de padres/madres, lo cual define las prácticas de modelaje en vivo y a través de video, auto control cognitivo, auto reflexión y auto manejo.

Junto al modelo de Patterson y Bandura, el modelo “Años Increíbles” toma la teoría del apego de Bowlby (1969) para su comprensión de las relaciones primarias. El objetivo interventivo que deviene de dicha comprensión es que las relaciones parento – filiales deben construirse desde una base nutricia y cálida, que

puede desarrollarse a partir de juego directivo con los niños/as, coaching social y emocional, refuerzos e incentivos.

El modelo “Años Increíbles” está dividido en cinco programas, donde dos de ellos son específicos para niños/as, denominados el programa “En clases” y el programa “intervención en grupos pequeños” (Ambos programas se conocían como el programa Dinosaurio). De la misma forma, cuenta con un programa para el acompañamiento a profesores en el establecimiento educacional, este programa se denomina “manejo de clases”. Todos estos programas comparten el objetivo de intentar reducir los factores de riesgo en los niños/as y aumentar los factores protectores.

A continuación, se describen los componentes de los programas asociados a la intervención con cuidadores/as y que se dividen en básico (BASIC) y avanzado (ADVANCED). Existe una versión del programa BASIC para niños en edad preescolar, así como una versión del programa BASIC para niños/as en edad escolar, disponible para usar con padres de niños/as de hasta 9 o 10 años.

Componente

- BÁSICO, incluye los siguientes componentes: juego dirigido por niños/as y habilidades de refuerzo y un conjunto específico de técnicas de disciplina no violenta que incluyen tiempo fuera, ignorar, consecuencias lógicas y naturales y estrategias de resolución de problemas. Las habilidades para la crianza positiva y la construcción de relaciones se enseñan antes de las consecuencias y el establecimiento de límites porque se considera que una relación fuerte y positiva entre padres e hijos es la base para estrategias de disciplina efectivas. El programa BASIC tiene protocolos para un mínimo de 12 sesiones, sin embargo, es posible que el programa deba extenderse de 2 a 4 sesiones, según el tamaño del grupo, la facilidad con que los participantes comprenden el material y el nivel de dificultad del niño/a representado/a.
- El programa AVANZADO, es un programa de 9 a 12 sesiones que tiene como objetivo el trabajar con los cuidadores problemas interpersonales. Incluye capacitación en habilidades de comunicación, manejo de la ira y el estrés, resolución de problemas y formas de brindar y obtener apoyo. También está disponible un programa complementario, apoyando la educación de su hijo, que brinda información sobre el fortalecimiento de las habilidades académicas generales de los niños/as y promueve conexiones sólidas entre el hogar y la escuela.

Estrategia y técnicas

Los autores del modelo plantean que, para obtener resultados similares, es importante asegurarse de que el programa se imparta con el mayor grado de fidelidad posible. Fidelidad significa que el programa se entrega en su totalidad, utilizando todos los componentes recomendados, procesos terapéuticos y número de sesiones. El programa se vende con capacitación y supervisión, a fin de garantizar la reproducción fiel del programa Años Increíbles. Para ello cuenta con materiales de intervención estandarizados (manuales en formato escrito y material audiovisual), talleres de formación estandarizados, apoyo continuo de supervisión, entrenamiento y tutoría. Monitoreo de fidelidad y apoyo organizacional de la agencia en que se implementa.

Evidencia

Los programas de capacitación para padres/madres, maestros/as y niños/as de “Años Increíbles” han demostrado, en numerosos estudios de grupos de control aleatorios, que son efectivos para promover interacciones y relaciones positivas de padres/madres y maestros/as con los niños/as, fortaleciendo la alfabetización emocional y la autorregulación de los niños/as, la competencia social y las habilidades para resolver problemas y reducir los problemas de conducta tanto en la población de prevención, como en la clínica. No obstante, el programa ha recibido evidencia leve o moderada en evitar nuevos tipos de maltrato, revisiones sistemáticas que hacen eco de este punto hacen un llamado a realizar evaluaciones de los componentes de las intervenciones que pueden aumentar el nivel de eficacia (Vlahovicoba et al., 2017). A continuación, se presenta un resumen de los estudios randomizados que pueden informar al lector con respecto a la efectividad y los ámbitos evaluados para ello, revisar lo siguiente:

- Reid, M. J., Webster-Stratton, C., & Beauchaine, T. P. (2001). Parent training in Head Start: A comparison of program response among African American, Asian American, Caucasian, and Hispanic mothers. *Prevention Science*, 2(4), 209-227
- Baydar, N., Reid, M. J., & Webster-Stratton, C. (2003). The role of mental health factors and program engagement in the effectiveness of a preventive parenting program for Head Start mothers. *Child Development*, 74(5), 1433-1453
- Reid, M. J., Webster-Stratton, C., & Hammond, N. (2003). Follow-up of children who received the Incredible Years intervention for oppositional-defiant disorder: Maintenance and prediction of two-year outcome. *Behavior Therapy*, 34, 471-491.
- Kim, E., Cain, K. C., & Webster-Stratton, C. (2008). The preliminary effect of a parenting program for Korean American mothers: A randomized controlled experimental study. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1261-1273.
- Bywater, T., Hutchings, J., Daley, D., Whitaker, C., Yeo, S. T., Jones, K.,...Edwards, R. T. (2009). Long-term effectiveness of a parenting intervention in Sure Start services in Wales for children at risk of developing conduct disorder. *British Journal of Psychiatry*, 195, 318-324.
- Gardner, F., Hutchings, J., Bywater, T., & Whitaker, C. (2010). Who benefits and how does It work? Moderators and mediators of outcome in an effectiveness Trial of a Parenting Intervention. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 39(4), 568-580
- Bywater, T., Hutchings, J., Linck, P., Whitaker, C., Daley, D., Yeo, S. T., & Edwards, R. T. (2011). Incredible Years parent training support for foster carers in Wales: A multi-centre feasibility study. *Child: Care, Health and Development*, 37(2), 233-243

Para una lectura detallada del modelo y las estrategias propuestas en los componentes se recomienda el siguiente texto:

- Reid, M. J., & Webster-Stratton, C. (2001). The Incredible Years parent, teacher, and child intervention: Targeting multiple areas of risk for a young child with pervasive conduct problems using a flexible, manualized, treatment program. *Journal of Cognitive and Behavior Practice*, 8, 377-386.
- Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2004). Strengthening social and emotional competence in young children—The foundation for early school readiness and success Incredible Years classroom social skills and problem-solving curriculum. *Infants and Young Children*, 17(2), 96–113.

Modelo Triple P (Sanders, 2008)

Triple P es un modelo desarrollado por Mathew R. Sanders (2008) y sus colaboradores de la Universidad de Queensland, en Brisbane, Australia. Sanders, es director del Parenting and Family Support Centre y Triple P fue desarrollado al seno de este centro de estudios. A partir de la investigación, fueron construyendo un modelo de aplicación flexible, para aplicar en el contexto de intervenciones domiciliarias con padres/madres con niños/as en edad pre-escolar, con dificultades en el ejercicio de la parentalidad (Sanders & Glynn, 1981). Posteriormente, el modelo ha ido expandiéndose a un sistema por niveles de dificultad en el ejercicio de parentalidad (Sanders, 2008). Es un modelo que presenta evidencia en cuanto a intervenciones preventivas asociadas a malos tratos a la infancia (Prinz et al., 2009). De hecho, es uno de los modelos que cuenta con mayor respaldo a nivel de investigación. No obstante, posee evidencia incipiente para el abordaje de familias que están o que han ejercido violencia a sus hijos/as (Thomlison, 2003).

En términos de características, Triple P es un programa para la crianza positiva de los niños/as, que permite elegir cómo desarrollar el rol de padre o de madre. El programa provee una serie de estrategias y de ideas, sin embargo, el padre o madre elige las estrategias que necesita y cómo quiere utilizarlas. El propósito es que el programa se adapte a sus necesidades de cada población y sistema familiar.

Está diseñado para fortalecer las competencias parentales para criar niños, niñas y adolescentes seguros, sanos y felices, disfrutar de relaciones fuertes y crear ambientes protectores y no violentos (Sanders, 2008). Entrega a los cuidadores estrategias simples y prácticas, que pueden adaptar a sus propios valores, creencias y necesidades. El Sistema Triple P tiene un rango de metodologías de creciente nivel de intensidad, que pueden ser implementadas por facilitadores en distintos contextos y desde distintos servicios. Por ejemplo, profesionales y técnicos que trabajen en el área de salud mental, educación, salud, seguridad, protección infantil, servicios sociales, programas comunitarios y justicia, entre otros.

El Sistema Triple P, propone principalmente:

- Entregar a los padres y madres la medida exacta de apoyo que requieran (desde charlas masivas breves, hasta talleres más intensivos para familias en mayor riesgo).
- Entregar a los padres/madres y los facilitadores un rango de opciones acerca del tipo de metodología al que acceder o que ofrecer (sesiones individuales, grupales, masivas u online).

- Ser accesible para la comunidad (capacitando a profesionales y técnicos que ya interactúan regularmente con padres/madres, tales como educadores, psicólogos, trabajadores sociales, médicos, enfermeras, orientadores, entre otros).
- Ofrecer un amplio rango de metodologías que sirvan para apoyar a padres/madres de niños, desde el nacimiento hasta la adolescencia.

Los objetivos de la intervención son para mejorar la competencia de los padres/madres y prevenir o alterar las prácticas de crianza disfuncionales, reduciendo así un conjunto importante de factores de riesgo familiares, tanto para el maltrato infantil como para los problemas conductuales y emocionales de los niños/as. Actúa como un sistema integral de crianza y apoyo familiar para familias que tienen al menos un hijo/a.

Componentes

Implementación Flexible: esta cualidad de Triple P la distingue de muchas otras intervenciones en parentalidad. Se puede observar en:

- Rango de edades y circunstancias especiales.
- Triple P puede abastecer las necesidades de toda una población – desde el nacimiento hasta los 16 años de edad. También hay programas especializados – incluyendo programas para los padres y madres de niños y niñas en situación de discapacidad; los de niños y niñas con problemas de salud o sobrepeso; los que se están separando o divorciando; o para las familias de pueblos originarios.
- Intensidad del Programa: El sistema de diversos niveles o metodologías, que distingue a Triple P, es único en su tipo. Ofrece una serie de programas de intensidad creciente, cada uno encargándose de niveles distintos de necesidad o disfunción familiar, desde una ayuda parental “leve” hasta intervenciones altamente focalizadas para familias de alto riesgo.
- ¿Cómo se implementa? Así como hay diversas metodologías o programas dentro del sistema Triple P, también hay variados contextos en que estos programas pueden ser implementados- puede ser mediante sesiones individuales, talleres grupales, seminarios para grandes audiencias o intervenciones de auto-ayuda u online.

Enfoque poblacional

Triple P fue diseñado con un enfoque de salud poblacional (universal), para ser normalmente implementado por organismos gubernamentales u ONGs (organizaciones no gubernamentales) en diversas regiones o países. El objetivo es llegar a la mayor cantidad de personas posible para lograr el mayor impacto preventivo en una comunidad. El sistema Triple P se puede escalar de forma simple y rentable. Se ha demostrado su eficiencia en diversas culturas y etnias.



Amplia gama de materiales

Todas las intervenciones de Triple P cuentan con el apoyo de una amplia gama de materiales, producidos profesionalmente, tanto para los facilitadores como para los padres y madres. Los materiales han sido clínicamente probados y evaluados. Los materiales para los padres y madres han sido traducidos a 21 idiomas.

Apoyo organizacional

Los expertos en difusión de Triple P de todo el mundo tienen experiencia en apoyar a diversas organizaciones gubernamentales y organizaciones no gubernamentales, y están disponibles para asesorar en las distintas etapas del despliegue de Triple P – desde la planificación y capacitación hasta la implementación, evaluación y más. Triple P utiliza un modelo de implementación para apoyar su éxito y la sustentabilidad.

Estrategia de comunicaciones

Una estrategia integrada de comunicaciones, que ayuda a desestigmatizar el apoyo parental y llegar a los padres y madres a través de una gama de materiales comunicacionales, pone la parentalidad en la agenda pública. Crea conciencia y aceptación del apoyo parental en general – y de Triple P, específicamente.

Medidas de evaluación

El éxito de Triple se puede monitorear fácilmente, tanto a nivel individual como en la población más amplia. Triple P entrega a los facilitadores las herramientas para medir los resultados con los padres y las madres “antes” y “después” de la intervención, permitiendo demostrarle a los mismos facilitadores y a sus jefes, la efectividad de Triple P con los padres y madres con los que trabajan. También se puede adaptar una aplicación online para calcular los puntajes de los cuestionarios utilizados y recopilar los resultados y así mostrar los efectos en toda una comunidad o en un grupo objetivo.

Fases (orden de la intervención)

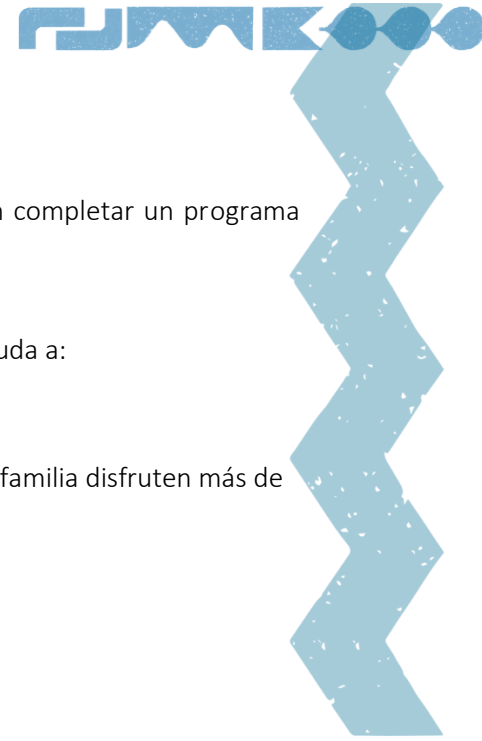
El sistema es multinivel e incluye cinco líneas de intervención de intensidad creciente:

Nivel 1: promoción universal a distintos profesionales y miembros de instituciones existentes del entorno de la familia (como servicios municipales, escuelas, comisarías y otras entidades comunitarias con contacto directo con las familias).

Nivel 2: asistencia breve por única vez a los padres/madres que generalmente se manejan bien, pero tienen una o dos preocupaciones con respecto al comportamiento o desarrollo de su hijo/a.

Nivel 3: orientación dirigida para padres de un niño/a con dificultades conductuales de leves a moderadas.

Nivel 4: apoyo grupal o individual para padres de niños/as con severas dificultades de comportamiento.



Nivel 5: apoyo intensivo a familias con problemas complejos. Los padres deben completar un programa estándar o grupal de nivel 4 antes (o junto con) un curso de nivel 5.

Estrategia y técnicas

Las tres P's de Triple P significan "Programa de Parentalidad Positiva" Triple P, ayuda a:

- Criar niños/as más felices y seguros.
- Manejar los problemas de conducta para que todos los integrantes de la familia disfruten más de la vida.
- Estimular la conducta que es de su agrado.
- Cuidar de sí mismo como padre o madre.
- Confiar en que lo que están haciendo es lo correcto.

Como todas las familias son distintas, Triple P proporciona diversas formas para participar en este programa de crianza positiva.

Evidencia

Triple P es el programa de parentalidad con el cuerpo de investigaciones más extenso de todo el mundo. Tiene el respaldo de más de 35 años de investigación permanente, conducida por instituciones académicas en Estados Unidos, el Reino Unido, Canadá, Holanda, Bélgica, Suecia, Irán, Japón, Turquía, Nueva Zelanda y Australia. Se han hecho diversos tipos de estudios tanto a nivel poblacional como estudios randomizados controlados para la prevención de maltrato, mostrando evidencia en el contexto de anticipar conductas de riesgo y un abordaje preventivo que ayuda a reducir la potencialidad de maltrato. No obstante, a nivel de intervención en sistemas proteccionales con familias que ya han realizado maltrato, la evidencia es reducida.

Algunas investigaciones importantes que leer para dar cuenta de este punto son:

- Prinz, R. J., Sanders, M. R., Shapiro, C. J., Whitaker, D. J., & Lutzker, J. R. (2009). Population-based prevention of child maltreatment: The U.S. Triple P System population trial. *Prevention Science*, 10, 1–12. <https://doi.org/10.1007/s11121-009-0123-3>
- Lanier, P., Dunnigan, A., & Kohl, P. L. (2018). Impact of Pathways Triple P on pediatric health-related quality of life in maltreated children. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 39(9), 701–708. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000608>
- Sanders, M. R., Ralph, A., Sofronoff, K., Gardiner, P., Thompson, R., Dwyer, S., & Bidwell, K. (2008). Every family: A population approach to reducing behavioral and emotional problems in children making the transition to school. *Journal of Primary Prevention*, 29, 197–222. <https://doi.org/10.1007/s10935-008-0139-7>

Para profundizar en el modelo visitar la página en Chile:



- <https://www.triplep.net/glo-es/home/>

Modelo de Terapia Multisistémica para el abuso y la negligencia infantil (MST-CAN)

Este modelo es una adaptación específica de su versión original MST -Terapia Multisistémica, desarrollada por la Medical University of South Carolina, para abordar el trauma a niños/as, adolescentes y sus familias. En los países donde es utilizado, se dirige a los niños/as donde se ha recibido un informe de abuso físico y / o negligencia, dentro de los 180 días posteriores a la remisión. Aunque se reciben referencias para niños de seis años o más, todos los hermanos menores y mayores de la familia del niño/a referido/a también reciben el servicio. Dada la complejidad de lo que aborda, es un modelo de tratamiento domiciliario que opera 24 horas al día, y 7 días a la semana, para familias con casos comprobados de maltrato físico y / o descuido de niños/as y adolescentes entre seis y 17 años. Los servicios se brindan a todos los miembros de la familia.

Tiene sus fundamentos en el tratamiento ecológico, restaurativo y basado en evidencia aplicado a familias bajo la guía de CPS (Síndrome de dolor central) debido al abuso físico y/o negligencia recientemente comprobados con niños, niñas y adolescentes de 6 a 17 años. De este modo, brinda tratamiento a toda la familia con especial atención a los padres/madres para superar algunos de los desafíos que enfrentan en la crianza de sus hijos/as. Es muy común que los padres/madres en los programas MST-CAN hayan experimentado un evento traumático y se proporciona tratamiento para ayudar a superar el impacto del trauma.

Los principales objetivos de su intervención son, mantener a las familias unidas de forma segura, y así prevenir nuevas situaciones de abuso y/o negligencia, a partir de la reducción de las dificultades de salud mental experimentadas por adultos y niños/as, incrementando, por último, los apoyos sociales.

Componentes

Los componentes esenciales de la terapia multisistémica para el abuso y la negligencia infantil (MST-CAN) incluyen:

- Evaluación y planificación de seguridad continua

Esta refiere al ambiente seguro al que deben llegar los niños, niñas, adolescentes y sus familias para poder abordar las distintas temáticas que trabaja el modelo, lo que se genera al incluir a los terapeutas como parte del equipo clínico, desarrollando un sentido de responsabilidad compartida por la seguridad del espacio, participando en consultas continuas para resolver problemas, reuniéndose con las familias, llevando a cabo revisiones periódicas de las metas como un equipo con la familia e incluir los servicios sociales en la capacitación sobre el modelo.

- Revisión de inversiones (ICU)

Este componente tiene como objetivo trabajar en la prevención de posibles retrocesos en el proceso del tratamiento, esto entendiendo que hay bastantes factores de riesgo asociados al proceso, y desde allí se debe evitar por ejemplo el ingreso a sistemas de cuidado alternativo residencial y/o nuevas situaciones de abuso. Los niños, niñas y adolescentes, así como los adultos relacionados de la familia o cuidadores/as que

forman parte de MST-CAN pueden recibir intervenciones terapéuticas individuales para abordar problemas, entre ellos, sintomatología derivada del trauma.

- Aclaración del abuso o negligencia

Como bien es sabido, este modelo está diseñado específicamente para el tratamiento de familias que experimentan necesidades clínicas graves, múltiples factores de riesgo y situaciones muy complejas. Muchas familias que son derivadas a MST-CAN han estado involucradas a largo plazo con servicios sociales relacionados con la protección de niños, niñas y adolescentes, en algunos casos inclusive, los niños y niñas ya han sido ingresados a programas de cuidado alternativo. Sin embargo, a pesar de lo anterior, es necesario que los equipos MST-CAN confirmen estas trayectorias a modo de detallar o aclarar los motivos de ingreso específicos que generaron el ingreso al tratamiento.

Sumado a lo anterior, los equipos pueden visualizar ciertas consideraciones específicas que pueden requerir algunas familias, para lo cual se consideran los siguientes componentes:

- Tratamiento basado en refuerzo (RBT) para evitar el consumo de sustancias.

Este componente es considerado como la "última generación" de tratamiento conductual, dado que va más allá al incorporar técnicas de entrevistas motivacionales, otro enfoque basado en la evidencia, que adapta las intervenciones a la disposición actual del o la consultante para dejar las sustancias. En el tratamiento basado en refuerzos mantiene una filosofía de prevención de recaídas basada en la idea de que las recaídas se consideran parte del proceso de recuperación y no fracasos del tratamiento. Por último, tiene un fuerte compromiso con la conexión a servicios de prestaciones locales, y que de este modo esté al alcance de las personas.

- Tratamiento para el TEPT - padres e hijos

Este componente es utilizado si se identifican factores de ajuste o impulsores del problema y se desarrollan intervenciones para mejorar el factor de ajuste. Una vez visualizado esto se planifican las intervenciones para abordar los factores clave del abuso de sustancias, el maltrato y cualquier otro resultado deseado por los y las consultantes. Por ejemplo, si se determina que el trastorno de estrés postraumático es el principal impulsor del abuso de sustancias por parte de los padres, se inicia un tratamiento para el trastorno de estrés postraumático para reducir esos síntomas, mientras que simultáneamente se llevan a cabo intervenciones y estrategias de RBT para ayudar con los problemas de comportamiento del niño o niña. Estos tratamientos incluyen tratamiento familiar conductual, tratamiento de trauma cognitivo conductual basado en la exposición prolongada para adultos y TCC centrada en el trauma para niños.

Fases

La intervención se brinda a la familia por un período de seis a nueve meses dependiendo de las necesidades de la familia. Para el desarrollo del proceso interventivo se consideran nueve principios de tratamiento, los que se van ajustando según los avances de cada familia, los cuales son:

1. Encontrar el ajuste: El propósito principal de la evaluación es comprender el "ajuste" entre los problemas identificados y su contexto sistémico más amplio.
2. Positivo y centrado en la fuerza: Los contactos terapéuticos deben enfatizar lo positivo y deben usar las fortalezas sistémicas como palancas para el cambio.
3. Mayor responsabilidad: Las intervenciones deben estar diseñadas para promover un comportamiento responsable y disminuir el comportamiento irresponsable entre los miembros de la familia.
4. Centrado en el presente, orientado a la acción y bien definido: Las intervenciones deben estar centradas en el presente y orientadas a la acción, dirigidas a problemas específicos y bien definidos.
5. Secuencias de orientación: Las intervenciones deben apuntar a secuencias de comportamiento dentro y entre múltiples sistemas que mantienen los problemas identificados.
6. Apropiado para el desarrollo: Las intervenciones deben ser apropiadas para el desarrollo.
7. Esfuerzo continuo: Las intervenciones deben diseñarse para requerir un esfuerzo diario o semanal por parte de los miembros de la familia. Enfatizando el entrenamiento de habilidades que se trata de práctica, práctica y práctica.
8. Evaluación y rendición de cuentas: La eficacia de la intervención se evalúa continuamente desde múltiples perspectivas, y los proveedores asumen la responsabilidad de superar las barreras para obtener resultados exitosos.
9. Generalización: Las intervenciones deben diseñarse para promover la generalización del tratamiento y el mantenimiento a largo plazo del cambio terapéutico.

Estrategias y técnicas

Respecto de las estrategias que desarrolla este modelo, esta se encuentra basada en poder dar un sostén durante todo el proceso, la que consiste en primer momento, la consideración de casos por profesional, que en este modelo tienen un máximo de 3 familias. Lo anterior, debido a que todos los miembros de la familia son tratados como un usuario/usuario participante del tratamiento, considerando un promedio de 5 integrantes por familia y entregando un énfasis en el tratamiento hacia los adultos.

De este modo, sumado a lo anterior, las estrategias consideradas para el desarrollo de este modelo son:

1. Contexto de la intervención: Las intervenciones se realizan contextualizadas al lugar de residencia, el hogar de la familia u otros lugares convenientes para ellos y en momentos convenientes para la familia.
 - a. Las sesiones de intervención que se llevan a cabo desde tres veces por semana hasta diariamente. Lista de guardia disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, utilizada para brindar servicios las 24 horas del día a las familias

b. La intervención puede estar enfocada a varios niños en la familia y a uno o ambos padres, con un mayor énfasis en el tratamiento de los padres que el MST estándar.

2. Terapeutas y supervisores

a. El personal de MST-CAN trabaja en un equipo clínico de 3 terapeutas, una trabajadora social de crisis, un psiquiatra a tiempo parcial y un supervisor a tiempo completo.

3. Aplicación de la intervención:

a. Intervenciones desarrolladas a lo largo de un modelo analítico que guía al terapeuta para evaluar los factores que impulsan los problemas clínicos y luego se aplican a los factores impulsores o "factores de ajuste"

b. intervenciones basadas en evidencia.

Evidencia

El modelo MST- CAN cuenta principalmente con estudios de efectividad, a través de población seleccionada aleatoriamente que ha sido parte del tratamiento. Uno de los principales estudios realizado el año 2010, tuvo como propósito principal realizar un ensayo de efectividad aleatoria de la Terapia Multisistémica para el Abuso y Negligencia Infantil (MST-CAN) para adolescentes abusados físicamente (edad media = 13,88 años, 55,8% mujeres, 68,6% negros) y sus familias. En cinco evaluaciones que se extendieron 16 meses después de la línea de base, los análisis por intención de tratar mostraron que MST-CAN fue significativamente más eficaz que EOT para reducir los síntomas de salud mental de los jóvenes, la angustia psiquiátrica de los padres, los comportamientos de crianza asociados con el maltrato, las colocaciones de jóvenes fuera del hogar y cambios en la ubicación de los jóvenes. Además, MST-CAN fue significativamente más eficaz para mejorar el apoyo social natural para los padres. Los hallazgos de este estudio demuestran el potencial de que los tratamientos de base amplia del abuso físico infantil sean transportados e implementados de manera efectiva en entornos de tratamiento comunitarios.

No obstante, lo anterior aún se encuentran en desarrollo un mayor volumen de estudios que permiten dar sustento al modelo, entre los estudios vigente hasta ahora se encuentran:

- Dopp AR, Schaeffer CM, Swenson CC, Powell JS. Economic Impact of Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect. Administration and Policy in Mental Health. 2018 Nov;45(6):876-887. DOI: 10.1007/s10488-018-0870-1.
- Hebert S, Bor W, Swenson CC, Boyle C. Improving collaboration: a qualitative assessment of inter-agency collaboration between a pilot Multisystemic Therapy Child Abuse and Neglect (MST-CAN) program and a child protection team. Australas Psychiatry. 2014 Aug;22(4):370-373. doi: 10.1177/1039856214539572. Epub 2014 Jun 18. PMID: 24944298.
- Stallman, H. M., Walmsley, K. E., Bor, W., Collerson, Me., Swenson, C. C., & McDermott, B. (2010). New Directions in the Treatment of Child Physical Abuse and Neglect in Australia: MST-CAN, a Case Study.

Advances in Mental Health, 9(2), 148–161.
<https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.778952344597410>

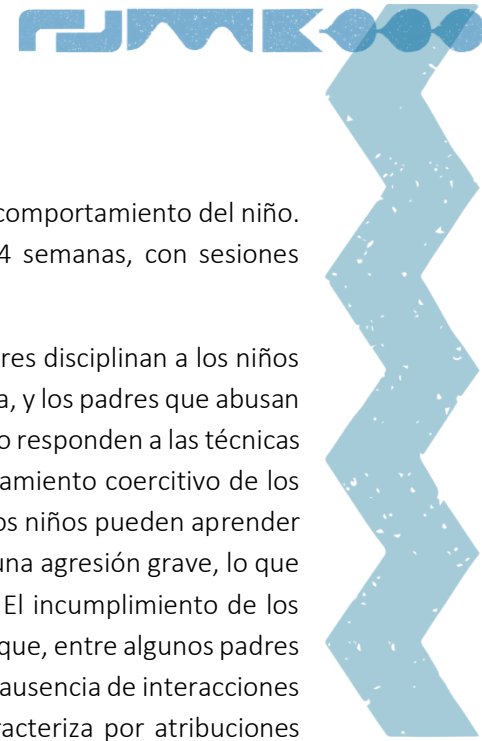
- Swenson CC, Schaeffer CM, Henggeler SW, Faldowski R, Mayhew AM. Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect: a randomized effectiveness trial. *J Fam Psychol.* 2010 Aug;24(4):497-507. doi: 10.1037/a0020324. PMID: 20731496; PMCID: PMC2928578.
- Mayers, Cottrell, Ahmed, (2016). University of Leeds doctoral dissertation qualitative study exploring collaboration in introducing an evidence-based intervention. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/77022562.pdf>

Para una comprensión del modelo y sus características se recomienda la lectura de los siguientes artículos y libros.

- Swenson, C. C., Schaeffer, C. M., Henggeler, S. W., Faldowski, R., & Mayhew, A. (2010). Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect: A randomized effectiveness trial. *Journal of Family Psychology, 24*, 497-507. doi:10.1037/a0020324
- Schaeffer, C. M., Swenson, C. C., Tuerk, E. H., & Henggeler, S. W. (2013). Comprehensive treatment for co-occurring child maltreatment and parental substance abuse: Outcomes from a 24-month pilot study of the MST-Building Stronger Families program. *Child Abuse & Neglect, 37*(8), 596-607. doi:10.1016/j.chiabu.2013.04.004
- Brunk, M., Henggeler, S. W., & Whelan, J. P. (1987). Comparison of Multisystemic Therapy and parent training in the brief treatment of child abuse and neglect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 171-178.
- Swenson, C. C., Schaeffer, C. M., Tuerk, E. H., Henggeler, S. W., Tuten, M., Panzarella, P., ... Guillorn, A. (2009). Adapting Multisystemic Therapy for co-occurring child maltreatment and parental substance abuse: The building stronger families project. *Emotional and Behavioral Disorders in Youth, W*, 3-8.

Terapia de Interacción con niños que ejercen violencia (PCIT)

La terapia de interacción entre padres e hijos (PCIT, por sus siglas en inglés) es una intervención conductual diádica para niños (de 2 a 7 años) y sus padres o cuidadores que se enfoca en disminuir los problemas de conducta infantil externos (p. Ej., Desafío, agresión), aumentando las habilidades sociales y la cooperación del niño. y mejorar la relación de apego entre padres e hijos. Enseña a los padres habilidades tradicionales de terapia de juego para usar como reforzadores sociales del comportamiento infantil positivo y habilidades tradicionales de manejo del comportamiento para disminuir el comportamiento infantil negativo. A los padres se les enseñan y practican estas habilidades con sus hijos en una sala de juegos mientras son entrenados por un terapeuta. El entrenamiento proporciona a los padres retroalimentación inmediata sobre el uso de las nuevas habilidades parentales, lo que les permite aplicar las habilidades correctamente y dominarlas rápidamente. PCIT es de tiempo ilimitado; las familias permanecen en tratamiento hasta que los padres hayan demostrado el dominio de las habilidades de tratamiento y califiquen el comportamiento



de su hijo como dentro de los límites normales de una medida estandarizada del comportamiento del niño. Por lo tanto, la duración del tratamiento varía, pero tiene un promedio de 14 semanas, con sesiones semanales de una hora.

El abuso físico infantil a menudo, pero no exclusivamente, ocurre cuando los padres disciplinan a los niños dentro del contexto de una relación negativa entre padres e hijos que se intensifica, y los padres que abusan físicamente comúnmente ven a sus hijos como desordenados, desafiantes y que no responden a las técnicas disciplinarias no violentas. El modelo del ciclo coercitivo postula que el comportamiento coercitivo de los padres en aumento se ve reforzado por el cumplimiento del niño a corto plazo. Los niños pueden aprender que se pueden eludir las directivas de los padres ignorándolas hasta el punto de una agresión grave, lo que puede reforzar el comportamiento de evitación o incumplimiento de los niños. El incumplimiento de los niños puede, a su vez, impulsar a los padres a aumentar su nivel de coerción hasta que, entre algunos padres en riesgo, llegue al punto de un comportamiento violento entre padres e hijos. En ausencia de interacciones más positivas, se desarrolla una relación hostil entre padres e hijos que se caracteriza por atribuciones negativas de los padres e intolerancia hacia el niño y, cada vez más, por la dependencia del castigo físico severo como disciplina. Los padres físicamente abusivos pueden percibir (de manera inexacta) que solo la violencia "funciona" con sus hijos (Crouch & Behl, 2001).

Urquiza y McNeil (1996) presentan una justificación teórica detallada, basada en la teoría del aprendizaje social, para usar la "terapia de Interacción con niños que ejercen violencia" (PCIT) con padres físicamente abusivos y han hecho sugerencias para modificar los protocolos de PCIT estándar para su uso con díadas padre-hijo abusivas. Los comportamientos de los padres que se enseñan en PCIT, están basados en la teoría del aprendizaje social para detener el desarrollo de la violencia de padres a hijos, interrumpiendo los ciclos coercitivos en aumento y mejorando la calidad de las interacciones entre padres e hijos al enseñar habilidades de crianza, como elogios y falta de atención selectiva; extinguir el uso por parte de los padres del castigo físico, la crítica o el sarcasmo; y enseñar alternativas al maltrato físico aplicadas de manera consistente, paso a paso, efectivas y no violentas.

Hasta la fecha, ninguno de estos enfoques de entrenamiento conductual para padres, como el PCIT se ha evaluado en un ensayo controlado con padres físicamente abusivos. PCIT es una intervención muy enfocada. A los padres se les enseña un conjunto específico, pero muy limitado de habilidades parentales. Los factores de riesgo para participar en conductas de abuso físico se extienden claramente más allá de la paternidad e incluyen factores parentales y familiares amplios. Por ejemplo, Chaffin, Kelleher y Hollenberg (1996) encontraron que la depresión de los padres y el abuso de sustancias eran posibles factores de riesgo para el desarrollo de abuso físico posterior. Milner y Chilamkurti (1991) revisaron la literatura sobre las características de los padres físicamente abusivos y describieron altos niveles de problemas familiares, angustia general y amplias dificultades psicosociales. Puede haber violencia doméstica concurrente (Shipman, Rossman y West, 1999). Dada la amplia gama de problemas además de las dificultades parentales que experimentan los padres que abusan físicamente.



Componentes

Las características, que muestra la terapia de interacción entre padres e hijos (PCIT), que brinda servicios directamente a niños / adolescentes y aborda lo siguiente:

- Incumplimiento, agresión, ruptura de reglas, comportamiento disruptivo, apego disfuncional con los padres, síntomas de internalización.
- Servicios para padres / cuidadores.

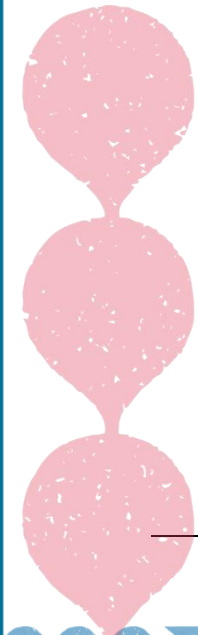
La terapia de interacción entre padres e hijos brinda servicios directamente a los padres / cuidadores y aborda lo siguiente:

- Estilos de crianza ineficaces (p. Ej., Crianza permisiva, crianza autoritaria y crianza demasiado dura)
- Intensidad recomendada: Una o dos sesiones de 1 hora por semana con el terapeuta
- Duración recomendada: El número medio de sesiones es de 14, pero varía de 10 a 20 sesiones. El tratamiento continúa hasta que los padres dominan las habilidades de interacción con los criterios preestablecidos y el comportamiento del niño ha mejorado dentro de los límites normales.

Estrategia y técnicas

Interacción dirigida por niños/as (CDI):

- Las díadas de padres e hijos asisten juntas a las sesiones de tratamiento y los padres aprenden a seguir el ejemplo del niño/a en el juego.
- A los padres se les enseña cómo disminuir los aspectos negativos de su relación con su hijo y cómo desarrollar una comunicación positiva.
- Se enseña y se entrena a los padres para que utilicen las habilidades de Interacción dirigida por niños/as. Estas habilidades ayudan a los padres a prestar atención positiva al niño/a que sigue un comportamiento positivo (por ejemplo, no negativo) e ignorar el comportamiento negativo.
- Dar elogios etiquetados siguiendo el comportamiento positivo del niño/a.
- Reflexionar o parafrasear el lenguaje apropiado del niño/a.
- Usar descripciones de comportamiento para describir el comportamiento positivo del niño/a.
- Evitar el uso de órdenes, preguntas o críticas porque estas verbalizaciones son intrusivas y, a menudo, prestan atención al comportamiento negativo.
- El padre es observado y entrenado a través de un espejo unidireccional en cada sesión de tratamiento.



- Después de la primera sesión, al menos la mitad de cada sesión se dedica a entrenar al padre en habilidades de CDI utilizando un 'error en el oído'. un conjunto de comunicaciones inalámbricas que consta de un auricular con micrófono que usa el terapeuta y un auricular que usa el padre.
- Las habilidades de CDI de los padres se observan y registran durante los primeros cinco minutos de cada sesión para evaluar el progreso y guiar las habilidades aprendidas a través del entrenamiento durante la sesión.
- Los comportamientos se registran en un gráfico en cada sesión para proporcionar a los padres una retroalimentación inmediata sobre el progreso en las interacciones positivas y el logro del dominio de habilidades.
- Los padres reciben tarea entre sesiones para mejorar las habilidades aprendidas en la sesión.
- Una vez que los padres demuestren dominio de las interacciones dirigidas por los niños, se procede a Interacciones dirigidas por los padres (PDI), donde se sigue un esquema similar pero con propuestas concretas de los padres.

Esta terapia, también se puede entregar en formato grupal. Cuando se hace así, se recomiendan pequeños grupos de 3 o 4 familias en sesiones de 90 minutos. Esto permitirá el tiempo adecuado para el entrenamiento individual de cada día padre-hijo mientras otros padres observan, codifican y brindan retroalimentación en cada sesión

En cuanto a los objetivos dirigida al niño de la Terapia de interacción entre padres e hijos (PCIT) son, desarrollar relaciones estrechas entre padres e hijos utilizando estrategias de atención positivas, así también, ayudar a los niños a sentirse seguros y tranquilos fomentando la calidez y la seguridad entre padres e hijos, aumentar las habilidades organizativas y de juego de los niños. Así como disminuir la frustración y la ira, mejorando las habilidades sociales de los niños (como compartir, cooperar) y también el desarrollo de autoestima. En cuanto a los padres, los principales objetivos, son educarlos sobre las formas de enseñar al niño sin que esto signifique frustración para el padre y el niño. Enseñar a los padres a comunicarse con niños pequeños que tienen una capacidad de atención limitada, técnicas de disciplina específicas que ayuden a los niños a escuchar y seguir instrucciones, por otra parte, se espera ayudar a disminuir los comportamientos problemáticos de los niños al enseñar a los padres a ser consistentes y predecibles y también desarrollar la confianza en el manejo del comportamiento de sus hijos en el hogar y en público.

Evidencia

Para un conocimiento más detallado de la aplicación, se recomienda la lectura de los siguientes libros y textos:

- Shuhman, E. M., Foote, R. C., Eyberg, S. M., Boggs, S., & Algina, J. (1998). Efficacy of Parent Child Interaction Therapy: Interim report of a randomized trial with short term maintenance. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(1), 34-45.

- Nixon, R. D. V., Sweeney, L., Erickson, D. B., & Touyz, S. W. (2003). Parent-Child Interaction Therapy: A comparison of standard and abbreviated treatments for oppositional defiant preschoolers. *Journal of Community and Clinical Psychology, 71*(2), 251-260.
- Chaffin, M., Silovsky, J. F., Funderburk, B., Valle, L. A., Brestan, E. V., Balachova, T., ... Bonner, B. (2004). Parent-Child Interaction Therapy with physically abusive parents: Efficacy for reducing further abuse reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(3), 500-510.
- Bagner, D. M., & Eyberg, S. M. (2007). Parent-Child Interaction Therapy for disruptive behavior in children with mental retardation: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 36*(3), 418-429.
- Chaffin, M., Funderburk, B., Bard, D., Valle, L.A., & Gurwitch, R. (2011). A motivation-PCIT package reduces child welfare recidivism in a randomized dismantling field trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(1), 84-95.
- Leung, C., Tsang, S., Sin, T. C., & Choi, S. Y. (2015). The efficacy of Parent-Child Interaction Therapy with Chinese families randomized controlled trial. *Research on Social Work Practice, 25*(1), 117-128.
- Mersky, J. P., Topitzes, J., Grant-Savelle, S. D., Brondino, M. J., & McNeil, C. B. (2014). Adapting Parent-Child Interaction Therapy to foster care outcomes from a randomized trial. *Research on Social Work Practice*. Advance online publication. doi: 10.1177/1049731514543023
- Chaffin, M., Funderburk, B., Bard, D., Valle, L.A., & Gurwitch, R. (2011). A combined motivation and Parent-Child Interaction Therapy package reduces child welfare recidivism in a randomized dismantling field trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*, 84-95.
- Eyberg, S.M., Funderburk, B. W., Hembree-Kigin, T., McNeil, C. B., Querido, J., & Hood, K.K. (2001). Parent-child interaction therapy with behavior problem children: One- and two-year maintenance of treatment effects in the family. *Child & Family Behavior Therapy, 23*, 1-20.
- Hood, K. K., & Eyberg, S. M. (2003). Outcomes of parent-child interaction therapy: Mothers' reports on maintenance three to six years after treatment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 32*, 419-429.

3 Focos para la intervención familiar en contextos de violencias.

Este segundo apartado tiene como propósito destacar focos para la intervención desde donde los equipos técnicos puedan situarse y diseñar abordajes para la violencia en su trabajo junto a familias y/o cuidadores atendidos en la Red de protección. Teniendo en consideración lo dicho en el primer apartado, tanto los modelos, su evidencia y estrategias presentadas proporcionan material técnico valioso para observar las dinámicas familiares, explorando sus complejidades, y un aporte a estructurar los procesos interventivos.

Tal fue uno de los objetivos de realizar un recorrido por los distintos tipos de intervenciones usados en el contexto de los servicios proteccionales a la infancia en Chile y otros países. Lo que ciertamente implica hacer un esfuerzo adaptativo, entendiendo que la oferta actual en la Red es amplia tiene distintas complejidades y su propia idiosincrasia.

Atendiendo a lo anterior, es posible distinguir algunos puntos recurrentes aplicables a las distintas modalidades, los cuales buscan incorporar un lenguaje común orientados a la intervención especializada en contextos de violencia. Entendiendo este concepto, como se expuso anteriormente, desde una mirada amplia del término, incorporando negligencia y/o otros tipos de violencia.

Es importante mencionar que respecto a los distintos modelos que se están usando actualmente para el abordaje de situaciones de violencia, la evidencia relativa a su efectividad se encuentra aún en proceso de desarrollo. Es decir, hay modelos que si han mostrado efectividad para la intervención en distintas problemáticas asociadas a la violencia hacia niños, niñas y adolescentes; sin embargo, es necesario seguir avanzando en distinguir intervenciones para los distintos momentos de la violencia y realidades culturales. Esto último se constituye en un desafío.

Lo anterior, teniendo en consideración que un programa de la red puede iniciar su intervención cuando existe sospecha de vulneración, cuando la violencia ha ocurrido por primera vez, cuando la violencia está ocurriendo de forma constante y en casos donde por desgracia niños, niñas y adolescentes han vivido y viven violencia crónica. En consecuencia, las intervenciones de los equipos profesionales apuntan a distintos objetivos, siendo los más recurrentes interrumpir la violencia en casos donde ésta ocurre, abordajes focalizados en sus efectos, intervenciones orientadas a la prevención de nuevas situaciones de violencia o focalizadas en el fortalecimiento familiar y en la agencia personal.

Las múltiples revisiones sistemáticas que se encuentran disponibles en la actualidad redundan en la misma recomendación para las políticas públicas, aludiendo a que resulta necesario destinar mayores recursos para la investigación en los ámbitos mencionados. Es más, a mayor complejidad nos encontramos que existen una menor cantidad de modelos de abordaje. Por tanto, existe un llamado público a invertir tanto en esfuerzos investigativos, así como en una mayor especialización profesional en el acompañamiento a la infancia vulnerada en sus derechos y víctimas de distintos tipos de violencia.

Así también, es necesario considerar que las investigaciones que muestran evidencia en relación a distintos modelos tienden a desarrollarse en un contexto anglosajón. La variabilidad cultural que mencionan algunos de estos modelos se hace visible siempre dentro del contexto socioeconómico de países o macrozonas con economías robustas o de un Estado de bienestar, como es en el caso de la investigación europea. Por este motivo, se hace urgente que los esfuerzos investigativos en nuestro país asuman la realidad local de las familias/cuidadores atendidos y se realice proceso de creación y traducción desde una perspectiva crítica y culturalmente sensible del desarrollo, alcances, validación y posibilidades de los distintos modelos interventivos y su implementación en Chile.

El advenimiento de nuevos conceptos asociados a los efectos crónicos de las violencias, tales como la clasificación de Estrés Postraumático Complejo en el CIE-11, abren caminos para investigación y desarrollo

de modelos que aborden la cronificación de la violencia y los malos tratos a la infancia, pudiendo a futuro ver la creación de programas atingentes a niveles de complejidad proteccional como los que vemos en el sujeto de atención de la Red. Conceptos tales como trauma complejo, trastorno traumático del desarrollo, trauma intergeneracional, hacen eco de la visibilización de la necesidad de abordar profesionalmente situaciones proteccionales graves, recurrentes y sus múltiples efectos.

Sin perjuicio de los avances e investigaciones que puedan producirse en la temática de violencia e intervención familiar, se recomienda a los lectores del presente documento continuar profundizando en el cuerpo de conocimiento disponible hoy en día. Con tal finalidad, en el primer apartado, junto con mostrar modelos y estrategias interventivas asociadas, se entrega bibliografía ad-hoc para que los equipos técnicos revisen y profundicen en aquellos modelos que les hagan más sentido y tengan pertinencia cultural. No obsta de que existan más documentos y estudios, lo que se pretende es despertar la curiosidad y deseos de continuar permanentemente aprendiendo y robusteciendo la formación profesional.

A continuación, se presentan algunos focos relevantes para la intervención familiar en contextos de violencia en nuestro país, además de destacar y explicitar elementos contextuales desde donde se desarrollan las actuaciones profesionales de los equipos técnicos, ya sean administrados directamente por el Servicio, así como por Organismos Colaboradores.

Algunos de estos elementos guardan relación con el contexto coactivo en el cual las familias/cuidadores se encuentran con los equipos profesionales, reflexionando respecto de la posición ética y técnica de estos últimos, resguardando en primer lugar aspectos proteccionales que afectan a niños, niñas y adolescentes pero también ofreciendo un espacio conversacional donde la colaboración sea posible a través de la construcción de una alianza terapéutica basada en el respeto, objetivos comunes y co-inspiración.

3.1 La búsqueda de sentido en un contexto coactivo, obligado o mandatado.

En nuestro sistema nacional vigente, que da contexto a las intervenciones especializadas en protección a la Infancia, las órdenes de intervenciones que emanan desde los Tribunales poseen un carácter obligatorio. Tal realidad, hace necesario un abordaje explícito respecto a lo que implica iniciar una intervención que no necesariamente la familia siente como necesaria o pertinente. En este sentido, el transparentar y comprender junto con la familia que se está en un contexto mandatado, permite delinear estrategias asociadas a la creación de la alianza terapéutica e inauguración de una relación humana que tenga claridad desde un inicio.

Por cierto, agrega complejidad en la reflexión respecto del contexto mandatado donde transcurre esta relación, cuando ante el fenómeno de la violencia que ha vulnerado derechos de niños, niñas o adolescentes la familia o cuidadores niegan la pertinencia de la intervención. Tal percepción, puede emerger a partir de muchas variables. Según Stéfano Cirillo (2012) algunas formas de negación son las siguientes:

- *Negación de los hechos*: el padre, madre o cuidador/a, niega que sea verdad aquello de lo que se le acusa y muestra extrañeza e inocencia acusando, en cambio, a la víctima de mentir o a los profesionales de perseguirlo, etc.

- *Negación de la conciencia*: si bien se reconoce el hecho, la realidad del daño, no se responsabiliza a sí mismo, sino que se externaliza. Por ejemplo, “no sabía lo que hacía a causa de la droga”. Puede significar el primer reconocimiento respecto del modo anterior, donde se niegan los hechos.
- *Negación de la responsabilidad*: se admiten los hechos y se tiene conciencia de haberlos cometido, pero la responsabilidad se atribuye otro, generalmente a la víctima, que se comportó de un modo que merecía el acto violento.
- *Negación del impacto*: el profesional corre el riesgo de no ver esta negación, sobre todo si hay reconocimiento de los hechos, su conciencia y responsabilidad. Es un mecanismo más sutil y sirve a la familia/cuidadores para mantener a raya su sentimiento de culpa, así como la desaprobación de los demás. Es la minimización del alcance nocivo de su comportamiento inapropiado sobre sus hijos/as.

La conciencia respecto del contexto mandatado desde el equipo interventor es de suma importancia, ya que permite delinear una estrategia clara para la intervención asociada al problema de la falta de adherencia. El no contar con un espacio reflexivo sobre lo coactivo, invisibiliza el contexto desde donde surge la intervención y responsabiliza a la familia por completo de la construcción de sentido de ésta.

El asumir una posición que reflexiona acerca de lo coactivo, por el contrario, pone de manifiesto la construcción de sentido de la intervención como una acción conjunta, donde el equipo interventor es tan responsable como el sistema cuidador.

El asumir la realidad de lo coactivo, permite posicionarse frente a los estados de la relación terapéutica, definiendo si es que los equipos se encuentran frente a una intervención de control/monitoreo o en una intervención en base a la colaboración. La diferencia entre ambas es radical ya que la primera alude a objetivos interventivos que están definidos por el equipo a partir del mandato de tribunales asociado a algún tipo de intervención especializada en materias de protección. La segunda, implica un estadio de colaboración que alude a la construcción de un sentido asociado a los encuentros entre la familia, el niño, niña o adolescente y el equipo de intervención en cualquiera de las líneas programáticas del Servicio. Por ende, un camino que permita transitar desde lo coactivo a lo colaborativo es un objetivo de la intervención en sí mismo.

Como se dijo anteriormente, para ello se necesita una aclaración del contexto desde el inicio de la intervención. Stefano Cirilo lo propone de la siguiente forma "Trabajamos con ellos, para el juez, a favor del niño, no en contra de los padres. Podemos mencionar lo que nos haya preocupado sin omitir detalles. Para esto es necesario evitar toda actitud moralizante o de juicio, insistiendo en que nuestra motivación no es condenarlos sino ayudar a su hijo/a, cuyo bienestar será, ciertamente, una preocupación de ellos más que nuestra. Asegurar la transparencia del trabajo en red, aclarando el contenido y la forma de la transmisión de la información de un profesional a otro" (Cirillo en ICHTF y SENAME, 2014, p.31).

Con ello se entrega un marco de control y un marco de ayuda. Esto pudiese criticarse desde un posicionamiento que entiende la intervención sólo desde el control al integrar la esfera de lo mandatado.

Pero al hacerlo, se clarifica la transición desde lo obligado a lo conjunto, desde el respeto, pero sin invisibilizar el problema que da inicio a la intervención. De la misma forma, permite posicionarse desde la obligatoriedad de la intervención como algo necesario que responde a un consenso social que va acorde a los consensos internacionales que Chile ha adscrito con respecto a la protección a la infancia y el resguardo de los derechos de los niños, niñas y adolescentes. Todo ello facilita que las familias o sistemas cuidadores no se sientan traicionados con la relación de información permanente, contacto y opinión que se establece con Tribunales.

a. La Posición del interventor.

Como se señaló, los equipos técnicos trabajan en un contexto coactivo y desde allí promueven la creación de un ambiente colaborativo y búsqueda conjunta de sentido desde el inicio de los procesos interventivos y durante todo su desarrollo. Su fundamento radica en velar por la debida protección de niños, niñas y adolescentes, interrumpiendo vulneraciones de derechos y abordando los efectos de éstas. Ese es su punto de partida, poniéndose en juego y participando activamente de múltiples relaciones humanas, en las que irá trayendo a cada sesión, a la intervención propiamente tal, su conocimiento, saberes, formación, así como también su bagaje histórico (Ortiz, 2008). Entendido éste como una síntesis de su experiencia vital, aquellos eventos que han vivido y los que no, formando huellas a través de las cuales los equipos interventores serán sensibles y que emergerán en el encuentro con el otro.

Por ello, el interventor debe ser consciente del lugar desde donde habla: lo proteccional y sus conocimientos profesionales. Este acto de consciencia permite sentar las bases de una ética representada por la construcción colaborativa de las conversaciones de las que será co-autor. En definitiva, reflexionar acerca de la posición del interventor resulta indispensable para la creación de alianza y la creación de un espacio de co-construcción. El interventor está implicado en las relaciones, no es un observador externo, objetivo. Este hecho queda graficado muy claramente en el salto de la Cibernética de Primer Orden a la de Segundo Orden, lo que impactó en las Ciencias Sociales de manera determinante.

Mientras en la Cibernética de Primer Orden se mira un determinado sistema desde “afuera”, sin formar parte de él (el mundo visto como separado del que realiza el acto de conocer), la Cibernética de Segundo Orden, centrándose en procesos de *feedback* complejos y no meramente mecánicos, asume que las observaciones de un interventor no son absolutas, sino relativas a su propio punto de vista. Por lo tanto, tras este cambio de paradigma ya no se estudia únicamente un sistema, sino que también a quien estudia, entendiéndolo como parte del sistema mismo.

Así, la Cibernética de Segundo Orden, asume que el observador es parte de lo observado y le es posible dar cuenta de este hecho a través del lenguaje. El ser humano está “en” el lenguaje (ICHTF, 2013). En definitiva, el lenguaje determina lo que cada uno es, la realidad que está siendo construida en cada momento. “Al decir lo que se dice, al decirlo de un modo u otro, o no diciendo cosa alguna, la persona abre o cierra posibilidades para sí misma, y muchas veces para otros. Cuando una persona habla, modela el futuro. Pero además de intervenir en la creación de futuro, los seres humanos modelan su identidad y la del mundo que

se vive a través del lenguaje” (Echeverría, R. 1994, pág.30) Considerando esta premisa, cada concepto nace en función del intercambio social, mediado por el lenguaje (Gergen, K. 2001).

Por una parte, el lenguaje dota de sentido y significado a la experiencia para quien la vive, pudiendo ésta ser consensuada entre dos o más individuos (Maturana, 1999, 2003). Mientras que por otra, “no habría posibilidad de percibir la realidad objetiva, más aún lo observado por un observador tiene que ver más con la estructura del observador que con aquello que éste observa” (Coddou, F. 2006, pág. 8).

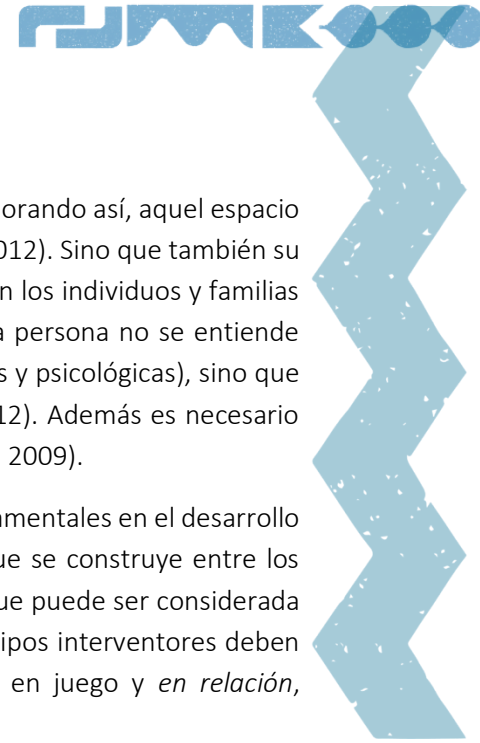
Por ello, la Cibernética de Segundo Orden intenta desarrollar una epistemología que empieza comprendiendo a los observadores, haciéndose cargo de que lo que alguien ve, es siempre visto por él. Así, la producción de conocimiento dará cuenta de una realidad siempre en movimiento, y no estática ni objetiva, independiente de los equipos de intervención.

En este marco surgen movimientos en diversos campos del ser humano, el arte y la filosofía por ejemplo valoran la subjetividad del ser humano y se plantean desde una postura crítica, posmoderna. Las ciencias sociales en específico no fueron la excepción, desarrollándose una serie de evoluciones teóricas que alcanzaron también a la terapia familiar. Son los llamados enfoques posmodernos (Bertrando y Toffanetti, 2004). Algunos de ellos fueron mencionados en el primer apartado, tales como los modelos narrativos, la terapia centrada en soluciones y la terapia colaborativa (Tarragona, M, 2006).

Estos modelos entienden el abordaje terapéutico como un proceso eminentemente conversacional, donde las personas o familias y los terapeutas co-construyen nuevos significados, historias alternativas, posibilidades y soluciones, buscando el alivio del sufrimiento y la resolución favorable del motivo de consulta. Uno de los presupuestos de las corrientes posmodernas es que la identidad no es algo fijo, sino que está en constante creación y revisión dentro de una red de relaciones y conversaciones con otras personas (Tarragona, M, 2006). Por tanto la posibilidad de cambio, de patrones nocivos y relaciones dañinas está siempre abierta.

Por otra parte, tanto las terapias posmodernas como postestructuralistas en psicología (Gergen, 2001, Anderson, 2006) subrayan que el lenguaje de la psicología ha sido el lenguaje del déficit y que la terapia frecuentemente como una tecnología para “componer personas defectuosas” (Tarragona, M, 2006). Pero esta tendencia de alguna forma es interrumpida por la Cibernética de Segundo Orden.

De este modo, y asumiendo que su observar no es objetivo ni tiene el status de verdad, los equipos de intervención indagan y aprecian el relato único y privado de cada persona y cada familia, siendo posible de esta forma interesarse y acceder a los significados que éstas atribuyen a su experiencia. Y durante el proceso relacional que se va construyendo, interventor e intervenido van creando nuevas redes de significado a través del lenguaje y la conversación (Anderson, H, 2006). Y aquí toma relevancia el rol activo de los equipos profesionales, que no imponen necesariamente ideas, sino más bien promueven la apertura del espacio conversacional. Esto se grafica en la siguiente frase: “Permítanme concluir mi presentación con una proposición que bien puede servir como un imperativo ético constructivista. Debo actuar siempre como para incrementar el número total de alternativas” (Von Foerster, H., 1996, pág 20).



Pero no solamente el interventor social está permanentemente “en relación”, valorando así, aquel espacio vinculante y co-creado que se encuentra *entre* dos personas (Garfat & Fulcher, 2012). Sino que también su unidad de análisis, lo que mira, son las diversas relaciones en las cuales participan los individuos y familias con quienes va creando un vínculo. Esto por cuanto el comportamiento de una persona no se entiende solamente solo como determinado por sus características individuales (biológicas y psicológicas), sino que se entiende considerando el contexto relacional en que ocurre (Bernales, S. 2012). Además es necesario considerar que cada familia produce a su manera su propia cultura (Bertrando, P. 2009).

Desde esta visión, existe un reconocimiento de los vínculos familiares como fundamentales en el desarrollo socioemocional de los/as y niños/as. Y especialmente importante la relación que se construye entre los profesionales del equipo técnico y los miembros de la familia, co-construcción que puede ser considerada incluso como la *intervención* propiamente tal. (Garfat y Fulcher, 2012). Los equipos interventores deben comprender que han dejado de ser “neutrales” y “objetivos”; están puestos en juego y *en relación*, implicados en lo que observan.

Así, los equipos aprecian y exploran las relaciones en sus contextos, y también, reconocen los contextos que están siendo a su vez producidos por esas relaciones. La relación se da en un entorno y éste se modifica por efecto de la relación. Desde esta lógica, cuando un profesional del ámbito psicosocial interviene, lo hace desde un nuevo evento posible, con el propósito de articular lo nuevo con lo tradicional y conocido (ICHTF, 2013). El Modelo Contextual Relacional presentado por el Instituto Chileno de Terapia Familiar (ICHTF, 2013) complementa el hecho de valorar y centrarse en los *vínculos* con una mirada que sienta sus bases en los recursos de los individuos y las familias, promoviendo relaciones colaborativas y asumiendo que las competencias parentales se ejercitan *en la relación con un otro*.

Entre las herramientas o habilidades que se esperan que los interventores desarrollen se encuentra el uso de la capacidad receptiva, entendida como:

- Atención a lo observable, conductas, discursos, situaciones alrededor
- Capacidad para aproximarse a la experiencia del otro
- Capacidad para observar como la persona del terapeuta se relaciona en esta interacción

A lo anterior se agrega la escucha activa, vista como la aproximación del otro. Para esto debe existir una persona que necesite ser escuchada y un terapeuta dispuesto a escuchar lo que el otro quiere contar (Gómez, 2008). Junto con esto es importante una actitud empática, lo que supone la disposición de los equipos de comprender al otro, de ponerse en el lugar, sin juzgar, ni interpretar.

La posición del interventor descansa fundamentalmente en su actitud. Para los enfoques sistémicos posmodernos (Bertrando y Toffaneti, 2004) una auténtica aproximación guiada por la curiosidad desde el interventor permite acceder a una mayor cantidad de información y junto con el otro explorar juntos lo familiar y co-crear lo novedoso (Tarragona, M, 2006). Su centro es intentar conocer al otro, entender cómo funciona un sistema.

Desde ahí, toma relevancia la postura de “no saber” (Anderson, H, 2006), lo que no quiere decir que el terapeuta no sepa nada o no haga nada, que sea una pantalla en blanco o que no ofrezca opiniones



(Tarragona, M, 2006), sino que asumir que un interventor no tiene acceso a información privilegiada, nunca puede entender totalmente a otra persona y siempre tiene que aprender más sobre lo que se ha dicho o no se ha dicho (Anderson, H, 2006). “No saber” implica escuchar de manera activa y responsiva, es decir el interventor le demuestra a la familia que tiene algo que merece ser oído, estando abierto a la historia de la otra persona, lo cual es central para el diálogo (Anderson, H, 2006).

3.2 La colaboración como objetivo

Teniendo consciencia del contexto coactivo, la temática de violencia, y de su posición como interventor, los equipos asumen la tarea de crear un sentido conjunto a la intervención. Tanto la focalización en la construcción de sentido, como la mirada centrada en los recursos y/o habilidades, tiene a la base una comprensión del proceso terapéutico como una manera colaborativa de afrontar aquellas dificultades que sustentan y/o mantienen un comportamiento violento hacia los niños/as.

El pensar la colaboración co-creada entre equipos y familias/cuidadores como un piso básico, permite promover estrategias interventivas para construir un contexto donde la ayuda sea percibida y requerida desde un pilar de agencia de la persona. Con ello, se trae a la relación terapéutica un ámbito a considerar constantemente por parte del equipo y que facilita la reflexión y, por ende, la construcción de ideas de como intervenir el contexto para producir que la relación transite desde el “control” a la “colaboración”.

Por ejemplo, consideremos una familia que ha sido mandatada a una intervención por parte de un programa del servicio que aborde “habilidades parentales” debido a un caso de negligencia, pero que la familia se siente evaluada injustamente. Probablemente dicha familia sienta la intervención del programa como amenazadora a su visión de las situaciones problemáticas que implicaron su derivación desde Tribunales, sintiendo al programa como un aliado de las herramientas de control del Estado en desmedro de su persona.

Una lógica que se base en una ética de la colaboración, buscará entender esta narrativa desde una posición de respeto que permita tejer una conversación sobre las dificultades que la familia ha vivido y que suscitaron la derivación desde Tribunales. A diferencia de una lógica educativa sobre la violencia, el equipo se dispondrá a entender la vivencia de la familia a través de una conversación vinculante para intentar generar una alianza frente a los acontecimientos, conductas e ideas que la sustentan, no frente a las personas. Las violencias son el foco de la intervención.

Una comprensión sobre las posibles negaciones, permite entender aquello que las personas valoran. Dicha comprensión es la que puede generar las mejores disposiciones a nivel interventivo ya que resuena con aquello que la familia protege, cuida o añora a pesar de la violencia. Es aquella la tarea del terapeuta que interviene en violencia, el buscar aquellos relatos, acciones e intenciones que se alejan de la violencia y que contradicen los discursos que la sustentan. Esta comprensión del fenómeno de la violencia se informa del trabajo de Alan Jenkins (1990) con respecto a las invitaciones a la responsabilidad, entendiendo que puede abarcar las ideas y metodologías de otros modelos con una ética clara que guía la toma de decisiones.

La colaboración, se define en este contexto como una relación que confluye en un sentido consensuado y con una intencionalidad clara de lograr un objetivo conjunto. Llegar a este punto en una relación mandatada no es en absoluto fácil. Y, por ende, estrategias específicas a trabajar deben ser incorporadas en esta arista.

Los modelos que se focalizan en la intervención de los efectos de la violencia, parten desde un punto donde la participación de al menos un cuidador esté garantizada y sea bien tratante, manteniendo la preocupación sobre el tratamiento. Modelos tales como el CPP, advierten que una intervención sin un cuidador que garantice un espacio de seguridad puede ser iatrogénica e incluso generar mayor daño. Por lo tanto, se recomienda a los equipos, reflexionar sobre los estadios de la relación para la incorporación de estrategias interventivas y centrar sus esfuerzos iniciales en crear una atmósfera colaborativa y búsqueda de sentido conjunta a la intervención.

b. La alianza terapéutica en pos de un objetivo común

La intervención de los equipos profesionales es esencialmente un proceso conversacional. En este marco, es imprescindible distinguir una diferencia marcada entre *hablar con* una familia y *hablarle a* una familia; y por consiguiente lo terapéutico no es algo que se le hace *a alguien*, sino que *con alguien* (Anderson, H, 2006). El diálogo y la conversación son generadores de significado, y tanto equipos como familia transitan en el devenir de explorar y analizar elementos que tienen relación con un funcionamiento grupal que subyace a la violencia. La forma en que pensamos y hablamos de los problemas o dificultades puede contribuir a que una familia o persona se hunda más en ellos o pueda hacer emerger nuevas formas de verlos, o solucionarlos o transformarlos (Tarragona, M, 2006).

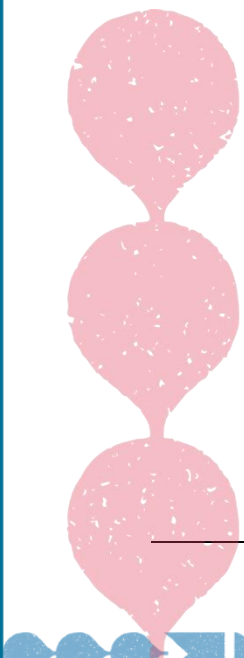
Una relación de colaboración se establece en la medida que existen dos dimensiones que sustentan una alianza terapéutica; una dimensión de contenido y una dimensión de interacción (Pinof, 1995). Por dimensión de contenido se entiende la existencia de un vínculo, objetivos comunes (donde se desarrolla un proceso de consenso de objetivos) y tareas (donde se diferencian roles de padres o sistema cuidador y equipo interventor en pos de tareas concretas definidas por los objetivos). La dimensión interpersonal alude a los distintos niveles interaccionales donde se mueve la persona (es decir individual, sistemas dentro de la familia, sistema completo familiar y entre cada uno de estos).

Siguiendo la propuesta de Gold y Ellis (2017) en relación al vínculo terapéutico en casos de violencia, proponen las siguientes categorías para reflexionar continuamente con respecto al vínculo establecido con niños, niñas y adolescentes y sus sistemas cuidadores:

- *Confianza*: La construcción de confianza es un tema paulatino y que se da en consonancia con la posibilidad de ir desarrollando flexibilidad. La coherencia como tal, es algo difícil de mantener, puesto que si seguimos los principios de Gergen (1996), una persona es un multiverso de posibilidades que se conjugan no siempre en formas coherentes. Por ejemplo, el “yo” padre puede ser muy distinto al “yo” trabajador. Las estrategias para el que está intentado construir un vínculo de confianza es poder ser honesto no sólo con sus intenciones y creencias, sino también con sus dificultades. En este sentido, la capacidad de

poder adelantar y anticipar a nivel lingüístico caminos con múltiples posibilidades, es fundamental en orden de que se anticipe faltas de coherencia. Estrategias como Dialogo Decisional (Sheinberg & Fraenkel, 2001), permiten a la persona no quedar atrapada en secretos comunicacionales como forma de probar el nivel de confianza. Por ejemplo, el relato de un niño, niña y/o adolescente de abuso sexual pero que pide no comentar a nadie, quedando el terapeuta atrapado en el “secreto”. El andamiaje de conversaciones que den sentido a no quedar en el secreto es una herramienta que personas trabajando con niños, niñas y adolescentes que han vivido múltiples experiencias potencialmente traumáticas y sus cuidadores, deben poseer y entrenar continuamente.

- *Dependencia – autonomía*; el continuo relacional asociado a la presencia y la construcción de autonomía de niños, niñas y adolescentes es algo complejo de establecer y debe ser evaluado continuamente en relación a factores de riesgo. Por ejemplo, un adolescente que posee consumo problemático de drogas y alcohol y se encuentre en una residencia, que presente salidas constantes con el objetivo de consumir, debe ser acompañado de forma tal de intentar prevenir el consumo e ir acompañando en la construcción de la necesidad a nivel de motivación, para el inicio o mantención de un proceso de tratamiento frente al consumo de drogas y alcohol. Por otro lado, frente la estabilización de sintomatología, el acceso a mayores niveles de autonomía debe ser una prioridad. Esto debe ser trabajado en paralelo con la familia o adultos significativos presentes en la vida del niño, niña y adolescente en orden de ir anticipando posibles dificultades.
- *Desconexión – conciencia y conexión*: La investigación muestra que estrategias que invalidan la posición de los niños, niñas y adolescentes tienden a generar problemas de distinta índole asociado a temáticas relacionales (Gold, 2017). De la misma forma, en estudios asociados a la sobre utilización del uso de contención física (Price & Baker, 2012), se ha demostrado que la mayor parte de las desregulaciones conductuales de los niños, niñas y adolescentes tienen un origen asociado a dificultades relacionales ya sea con sus familiares directos o con el equipo de tratamiento directo. Esta realidad pone un acento en la forma en que comunicamos tanto verbal como de forma no verbal nuestro interés. A nivel familiar, una escucha activa de las dificultades y la forma de construir el mundo a partir de estas dificultades puede permitir una vía de acceso al abordaje de la violencia.
- *Socialización*: La evidencia muestra que personas que han vivido situaciones crónicas de maltrato tienden a presentar capacidades afectadas en torno a las habilidades de comunicación, cooperación y reciprocidad en las relaciones (Gold, 2017; Van der Kolk, 2015). La vinculación debe ser entendida bajo la comprensión de desarrollo de Vygotsky (2012) en relación a la zona de desarrollo próximo donde se da un encuentro entre dos conocimientos; el conocimiento del terapeuta y el conocimiento de la familia.
- *Creencia en el cambio*; la evidencia muestra que las personas que han vivenciado traumas complejos tienen tendencia a recurrir con mayor frecuencia a procesos cognitivos que



median la utilización de estrategias de afrontamiento desadaptativas y a conductas de riesgo que influyen en la percepción que tienen de sí mismos. La tendencia a iniciar procesos cognitivos que aumentan estas sensaciones tales como la “rumiación” y procesos de devaluación de la autoimagen, influyen en que las posibilidades de creer en el cambio se vean más lejanas (Gold, 2017). En términos de vínculo, el trabajo continuo de los equipos debe disponerse para construir un abordaje que de espacio a la posibilidad de experimentar otros caminos, resultados y apertura de posibilidades. En este sentido, el equipo debe conformarse en un grupo que reflexiona sobre sus propias ideas con respecto a los distintos sistemas cuidadores, identificando prontamente procesos dentro del equipo interventor que evoquen impresiones con respecto a las familias y los niños, niñas y adolescentes que no permiten la construcción de estrategias interventivas, que a la base tienen la idea de la posibilidad del cambio. Para este objetivo, procesos de reflexión y supervisión, unidos a un proceso de capacitación continuo son fundamentales en orden que los equipos se vuelvan hábiles en el reconocimiento de dinámicas perniciosas para la intervención y logren volverse creativos a partir de una base sólida de conocimientos técnicos y prácticos que se focalice en los recursos.

Así, el hecho de que un equipo reflexione sobre estas variables permitirá que vaya evaluando el vínculo que se construye y promover la generación de lo que se denomina “alianza terapéutica” en pos de un objetivo común. Esto dará sustento al trabajo reparatorio y un acercamiento preventivo para nuevas violencias con las familias. La principal herramienta de los equipos asociada a este punto, es el establecimiento de conversaciones y actividades que paulatinamente comiencen a tener un sentido terapéutico.

En este espacio seguro, los equipos interventores ponen a disposición y utilizan su propia “maleta de herramientas” y técnicas que permiten aplicarse en cualquier momento y circunstancias con mucha creatividad, que lleva consigo en el proceso de intervención. Los equipos revisan de forma constante esta “maleta” que permite crecer y acompañar a otros/otras personas en este camino.

Es así, que a partir del espacio terapéutico surge el concepto de “resonancia” que corresponde a una zona intermedia que une al terapeuta, con la familia y en este espacio en común, se construye **la relación terapéutica** (Ortíz, et,al), a través de un “diálogo significativo”. Este diálogo, señalado como la historia que relata el consultante, resuena en el “ser del terapeuta”. Las vibraciones que trasmite la familia, hacen vibrar una cuerda sensible en ellos y constituyen un área común con la familia, este es un espiral de intercambio de comunicaciones, que permite construir una nueva historia y esta historia está teñida por la concepción transgeneracional de la familia.

c. Focalización en el abordaje de la violencia

La alianza terapéutica y la colaboración como objetivo surgen en el diálogo entre equipo y familia. Sin perjuicio que en el inicio de la relación esto sea prioritario, también lo es que los equipos de intervención mantengan el foco en abordar la violencia, interrumpiéndola, explorando cómo sucede e indagando sobre sus efectos. El abordaje se da tanto en lo proteccional como en la intervención específica en la totalidad del proceso de victimización que dio origen a la derivación hacia algún Programa del Servicio.

Estos dos ámbitos (contexto proteccional y comprensión del proceso de victimización), pueden proveer indicadores claros para la toma de decisión frente a una oportuna derivación a la red. Por ejemplo, el vivenciar un proceso de victimización en un contexto protector, donde la respuesta tanto de la familia como de la comunidad dan soporte al niño, niña o adolescente que sufrió el o los eventos, es radicalmente distinto a un contexto multiproblemático que enfrenta el proceso de victimización de una forma que aumenta la complejidad de los efectos de las vulneraciones de derechos.

Un circuito que alude a la evaluación del contexto para determinar la gravedad de una situación provee una comprensión de la intervención desde una mirada sistémica, que permite entender el daño en relación con las dinámicas presentes en cada familia y cómo estas dinámicas entran en juego frente a las consecuencias y/o comportamientos complejos que los niños, niñas y adolescentes pueden presentar como efecto de dichas vulneraciones. De la misma forma, define el foco interventivo con claridad, poseyendo una visión mixta, donde tanto la dinámica que sustentó y mantiene las vulneraciones como la reparación del daño que el niño, niña y adolescentes y su familia /contexto pueda presentar son el foco de la intervención.

Fig.1 Focos de Evaluación y toma de decisiones.



La toma de decisión una vez se produzca el ingreso a un proyecto de protección se centra entonces en el evaluar lo que sustenta esta dinámica en el grupo familiar (habilidades parentales descendidas, educación, pautas transgeneracionales que sustentan el maltrato, narrativas que fundamentan el maltrato, trastornos mentales, problemáticas socioeconómicas que aumenten el estrés familiar, consumo de drogas y/o alcohol, participación en grupos que transgreden la ley y factores contextuales tales como las redes de apoyo o ausencia de éstas).

Los factores que mantienen dicha dinámica (dinámicas vigentes en la familia que sostienen el maltrato a través de acciones concretas y discursos de los miembros de la familia que invisibilizan caminos diferentes para lidiar con las dificultades) y el daño que emerge en los niños, niñas y adolescentes en la misma familia partir de vivir esta dinámica. Finalmente, el circuito se basa en una visión centrada en los recursos como

opción paradigmática desde donde se entiende la reparación y la intervención. Donde si bien se entiende un foco proteccional, se intenciona en todo momento un enfoque promocional.

3.3 Focos para la intervención familiar en contextos de violencia.

Dicho lo anterior, a continuación, se presentarán 5 focos para la intervención con familia/cuidadores. Estos son transgeneracionalidad, focalización en recursos, focalización en las dinámicas de poder, la construcción de soporte y el abordaje para frenar la violencia.

3.3.1 La Transgeneracionalidad y los efectos de la violencia.

Uno de los elementos que se repiten en aquellas intervenciones que muestran evidencia en la reducción de la violencia tiene que ver con la atención a la historia de trauma de aquellas personas que ejercen los cuidados del niño/a o adolescente. La evidencia demuestra que dar un espacio para entender y abordar aquellos efectos que las experiencias traumáticas han dejado en los cuidadores está asociado a la disminución del riesgo de nuevos eventos de violencia (Kiser et al., 2020; Van der Put et al., 2017).

Si bien el mecanismo inherente a esta asociación no se tiene claro en términos de evidencia científica, existen múltiples teorías con respecto a esta conexión referente a la transgeneracionalidad del efecto de la violencia. El concepto de transgeneracionalidad de experiencias traumáticas ha sido utilizado referido a la investigación del impacto de conflictos armados y dictaduras (Fáunderz, Cornejo y Brackelaire, 2014), para luego incorporarse a la comprensión del fenómeno de la violencia.

Ignacio Martín-Baró define el impacto de la transgeneracionalidad de las experiencias traumáticas dependiendo de “la peculiar vivencia de cada individuo, vivencia condicionada por su extracción social, por su grado de participación en el conflicto, así como por características de su personalidad y experiencia” (Martín-Baró, 1990, p. 4). Esto desde una comprensión de la transgeneracionalidad de la violencia como algo que permea y atraviesa las relaciones de las personas que las han vivido.

La investigación en gatillantes de re-experimentación traumática (Ehlers et al., 2004), asocia hiperreactividad a conexiones con eventos traumáticos o gatillantes que asemejan condiciones de amenaza, despertando reacciones basales tales como conductas de ataque, huida y congelamiento. Si se piensa en padres o cuidadores que puedan haber vivenciado situaciones de violencia, tales fenómenos pueden configurar un escenario complejo cuando se unen con formas de enfrentar posibles gatillantes utilizando mecanismos que pudiesen llegar a ser desadaptativos tales como el consumo de drogas o el ejercicio de la violencia como forma de enfrentar la pérdida de control. Si a un escenario tal, se agrega la adherencia a lógicas que defienden formas maltratantes de crianza, la intervención se vuelve compleja, por decir lo menos.

La consideración de los aspectos transgeneracionales de la violencia permite a los equipos de intervención ver el ejercicio de la violencia en un continuo que, a su vez, facilita elaborar hipótesis que pudiesen ayudar a entender el cómo se gesta y desarrolla la violencia en un contexto particular. Tal comprensión permite

intervenir la pauta relacional que pudiese activarse en el momento de ejercer la violencia. De la misma forma, vemos que muchas de las habilidades que se enseñan a cuidadores en los programas de parentalidad tienen que ver con la propia regulación emocional y con estrategias de auto – monitoreo en orden de controlar la reacción a posibles acciones o conductas de los niños, niñas o adolescentes bajo su cuidado. Modelos como el “ARC” destinan 4 componentes al trabajo con padres en la comprensión que su historia y sus características impactan tanto en el contexto como en la relación y finalmente en niño, niña y/o adolescente.

3.3.2 Focalización en Recursos.

La agencia y el empoderamiento de la propia vida han sido investigados como el factor principal en cuanto a resiliencia, entendiendo esta como cualidad que permite a las personas encontrar una realización personal en sus vidas a pesar de las desventajas en su contexto, problemas o adversidad que tuvieron que enfrentar y las presiones que pueden enfrentar a futuro (Rutter, 1999; Schofield, 2001; Stein, 2005). Es una capacidad que se desarrolla con el tiempo (Rutter, 1999) y que se da en un espacio interpersonal donde se ponen en juego los atributos de las personas con las posibilidades que su ambiente familiar y social, le proveen.

“La experiencia de agencia personal y la capacidad de acción responsable se basan en una forma peculiar de colaboración social una colaboración social que ayuda a las personas a recorrer el espacio entre lo conocido y familiar y lo que podrían llegar a saber de sus vidas e identidades” (White, 2016, p. 305). Este paso, de lo conocido y familiar, a lo que podría llegar a saber una familia de su vida, es un paso que se acompaña, de manera que las personas involucradas son participantes y protagonistas de su propio mundo.

Diversas investigaciones han demostrado que el abordaje centrado en los recursos permite una mayor colaboración y alianza terapéutica como hemos visto en la evidencia que demuestran muchos de los programas en parentalidad que tienen componentes en este tema. No obstante, el abordaje de recursos con familias o cuidadores que están ejerciendo prácticas violentas puede llegar a ser iatrogénico si se evitan aquellas conversaciones que aborden concretamente los actos de violencia.

No existe consenso actual con respecto a los tiempos de dichas conversaciones, los modelos que se han presentado para el abordaje con personas que ejercen violencia, en su mayoría plantean la necesidad de responsabilización para el abordaje de otros elementos que puedan emerger. No obstante, la realidad de las derivaciones por parte del sistema implica el hacerse cargo de una intervención que como se dijo anteriormente es mandatada y en un contexto coactivo. Modelos como el narrativo plantean estrategias para el abordaje conjunto de la responsabilización y la construcción de una identidad alternativa que haga eco de compromisos, ideas y sueños que sean acorde con un alejamiento de prácticas violentas. Un abordaje que tenga esta sensibilidad, puede prevenir un enfoque netamente educacional en habilidades y buscar como objetivo, la construcción de una alianza para prevenir nuevos eventos de violencia.

La focalización en una identidad alternativa a la que sustenta o alude a la violencia, puede construirse a partir de la focalización en recursos o habilidades (según el sustento teórico), que busque en los aspectos relacionales, estados intencionales de los distintos miembros de la familia, conocimientos familiares o de

miembros de la familia o el sistema cuidador, o experiencias que se alejan de los ámbitos del problema, o una narrativa que acoja ideales familiares o que se enfrente a nociones familiares.

Así también, la posibilidad de identificar recursos tiene que ver con identificar momentos en que las pautas relacionales violentas se solucionaron de una forma diferente sin la necesidad de incurrir en ningún tipo de violencia. Dicho desde los modelos orientados a las soluciones (Bertrando y Tofanetti, 2004), la búsqueda de excepciones a los patrones problemáticos. Las personas no siempre actúan de la misma manera, por muy repetitivo que sea un comportamiento. Toda familia presenta zonas libres de conflicto, las cuales contienen recursos, estrategias que permiten no desembocar en un patrón problemático o hacerlo menos intenso.

Los enfoques narrativos, en este punto, con el mismo propósito intentan desmarcarse de historias saturadas por el problema (White, M, 1993), promoviendo un clima donde la familia puede recuperar el control sobre la propia vida, o como se mencionaba en el primer segmento de este apartado, fortalecer su sentido de agencia personal. De esta manera se amplía o enriquece su identidad, no quedando necesariamente atrapada en los comportamientos violentos. Además de utilizar la estrategia de externalizar un problema (primer apartado), los acercamientos narrativos exploran estos “momentos excepcionales” (Tarragona, M, 2006) deconstruyen el fenómeno de la violencia, dejando disponibles relatos alternativos a la misma, antes obstaculizados por el relato dominante que tenía a una familia atrapada.

Recursos también se puede encontrar en relación a otras personas del sistema familiar o a partir de la relación con personas de la comunidad e Instituciones que pudiesen entregar elementos a rescatar en el abordaje de la violencia.

3.3.3 Focalización en el ejercicio y dinámicas de poder

Los equipos de intervención deben durante las sucesivas conversaciones con los distintos miembros de las familias fijar su atención, en el funcionamiento del grupo, haciendo distinciones en las diversas y múltiples relaciones que se dan al interior de éste. Lo anterior con la finalidad de conocer y explorar aquellas formas de relacionarse que traen sufrimiento y desembocan en la violencia, o bien son una antesala para su emergencia. La observación de estas dinámicas puede hacer posible acciones para interrumpir la escalada de violencias o bien prevenir nuevos eventos.

Los modelos que nacen al alero de la intervención con hombres que ejercen violencia hacia sus parejas ha focalizado sus esfuerzos en la identificación de dinámicas de poder y la construcción de una teoría con respecto al ejercicio de dicho poder. Como se vió el primer apartado, el modelo de Duluth describe este tipo de dinámicas de una forma detallada lo que facilita identificar elementos para el diagnóstico de situaciones proteccionales y de este modo anticipar escalamiento de situaciones de riesgo y toma de decisiones complejas a nivel proteccional.

Si bien a nivel interventivo el modelo de Duluth necesita ajustes para poder aumentar el potencial de cambio en términos de prevención de nuevos actos de violencia y ha sido pensado primordialmente para hombres, las estrategias que describe son un aporte para todo el trabajo del Servicio ya que permite ayudar

a generar hipótesis interventivas que focalizan el “donde”. En este sentido, el modelo Duluth define dos tipos de dinámicas a saber: dinámicas de Poder y dinámicas de Control.

✓ Dinámicas de Poder

Son aquellas estrategias relacionales que buscan imponer el poder en una relación y que anteceden el acto de violencia físico. Son estrategias que se focalizan en instalar un orden relacional y obligar a mantener un posicionamiento no simétrico en una relación humana. Son ejercicios de poder que coartan el posicionamiento igualitario y libre en la relación y que se transforman y consolidan en una dinámica de normalización y ajuste de interrelaciones que avalan la violencia y la mantienen en el seno de lo intrafamiliar. Algunas de estas dinámicas que los equipos de intervención deben explorar y conocer son:

a. Amenazas

Una herramienta para ejercer control y poder es el uso de amenazas y coacción. La víctima puede estar sujeta a amenazas tales como que “la abandonarán”, la lastimarán o la reportarán a la asistencia social u otra entidad. El abusador puede amenazar, incluso, con suicidarse. También pueden obligar a los otros miembros de la familia a realizar acciones ilegales o retirar los cargos que puedan tener en su contra. En su forma más efectiva, el abusador crea intimidación y miedo a través de un comportamiento impredecible e inconsistente.

b. Intimidación

La intimidación como un ejercicio de poder es utilizada a través del uso de armas, destrucción de la propiedad del otro, uso de gestos físicos o verbales para crear miedo. A diferencia de lo que veíamos en la amenaza, la intimidación se diferencia a partir de ser una acción amenazante acompañada de una acción violenta que no usa la violencia física directamente en el otro, sino que la antecede a partir de un gesto que permite su anticipación.

c. Abuso Emocional

El abuso emocional es una práctica que hace uso de estrategias de identificación de vulnerabilidades del otro en cuanto a su identidad. Esto hace referencia, por ejemplo, a uso de sobrenombre, comportamientos paradójicos e invalidantes, cuestionamiento generalizado e invalidación de la posición algún miembro de la familia aludiendo a inseguridades del otro y humillación. El objetivo de la persona es hacer “sentir mal” al otro respecto de sí mismo, despertando sentimientos de culpabilidad, confusión o cuestionamientos a la propia cordura.

d. Uso de Privilegio Masculino

El uso del privilegio implica que la persona que agrede define los roles dentro de la relación, toma todas las decisiones importantes, hace uso de un trato denigrante y “uso” del otro desde una posición de servidumbre. Llevado a un contexto familiar y en la comprensión de la violencia, la utilización de la posición de privilegio se puede observar desde el posicionamiento del adulto por sobre el niño/a sin dejar espacios

de participación y de la obligación del niño/a a ejercer roles que exceden su nivel de desarrollo psicosocioemocional.

✓ Dinámicas de Control

Las dinámicas de control se definen como aquellas estrategias tendientes a restringir la posibilidad de acción del otro a partir de distintos subterfugios que limitan el poder de decisión de la víctima. A diferencia de las dinámicas de poder, son prácticas que intervienen el contexto relacional para lograr una posición privilegiada de poder y control. Entre ellas podemos destacar:

a. *Abuso económico*

Un método efectivo para asegurar el control y el poder sobre otro es controlar el acceso al dinero. Estrategias relacionales para lograr dicho cometido posibles de distinguir incluyen el prevenir que la víctima pueda ingresar a un trabajo o mantenerlo. El control del acceso al dinero también se puede producir limitando el acceso a la información con respecto al mismo, limitando acceso a cuentas bancarias, acceder y retener el dinero de la víctima, haciendo que el otro se endeude, otorgar “mesadas” o requerir actos de cualquier índole a partir de la entrega de dinero para solventar cualquier gasto familiar.

b. *Manipulación de los niños/as*

Otro método utilizado para mantener el control dentro de la relación es la utilización de los niños/as como un medio para intensificar emociones críticas en el otro que puedan inmovilizar la respuesta de la víctima. Ejemplos de esto es el usar los comportamientos disruptivos de los niños/as para hacer sentir que la parentalidad o parentabilidad está siendo mal llevada y es responsabilidad de la víctima. Otro ejemplo de este uso de los niños/as, son las amenazas referidas a violentar a los mismos en pos de que la persona tenga un comportamiento basado en las expectativas del agresor. De la misma forma, el victimario puede incorporar a los niños/as para realizar prácticas de devaluación a la víctima, elemento que promueve la adscripción y normalización de conductas violentas.

c. *Desvalorizar/negar/culpar*

Esta estrategia agrupa dinámicas relacionales que merman y externalizan la responsabilidad de la violencia en el comportamiento de la víctima. Ejemplos de esto tienen que ver con minimizar el efecto de los actos violentos y asociar las causas de la sintomatología que se puede observar en la víctima/s en elementos que están asociados a acciones determinadas por esta última.

d. *Aislamiento*

El aislamiento de la víctima del mundo exterior es otro tipo de control psicológico. El aislamiento incluye controlar la actividad social de una persona: a quién ve, con quién habla, a dónde va y cualquier otro método para limitar su acceso a cualquier relación. Puede que dicho comportamiento implique la exhibición de reactividad y celos asociados a una sensación de pérdida de control.

Una ventana de oportunidades es la referida a hacer ejercicio del poder alternativo, desde la cooperación, el respeto, la resolución no violenta de los conflictos.

3.4.4 La construcción de una red que de soporte a la intervención familiar o con el sistema cuidador

La intervención en red de la violencia se ha descrito tradicionalmente en las políticas públicas nacionales de protección como la articulación de las redes asistenciales que competen al territorio donde la familia o el sistema cuidador reside. Esto quiere decir, trabajar en red con programas sociales del territorio, programas de la red de salud, programas de la red educacional del sector, programas de la red cultural, etc. Es importante destacar que dicho trabajo reporta muchas veces alcances favorables para las familias o el sistema cuidador, ya que permite superar el aislamiento social de la familia (o de las víctimas de violencia) y acceder a prestaciones que entregan soporte al ejercicio del rol parental.

Sin embargo, la articulación de red asistencial por si sola pudiese resultar insuficiente para impactar en aquellos elementos de las dinámicas familiares que inciden en la ejecución de la violencia. Este punto es importante para construir e implementar acciones interventivas, ya que pone de manifiesto que no es sólo el acceso a beneficios sociales lo que impactaría en una disminución de la violencia, haciéndose entonces necesaria la ampliación de los alcances del abordaje en red.

Es decir, no es solamente el acceso a redes lo que determina y media la alienación social, sino más bien es la participación la que media esta variable. Si llevamos esto a nuestro contexto nacional, una familia que accede y utiliza un beneficio tiene alcances diferentes a la que participa activamente de un programa social. Al igual que la agencia en la terapia, la participación activa es el elemento central en el combate de la sensación de estar desligado de la sociedad, entendiendo esta como una participación que incluye acción y toma de decisiones.

Modelos para la depresión que están mostrando efectividad tal como el modelo “Activación Conductual” (Veale, 2008), presentan dentro de su accionar un acompañamiento de la persona para que ésta se incorpore a actividades básicas y que generan una mayor sensación de maestría y placer. Son estas sensaciones que, al parecer, impactan de mayor forma en la reducción de la sintomatología depresiva y, por ende, ayudan a que la persona pueda ir incorporándose a las actividades cotidianas que la depresión habría invadido.

En el caso de la violencia hacia los niños, autores concuerdan que las variables asociadas con parentalidad deben seguir estudiándose (Van der put et al., 2017). No obstante, el tejido social donde se construye la intervención sigue siendo altamente relevante, sobre todo cuando consideramos la complejidad de las dinámicas familiares y la necesidad imperante de construir alianzas terapéuticas para su abordaje. Esta consideración debe estar presente desde la base en los equipos de intervención a la hora de diseñar sus intervenciones en contextos de violencia.

Tradicionalmente en nuestro país, la parentalidad ha sido un trabajo conjunto que se desarrolló en el seno de una comunidad. Históricamente, los padres piden ayuda a abuelos/abuelas, tíos o familiares cercanos para el desarrollo del cuidado y otros soportes para la crianza. Tal concepción ha informado el trabajo de los modelos que se pudiesen clasificar dentro de los modelos de “parentalidad positiva” y que acuñan la idea de que el trabajo de ser padre es un rol inserto en una comunidad.

Lo que se pone de relieve es que intervención familiar debiese incorporar esta idea, sumado a todo aquello que se logra a partir del intercambio social que va más allá de la entrega de conocimiento, es decir, apoyo, humor, descanso, diversión y espacios de reflexión (por ejemplo, del comportamiento de otros). El hecho de construir alianzas terapéuticas con distintos miembros de la comunidad que se relacionan con la familia, permite apoyar este rol social que tiene la comunidad tejiendo una red de ayuda que va más allá del acceso a beneficios sociales.

Es más, haciendo eco del trabajo descrito por la mayoría de las intervenciones asociadas a reparación de trauma, se observa que el rol de esta alianza terapéutica comunitaria en la intervención de la violencia debe realizarse con el fin de construir un entorno seguro que provea la sensación de protección. Tal idea, puede traducirse en una búsqueda activa por parte de los equipos y las familias en identificar los distintos soportes sociales que los rodean, pudiendo ser invitados e incluidos en la intervención terapéutica, constituyéndose en soportes tangibles y activables para prevenir nuevos actos de violencia. Esto implica que la familia pueda conocer estos soportes, acudiendo a ellos de distintas formas y estableciendo con ellos una relación de apoyo que impacte en prevenir nuevos maltratos.

3.3.5 Evaluación y abordaje para frenar la violencia.

Como se ha mencionado, la intervención en el contexto actual del Servicio es generalmente mandatada por un tribunal de familia competente. Esto implica, que asociado a la definición por parte de tribunales de la vulneración de derechos a un/a niño, niña o adolescente, éste es derivado a algún programa de la red con el objetivo de que éste intervenga en aquellas condiciones que la sustentaron o la mantienen.

En este sentido, el objetivo principal de los equipos de intervención es intervenir en la situación de violencia (en cualquiera de sus formas, características y/o cronicidad), asegurando en todo momento el contexto protector para el/la niño, niña o adolescente. Es decir, resulta fundamental en primer término interrumpir la vulneración, la violencia, poniendo a resguardo a los niños, niñas y adolescentes, otorgándoles la sensación de seguridad y contención.

Por tanto, desde un inicio los profesionales identifican riesgos a los que están expuestos niños, niñas y adolescentes, adoptando medidas de urgencia para proteger su integridad física y emocional cuando sea necesario, a través de la solicitud de medidas cautelares al Tribunal competente.

Un segundo momento implica la evaluación, junto a la familia o sistema cuidador, de la comprensión con respecto al paso por Tribunales. El ingreso a un tribunal puede ser un acontecimiento altamente estresante y tal como se dijo al inicio del segundo apartado, es necesario realizar todos los esfuerzos para transformar la intervención familiar obligada en una intervención familiar terapéutica.

Una vez adoptadas las medidas iniciales para interrumpir la violencia, y mientras se desarrolla la búsqueda de sentido de la intervención en conjunto con la familia, estas deben ser monitoreadas permanentemente, ya que dependiendo de su efectividad será necesario adoptar nuevas medidas.

La importancia de poseer un contexto protector permite mediar los efectos de la vulneración de derechos (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2000; Cirillo, 2012; Barudy 2009). Como contexto protector se entiende

la habilidad por parte de las personas significativas del niño, niña o adolescente y de los distintos medios comunitarios con los que tiene contacto, de comprender las causas y los efectos de la violencia, visualizando al niño, niña o adolescente y su vivenciar, actuando en consonancia para aliviar su sufrimiento y detener nuevas formas de vulneración.

Tras asegurar el resguardo judicial y proteccional, entonces, los equipos se enfocan en la tarea de conocer el funcionamiento familiar, su postura frente a la derivación, los factores que rodean a la violencia ejercida (o sospecha de ésta), generando hipótesis que posibiliten delimitar un trabajo claro con la familia y su contexto en pos de la generación de un ambiente propicio donde el sufrimiento del niño, niña y adolescente pueda emerger sin amenazas y, por ende, ser trabajado para su posterior alivio.

Esto, necesariamente implica la construcción de cimientos para ir delimitando alianzas reparatorias tanto con familiares como con miembros importantes de la comunidad para el niño, niña o adolescente (Ej. Profesores, educadores, etc.). En términos prácticos, esta exploración del contexto protector puede dividirse en dos ámbitos: la familia y la comunidad.

En relación a la familia el foco está en evaluar la disponibilidad de figuras significativas para el/la niño/a en términos de acceso, la reacción de la familia ante los procesos de victimización, los distintos ajustes familiares tras la develación o toma de medidas judiciales en cuanto alejamiento del niño, niña o adolescente de su familia, las creencias familiares ante las vulneraciones y sus posibles efectos en el futuro del niño, niña o adolescente.

Además, la evaluación inicial comprende las reacciones familiares ante posibles sintomatologías del niño, niña o adolescente tras la/s situación/es de vulneración, los elementos transgeneracionales de violencia y vulneraciones en la familia y su impacto en la posibilidad de brindarles seguridad, la jerarquización de problemas a nivel familiar (observando la posibilidad de invisibilizar o negar los efectos de las vulneraciones) y los discursos de género que imperan en la familia y que pudiesen tener un efecto en la no visualización de alguna dimensión de las victimizaciones.

De la misma forma, los equipos de intervención deben realizar una revisión de aquellos riesgos que afectan la posibilidad de la familia de brindar la protección necesaria al niño, niña o adolescente (Gómez, Muñoz & Haz, 2006). En definitiva, se busca observar las pautas familiares de interacción y las consecuencias del proceso de victimización en ellas, o bien aquellas pautas abusivas o maltratantes, considerando el impacto de las vulneraciones a nivel familiar.

De ser necesario, se incluye la revisión de pautas transgeneracionales y la cultura familiar que permiten profundizar en el sentido y significado que adquieren las experiencias de transgresión para las personas cercanas para los niños, niñas y adolescentes. De estos significados, se desprenden los modos de afrontamiento contruidos y relevados como recursos en los adultos. De este modo, los usuarios asumen un rol protagónico de los procesos, tanto en la identificación de los principales problemas / necesidades como la determinación de los focos de intervención y las metas u objetivos a alcanzar, intencionado generar alianzas terapéuticas para la intervención reparatoria y los procesos de cambio y alivio del sufrimiento.

Con respecto al ámbito comunitario, la evaluación del contexto responde a la visibilización del contexto socioeconómico y los potenciales riesgos asociados a dicho contexto, la vulnerabilidad social en que pudiese encontrarse el grupo familiar en cuestión, las posibilidades de acceso territorial a las distintas redes comunitarias (salud, educación, etc.). La exploración del contexto debe explorar las creencias comunitarias respecto a la parentalidad y la violencia adquiridas y valoradas por parte de la familia.

En este sentido, se asume que el yo y la sociedad residen y se construyen en los distintos intercambios sociales, en un todo difícil de discernir (Gergen, 1996). Por ende, cuando se entrevista a un adulto sobre sus creencias comunitarias, políticas, visiones de género, creencias sobre victimarios y víctimas, se accede a las características de la comunidad encarnadas en la descripción de la persona, ya sea que adscriba a las creencias de su comunidad o que problematice las mismas.

Como ejemplo, una persona perteneciente a una etnia en particular, probablemente poseerá una cosmovisión distinta de una persona que no proviene de tal etnia. Esto puede tener una repercusión sustancial en lo que implique el “proteger” a sus hijos. La comprensión de tal jerarquización del mundo permite comprender no solo cómo la familia en cuestión “protege” sino que también, de qué manera su cosmovisión le plantea qué es lo que debiese “proteger”.

Tal intervención permite relacionarse respetuosamente con las personas desde un punto de vista que intenta comprender y no dar por sentado ningún aspecto. Así, es posible generar alianzas terapéuticas con las familias donde muchas veces, previo a realizar un proceso específico en trauma o reparación con los niños, niñas y adolescentes, se pudiese iniciar un proceso interventivo con las familias que implique un viaje de deconstrucción de ciertas premisas sociales que le impiden visualizar o conectarse con el sufrimiento particular de sus hijos/as.

En consecuencia, las entrevistas tanto a nivel familiar como comunitario, permiten elaborar hipótesis en torno a la adherencia familiar, los puntos a profundizar y trabajar con las familias y finalmente construir hipótesis en torno a la recuperabilidad de las habilidades para la protección (Cirillo, 2012). Esta hipótesis centrada en la información recopilada facilita la toma de decisiones complejas tal como el recomendar la mantención del alejamiento del niño, niña o adolescente de su familia a tribunales o cualquier decisión compleja de adoptar por los equipos.

Esto pudiese sonar incoherente con la posición de respeto asumida con anterioridad, pero, si bien se comprende la realidad como construida socialmente (Maturana & Varela, 2004; Keeney, 1991), se aboga claramente por una sociedad de Derechos consensuados y protección a la infancia en primer término, tal como lo indican tratados internacionales suscritos por nuestro país. Tal postura epistemológica nos permite bregar por los senderos de la ambigüedad y de la relatividad (Habermas, 2013).

Tras las primeras entrevistas indagatorias, pueden emerger dos escenarios posibles. Uno donde la familia toma consciencia de las situaciones de vulneración asumiendo la responsabilidad que les compete y disponiéndose para trabajar en pos de los posibles efectos de las violencias en niños, niñas y adolescentes y en la familia en general. Tal disposición, genera un espacio interventivo de colaboración que implica una búsqueda entre equipo interventor y familia, de aquellos objetivos convergentes.



Un segundo escenario tiene que ver con la negación por parte de los familiares de la violencia. Como hemos expuesto en este mismo apartado, en contextos coactivo la negación es un continuo que puede ser asociada a ciertas partes del ejercicio de la violencia hasta llegar a una negación total. El trabajo previo de evaluación puede proveer una hipótesis no sólo de las dinámicas relacionales asociadas a la violencia, sino también respecto de la negación de la violencia.

Frente a este escenario de negación existen tres tipos de intervenciones que pueden desarrollarse para intencionar la construcción de un espacio colaborativo y frenar la violencia: intervenciones Psicosocio - jurídicas, intervenciones psicosocio-educativas, intervenciones enfocadas a invitar a las personas adultas a responsabilizarse.

A. *Intervenciones Psicosocio – jurídicas*

Son aquellas intervenciones que introducen la obligatoriedad de la intervención. Estas se encuentran en un continuo, donde en un polo se pueden generar las conversaciones asociadas a la obligatoriedad de la intervención mandatada por el poder judicial y al otro extremo, acciones tales como el apercibimiento por parte de un tribunal para que la familia o sistema cuidador asista a un proceso de intervención.

Si, bien este tipo de estrategias tienen un componente coercitivo innegable, permiten establecer un posicionamiento por parte del equipo frente a la violencia y la protección. Es importante que constantemente se deje espacio para una invitación a la colaboración y este tipo de estrategias deben ser consideradas como un recurso a utilizar en situaciones extremas donde la negación de la violencia es total y la adherencia nula. Como se verá a continuación existen otras maneras de establecer una relación de colaboración desde otras posibles conversaciones que deben ser intencionadas.

B. *Intervenciones Psicosocio – educativas*

Las intervenciones psicosocio – educativas en esta etapa de la intervención refieren a aquellas acciones que buscan entregar algún conocimiento por parte del equipo interventor con el fin de ya sea, generar una discusión, brindar un punto de vista distinto, o ayudar a andamiar una conversación compleja con respecto a la violencia o la negación de esta. Muchas veces en la intervención con familias que han vivenciado o han ejercido violencia, la instalación de elementos psicosocio – educativos puede proveer un terreno para comenzar a transitar hacia la construcción de una relación colaborativa.

Los modelos revisados en el primer apartado proveen elementos psicoeducativos a considerar para diseñar sesiones que tengan este énfasis. Así, por ejemplo, los modelos que se centran en el abordaje de la violencia de adultos a nivel intrafamiliar, tal como el modelo Duluth y el modelo CBT, basan su intervención en estrategias psicosocio educativas.

El primero, utiliza la “rueda del poder” para enseñar a identificar la violencia. Este ejercicio permite nombrar la violencia y si bien, por sí sólo no logra que las personas no adhieran a conductas violentas, hace posible generar conversaciones que profundizan en los mecanismos de la violencia. Modelos como el CBT, indagan en el ciclo de la violencia para dar sentido al aprendizaje de técnicas de manejo de la ira, ansiedad, comunicación, etc.

Estos diálogos pueden investir las sesiones de un carácter pedagógico que no sintoniza con la visión de la familia en torno a la violencia, generando mayor distancia con el equipo interventor. Por este motivo, se recomienda generar un plan con respecto a los elementos psicoeducativos para que tengan en primer lugar una adecuación de contenidos asociados a las problemáticas percibidas por el equipo interventor y por las personas del sistema cuidador del niño, niña y adolescente, tratando de tejer un puente simbólico entre ambas percepciones y un terreno neutro desde donde iniciar las conversaciones.

En segundo lugar, este tipo de intervención necesita de una adecuación o traducción cultural, mediada por el lenguaje, que dependerá de cada familia o sistema cuidador y del contexto en el cual se desarrolla la intervención psicosocio – educativa.

En tercer lugar, se recomienda que los contenidos sean estratégicamente orientados en base a las hipótesis elaboradas respecto de la negación para estimular la resonancia en conversaciones con contenidos difíciles de abordar, como por ejemplo la culpa asociada a los actos de violencia, la vergüenza o los miedos con respecto a la misma intervención.

Otro posible punto de entrada, lo brindan los modelos asociados a parentalidad y reparación. Estos modelos aportan estrategias educativas en estos ámbitos que, si son desarrollados por el equipo interventor como una propuesta a discutir, pueden permitir conversaciones centradas en las realidades de cada familia. El estudio de componentes de estas intervenciones y la adecuación a una intervención estratégicamente orientada a la búsqueda de colaboración, puede ayudar en algunos casos a generar conversaciones sobre los problemas en la parentalidad en contextos mutiproblemáticos o multi-estresados.

Este tipo de conversaciones pueden construir los puentes necesarios para el desarrollo de conversaciones que permitan visualizar la complejidad de cada familia. Se recomienda una lectura detallada de estos modelos para realizar un proceso de traducción asociada a las hipótesis interventivas con respecto a la negación que puedan abrir de mejor forma estas conversaciones complejas. Se recomienda tener un cuidado especial en no utilizar los manuales de cada modelo como un guión estático, sino que adaptarlos a cada realidad familiar o de cada sistema cuidador y también a la cultura local donde cada intervención se desarrolla.

Por último, los modelos centrados en la reparación poseen elementos psicoeducativos asociados a los efectos de las experiencias traumáticas. Estas estrategias psicoeducativas pueden construir un puente entre los efectos de las violencias en los niños, niñas y adolescentes y los propios efectos de la violencia en los padres o sistema cuidador.

Existe una clara diferencia entre una invitación y la entrega de un contenido específico. Ambas tienen un valor en el contexto de una intervención que es percibida desde lo mandado o coactivo. La psicosocioeducación de efectos o de habilidades parentales asociadas a acompañar el impacto de experiencias traumáticas tienen el potencial de gatillar conversaciones con respecto a las experiencias transgeneracionales, lo que puede ampliar el abanico de conversaciones asociadas a la violencia, enriqueciendo la posible construcción de una alianza contra la violencia. Se recomienda al lector revisar el cómo esto se traduce en estrategias específicas o sesiones concretas en los modelos ARC, CPP y TF-CBT.

C. *Intervenciones enfocadas a invitar a las familias a responsabilizarse.*

Las intervenciones enfocadas a crear una “invitación” para la responsabilidad en torno a la violencia, están informadas principalmente en modelos socioconstructivistas tales como el modelo Narrativo y el Modelo de Trauma Relacional del Ackerman Institute. Estos modelos presentan formas específicas para llevar a cabo el acompañamiento de personas que han cometido actos violentos.

Sus sustentos asociados a concebir un sujeto generador de distinciones con respecto a su experiencia a partir de un proceso de interrelación con su contexto social, provee una oportunidad de entender la violencia desde un punto de vista, que busca la comprensión de la justificación del uso de tal conducta dentro de un serie de posibilidades distintas. Las elecciones de las personas que acuden a la violencia tienen una historia teñida de actos, de significados, experiencias previas y actos performativos que construyen un continuo que de alguna forma las hacen justificar sus actos.

Independiente de esta justificación, la persona puede sentir vergüenza, culpa, miedo, tristeza, a partir de sus actos violentos. Es en esta fisura desde donde se puede abordar la responsabilización, a partir de estrategias que busquen estas grietas a la justificación y que permitan que la persona pueda realizar una evaluación en su vida de tales actos. Tal trabajo no es fácil y es justamente donde reside la *expertise* de un equipo interventivo.

El uso de mapas narrativos como guía o el uso oportuno de diálogo decisonal, provee a la persona interventora de un mapa conversacional flexible, que aprovecha la oportunidad de un dialogo que puede nacer desde cualquier punto para generar una conversación de los efectos de la violencia y su mantención. Una conversación con esas características, puede ayudar a desarrollar la motivación necesaria para generar una alianza colaborativa contra la violencia. En este punto se recomienda la revisión de estos modelos y sus elementos prácticos que, si bien necesitan un entrenamiento, pueden ayudar a guiar conversaciones en estas etapas tan difíciles en contextos coactivos y traspasar la barrera de lo meramente mandatado, a una terapia colaborativa propiamente tal.

Los tres tipos de intervenciones mencionadas pueden desarrollarse paralelamente o en concomitancia. Las intervenciones que se orienten al trabajo en los efectos de la violencia tienen sentido y la invitación activa a explorar el cómo sucedieron los hechos de violencia, como se pueden estar manteniendo y cómo se pueden prevenir futuros eventos. Esto acuñando el concepto de agencia personal entendida un continuo que se construye socialmente en la interacción, lo cual proveerá una lógica de exploración conjunta de distintos elementos que pueden enriquecer la vida de la familia y la intervención. Siendo así la intervención en violencia se constituye en un motor de transformación social.

Ahora bien, tal trabajo requiere un constante ejercicio de reflexividad por parte de los equipos técnicos, lo que redundará en la búsqueda de nuevos caminos sesión a sesión. Para este cometido se recomienda que los equipos posean procesos concretos de supervisión con pares o el/la directora/a, al interior del equipo, y cuando esto no sea posible, financiar supervisión externa. Este espacio debe contestar preguntas asociadas a las conversaciones emergentes en las sesiones, conversaciones que no se están dando, estrategias para

el abordaje de la negación, construcción de hipótesis conjuntas y construcción de alternativas para la intervención a partir de la discusión de la situación familiar y las propias experiencias del equipo interventor.

El espacio de supervisión planteado debiese tener la siguiente estructura conversacional.

- ❖ Aspectos personales del/los profesionales que se ponen en juego en la relación vincular con la familia o el sistema cuidador. Dinámicas observadas y circuito de oportunidades que se identifica. Estadio motivacional, significación y cómo trabajar para el desarrollo de un espacio colaborativo.
- ❖ Trayectorias de la familia o sistema cuidador y el impacto en el presente de dichas trayectorias.
- ❖ Anticipación de factores protectores, identificación de recursos y factores de riesgo.
- ❖ Estrategias co-construidas para aumentar la vinculación, la motivación y la construcción de una alianza terapéutica con miembros de la familia, sistema cuidador o miembros significativos en el entorno de la familia. Estrategias co-construidas para el abordaje de la negación, hipótesis de cómo llevar el trabajo interventivo en el espacio coactivo, construyendo ideas de cómo se pudiese construir una posible alianza terapéutica.
- ❖ Estrategias co-construidas para disminuir factores de riesgo y aumentar recursos y estrategias de afrontamiento a la violencia.

Palabras finales

El presente documento ha destacado diversas aristas para el trabajo con familias y sistemas cuidadores en contextos de violencias hacia niños, niñas y adolescentes, desde alcances conceptuales, estrategias y evidencia mostrada por algunos modelos y poniendo de relieve focos transversales para nutrir la mirada de los equipos de intervención que diseñan intervenciones. Equipos que tienen el mandato en primer lugar de interrumpir vulneraciones sufridas por niños, niñas y adolescentes, velando por aspectos proteccionales, así como intervenir con la familia o sistemas de cuidado para evitar la nueva ocurrencia de hechos de violencia que atenten contra el bienestar y el desarrollo integral de éstos/as.

Los modelos que se han presentado en este documento ofrecen y dejan disponibles múltiples perspectivas y técnicas específicas las que pueden ajustarse a las distintas modalidades. Sin perjuicio de ello, una de las ideas que se ha intentado plasmar en el texto es que es de suma importancia centra la mirada en las personas, los interventores, los profesionales, los equipos técnicos que implementan dichas estrategias interventivas. Además del contexto coactivo en donde estas intervenciones tienen lugar, y la temática particular que las rodea: la violencia hacia niños, niñas y adolescentes que se da en la intimidad de sus propias familias o sistemas cuidadores.

La pregunta y reflexión respecto de la persona del terapeuta lleva naturalmente a la necesidad de profundizar en lo que entendemos por “alianza terapéutica”, considerando todas las variables intervinientes en la creación de una atmósfera relacional que haga posible la colaboración y la participación

activa de los adultos implicados (y muchos mandatados) en los procesos terapéuticos que buscan interrumpir los circuitos de violencia y prevenir su nueva ocurrencia.

El desafío por tanto es que este material técnico pueda ser examinado por los equipos profesionales que trabajan en esta temática, abriendo un espacio que facilite la revisión y reflexión de sus propias prácticas interventivas en contextos de violencia. Este ejercicio colectivo, que promueva la discusión y debate dentro de los mismos equipos, ojalá también estimule la profundización en aquellos elementos contextuales y terapéuticos que muestren eficiencia y pertinencia cultural.

La bibliografía presentada a continuación ofrece alternativas de estudios y alcances teóricos que se recomiendan para la lectura, además de las propias búsquedas que puedan realizar los profesionales interesados en esta temática.

Referencias bibliográficas.

Ainsworth, M, Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Lawrence Erlbaum. Oxford.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC.

Alink, L., Cicchetti, D., Kim, J., & Rogosch, F. (2009) Mediating and Moderating Processes in the Relation between Maltreatment and Psychopathology: Mother-Child Relationship Quality and Emotion Regulation. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 37, 831 – 843.

Allen, J. G. (2013). *Mentalizing in the development and treatment of attachment trauma*. Karnac. Inglaterra.

Altshuler, S. & Poertner, J. (2002) The child health and illness profile – adolescent edition: Assessing well-being in group homes or institutions. *Child Welfare*. 81 (3) 495-513.

Anda, R., Whitfield, C., Felitti, V., Chapman, D., Edwards, V., Dube, S. & Williamson, D. (2002) Adverse Childhood Experiences, Alcoholic Parents, and Later Risk of Alcoholism and Depression. *Psychiatric Services*. Publish online <https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.8.1001>

Arvidson, J., Kinniburgh, K., Howard, K., Spinazzola, J., Strothers, H., Evans, M., Andres, B., Cohen, C., & Blaustein, M. (2011) Treatment of Complex Trauma in Young Children: Developmental and Cultural considerations in Application of the ARC intervention Model. *Journal of Child & adolescent Trauma*. 4, 34-51.

Barlett, J., Griffin, J., Spinazzola, J., Goldman, J., Noroña, C., Bodian, R., Todd, M., Montagna, C. & Barto, B. (2018) The impact of a statewide trauma-informed care initiative in child welfare on the well-being of children and youth with complex trauma. *Children and Youth Services Review*. 84, 110-117.

Bernales, S. (2012). Fundamentos Teóricos de una Experiencia. *Revista de familias y terapias*. Año 21, N°32, Santiago, Chile.

Berridge, K. & Robinson, T. (2003) Parsing reward. *Trends in Neurosciences*. 26, 507–513.
[https://doi.org/10.1016/S0166-2236\(03\)00233-9](https://doi.org/10.1016/S0166-2236(03)00233-9)

Berthelot, N., Godbout, N., Hebert, M., Goulet, M., & Bergeron, S. (2014). Prevalence and correlates of childhood sexual abuse in adults consulting for sexual problems. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 40(5), 434–443. doi:10.1080/0092623X.2013.772548

Bertó, C., Ferrin, M., Barberá, M., Livianos, L., Rojo, J. & García, B. (2017) Abnormal emotional processing in maltreated children diagnosed of Complex Posttraumatic Stress Disorder.73, 42-50
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.09.020>

Bertrando (2009) Ver la Familia: visiones teóricas, trabajo clínico. *Revista Psicoperspectivas*. Individuo y Sociedad, Vol. 8, Nº1, p.45-69. Recuperado de
<https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/79/65>

Bielas, H., Barra, S., Skrivanek, C., Aebi, M., Steinhausen, H., Bessler, C. y Plattner, B. (2016). The associations of cumulative adverse childhood experiences and irritability with mental disorders in detained male adolescent offenders. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 10 (1), 1-10.
<http://dx.doi.org/10.1186/s13034-016-0122-7>

Blaustein, M., & Kinniburgh, K. (2010). *Treating traumatic stress in children and adolescents: How to foster resilience through attachment, self-regulation, and competency*. New York: Guilford Press.

Bowlby, J. (1993) *EL Apego*. Paidós Ibérica. España.

Butler, L. S., & Francis, E. (2014). Resiliency differences between youth in community-based and residential treatment programs: An exploratory analysis. In L. S. Butler, & E. Francis. *Resilience interventions for youth in diverse populations*. 259–277.

Bronfenbrenner, U. & Evans, G. (2000). Developmental science in the 21st century: emerging theoretical models, research designs, and empirical findings. *Social Development*, 9, 115-125. Recuperado:
<https://psycnet.apa.org/record/2000-13615-007>

Brune, S. Walden, M.-A. Edel, G. Dimaggio (2016) Mentalization of complex emotions in borderline personality disorder: The impact of parenting and exposure to trauma on the performance in a novel cartoon-based task. *Comprehensive Psychiatry*. 64, 29-37, 10.1016/j.comppsy.2015.08.003

Capella, C., Lama, X., Rodríguez, L., Aguila, D., Beiza, G., Dussert, D. & Gutierrez, C. (2016) Winning a Race: Narratives of Healing and Psychotherapy in Children and Adolescents who have been sexually abused. *Journal of Child and Sexual Abuse*. 25 (1) 73-92. DOI: 10.1080/10538712.2015.1088915.

Capella, C., Gutierrez, C., Rodríguez, L. & Gómez, C. (2018) Change during psychotherapy: the perspective of children and adolescents who have been sexually abused. *Research in Psychotherapy*. 21 (1) 288. DOI. 10.4081/ripppo.2018.288

Cohen, J., Mannarino, A. & Deblinger, E. (2017) Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and adolescents. The Guilford Press. USA.

Cohen, J., Mannarino, A. & Deblinger, E. (2012) Trauma Focused CBT for Children and Adolescents; Treatment applications. The Guilford Press. USA.

Collin-Vézina, D., Coleman, K., Milne, L., Sell, J., & Daigneault, I. (2011). Trauma experiences, maltreatment-related impairments, and resilience among child welfare youth in residential care. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9(5), 577–589.

Contreras, L., Crettier, B., Ramm, A., Gómez, E. y Burr, F. (2015). Informe Final Estudio de Caracterización del Vínculo Familia – Niñas, Niños y Adolescentes y de las Intervenciones de Fortalecimiento Familiar. Instituto de Investigación en Ciencias Sociales UDP, Fundación San Carlos de Maipo, SENAME.

Conway, M. & Pleydell-Pearce, C. (2000) The Construction of Autobiographical Memories in the Self-Memory System. *Psychological Review*. 107 (2), 261-288. DOI: 10.1037//0033-295X. 107.2.261

Courtois, C., Steele, K. Van der Hart, O. & Nijenhuis, E. (2005) Treatment of complex posttraumatic self-dysregulation. *Journal of Traumatic Stress*. 18 (5) 437-447.

Crittenden, P. (2006) A Dynamic-Maturational Model of Attachment. *ANZJFT*. 27 (2) <https://www.patcrittenden.com/include/espanol/docs/modelo-dinamico.pdf>

Currie, J. & Widom, C. (2010) Long – Term Consequences of Child Abuse and Neglect on Adult Economic Well-Being. *Child Maltreatment*. 15 (2) 111-120. <https://doi.org/10.1177/1077559509355316>

Daly, D., Huefner, J., Bender, K., Davis, J., Wittaker, D. & Thompson, R. (2018) Quality care in therapeutic residential programs: definition, evidence for effectiveness, and quality standards. *Residential Treatment for children & Youth*. 35 (3), 242-262. <https://doi.org/10.1080/0886571X.2018.1478240>

Dannlowski, U., Stuhmann, A., Beutelmann, V., Zwanzger, P., Lenzen, T., Grotegerd, D., et al. (2012). Limbic scars: Long-term consequences of childhood maltreatment revealed by functional and structural magnetic resonance imaging. *Biological Psychiatry*. 71, 286–293.

Davidson-Arad, B., & Navaro-Bitton, I. (2015) Resilience among adolescents in foster care. *Children and Youth Services Review*, 59,63–70.

Deblinger, E., Mcleer, S., & Henry, D. (1990) Cognitive Behavioral Treatment for Sexually Abused Children Suffering Post-traumatic Stress: Preliminary Findings. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 29 (5) 747-752. <https://doi.org/10.1097/00004583-199009000-00012>

Dennison, M, Sheridan, M., Busso, D., Jenness, J., Peverill, M., & Rosen, J. (2016). Neurobehavioral markers of resilience to depression amongst adolescent exposed to child abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 125, 1201– 1212.

Dvir, Y., Ford, J., Hill, M. & Frazier, J. (2014) Childhood Maltreatment, Emotional Dysregulation, and Psychiatric Comorbidities. *Harvard Review Psychiatry*, 22(3), 149–161. doi:10.1097/HRP.000000000000014.

Echeburúa, E & De Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual. *CuadMed Forense*, 12, 77-82. <https://scielo.isciii.es/pdf/cmfn43-44/06.pdf>

Eisenberg, N., Spinrad, T. & Eggum, N. (2010) Emotion-Related Self-Regulation and Its Relation to Children's Maladjustment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 495-525. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131208>

Felitti, V. (2002). The Relation Between Adverse Childhood Experiences and Adult Health: Turning Gold into Lead. *The Permanente journal*, 6(1), 44–47.

Finkelhor, D (1985) The Traumatic Impact of Child Sexual Abuse: A Conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 4.

Finkelhor, D., Ormrod, R., & Turner, H. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31, 7-26.

Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51, 372-380. doi: 10.1037/a0036505

Ford, J., Courtois, C, van der Hart, O., Nijenhuis, E., & Steele, K. (2005). Treatment of complex posttraumatic self-dysregulation. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 461-411.

Ford, J. (2008) Trauma, Posttraumatic Stress Disorder, and Ethnoracial Minorities: Toward Diversity and Cultural Competence in Principles and Practices. *Clinical Psychology Science and Practice*, 15 (1), 62-67.

Foucault, M. (1973) *The birth of the clinic: An archaeology of medical perception*. Londres. England. Tavis-tock

Garfat, T. & Fulcher, L. (2012). *Quality care in a Family setting: a practical guide for foster carers*. Cape Town: The CYC NetPress.

Gee, D., Gabard-Durnam, L., Flannery, J., Goff, B., Humphreys, K., Telzer, E., Hare, T., Bookheimer, S. & Tottenham, N. (2013) Early developmental emergence of human amygdala–prefrontal connectivity after maternal deprivation. *PNAS*, 110 (39) 15638 – 15643. <https://doi.org/10.1073/pnas.1307893110>

Gergen, Kenneth J. (2007) *Social Construction And Research Methodology*. The Sage Handbook Of Social Science Methodology. 461-478.

Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373, 68–81.

Goff, B., Gee, D., Telzer, E., Humphreys, K., Gabard-Durnam, L., Flannery, J. & Tottenham (2013) Reduced nucleus accumbens reactivity and adolescent depression following early-life stress. *Neuroscience*. 249, 129-138. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2012.12.010>

Gold, S. (2000). *Not trauma alone: Therapy for child abuse survivors in family and social context*. Taylor & Francis. USA.

Gold, S. & Ellis, A. (2017) Contextual Treatment of complex Trauma. *Handbook of Trauma Psychology*. 2, 327-341.

Gross, J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291. doi:10.1017/S0048577201393198

Hanson, J., Knodt, A., Brigidi, B., Hariri, A. (2015) Lower structural integrity of the uncinated fasciculus associated with a history of child maltreatment and future psychological vulnerability to stress. *Development and Psychopathology*. 27 (402), 1611–1619. <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579415000978>

Hovens, J., Wiersma, J., Giltay, E., Van Oppen, P., Spinhoven, P., Penninx, B., Zitman, F. (2010) Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 122 (1) 66-74. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01491.x>

Hovens, J., Giltay, E., Wiersma, J., Spinhoven, P., Penninx, B. & Zitman, F. (2012) Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 126 (3) 198-207. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01828.x>

Hogdon, H., Kinniburgh, D., Blaustein, M. & Spinazolla, J. (2013) Development and implementation of Trauma – Informed Programming in Youth Residential Treatment Centers Using the ARC Framework. *Journal of Family Violence*. 28, 679 – 692.

Instituto Chileno de Terapia Familiar (2013). En libro “Intervención Familiar Programa Vida Nueva 2013”, p. 8-12, SENAME. Recuperado de <https://www.sename.cl/web/wp-content/uploads/2016/10/5-Intervencion-Familiar.pdf>

James, S. (2017) Implementing Evidence-Based Practice in Residential Care: How Far have we come? *Residential Treatment & Youth*. 34 (2) 155 – 175.

Kelly, P., Viding, E., Puetz, V., Palmer, A., Mechelli, A., Pingault, J., McCrory, E. (2015). Sex differences in socioemotional functioning, attentional bias, and gray matter volume in maltreated children: A multilevel investigation. *Development and Psychopathology*, 27(4pt2), 1591-1609. doi:10.1017/S0954579415000966

Kim, S. & Hamann (2007) Neural Correlates of Positive and Negative Emotion Regulation. *Journal of Cognitive Neuroscience*. 19(5), 776-798.

Kim, S., Fonagy, P., Allen, J. & Strathearn, S. (2014) Mothers’ unresolved trauma blunts amygdala response to infant distress, *Social Neuroscience*, 9(4), 352-363. DOI: 10.1080/17470919.2014.896287

Lanius, R., Williamson, P., Densmore, M. (2001) Neural correlates of traumatic memories in posttraumatic stress disorder: a functional MRI investigation. *American Journal of Psychiatry*. 158 (11), 1920–1922

Latorre, I. en Garcia, F. (2013) *Terapia sistémica breve; Fundamentos y Aplicaciones*. Ed. RIL. Chile.

Leipoldt, J., Harder, A., Kayed, N., Griettens, H., Rimehaug, T. (2019) Determinants and outcomes of social climate in therapeutic residential youth care: A systematic review. *Children and Youth Services Review*. 99, 429 – 440.

Lieberman, A. F., & Van Horn, P. (2004). *Don't hit my mommy: A manual for child parent psychotherapy with young witnesses of family violence*. Zero to Three Press: Washington, D.C.

Lieberman, A. F., & Van Horn, P. (2008). *Psychotherapy with infants and young children: Repairing the effects of stress and trauma on early attachment*. New York: The Guilford Press.

Lou, Y., Taylor, P. & Folco, S. (2018) Resilience and resilience factors in children in residential care: A systematic review. *Children and Youth Services Reviews*. 89, 83-92.

LoSavio, S., Dillon, K. & Resick, P. (2017) Cognitive factors in the development, maintenance, and treatment of post-traumatic stress disorder. *Current Opinion in Psychology*. 14, 18-22.

Maheu, F., Dozier, M., Guyer, A., Mandell, D., Peloso & E., Poeth, K. (2010). A preliminary study of medial temporal lobe function in youths with a history of caregiver deprivation and emotional neglect. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*. 10, 34–49.

Marusak, H., Martin, K., Etkin, A. & Thomason, M. (2015) Childhood Trauma Exposure Disrupts the Automatic Regulation of Emotional Processing. *Neuropsychopharmacology*. 40, 1250–1258. ; doi:10.1038/npp.2014.311

McCrary, E., Gerin, M., Viding, E. (2017) Childhood maltreatment, latent vulnerability and the shift to preventative psychiatry – the contribution of functional brain imaging. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 58 (4), 338–357. doi:10.1111/jcpp.12713

McCrary, E., De Brito, S., Sebastian, C., Mechelli, A., Bird, G. & Kelly, P.(2011). Heightened neural reactivity to threat in child victims of family violence. *Current Biology*, 21, 947–948.

McCrary, E., De Brito, S., Kelly, P., Bird, G., Sebastian, C. & Mechelli, A. (2013). Amygdala activation in maltreated children during pre-attentive emotional processing. *British Journal of Psychiatry*. 202, 269–276.

McCrary, E. & Viding, E. (2015) The theory of latent vulnerability: Reconceptualizing the link between childhood maltreatment and psychiatric disorder. *Development and Psychopathology*. 27, 493–505.

Mclaughlin, K., Sheridan, M., Tibu, F., Fox, C., Zeanah, C. & Nelson, C. (2015) Causal effects of the early caregiving environment on development of stress response systems in children. *PNAS*. 112 (18) 5637-5642. <https://doi.org/10.1073/pnas.1423363112>

Mehta, M., Golemb, N., Nosarti, C., Colvert, E., Mota, A., Williams, S., et al. (2009). Amygdala, hippocampal and corpus callosum size following severe early institutional deprivation: The English and Romanian Adoptees study pilot. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 50, 943–951.

Ministerio de Desarrollo Social. (2018). Acuerdo Nacional por la Infancia. Mesa técnica de trabajo. Recuperado de: https://www.minjusticia.gob.cl/media/2018/07/Acuerdo_Nacional_por_la_Infancia.pdf

Ministerio de Desarrollo Social y UNICEF. (2017). Resultados 3ª Encuesta Longitudinal de Primera Infancia ELPI 2017. Recuperado de http://www.creciendoconderechos.gob.cl/docs/ELPI-PRES_Resultados_2017.pdf

Ministerio de Desarrollo Social/Pacto Global red Chile (2016). Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Recuperado de: http://www.chileagenda2030.gob.cl/storage/docs/Libro_Agenda_2030_ODS_y_Metas_comp.pdf

Ministerio de Salud (2013). Guía Clínica: Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores. Recuperado de: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Guia_maltrato_Valente26dic2013.pdf

Morales, C. (2019). Separación y revinculación familiar: el lugar de los vínculos en residencias de protección. *Revista Sul Americana de Psicología*, 7, 46-65. Recuperado de: <http://ediciones.ucsh.cl/index.php/RSAP/article/view/2152/1932>

Morina, N., Koerssen, R. & Pollet, T. (2016) Interventions for children and adolescent with posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Clinical Psychological Review*. 47: 41-54. doi: 10.1016/j.cpr.2016.05.006.

Nanni, V., Uher, R. & Danese, A. (2012) Childhood Maltreatment Predicts Unfavorable Course of Illness and Treatment Outcomes in Depression: A Meta-Analysis. *The American Journal of Psychiatry*. 169, 141-151. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11020335>

National Center for Injury Prevention and Control, Division of Violence Prevention (2019) https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/acestudy/index.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fviolenceprevention%2Facestudy%2Findex.html

Nikulina, V., Widom, C.S. & Czaja, S. (2011) *American Journal of Community Psychology*. 48 <https://doi.org/10.1007/s10464-010-9385-y>

Nourian, M., Mohammadi Shahbolaghi, F., Nourozi Tabrizi, K., Rassouli, M., & Biglarriyan, A. (2016). The lived experiences of resilience in Iranian adolescents living in re-residential care facilities: A hermeneutic phenomenological study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 11(1)

Organización Mundial de la Salud (2020). Resumen informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia contra los niños 2020. Recuperado de: <https://reliefweb.int/report/world/informe-sobre-la-situaci-n-mundial-de-la-prevenci-n-de-la-violencia-contra-los-ni-os>

Organización Panamericana de la Salud (2016). INSPIRE. Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas. Recuperado de: https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Child-Victims/Report_in_Spanish.pdf

Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice*. 8, 160–164.

Paredes, F & Bustos, A. (2018) Memoria Traumática y Re-experimentación intrusiva: Trabajando con los efectos del Abuso sexual Infantil. *De Familias y Terapias*. 44, 67-84.

Payne, M. (2000) *Narrative Therapy; An introduction for Counsellors*. Ed. SAGE. Inglaterra.

Pearlman, L. & Courtois, C. (2005) Clinical Applications of the Attachment Framework: Relational Treatment of Complex Trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 18 (5); 449-459. DOI:10.1002/jts.20052

Pecora, P., & English, D. (2016). Elements of Effective Practice for Children and Youth Served by Therapeutic Residential Care. Research Brief. Casey Family Programs. Disponible en www.casey.org

Pereda, Abad y Guilera, (2012). Victimología del desarrollo. Incidencia y repercusiones de la victimización y la polivictimización en jóvenes catalanes. Centro de Estudios Jurídicos y formación Especializada, Barcelona Recuperado: http://www.ub.edu/grevia/assets/victimologia_desenvolupament_cast.pdf

Perrone, R & Nannini (1997) *Violencia y Abusos Sexuales en la Familia*. Madrid, España. Paidós.

Pollak, S. D., & Kistler, D. J. (2002). Early experience is associated with the development of categorical representations for facial expressions of emotion. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 99, 9072–9076.

Pollak, S. D., Klorman, R., Thatcher, J. E., & Cicchetti, D. (2001). P3b reflects maltreated children's reactions to facial displays of emotion. *Psychophysiology*. 38, 267–274.

Pollak, S. (2015). Multilevel developmental approaches to understanding the effects of child maltreatment: Recent advances and future challenges. *Development and Psychopathology*, 27, 1387-1397. doi:10.1017/S0954579415000826

Puetz, V., Kohh, N., Dahmen, B., Zvyagintsev, M., Schuppen, A., Schultz, R., Heim, C., Fink, G., Herpertz-Dahlmann, B., Konrad, K. (2014) Neural Response to Social Rejection in Children With Early Separation Experiences. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 53 (12) 1328-1337. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.09.004>

Puetz, V., Viding, E., Palmer, A., Kelly, P., Lickley, R., Koutoufa, L., Sebastian, C., McCrory, E. (2016) Altered neural response to rejection-related words in children exposed to maltreatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 57 (10) 1165–1173. doi:10.1111/jcpp.12595

Rizvi, S., Pizzagalli, D., Sproule, B., Kennedy, S. (2016) Assessing anhedonia in depression: Potentials and pitfalls. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 65, 21-35 <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.03.004>

Rodrigo, M. y Palacios, J. (1998). Familia y desarrollo humano. Alianza Editorial, Madrid.

Rodrigo, M., Máiquez, M., y Martín, J. (2010). Parentalidad positiva y políticas locales de apoyo a las familias. Orientaciones para favorecer el ejercicio de las responsabilidades parentales desde las corporaciones locales. Madrid: FEMP. Recuperado de: https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=2938

Read, J., Os, J., Morrison, A & Ross, C. (2005) Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. Acta Psychiatrica Scandinavia. 112(5), 330-50. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2005.00634.x

Sallés, C. y Ger, S. (2011). Las Competencias Parentales en la Familia Contemporánea: descripción, promoción y evaluación. En Educación Social: Revista de Intervención Socioeducativa. 25-47.

Tottenham, N., Hare, T., Millner, A., Gilhooly, T., Zevin, J., & Casey, B. (2011). Elevated amygdala response to faces following early deprivation. Developmental Science. 14, 190–204.

Tottenham, N. & Gabard-Durnam, L. (2017) The developing amygdala: a student of the world and a teacher of the cortex. Current Opinion in Psychology. 17, 55-60. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2017.06.012>

Trickney, D. (2018) Understanding the complexities of complex Post Traumatic Stress Disorder for Children and Young People. Anna Freud Centre. London.

Tulving, E. (1985). Memory and consciousness. Canadian Psychology/Psychologie canadienne, 26(1), 1-12. <http://dx.doi.org/10.1037/h0080017>

UNICEF/Centro Iberoamericano de Derechos del niño, CIDENI, (2019). Estudio de revisión y análisis de Programas de Familia de Acogida. Recuperado de: <https://www.unicef.org/chile/sites/unicef.org.chile/files/2019-12/UNICEF-WD-Estudio-Familias-de-Acogida.pdf>
senainfo

UNICEF/UC (2019). Estudio para el fortalecimiento de los Programas Ambulatorios del Servicio Nacional de Menores. Recuperado de: <https://www.unicef.org/chile/media/2441/file/desinternacion.pdf>

UNICEF. (2015). Cuarto estudio de Maltrato infantil en Chile. Análisis comparativo 1994, 2000, 2006, 2012. Recuperado de: <https://www.unicef.org/chile/informes/4-estudio-de-maltrato-infantil-en-chile-an%C3%A1lisis-comparativo-1994-2000-2006-2012>

UNICEF (2014). Observaciones finales del comité de los derechos del niño: México. UNICEF. Recuperado de: <https://www.coursehero.com/file/71996273/Observaciones-Finales-M%C3%A9xico-2014pdf/>

Scott, K., Smith, D. & Ellis, P. (2010) Prospectively ascertained child maltreatment and its association with DSM-IV mental disorders in young adults. Archives of General Psychiatry. 67, 712-719.

Sheinberg, M. & Fraenkel, P. (2001) *The Relational Trauma of Incest; A family-based Approach to Treatment*. The Guilford Press. USA.

Sheinberg, M. & True, F. (2008) *Treating Family Relational Trauma: A Recursive Process Using a Decision Dialogue*. *Family Process*. 47:173–195.

Siegel, D. (2015). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. Guilford Press. USA.

Van der Kolk, B. (2016) *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Editorial Eleftheria, Barcelona, España.

Van der Kolk, B, Courtois, A. (2005). “Editorial Comments: Complex Developmental Trauma” *Journal of Traumatic Stress*. Vol. 18, N.5

White, M. & Epston, D. (1993). *Medios Narrativos para fines Terapéuticos*. Ed. Gedisa. España.

White, M. (2004) *Working with people who are suffering the consequences of multiple trauma: A narrative perspective*. *International Journal of Narrative Therapy and Community Work* (1), 45-76. Reprinted in D. Denborough (Ed.) (2006) *Trauma: Narrative responses to traumatic experience* (pp. 25-85) Adelaide: Dulwich Centre Publications. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300636>

White, M. (2016). *Mapas de la práctica Narrativa*. Santiago, Chile. Pranas.

Widom, C, Czaja, S. & Paris, J. (2009) *A prospective investigation of borderline personality disorder in abused and neglected children followed up into adulthood*. *Journal of Personality Disorders*. 23(5), 433-46. doi: 10.1521/pedi.2009.23.5.433.

Widom, C., Czaja, S., Bentley, T. & Johnson, M. (2012) *A Prospective Investigation of Physical Health Outcomes in Abused and Neglected Children: New Findings From a 30-Year Follow-Up*. *American Journal of Public Health*. 102 (6) 1135-1144.