Escuela de Psicología

Los Modelos de Intervención Psicológicos en Programas de Intervención Integral Especializada (PIE) implementados por SENAME

Autora:
Karla Valentina Kraljevich Muñoz

Profesora Guía:
Daniella Mirone Muñoz

Profesor Metodólogo:
Francisco Kamann

Profesor Informante:
Carolina Bienzobas

Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología
Santiago, octubre de 2010

DEDICATORIA

“Me pregunto si las estrellas se iluminan con el fin de que algún día, cada uno pueda encontrar la suya”

Antoine de Saint-Exupéry, “El Principito”

A quienes me apoyaron en este largo proceso; a mi familia, a Rodrigo, y por sobre todo, a mis dos pequeños soles Colomba y Matilda, las que con tan solo una sonrisa logran iluminar hasta el más oscuro rincón del mundo.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a las personas que me acompañaron durante este proceso, a mis padres por apoyarme incondicionalmente e inculcarme que siempre es posible pensar en un mundo mejor para todos.

A mi hermano Pavel por ser mi compañero no oficial de Tesis, por su paciencia y su sabiduría, pues su apoyo fue fundamental a la hora de poder entregar esta Tesis.

A Rodrigo, mi compañero de vida, por su infinito apoyo.

A mis hermanos, Luis y Felipe; A mis cuñadas.

A mis sobrinas, que con su alegría me daba fuerza para continuar y llegar a concretizar mis sueños.

Me encantaría poder nombrar a todos aquellos que aportaron su granito de arena en el desarrollo y elaboración de esta investigación, de corazón les agradezco su compañía y sus palabras de aliento.

Mil Gracias a todos aquellos que confiaron en mí…

RESUMEN

La presente investigación se en marca entorno a la identificación de metodologías especificas de intervención en el área psicológica al interior de los programas de intervención especializados (PIE) implementados por SENAME en la cuidad de Santiago.

Se busca identificar de qué manera se están desarrollando las intervenciones psicológicas, es decir cómo y cuáles son las herramientas o modos de intervenir e implementar la acción psicológica en la población infanto-juvenil desfavorecida socialmente, tanto a nivel económico, cultural y afectivo.

Se pretende indagar en torno al trabajo realizado por los especialistas en el área psicológica y de los resultados de sus intervenciones en la población infantojuvenil que presentan riesgo social y factores de alta complejidad.

Para esto se profundizará en las temáticas de las teorías aplicadas a la psicológica como son la psicología comunitaria, la cual nos permitirá profundizar el análisis crítico y fenomenológico en relación a las intervenciones realizadas en este tipo de programas.

Junto con esto, la otra arista de esta investigación será la indagación en relación a los procesos psicoterapéuticos y a las corrientes fundamentales de de psicoterapia, con el fin de enmarcar las intervenciones cuyo propósito es desarrollar un espacio terapéutico de resignificación y problematización de experiencias traumáticas. Además se integran al proceso psicoterapéutico la relevancia del vínculo y del acompañante terapéutico.

El último aspecto teórico que se abordará en esta Tesis será la de la psicología del desarrollo. Este apartado describe las etapas evolutivas del niño hasta llegar a su adolescencia, con esto se pretende dar cimiento a la intervención psicológica infanto-juvenil.

En relación a la metodología utilizada, esta se enmarca en un análisis cualitativo de tipo exploratorio-descriptivo, y los instrumentos a utilizar son las entrevistas en profundidad.

En cuento a los resultados arrogados, estos entregan información relevante en torno a la implementación de metodologías e instrumentos del área psicológica en los programas PIE.

Índice.

1. Introducción.

1.1 Antecedentes……10

1.2 Formulación De Problema ……...23

Pregunta de Investigación……28

1.3 Aportes y Relevancias……..29

2. Objetivos.

2.1 Objetivo General……..……32

2.2 Objetivos Específicos……...32

3. Marco Teórico.

3.1. Psicología Comunitaria……33

3.1 .1 Trascendencia de la Psicología Comunitaria……....33

3.1.2 Contexto Histórico de la Psicología Social-Comunitaria…….....46

3.1.3 Psicología Comunitaria en América Latina……....55

3.1.4 Psicología Comunitaria en Chile…….62

3.1.5 Rol de psicólogo comunitarios……69

3.1.6 Referentes de investigaciones
Psico-comunitarias relacionadas con la Infancia en chile….....74

3.2 Psicoterapia.

3.2.2 Nacimiento de la Psicoterapia……82

3.2.3 Enfoques teóricos Fundamentales de la Psicoterapia.

3.2.3.1 Abordajes Psicoanalíticos……...90
3.2.3.2 Abordajes Cognitivo Conductual……..112
3.2.2.3 Abordajes Humanistas……119
3.2.2.4 Abordajes Sistémicos…….…...128

3.2.3 Relevancia de la Teoría del Vínculo en los procesos
Psicoterapéuticos y/o Terapéuticos…….133

3.2.4 Acompañamiento Terapéutico. …….140

3.3 Psicología Infanto Juvenil

3.3.1 Piscología del Desarrollo…….…. 144

3.3.2 Teorías del Desarrollo…….148

4 Marco Metodológico.

4.1 Enfoque Metodológico…….**.....**167

4.2 Tipo y Diseño de Investigación…….…….. **.....**169

4.3 Universo……..……172

4.4 Muestra …….**.....**174

4.5 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información…….**.....**177

4.6 Plan de Análisis de Información…….……180

5 Resultados y Análisis

5.1 Resultados……**...**186

5.2 Análisis e Interpretación de Resultados en Relación a los Objetivos…..246

6 Conclusiones y Discusiones…….**....**255

7 Bibliografía …….260

8 Anexos.

8.1 Formato Entrevista Estandarizada.

8.2 Guion Entrevista en Profundidad.

8.3 Transcripción de Entrevistas.

8.4 Categorización

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes

En Chile las políticas sociales que tienen relación con la infancia y la adolescencia aún no han sido tratadas con la prioridad necesaria por el Gobierno Central y sus agentes colaboradores. SENAME (Servicio Nacional de Menores) ha intentado desarrollar distintos programas con el objetivo de trabajar las temáticas relacionadas a la infancia y juventud, y pese a formar parte de las mesas de trabajo para la implementación de dispositivos focalizados en la protección social y en el resguardo de ésta como mecanismo de control social, aún queda mucho por hacer para que se logren generar políticas enfocadas y diseñadas acorde a la realidad en la que viven los niños y jóvenes que se encuentran en el último quintil de la escala social.

Esta investigación tiene por objetivo dar a conocer el modo con el cual se está interviniendo a través de los Programas de Intervención Integral Especializada (PIE), específicamente en relación con la manera en que se están llevando a cabo las intervenciones psicológicas, bajo qué enfoque y/o modelo de intervención, con cuál corriente psicológica se está trabajando y cuáles han sido los resultados obtenidos durante el proceso de intervención.

Para dar cuenta de lo antes mencionado, es preciso contextualizar la labor del SENAME desde sus inicios hasta llegar a la implementación de los programas PIE. Luego, se hace necesario también contextualizar la realidad de los niños, niñas y

adolescentes (NNA, de ahora en adelante denominado bajo esta sigla) que integran estos programas.

El SENAME es una institución creada en 1979, a raíz del traspaso a manos privadas del trabajo que hasta ese momento realizaba el Consejo Nacional de Menores (CONAMA). Durante las primeras décadas el Sename funcionaba bajo la lógica de la irregularidad social, lo que significaba una forma de intervenir con un enfoque eminentemente asistencialista, reflejo una perspectiva donde la institución sustituía el rol de la familia en el proceso de desarrollo del niño, lo que resultaba nefasto para el desarrollo óptimo de los niños y adolescentes que en esos momentos eran parte de la institución (Servicio Nacional De Menores (2005, Febrero); Efectos de los programas del Sename en la integración social de los niños y niñas).

El 14 de agosto de 1990, nuestro país ratifica la Convención Internacional de los Derechos del Niño. Para el Estado esto significó asumir un rol regulador desde una perspectiva enfocada a la concepción de visualizar a los niños, niñas y adolescentes como individuos que tienen derechos, de esta manera se busca poner fin al asistencialismo desarrollado en épocas anteriores. Con esta nueva perspectiva se pretende ampliar el foco de intervención del niño, a la familia e incluso la comunidad.

Así, se espera que sean las familias las que se responsabilicen del cuidado de los niños, por lo que se busca fomentar y fortalecer el rol y la función de la familia en el desarrollo de los NNA (SENAME (s.f); La acción del Servicio Nacional de Menores en el ámbito de la protección de derechos de la infancia y adolescencia. Periodo 2006-2010).

En el año 2000 se anuncia la reforma integral al Sistema de Justicia y de Protección de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia. Esta reforma buscaba valorar a los NNA como sujetos de derecho, a fin de plasmar que en Chile los postulados de la Convención Internacional de los Derechos del Niño. La Reforma se fundamenta en los siguientes principios[1]:

- Reconocer, valorar y fomentar el derecho preferente de los niños, niñas y adolescentes a vivir con sus familias, a ejercer sus derechos dentro de ella y a que el Estado la apoye en el ejercicio de sus funciones respecto a ellos.
- El derecho del/la adolescente acusado o declarado culpable de cometer un delito a ser tratado de una manera acorde con su dignidad y derechos, y que tenga en cuenta la necesidad de resguardar su desarrollo e integración social.
- Fomentar un trabajo intersectorial, en el cual los distintos poderes del Estado y la comunidad tenga el papel central en la generación de condiciones para que los niños/as y adolescentes sean sujetos de derecho.
- Relevar el nivel local como el espacio territorial más apropiado para ofrecer servicios integrales al niño y su familia.

1 Servicio Nacional De Menores (2005, Febrero); Efectos de los programas del Sename en la integración social de los niños y niñas. p.6

Es bajo este contexto de reformas y planteamientos teóricos centrados en visualizar a los NNA como sujetos de derecho que se opta por dividir en dos grandes grupos a los usuarios que forman parte activa de los distintos programas implementados por SENAME: NNA Vulnerados de Derecho y NNA Infractores de Ley. Se conforman así dos áreas de intervención: Protección de Derecho y Responsabilización Juvenil. Con la diferenciación de los programas de intervención se buscaba que estos fueran especializados, con conocimiento empírico y teórico respecto a las realidades que vivían los niños y sus familias (fuesen infractores y/o vulnerados).

En el 2007 "entra en vigencia la nueva normativa legal (…) la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente (N° 20.084), la que establece un catalogo de amonestaciones" (SENAME (s.f); La acción del Servicio Nacional de Menores en el ámbito de la protección de derechos de la infancia y adolescencia. Periodo 2006-2010. p. 5) que buscan clarificar las diferencias entre las vías de Protección y las de Infracción.

Esta nueva reforma plantea, mediante las intervenciones psicosocioeducativas, el responsabilizar a los NNA de sus actos delictivos, sin olvidar que muchas veces estos NNA son vulnerados en sus derechos como vulneradores de derechos a terceros.

SENAME, en este contexto define **tres niveles de intervención**, las cuales están ligados a los niveles de complejidad en las cuales se desenvuelven estos NNA, el siguiente cuadro denotara la relación entre los niveles de intervención y los niveles e complejidad:

Niveles de Protección[2]	**Niveles de complejidad.**[3]
Primer Nivel: Corresponde a una protección de carácter general y universal, esta debe ser accesible a todo NNA y familias que se encuentren viviendo en condiciones de pobreza o situaciones de baja complejidad relativas a la vulnerabilidad de sus derechos. Esta protección se asocia a políticas generales de asistencia, promocionarles, de prevención y de redistribución. (tiene enfoque territorial)	**Baja Complejidad:** Presencia de situaciones y/o conductas que se constituyen en señales de alerta a considerar, pero que no provocan un daño evidente en niños/as y adolescentes en lo que al ejercicio de sus derechos se refiere. Ej: Problemas de comportamiento en la escuela. No consume o accede a consumos de bajo riesgo. Dificultades en la relación con el mundo adulto Familias presente con algunos problemas para establecer normas y límites. Sectores caracterizados por la pobreza y

2 SENAME (s.f); La acción del Servicio Nacional de Menores en el ámbito de la protección de derechos de la infancia y adolescencia. Periodo 2006-2010. cap 3. pp.10-11-12

3 SENAME (2007): Sistema Nacional de Atención Socioeducativo para Adolescentes Infractores de Ley Periodo 2007-2010.p. 5

	exclusión social. (SENAME (s.f); La acción del Servicio Nacional de Menores en el ámbito de la protección de derechos de la infancia y adolescencia. Periodo 2006-2010)
Segundo Nivel: contempla acciones de protección y de prevención más focalizada, posee un carácter más específico y de cierta especialización, puesto que se asume problemáticas más complejas, a nivel territorial como en sectores sociales o grupos. Este nivel se orienta a sujetos en situaciones de vulneración de derechos y de riesgos, que se pueden catalogar como de mediana complejidad. Los proyectos que trabajan en este nivel se focalizan en sectores caracterizados por la desigualdad de condiciones y de expectativas de vida. En este nivel la intervenciones	**Mediana Complejidad:** Presencia de situaciones y/o conductas que se constituyen en evidentes señales de alerta, que provocan daño y/o amenazan los derechos de niños/as y adolescentes. Ej: Repitencia o pre deserción escolar, consumo no problemático de drogas, conductas transgresoras no tipificadas como delito, establecimiento de vínculos intrafamiliares basados en la violencia sostenida, sectores caracterizados por la presencia de grupos con conductas infractoras (tráfico de drogas, violencia). (SENAME (s.f); La acción del Servicio

socioeducativas apoyadas por las intervenciones psicosociales está en el centro de la acción metodológica de los proyectos y conlleva ciertos rangos de especialización y de mayor experticia por parte de los profesionales que allí trabajan.	Nacional de Menores en el ámbito de la protección de derechos de la infancia y adolescencia. Periodo 2006-2010)
Tercer Nivel: En este nivel las acciones en el ámbito de la protección asumen un carácter mucho más especializado, puesto que se focaliza prioritariamente en problemáticas altamente complejas, es por eso que en este nivel se trabaja a través de modalidades de intervención específicas. Cubre modalidades territoriales más amplias que el segundo nivel. En este nivel se concentran los programas especializados de protección de derechos, en ellos la intervención psicosocial esta en el centro de la acción, articulándose también con iniciativas más especializadas existentes en los sectores (especialmente) del área de salud.	**Alta Complejidad:** Presencia de situaciones y/o conductas que provocan un grave daño a la integridad física y/o psicológica de niños/as y adolescentes. Ej: Deserción escolar prolongada, consumo problemático de droga, peores formas de trabajo infantil, conductas transgresoras tipificadas como delito, familia ausente o con conductas altamente negligentes, establecimiento de vínculos intrafamiliares altamente violentos con consecuencias constitutivas de delito, sectores caracterizados por la presencia de grupos con conductas infractoras que involucran

En este nivel también actúan los programas orientados a la responsabilización penal juvenil, en este sentido estos programas atienden a infractores de ley, por lo que su orientación está dirigida a desarrollar acciones de reparación, a la responsabilización y a la reinserción social, con esto nos plantea que el tipo de intervención en este nivel es integral.	a la comunidad. (SENAME (s.f); La acción del Servicio Nacional de Menores en el ámbito de la protección de derechos de la infancia y adolescencia. Periodo 2006-2010*)*

Una vez definidos los niveles de intervención y los grados de complejidad que los menores presentan, SENAME distribuye una oferta programática que busca adecuarse a la realidad en la que se desenvuelven los niños/as y sus familiares, y es en este contexto que surge la creación de programas con enfoque especializado, que centran su intervención en el tercer nivel de protección y en que los usuarios de estos programas presentan situaciones de alta complejidad. Bajo este marco surgen los Programas de Intervención Integral Especializado (PIE).

Los Programas PIE nacen al alero de la ley 20.032 de subvenciones de SENAME en el año 2005, con el fin de poder reformular las intervenciones que se estaban llevando a cabo en los programas destinados a la reparación. En mayo de 2006, luego que las mesas internas de trabajo, las que están en coordinación con la

Dirección Regional de Sename, con los Centros de Administración y con todo el equipo de colaboradores, plantean la necesidad de visualizar al sujeto de atención de forma integral "evitando su fragmentación en "temáticas" que han tendido a ser objeto de programas parcializados, con escasa articulación entre ellos y con otros actores en el territorio"(Sename (2007, Febrero), Bases Técnicas Línea de Programas, Programas de Protección Especializada, Programas de Intervención Integral Especializada PIE. p. 2).

SENAME define los Programas de Intervención Integral Especializada como "el desarrollo de programas ambulatorios, mixtos, que dirigen su acción a la reparación del daño que presentan los niños, niñas y/o adolescentes a través de un abordaje multidisciplinario que privilegie la integralidad, de tipo psico y socioeducativo y psicoterapéuticos, y con un alto componente de trabajo en red. Dadas las características del sujeto de atención, uno de los énfasis en la intervención debe considerar un sistema tutorial, como una metodología que releva el acompañamiento integrado, entre las distintas disciplinas, y sistemático a los niños, niñas y/o adolescentes" (Sename (2007, Febrero). Bases Técnicas Línea de Programas, Programas de Protección Especializada, Programas de Intervención Integral Especializada PIE. p. 2).

El objetivo principal de estos programas se centra en apoyar los procesos de resignificación del niño, niña y adolescente que presentan situaciones de alta complejidad y propiciar sus procesos de integración familiar y social. (Sename (febrero, 2007). Bases Técnicas Línea de Programas, Programas de Protección

Especializada, Programas de Intervención Integral Especializada (PIE). Se entiende como resignificación la acción de restituir los derechos de sujeto, superando las secuelas (psicológicas, corporales, afectivas y comportamentales) y la re-elaboración de las experiencias de grave vulneración de derechos vividas por los NNA.

Dentro de los lineamientos programáticos se revela que la manera de intervenir en estos proyectos es de forma psicosocioeducativa. Esto refiere a un equipo integral e multidisciplinario, compuesto normalmente por un tutor social, que cumple la función de educador; el trabajador social, que se encarga de intervenir en el núcleo familiar y en las redes sociales comunitarias a las que pertenece el o los NNA; y el psicólogo, que apoya a los tutores en la intervención a nivel individual y familiar y lleva a cabo proceso terapéuticos. (Sename (febrero, 2007). Bases Técnicas Línea de Programas, Programas de Protección Especializada, Programas de Intervención Integral Especializada PIE.). Estas características permiten definir las orientaciones y/o criterios técnicos para la intervención:

- Sujeto de atención: NNA menores de 18 años que presenten situaciones de alta complejidad.
- Vías de ingreso: A través de tribunales de Familia y/o de alguna otra institución de la red de Sename. En casos aislados se permite el ingreso por demanda espontánea.
- Financiamiento: Este tipo de programas recibe sus recursos directamente de SENAME, que se suman a los recursos aportados por los colaboradores.

- Cobertura: 50 plazas.
- Territorialidad: pueden abarcar más de una comuna,

A fines de 2007, además de los PIE subvención, se incluyen en la oferta programática de SENAME los PIE convenios. Estos últimos surgen a raíz de la implementación de la Reforma Penal Juvenil, y es bajo ese contexto que el Ministerio de Justicia aúna esfuerzos con Sename para apoyar a los Programas de Intervención Integral Especializada. Las diferencias entre ambos se centran en los siguientes grandes ejes:

- La única vía de ingreso es por medio de los Programas de Seguridad Integrada 24 Horas.
- El financiamiento para estos programas proviene directamente del Ministerio del Interior y la labor del SENAME es sólo supervisar los procesos de intervención realizados a través de estos programas.
- Se busca trabajar bajo el enfoque de territorialidad, el que centra la intervención en un sector específico, es decir una comuna especifica, comunas donde la marginalidad, la precariedad y las dinámicas de alta complejidad estén presentes a nivel individual, familiar y social comunitario.

En la actualidad, el Gran Santiago cuenta con ocho programas PIE Subvención, dos programas PIE Convenio y se implementó en la comuna de Maipú el tercer PIE Convenio, el que difiere de los otros programas PIE en que la intervención

es territorial y en el sujeto de atención, puesto que se trabajará con NNA de 12 a 16 años y desarrollará elementos metodológicos que permitan capacitar a otros profesionales del área infanto-juvenil.

Dentro de las bases técnicas de los programas PIE, ya sean subvencionados o con convenio, se plantea que el trabajo psicológico debe ser abordado desde la perspectiva de la psicoterapia, en donde se debiesen considerar las temáticas individuales de los NNA tales como: la baja autoestima sentimientos de hostilidad, miedos, abandono o manifestaciones sintomáticas de experiencias traumáticas. En conjunto, con esto se deja claro que quienes deben estar a cargo de esta área deben ser profesionales psicólogos. Al llevar a cabo este postulado al trabajo con los NNA se puede constatar que los espacios terapéuticos se ven flexibilizado con el fin de realizar actividades que tengan de alguna forma enfoques terapéuticos más que psicoterapia propiamente tal.

De esta manera, las premisas desde las que parte la intervención dispuesta en los programas PIE no se cumplen en su totalidad, puesto que en el desarrollo de las intervenciones en alta complejidad los profesionales psicólogos se encuentran con dificultades para llevar a cabo su rol.

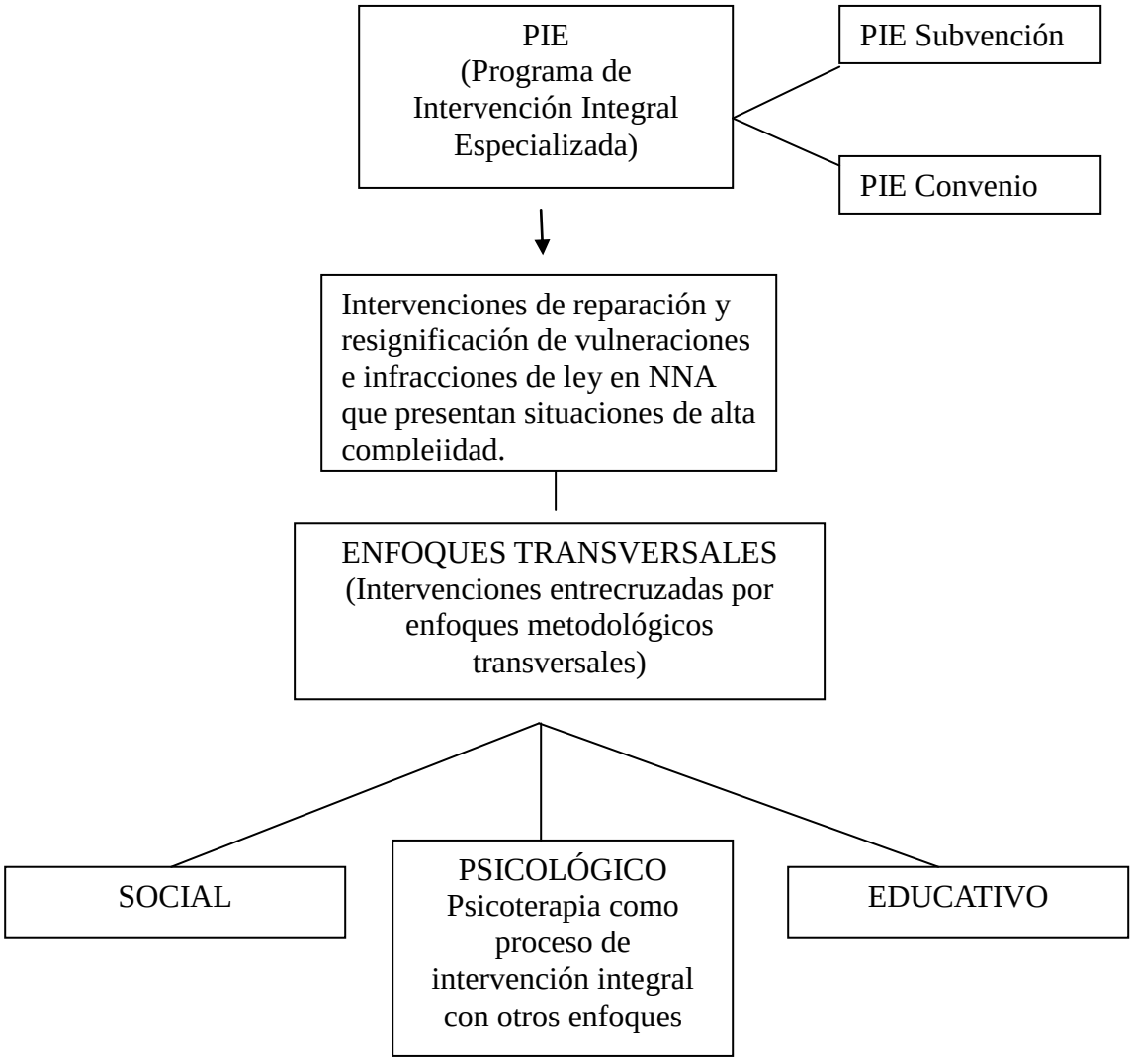
Al considerar este aspecto y tratar de profundizar en él nos encontramos con una casi inexistente bibliografía donde se aborde la problemática de alta complejidad presente en los sujetos pertenecientes a los programas PIE. Esta ausencia nos lleva a preguntarnos si existe una preocupación real de parte del Estado en la generación de las políticas públicas que permitan abordar las dificultades que

enfrentan los NNA vulnerados de derecho y/o infractores de ley.

Es necesario plantearse si, en vista de las falencias que se constatan en la implementación de los programas (quizás por falta de una metodología en su génesis), no será necesario abordar el problema de una manera integral que nos permita partir considerando la configuración identitaria de los NNA como resultado de *una sociedad enferma que genera sujetos enfermos*, es decir, que buscan satisfacer sustitutivamente las carencias que les ocasionan tanto el mundo exterior como la sociedad. (Freud.S (1992). El malestar en la cultura. Alianza editorial, Buenos aires p.49).

1.2 Formulación de la problemática y pregunta de investigación

En el marco de la creación e implementación de programas referidos a problemáticas relacionadas a la vulneración de derechos e infracción de ley es que surge en SENAME la idea de desarrollar programas específicos como son los PIEs, dentro del concepto de intervenciones innovadoras focalizadas a una intervención integral psicosocioeducativa. La propuesta apunta a fomentar la creación de políticas públicas que resguarden el desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes.



La intervención psicológica al interior de este tipo de programas es llevada a cabo bajo un enfoque psicoterapéutico, el cual se debe abordar de forma integral con los otros enfoques (social y educativo) con el fin de fomentar intervenciones de calidad, lo que refiere a "la presencia de instrumentos y formas de análisis que estén al servicio de las necesidades territoriales y especialmente de los niños, niñas y adolescentes" (Servicio Nacional de Menores, Departamento de Protección de Derecho (Noviembre 2007); Bases Técnicas Líneas Programas, Programas de Protección Especializada. Programas de Intervención Integral Especializada (PIE) p. 7).

El proceso psicosocial que se lleva cabo se enmarca en la noción de reconocer al otro como sujeto y no como objeto de intervención **(**Noviembre 2007; Bases Técnicas Líneas Programas, Programas de Protección Especializada. Programas de Intervención Integral Especializada (PIE)), donde es posible visualizar una metodología que pretende fomentar el trabajo desde un enfoque más humanizado, más atañido a la realidad de millones de NNA y sus familias pertenecientes al segmento social más vulnerado.

Es en este contexto que se busca que las intervenciones psicológicas se enmarquen dentro de la profundización de la información recabada por el equipo Tutorial a cargo del caso y se centre "la intervención en las problemáticas individuales tales como baja autoestima, sentimientos de hostilidad, abandono, desesperanza, miedos o manifestaciones somáticas de experiencia traumática" (Noviembre 2007); Bases Técnicas Líneas Programas, Programas de Protección

Especializada. Programas de Intervención Integral Especializada (PIE).p 9). En relación a la psicoterapia, las Bases Técnicas reconocen las particularidades necesarias para llevar a cabo un proceso psicoterapéutico, tales como el espacio físico, que la activación de ésta no se genere en momentos de crisis, que se necesita constancia y rigurosidad en el desarrollo de ésta (tiempo cronométrico y participación activa por parte de los usuarios/as); en este sentido se habla de la necesidad de generar un encuadre terapéutico con el fin de lograr intervenciones de calidad.

Sin embargo, no se da una definición única de lo que se entenderá por psicoterapia. En este contexto, entenderemos psicoterapia "como la forma de tratamiento de los problemas de naturaleza emocional mediante la cual una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional con un paciente con el objeto de eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, mediante las perturbaciones de conducta y provoca un desarrollo positivo de la personalidad" (Aberastury, A. (comp.) (1972), El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones, p. 14-15).

Por otra parte, y dada la especificidad de psicoterapias, en este contexto una intervención psicológica con enfoque de reparación centra su quehacer en "proceso relacional de reconocimiento del dolor de la vivencia traumática. Este reconocimiento debe darse en dos espacios: el individual y el social" (Cáceres, Pamela. Corporación de Asistencia Judicial RM, (octubre 2008); Intervenciones Reparatorias en delitos Sexuales. Reflexiones desde la Práctica. (s.p)). Así, bajo esta lógica se instala la alternativa de implementar intervenciones de reparación al interior de la población

Infanto-Juvenil Vulnerada en sus derechos y/o Infractora de Ley, cuyo interés es lograr la resignificación de experiencias de vulneración de derecho de los NNA (Octubre 2007); Anexo 1, Bases Técnicas Líneas Proyecto de Atención Integral para Niños, Niñas y Adolescentes Provenientes del Programa de Seguridad Integrada: 24 Horas) como una estrategia de prevención y restitución de sus derechos bajo la lógica de la autoprotección.

En este sentido se habla de un profesional psicólogo que forma parte importante a la hora de llevar a cabo proceso intervención reparatoria, puesto que es una pieza clave al interior del desarrollo de la problematización del NNA y su familia. Como bien se dijo en los antecedentes de esta investigación, los programas PIE centran su trabajo en el logro de la problematización con el fin de poder resignificar y reparar aquellas vivencias traumáticas experienciadas por el o la NNA.

La pertinencia de estudiar la metodología de intervención con la que están trabajando los profesionales psicólogos tiene relación el resultado de un bien mayor focalizado en la superación de la pobreza y las diferencias sociales, las que son causales de generar realidades donde delincuencia, la violencia, y la droga parecen ser la única alternativa posible.

Los niños, niñas y adolescentes pertenecientes a este tipo de programas se encuentran en una situación de vulnerabilidad social, concepto que será entendido bajo la siguiente definición “como una condición social de riesgo, de dificultad, que inhabilita e invalida, de manera inmediata o en el futuro, a los grupos afectados, en la satisfacción de su bienestar -en tanto subsistencia y calidad de vida- en contextos

sociohistóricos y culturalmente determinados" *(Revista Virtual de Temas Sociales Kairos. http://www.fices.unsl.edu.ar/~kairos/k08-08.htm),* que acompañada con la idea de riesgo social presupone la vivencia de una situación de riesgo y privación en la cual estos NNA se encuentran inmersos. Desde las orientaciones de los programas estará conceptualizada como el riesgo o probabilidad del individuo, hogar o comunidad de ser herido, lesionado o dañado ante cambios o permanencia de situaciones externas o internas, fragilidad o indefensión ante cambios originados por el entorno como desamparo institucional desde el Estado, debilidad interna para afrontar concretamente los cambios necesarios del individuo u hogar para aprovechar el conjunto de oportunidades que se le presenta. *(Gustavo Busso, 2001)*

Según lo expuesto anteriormente, considerando que las intervenciones psicológicas llevadas a cabo por estos programas realicen terapias reparadoras, surge la primera interrogante de esta investigación ¿con qué metodologías se aborda dichas problemáticas de Alta Complejidad?, y si bien cada equipo de trabajo determina la metodología de intervención ¿bajo qué corriente teórica adscribe el profesional psicólogo?

Si en la práctica no queda del todo claro como se están implementando las intervenciones psicológicas en sujetos (niños, niñas y adolescentes) que presentan o han vivenciado situaciones de Alta Complejidad, surgen nuevas interrogantes ¿qué esfuerzos reales se hacen por implementarla? ¿La ausencia de esta práctica, incide o no en una evolución positiva de la intervención? ¿Por qué resulta tan importante trabajar transversalmente con otros profesionales las intervenciones realizadas con los

NNA y su familia? ¿Será consecuencia de esta transversalidad que se diluya la intervención psicológica?

Finalmente, y para resumir en una sola pregunta las interrogantes anteriores, se plantea el siguiente cuestionamiento, el cual busca aclarar por medio de esta investigación. La pregunta de investigación es:

¿Con qué metodologías y herramientas se lleva a cabo la intervención psicológica en los Programas PIE implementados por SENAME en la Ciudad de Santiago?

1.3 Aportes y Relevancia

El propósito de esta investigación radica en averiguar cómo y cuáles son las metodologías implementadas al interior de los programas PIEs, e identificar la existencia de diferencias en el que hacer de los distintos profesionales psicólogos, con el fin de logar reflexionar y dar posibles soluciones a los dilemas técnicos, teóricos y prácticos a los que se enfrentan los profesionales psicólogos.

El aporte que se espera de esta investigación es que al definir la metodología con la cual se está interviniendo en el ámbito psicológico esto nos permitirá visualizar al profesional como aquel que "hipotetiza sobre la producción de sentido que se produce en todo acto humano, en tanto éste aparece emergiendo de aquello que constituye la humanidad" (Foladori, H (1999) ¿Qué psicología elegir? Algunos problemas epistemológicos. p. 3) como facilitador de la producción de subjetividad. En este sentido identificar la metodológica nos permite, de una u otra forma, delimitar el perfil del profesional psicólogo que debiese desempeñarse en este tipo de programas que trabajan con la infancia y la adolescencia en contextos socioculturales precarios y altamente complejos.

Bajo esta lógica, esta investigación pretende indagar las implicancias de las intervenciones psicológicas que se llevan a cabo al interior de los Programas PIE, con el fin de identificar las diferencias metodológicas al momento de intervenir en la población infanto-juvenil que presenta dinámicas de alta complejidad.

De esta manera resulta importante definir si la forma con la cual se está trabajando se identifica más con un enfoque terapéutico o si se están llevando a cabo

procesos psicoterapéuticos. Así se podrá determinar si la intervención psicológica se limita a un efecto terapéutico y el profesional psicólogo se convierte en un acompañante terapéutico, puesto que de este modo su acción se limitaría al fortalecimiento del vínculo, obviando su objetivo de reparación y resignificación.

La relevancia de este tipo de estudio radica en la posibilidad de generar una herramienta diagnóstica que permita visualizar el modo en el cual están interviniendo y, eventualmente, proponer una metodología unificada que siente una base pertinente respecto al contexto en el cual se desarrollan los programas PIE.

La posibilidad de diagnosticar generará un impacto no estudiado anteriormente, sentando un precedente para la construcción de futuros programas que trabajen desde un enfoque psicosocial en el marco de la vulnerabilidad social, cuyo sujeto de atención este inmerso en situaciones y/o conductas de alta complejidad.

El desarrollo de esta investigación, a través de la recopilación de material bibliográfico y de la identificación de las herramientas implementadas por los profesionales psicólogos, busca dar cuenta del o de los tipos de metodologías de intervenciones que se están llevando a cabo al interior de los programas PIE y destacar la importancia que tiene el equipo interdisciplinario al interior de este tipo de programa, ya que el trabajo que se pretende desarrollar es de carácter transversal, es decir, que se entre cruzan los distintos enfoques teóricos presentes en el equipo de profesionales que forman parte de los programas PIE. La transversalidad genera una forma distinta de intervenir, exige que todos los profesionales del área estén en constante retroalimentación y desarrollen la intervención de forma interdisciplinaria,

respetando el rol que cumple cada uno de los miembros del equipo.

Una vez identificados el o los modelos de intervención psicológica, el rol del profesional psicólogo, el perfil de los niños, niñas y adolescente atendidos se podría formular una hipótesis relacionada con la creación de un modelo de intervención psicológico integral, el cual permita abordar las temáticas de alta complejidad focalizadas a la realidad en la que se encuentran inmensos la población infanto-juvenil en riesgo social.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

- Conocer las metodologías de intervención psicológica en los Programas de Intervención Especializada (PIE) implementados por SENAME en Santiago.

2.2 Objetivos Específicos

1. Conocer los diversos tipos de intervención psicológica de carácter transversal adscritas en los Programas PIE en Santiago
2. Identificar las problemática presentes en los Niños, Niñas y Adolescentes que se encuentran en situaciones de alta complejidad.
3. Identificar las herramientas utilizadas por el profesional psicólogo al momento de intervenir en niños, niñas y adolescentes de alta complejidad.
4. Comprender los efectos del modelo de intervención psicológico a nivel individual, familiar y social-comunitario de los Programas PIE de Santiago.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Psicología comunitaria.

3.1.1 Noción de Psicología Comunitaria.

La necesidad de incluir a la psicología comunitaria como parte fundamental y cimiento de esta investigación, tiene relación con cómo se desarrolló esta disciplina y cuáles han sido sus ejes de acción tanto en la comunidad como en el individuo.

El movimiento comunitario surge a fines de los años 50 y principio de los 60, tanto en Europa como en Estados Unidos. De éste se desprende la psicología comunitaria, que introduce una forma distinta de visualizar las problemáticas sociales e individuales, ya que plantea la búsqueda de soluciones en torno a una concepción de salud mental orientada al bienestar social y a la calidad de vida.

De esta forma se puede entender la intervención comunitaria como "una serie de acciones o influencias- sean estas planificadas o no planificadas- dirigidas a problemas que se manifiestan dentro de los sistemas y procesos sociales de una comunidad y cuyos objetivos incluyen la resolución de problemas y/o el desarrollo de la comunidad mediante la utilización de estrategias situadas en diferentes ámbitos" (Apuntes taller avanzado clínico comunitario; Universidad Academia de Humanismo Cristiano, 2006. Anexo ¿Cómo pensamos lo clínico y lo comunitario? Pág.1)

El surgimiento de la disciplina comunitaria tiene como base la convergencia de intereses teórico-práctico de distintas áreas de las Ciencias Sociales y de una agrupación de profesionales que trabajan en el área de la salud mental. De esta forma se integran dos disciplinas que buscan aportar una nueva mirada en base a los siguientes lineamientos que orientan y justifican la Psicología Comunitaria:

a) La perspectiva –u origen- sociológica: La desintegración Social. (Sánchez, A. 1996)

Esta plantea un diagnostico un tanto sombrío de la sociedad contemporánea y su escena sociocultural. En palabras de Robert Nisbet (1953), el problema social surge por la creciente desintegración social, lo que conlleva al degradamiento de la función y el sentido que tiene la comunidad y los grupos sociales primarios e intermedios, cuya conexión del individuo con el cuerpo social es fundamental, para el mantenimiento del sentido de identidad, pertenecía y mutualidad (Sánchez, A. 1996).

Se considera que la pérdida de los roles al interior de los grupos sociales primarios es a causa de la implementación de sistemas globales eco-políticos modernos, cuyo efecto en las sociedades se ve reflejado bajo los siguientes fenómenos*: "*individualismo extremo; desarraigo y desamparo vital y social; anonimidad; soledad y anomia; alienación y ausencia de sentimiento de reciprocidad; mutualidad y pertenencia social" (Sánchez, A. Psicología Comunitaria, bases conceptuales y métodos de intervención. Editorial EBU, 1996.C1. p.37), todos síntomas que atañen

directamente a la salud mental de los individuos y que se direcciona a la pérdida del sentido de comunidad.

De este forma se intenta dar cuenta cuales son los factores que estarían tendiendo a la "*disolución social"*, y la formación de nuevas patologías y el aumento de otras, sobre todo las relacionadas con los estados de ánimo de las personas; y es bajo este nuevo panorama que las distintas disciplinas comunitarias, en particular la psicología tiene la labor de reconstruir el sentido psicológico de comunidad perdida, como una forma de rehumanizar a esta sociedad psicológicamente destructiva (Sánchez, A. 1996).

Los distintos movimientos y cambios que ha sufrido nuestra sociedad con el paso del tiempo, sean estos políticos, económicos o geográficos, han influido en la historia y posterior configuración del ser humano. Esta dinámica ha resultado en movimientos sociales, cuyo enfoque de trabajo es la renovación y reconstrucción social, en función de la búsqueda del bienestar social y la mejora de la calidad de vida de las personas.

b) Aplicación de la Psicología y las Ciencias Sociales (Sánchez, A. 1996.)

El cambio de experimento por la psicología tras la Segunda Guerra Mundial, donde se logra visualizar una integración en el campo de estudio de las Ciencias Sociales y Psicología, asumiendo ambos responsabilidades respecto a las trasformaciones

sociales contemporáneas. Ante esta nueva imagen surge el nuevo paradigma: intervencionismo psicosocial

Para la psicología esto significó pasar desde una configuración, cuyo modelo unitario de formación era científico-paciente, a redefinir y reformar la formación de los profesionales psicólogos e incluir distintos estamentos dentro de su formación, con el fin de poder abarcar las problemáticas tanto del sujeto en su individualidad como en relación a su entorno primario.

c) Responsabilidad e Intervencionismo Psicosocial (Sánchez, A. 1996.)

Se entiende este punto como "la asunción por parte de los científicos sociales de su responsabilidad social en relación a los problemas de su contexto histórico y geográfico así como el vigoroso cuestionamiento de la neutralidad valorativa de las ciencias (y de los científicos)" (Sánchez, A. 1996. p.41).

En los años setenta esta forma de accionar frente a la sociedad se agudiza, dado que la desintegración social, fomentada en gran medida por parte importante de las ciencias sociales de la época "con su culto excesivo y monolítico a la metodología experimental, y con su resistencia a la acción e involucramiento social" (Sánchez, A. 1996. p.41); lo que implica que los científicos de la época asuman responsabilidades metodologías experimentales y éticas.

En ambos casos se busca desenmarcar a las ciencias sociales de un campo fundamentado desde dentro, elitista y que poco tiene que ver con la realidad y el entorno social que les rodea.

Bajo esta concepción, donde el psicólogo debe ser parte del problema y no ajeno a él, es que resulta relevante poder generar estrategias de intervención atingentes a la problemática presente tanto en el individuo como el su entorno primario.

Es en este contexto que la Psicología comunitaria pasa a formar parte de la postura más extrema del intervencionismo psicosocial, como sus responsables sociales y llevando a cabo sus aplicaciones de la psicología en los contextos sociales, especialmente en sus áreas comunitarias y el impacto de estas sobre los miembros que la componen.

Siendo el psicólogo un agente de participación activo frente a las problemáticas presentes en la comunidad, dado que si él puede aportar con algo y ser útil a la prevención de trastornos mentales o de problemas sociales debe proveer psicosocialmente a los individuos, con insumos o herramientas necesarias para tratar la sintomatología presente.

d) *Estudio científico del cambio social y los efectos psicológicos de los sistemas sociales* (Sánchez, A. 1996.)

Este punto surge de la necesidad y pertinencia de una disciplina científica "básica" que logre "fundamentar y guiar la praxis comunitaria y. por otro investigue sistemáticamente la relación de las variables y procesos del entorno social y biofísico con el trastorno y el bienestar de los individuos, así como los efectos e interacciones mutuas de individuos y entorno social a diversos niveles sistémicos" (Sánchez, A. 1996. p.42).

Con esto se busca plantear que solo con la visión individualista, de la tradición clínica académica, no basta para explicar los fenómenos psicosociales, puesto que es necesario entender que la relaciones e interacciones entre individuos y sociedad son mucho más complejas dado que representan la realidad socio histórica transgeneracional, la cual se encuentra plasmada en desigualdades presentes en las sociedades de Europeas, de América y sobretodo en América Latina.

La importancia de generar un sustento teórico para la disciplina comunitaria, es de vital relevancia, tanto para la disciplina como la construcción de la psicología Comunitaria, dado que su sustento es en la acción, la cual se guía por la intuición y la expectativa de cambio presente en cada profesional dejando afuera las normas teóricas y fundamentos que sustente su acción.

De esta manera se busca concretizar una futura ciencia comunitaria que se haga cargo de los distintos estudios que tengan relación con los cambios sociales presentes y cómo el individuo forma parte de estos.

e) Trastorno Mental y prevención (Sánchez, A; 1996).

Se sugiere en este punto, dado el aumento de las enfermedades mentales y los trastornos, que ya no se puede seguir sustentado un intervención focalizada e individualizada cuando ya se sabe que el problema o la enfermedad surge desde y hacia lo social, por tanto los intentos por tratarlas desde un enfoque terapéutico reactivista no tiene efecto puesto que es necesario plantearse una solución desde la prevención a nivel poblacional y social.

Junto con los cambios relacionados con la salud mental y su campo de acción, tanto en su praxis como a nivel de fundamentos teóricos, lugar donde la psicología ha ganado un espacio de acción por medio de los procesos psicoterapéuticos y sus resultados positivos en la cura de los trastornos mentales que antes eran tratados por psiquiatras que visualizaban el problema en el individuo dejando afuera todo el contexto en el cual se desarrollaba y configuraba el sujeto y su enfermedad.

Este cambio de paradigma de la salud mental y las causas de determinados trastornos llevan a la psicología a presentarse desde la necesidad de prevenir las enfermedades de origen psicosocial mediante el reconocimiento de la influencia de determinado factores sociales que afectan directamente al desarrollo de patologías.

f) El sentido psicológico de Comunidad (Sánchez, A. 1996).

En palabras de Sarason (1974) "la pérdida de ese sentido psicológico de comunidad sería la fuerza psicológicamente más destructiva y el problema social más importante en las sociedades occidentales modernas. La recuperación y reconstrucción de ese sentido psicológico de comunidad constituiría el objeto central del qué hacer comunitario […] El sentido psicológico de comunidad es el sentimiento de que uno es parte de un red de relaciones de apoyo mutuo en que se podría confiar y como resultado del cual no experimenta sentimientos permanentes de soledad que lo impulsan a actuar o adoptar un estilo de vida que enmascara la ansiedad y predispone a un angustia posterior más destructiva" (Sánchez. A. 1996. p 44).

Para que el "sentido psicológico de comunidad" sea comprendido es necesario tener en cuenta los siguientes componentes básicos:

1. Percepción de la similitud de cada individuo con otras personas
2. Interdependencia mutua entre miembros del grupo social en que se da.
3. Voluntad de mantener esa interdependencia, dando o haciendo por otros lo que uno espera de ellos (reciprocidad conductual basada en las expectativas interactivas generadas).
4. Sentimiento de formar parte de una estructura social mayor estable y fiable (Sánchez, A. 1996).

De lo expuesto por Sarason surgen nuevas interpretaciones y definiciones respecto a el "sentido de comunidad", un ejemplo de esto es lo que expone McMillan y Chavis (1986), quienes dan lugar a la noción de la *"condición"* bajo la cual se desarrollaría el *"sentido de comunidad".* Estas nociones refieren a la construcción de una historia común, a la posibilidad de "compartir experiencias comunes, desarrollo de relaciones emocionales entre las personas y una pertenecía de grupo que conlleve el reconocimiento de una identidad y destino comunes para los miembros del grupo" (Sánchez, A.1996 p.46).

A esto se le agrega lo que exponen Chavis y Wandersman (1990) refiriéndose que la construcción del "*sentido de comunidad*" forma parte de las transformaciones sociales como *"catalizador"* de la "*participación"* por medio de tres componentes psicosociales que resulta indispensables para llevar a cabo esta acción de participación: percepción del entorno, relaciones sociales y percepción del control y empowerment de la propia comunidad (Sánchez, A. 1996).

En palabras de Sánchez, es Heller (1990) quien agrupa y resume las "condiciones" del "sentido de comunidad", las cuales visualiza como facilitadores y las ordena de la siguiente manera (Sánchez, A. 1996):

1. Normatividad Social del problema o evento. Cuanto más normativo sea el evento más probable que se produzca la acción común, que será más improbable en problemas delimitados a espacios o colectivos sociales específicos.

2. Nivel de habilidades personales y recursos sociales precisos para la acción social efectiva.

De esta manera se comienza a generar un movimiento con bases teóricas sólidas, investigaciones profundas que fomentan una intervención de calidad en las comunidades. Son estos conceptos los que le dan solidez a la acción de la Psicología Comunitaria, entendiendo que el proceso por el cual la psicología comunitaria ha transitado, y se ha plasmado en diferentes áreas de intervención a lo largo de esta década, resulta relevante para esta investigación indagar sobre los antecedentes que han llevado a consolidar a la psicología comunitaria dentro del planteamiento técnico de los programas implementados por Sename.

Para esto es necesario indagar en la realidades sociales, que actualmente nos da cuenta de una sociedad enferma, no en términos biomédicos, sino más bien en relación a la desigualdades presentes en esta sociedad. Estas consiciones se han perpetuado, generando así un malestar generalizado que se va visualizando trasgeneracionalmente y afecta directamente a nuestros niños y jóvenes, dificultando su óptimo desarrollo físico, cognitivo y emocional.

El papel que se asigna la psicología comunitaria en el diagnostico social hace referencia al carácter de profesión y enfatiza su supeditación epistémica, teórica y metodológica al conjunto de la Psicología (Alfaro, J. 2000).

En este contexto la disciplina comunitaria pasa a formar parte de una práctica interventora, puesto que su enfoque no está dado meramente por los procesos cognoscitivos del sujeto. Su eje de acción se definirá en el "hacer" más que en el "saber", puesto que es la conjugación del sujeto con su ambiente lo que resultará en la denominada "la acción social".

La perspectiva de la psicología comunitaria es conceptual, desde la óptica analítica, puesto que busca transmitir y comprender los fenómenos sociales, en función de los distintos factores que se entremezclan, tales como *" factores medioambientales, de tipo cultural, social y político y en niveles micro y macro grupal"* (Alfaro, J. Discusiones en Psicología Comunitaria. Ediciones Universidad Diego Portales, Textos de Docencia Universitaria N° 27, 2000.Parte I. C. 1, P. 23).

Para los agentes sociales, estos factores son de crucial importancia, puesto que nos permitirán acceder a la realidad de determinados grupos o comunidades que se encuentran marginados o viven en condiciones precarias.

Entendiendo el complejo escenario donde la psicología comunitaria pretende llevar a cabo su acción, lo que ellos denominan como "el problema social" es

relativamente nuevo (entiéndase como nuevo, aquello que hasta ese momento no era de interés o aflicciones teóricas), es por esto que para muchos de los estudiosos del área social no era aconsejable reducir "la gama de nociones y sistemas conceptuales posibles de utilizar, sino por el contrario establecer diálogos que incluso trasciendan los límites que pone la Psicología o la Psicología social, y permitan integrar los aportes del conjunto de las ciencias sociales" (Alfaro, J 2000. p .24)

Una vez lograda la unificación de su campo de acción, en torno a la relevancia social de está, y al interés público de su posible solución, es que surge dentro de esta misma el planteamiento de trascender mas allá de un estado de bienestar, debido a la expansión de *"lo privado*" dentro de cada sociedad, como una forma de empoderamiento basado en el libre mercado, que ha llevado al Estado a modificar su papel social al de un papel más cercano a lo administrativo. Es en ese contexto que la psicología comunitaria "se distinguen porque son asumidos como tales desde instituciones de carácter público con sus lógicas especificas, como las iglesias, las ONG´s, el Estado… o las organizaciones ciudadanas y desde éstas, en cuanto instituciones, es desde donde se les interviene y donde se les define" (Alfaro, J. 2000. p 27).

Una vez determinado su campo de acción, la psicología comunitaria busca definir el rol del agente de acción comunitario. Para eso plantea que el psicólogo comunitario debe ser un analista de los sistemas sociales, un diseñador y planificador de programas de intervención, debe organizar y difundir dichos programas de

intervención; debe jugar un rol educativo, de asesoramiento y de mediación en torno a las relacione humanas; se asumirá como agente catalizador de cambio comunitario, así como defensor de la *"Cuestiones Sociales";* le corresponde asumir un rol de facilitador del desarrollo de recursos humanos, junto con evaluar y distribuir recursos; debe detectar problemas y necesidades presentes en las comunidades. "Desde esta postura, y en términos generales, el psicólogo de la comunidad sería un técnico especializado que actúa en procesos sociales desde un método y en conjunto con equipos interprofesionales" (Alfaro, J. 2000. p 22)

3.1.2 Contexto histórico, político y social de la formación de la psicología comunitaria.

La psicología comunitaria surge durante los años sesenta y setenta de siglo XX, a raíz de una serie de movimientos sociales que plantean un cambio en la política y en la economía, "en la psicología tales ideas producen un vuelco hacia la concepción de la disciplina centrada en grupos sociales, en la sociedad y en los individuos que la integran- entendiendo al sujeto humano como un ser activo, dinámico, constructor de su realidad-, así como sus necesidades y expectativas; hacia una concepción distinta de salud y enfermedad y, sobre todo, el modo de aproximarse a su consideración y tratamiento por los psicólogos" (Montero, M. Introducción a la Psicología Comunitaria; Desarrollo, conceptos y procesos. Editorial Paidós. Capitulo 1, página 41)

En América Latina este movimiento parte a fines de los años cincuenta, con unas ciencias sociales consolidadas, comprometidas y con un interés particular en mitigar las dolencias de un población sometida ante el eminente desarrollo económico e industrial que convierte al sujeto a ser un ente pasivo.

En este escenario la disciplina de la psicología, que hasta la fecha concentraba su acción en lo individual, visualiza su acción a través del enfrentamiento de las problemáticas sociales, "el subdesarrollo en América latina y sus consecuencias sobre la conducta de individuos y grupos, la dependencia de los países que integran la

región y sus consecuencias psicosociales tanto sobre las atribuciones de casualidad como sobre sus efectos en la acción" (Montero, M. Introducción a la Psicología Comunitaria. p.42).

La psicología comunitaria emerge, entonces, a partir de la disconformidad del cómo se estaba llevando a cabo una disciplina (psicología social) que planteaba incluir los fenómenos social como parte fundamental de su acción. Daba cuenta que mantenía y perpetuaba un enfoque centrado a lo individual con lineamientos que planteaban una apertura desde la fragmentación del individuo, pero que no alcanzaba a dar respuestas a los acontecimientos y problemáticas sociales de la época.

En palabras de Montero (2007), es una psicología que surge a partir del vacío provocado por el carácter eminentemente subjetivista de la psicología social psicológica y por la perspectiva eminentemente macrosocial de otras disciplinas sociales volcadas hacia la comunidad. Con esto la intervención comunitaria presenta características determinadas relacionadas con el contexto histórico, social, político y cultural específico, de esta manera la psicología comunitaria ha centrado su acción de trabajo en grupos socio-económicamente marginados.

A raíz de las condiciones sociales emergentes de los años setenta en mucho de los países de América latina y la poca respuesta por parte de los profesionales ante las problemáticas, es que surge una "redefinición tanto de los profesionales de la psicología, como de su sujeto de estudio e intervención […] Ese nuevo modo de

hacer buscaba producir un modelo alternativo al modelo médico, que hace prevalecer la condición de enferma, anormal, de las comunidades con las cuales se trabaja. Por el contrario, la propuesta que se hacía partía de los aspectos positivos y de los recursos de esas comunidades, buscando su desarrollo y fortalecimiento, y centrando en ellos el origen de la acción" (Montero, M. Introducción a la Psicología Comunitaria. p. 44). De esta manera, se busca dar respuesta de una manera global a las problemáticas presentes en la sociedad, con una visión realista y no sesgada que se limite a catalogar de enfermos o trastornados, sino más bien centrada en cómo afecta al individuo su relación con el entorno.

El desarrollo de la psicología comunitaria a lo largo del siglo XX significó visualizar una nueva disciplina que se inició como una praxis de intervención innovadora, sustentada en una perspectiva filosófica orientada a la problemática y al desarrollo del ser humano. De igual forma, incluye en sus estudios las investigaciones sobre la conducta, pero vistas desde los sistemas sociales. "El origen y desarrollo de la psicología comunitaria en épocas de cambio social y dentro de contexto socioculturales netamente individualistas- en los que se había operado una alarmante disolución de la solidaridad y comunidad social- revelan su vocación (y papel) inicial de renovación social así como el deseo de científicos y trabajadores psicosociales de redefinir su papel profesional y de participar en el cambio social en marcha" (Sánchez, A. Psicología Comunitaria. p 62).

En la búsqueda de sentido e identidad de este movimiento, y por sobre todas las cosas, la incansable lucha contra las desigualdades presentes en la sociedad, su eje de intervención es en la comunidad, con la comunidad y para la comunidad, puesto que su interés no se basa en el fortalecimiento de las instituciones que están "a cargo" de las comunidades, sino todo lo contrario, debe ser las misma comunidad la que se fortalezca. Es en este punto donde se plantea el concepto "*acción-participación"*, el cual busca visualizar a la disciplina como una psicología de la acción para la transformación.

Existe en la psicología comunitaria la necesidad de generar metodologías innovadoras, con pluralidad teórica y atingentes a las necesidades de la población marginada.

A fines de los años setenta ocurre un cambio en el sentido de las proyecciones de las estrategias y problemáticas psicosociales, así como en la ampliación del conocimiento en temáticas de salud mental, lo que conlleva a las transformaciones teóricas y las ampliaciones técnicas en el campo del quehacer comunitario.

Alfaro plantea que los hitos históricos que desembocan en el desarrollo de la psicología comunitaria son los que inicialmente plantean la experiencia de innovación a través la sectorización; estos planteamientos surgen de la corriente psiquiátrica francesa desarrollada en 1960, luego de la guerra. Esta corriente platea una reforma legislativa, la cual busca sectorizar geográficamente la atención de la salud pública.

Otro movimiento importante fue la "Antipsiquiatría", donde su principal exponente, Franco Basaglia, en 1961 implementa en varios hospitales psiquiátricos una nueva forma de comprender la enfermedad mental y sus causas. En los años 60, en Estados Unidos surge el *"Movimiento de Salud Mental Comunitaria".*

Una vez comprendido el contexto en el cual surgen las primeras trasformaciones conceptuales y empíricas del quehacer en salud mental, se puede comprender bajo qué parámetros emerge la psicología comunitaria, en el entendido de lograr dar respuesta a una serie de malestares presentes en la sociedad, producidos por ésta, y que hasta ese momento no existía un organismo capaz de dar solución o apoyo a la población.

Bajo esta lógica, se comprenderá que la acción interventora de la psicología comunitaria no se centra meramente en el ordenamiento histórico de esta, sino más bien se plantea que desde el dinamismo histórico y social surge la inquietud, por parte de los estudiosos de las ciencias sociales de la época, de incorporar el contexto histórico de cada comunidad, con el fin facilitar la comprensión de éstas.

Se tomarán en cuenta los cambios propuestos a través del movimiento de la antipsiquiatría, por medio de las críticas al tratamiento hospitalario, frente al cual plantea, "en el sentido de que el manicomio es una institución anti terapéutica que históricamente ejerció una función de control social y de custodia […] De esta manera, el manicomio opera como receptáculo de sujetos no tolerados por la

sociedad" (Alfaro, J. Discusiones en Psicología Comunitaria.. P 30). Y siendo en este contexto lo que busca la psicología social, primeramente, para que luego la psicología comunitaria lo haga un eje de su intervención, es ver al sujeto ya no como un enfermo o desadaptado, sino que como un conjunto de factores tanto biológicos como sociales los que influyen en que el sujeto se "enferme".

Galende (1990), platea que las practicas comunitarias en el área de salud mental tienen su origen en los procesos de modernización, dado que estos "produce nuevos problemas-demandas y genera el cuestionamiento de los saberes-instituciones y las técnicas que habían constituido el modelo tradicional de trabajo" (Alfaro, J. Discusiones en Psicología Comunitaria.. P 31). Con esto se plantea que los procesos de modernización generarían la perdida de los lazos de solidaridad y fragmentación en los vínculos sociales. Además modifica el ordenamiento simbólico al interior de las familias, lo que produce cambios tanto en la crianza como en los proceso de socialización de cada uno de sus miembros. Se ven afectados los lazos relacionales del sujeto con su comunidad, su cultura y su pertenencia a ésta. Otro aspecto relevante de mencionar es la marginalización del sujeto a través del trabajo, dado que lo que se busca en las sociedades modernas es la producción de capital y concentración de éste. "El consumo y la utilidad, junto a un debilitamiento de los vínculos de identidad y pertenencia social" (Alfaro, J. Discusiones en Psicología Comunitaria. P 31).

Se integra como una noción fundamental del quehacer comunitario el concepto de “bienestar social”, donde se visualiza el desarrollo humano de la época en términos “de propiedades mutuamente reforzadoras de las cualidades personales, relacionales y sociales” (Montero, M. Introducción a la Psicología Comunitaria. P16). Siendo su eje de intervención la preocupación de mantener y desarrollar un estado de bienestar social, en las comunidades donde así se requiera.

Con esto se busca entender que la psicología comunitaria es una ciencia que concentra su fuerza de acción en el desarrollo humano de calidad. Al ser una ciencia mixta, es decir, su conformación se da a través de la conjunción de varias ciencias sociales preocupadas del desarrollo social, comunitario, individual y cultural, que permita establecer sociedades felices, busca evitar caer en enfrascamientos teóricos y conceptuales.

Las características que presenta la psicología comunitaria se abordaran en esta investigación por medio de lo que plantea Maritza Moreno en su texto “Introducción a la Psicología Comunitaria”, en éste se propone un listado de características que expondremos a continuación (Montero, M. Introducción a la Psicología Comunitaria. C.2, P.73):

- *Se ocupa de fenómenos psicosociales producidos en relación con procesos de carácter comunitario, tomando en cuenta el contexto cultural y social en el cual surgen.*

- *Concibe a la comunidad como ente dinámico compuesto por agentes activos, actores sociales relacionados con constructores de la realidad en que viven.*
- *Hace énfasis en las fortalezas y capacidades, no en las carencias y debilidades.*
- *Toma en cuenta la relatividad cultural.*
- *Incluye la diversidad.*
- *Asume las relaciones entre las personas y el medio ambiente en que viven.*
- *Tiene una orientación hacia el cambio social dirigido al desarrollo comunitario, a partir de una doble motivación: comunitaria y científica.*
- *Incluye una orientación hacia el cambio personal en la interrelación entre individuos y comunidad.*
- *Busca que la comunidad tenga el poder y el control sobre los procesos que la afectan.*
- *Tiene una condición política en tanto supone formación de ciudadanía y fortalecimiento de la sociedad civil.*
- *La acción comunitaria fomenta la participación y se da mediante ella.*
- *Es ciencia aplicada. Produce intervenciones sociales.*
- *Tiene un carácter predominantemente preventivo.*
- *A la vez, y por su carácter científico, produce reflexión crítica y teórica.*

Una vez expuesto el contexto histórico, social y cultural en el cual se desarrolló la psicología comunitaria, y entendiendo cuáles son sus ejes de acción y sus principales obstáculos, se entenderá que el desarrollo de ésta no es rígido, no es

un teoría que busque acaparar saberes absolutos, sino mas bien es un corriente que está en constante reformulación, dado que su interés es el bienestar social de los agentes que conviven en una comunidad.

A continuación indagaremos más en profundidad el desarrollo de la psicología comunitaria en Latinoamérica y en Chile.

3.1.3 Psicología Comunitaria en América latina.

El contexto histórico social de América Latina en los años 50` y 60` está marcado por las desigualdades sociales presentes en cada país que la conforma. Si bien esta región del mundo en los últimos años ha experimentado una fuerte expansión tanto a nivel económico, como educativo y social, siguen habiendo hechos que determinan una fuerte brecha entre aquellos que tiene un poder adquisitivo mayor y aquellos que bordean la pobreza o la extrema pobreza.

Al tener estas características, América Latina se convierte en un foco de atención para los agentes de acción social de occidente y de Estados Unidos. "La psicología comunitaria en América latina tiene tangencia con lo sucedido en los estados unidos, pero también reflejan matices particulares producto de un contexto social, político y cultural diferente." (Sánchez A.; Psicología comunitaria, bases conceptuales y métodos de intervención. Editorial Ebu 1996. Cap.6, Pág.177). Ven en ella potencial de cambio y una misión casi utópica[4]. Estas ideas de cambio social surgen con el impacto mundial que genero la *"Revolución Cubana"*, la cual fue expandiendo sus contenidos y postulados de búsqueda de equidad, de mejoramiento

[4] Se utiliza el concepto de utopía, dado que el contexto sociopolítico de América Latina, en esa época, estaba gobernada por fuertes desigualdades sociales y enmarcadas por factores políticos y económicos que no buscaban precisamente el bienestar social. Además, en esa época América Latina sufría en la mayoría de los países que la conforma, fuertes movimientos políticos-militares que subyugaban la integridad física, mental e ideológica de las personas.

de las condiciones de vida y por sobre todas las cosas la instauración de gobiernos con enfoques socialistas en el resto de América Latina.

La psicología comunitaria lleva 30 años de presente en los Estados Unidos. Durante este tiempo, se visualizó a su misma como una psicología mental comunitaria, cuyas características propias la alejaba de lo que plantaba la psicología social. En América Latina; la psicología comunitaria tiene surge diez años después que en Estados Unidos y sus aplicación en este territorio implicó redefinirse por completo, permitiendo que se consolidase como una rama de la psicología y de las ciencias sociales.

La psicología comunitaria se presenta en América Latina a raíz "de la disconformidad con una psicología social que se situaba, predominantemente, bajo un signo de individualismo y que practicaba con riguroso cuidado la fragmentación, pero no daba respuestas a los problemas sociales" (Montero, M. Introducción a la Psicología Comunitaria. P 42), en donde se visualizaba la fragmentación y en encasillamiento de los sujetos en definiciones forzadas y marcos predefinidos por la biomedicina y reforzados por la psicología clínica ortodoxa. Con esto se separaba el problema de la persona, dado que al fragmentarlo no se hacía posible ver el problema de forma global, por lo que se planteaba la desaparición de este. Lo que no esperaban era que apareciera nuevamente. Es por esto que surge la necesidad de replantearse la función del que hacer de la psicología social.

Los agentes de las ciencias sociales buscaban dar respuestas a los problemas reales y urgentes, logran visualizar que los problemas que presenta el individuo moderno, "cuyos efectos psicológicos…no sólo los limitan y los trastornan, sino que además los degradan y, aún peor, pasan a generar elementos mantenedores de la situación problemática" (Montero, M. Introducción a la Psicología Comunitaria; P.44).

Iniciados los años 70`, y como ya comentábamos en un principio, las condiciones sociales y de malestar presentes en los individuos y en las comunidades de muchos de los países latinoamericanos, plantea la poca capacidad que presentaba la psicología para responder a las problemáticas que los aquejaban y perturbaban su diario vivir. De este modo empieza "a desarrollarse una nueva práctica, que va a exigir una redefinición tanto de los profesionales de la psicología, como su objeto de estudio e intervención" (Montero, M. Introducción a la Psicología Comunitaria. P.44). Se busca de esta manera generar un nuevo modelo de acción que busca integrar al individuo con su entorno próximo, se pretende romper con la concepción del "*enfermo y de la anormalidad".* Centran su crítica a la concepción del modelo médico de la época, cuyas implicancias hacían mantener la condición de un sujeto enfermo, anormal, que debía permanecer encerrado, ajeno a todo contacto con la comunidad (Montero. M; 2008).

Se intenta redefinir la labor, la acción y el campo de la psicología social-comunitaria, mediante una falta de definición clara que encuadre la acción y conjugue

de manera integrada la teoría con el quehacer. Así surgen los primeros postulados, que platean una acción centrada en la comunidad, con la comunidad y para la comunidad. Dan por entendido que el individuo forma parte de ésta, por consiguiente no se cuestiona la intervención con él.

Los principales hito que marcaron la psicología comunitaria en América Latina fueron (Montero, M. 2008):

- *La búsqueda de teorías, métodos y prácticas,* que permitiesen hacer una psicología que contribuyese no solo a estudiar, sino principalmente, a aportar soluciones a los problemas urgentes que afectaban a las sociedades latinoamericanas. En este sentido, se la plantea como una de las posibles respuestas de la psicología social.
- *La redefinición de la psicología social,* a la vez que se va más allá del objeto de esa rama de la psicología.
- *La carencia de una definición.* Las primeras definiciones producidas en América latina aparecen a inicios de los ochentas.
- *Orientación a la transformación social*. El norte de esta rama de la psicología es el cambio social, muchas veces definido en función de la noción de desarrollo, y redefinido en el sentido de quitarle su carácter de avance hacia la prosperidad económica para ubicarlo dentro de los parámetros que para una

comunidad significan mejor calidad de vida, mayor satisfacción vital, más posibilidad de expresión y control sobre sus circunstancias de vida.

- *La certeza del carácter histórico de la psicología como ciencia, de la comunidad como grupo social y del sujeto humano*, comprende el surgimiento como parte de un espacio y de un tiempo, que se dan en relaciones construidas día a día, colectivamente en procesos dialécticos y de mutua influencia.
- *La búsqueda de modelos teóricos y metodológicos que ayudasen a entender y explicar los fenómenos con los cuales se trabajaba.*
- La concepción de lo que será llamado *"sujeto de investigación",* el cuál no es una persona no sujeta a la voluntad y a los designios de quien investiga. El sujeto se visualiza como alguien dinámico, activo, que forma parte su realidad, es un actor social cuya voz forma parte del conjunto de la vida social y que al ser parte de la acción y de la investigación que se realiza con su comunidad y tiene derechos y deberes.
- La urgencia de "*definir el rol de los profesionales de la psicología social*", que debido a lo expuesto anteriormente, no permitía sostener una práctica clara, dado a la marcada separación o distancia "antiséptica", la que tenía su base en una autodefinición basada en una "experiencia", a la cual evidentemente le falta el conocimiento de la comunidad producido desde ella.

Teniendo claro por medio de qué postulados teórico y prácticos, se logra establecer el campo de acción de la psicología comunitaria, si bien aun no se tiene

una definición acabada, se subentiende la concepción de ésta, por medio de una conjunción de la creación de un lugar académico que tiene lugar gracias a la injerencia de las psicología social, la sociología, la filosofía, entre otras ciencias sociales; las que constituyen la base metodológica de la psicología comunitaria.

La influencia de diversas ramas de las ciencias sociales, permitieron visualizar a la psicología comunitaria desde una perspectiva multidisciplinaria, ya que *"que entre las pocas respuestas y el corto alcance de las mismas que presentaba la psicología social, se acudió a campos tan variados como la educación popular, la filosofía, la sociología y la antropología"* (Montero, M. Introducción a la Psicología Comunitaria; C.1, P.47) para cimentar sus bases y su planteamiento teórico de acción atingentes a las problemáticas de desigualdad y marginación social.

Junto con la integración de variados modelos teóricos y metodológicos, la psicología comunitaria ha presenciado y participado en el proceso histórico, en los cambios sociales y políticos de las últimas décadas en América Latina, y muy a pesar de la diversidad que la psicología comunitaria a demostrado, ha mantenido su discusión interna respecto con al quehacer en un polo clínico-comunitario. Si bien, durante sus inicios en los años 60`, donde el contexto sociopolítico del movimiento social era la "reivindicación social", de esperanza y de cambio, lugar donde la psicología comunitaria tuvo su auge, puesto que se acerco más al segundo polo de intervención que era el cambio social. En la actualidad es posible visualizar la acción

de la psicología comunitaria focalizada en el primer polo, referido a lo clínico-comunitario. (Sánchez. A; 1996)

Su foco de acción se vincula a poder acercar al profesional psicólogo a las problemáticas presentes en grupos marginados, los cuales no contaban con servicios de atención primarios, ni mucho menos psicológicos; y por otro lado se intentaba hacer partícipe a los miembro de la comunidad en el movimiento social con el fin de promover el bienestar de éstos.

Es posible, actualmente, identificar dentro de la psicología comunitaria los siguientes modelos que influencian su base teórica-práctica (Sanchez.A; 1996):

a) Salud mental comunitaria o psicología clínica comunitaria,

b) Organizacional o de sistemas,

c) Acción y cambio social (Psicología de la Liberación),

d) Ecológico y

e) Conductista comunitaria.

3.1.4 Psicología Comunitaria en Chile.

Sus primeros postulados se inician en los años 60`, con la llegada de los postulados teóricos de la Salud Mental Comunitaria, la cual se presenta "con una tendencia medico asistencial" (Apuntes taller avanzado clínico comunitario; Universidad Academia de Humanismo Cristiano, 2006. Anexo ¿Cómo pensamos lo clínico y lo comunitario? Pág.1), que se caracterizó por presentar dos polos: La psiquiatría Comunitaria y la Salud mental Poblacional. Estas fueron cimiento de una nueva forma de aproximación para el abordaje de los problemas psicosociales y psiquiátricos. Estas características se mantuvieron aproximadamente hasta principios de la década del 70`, de manera que el entendimiento de las enfermedades mentales ya no era como un estado de anormalidad, sino más bien como un conjunto de factores, biológico, genéticos, sociales y ambientales que afectan indistintamente al ser humano. Durante esta misma época, se llevaron a cabo las primeras experiencias en el campo de lo comunitario, los cuales "aportaron elementos conceptuales y diseños originales para el abordaje de salud mental." (Apuntes taller avanzado clínico comunitario; Universidad Academia de Humanismo Cristiano, 2006. Anexo ¿Cómo pensamos lo clínico y lo comunitario? Pág.2).

Estos abordajes se vieron entorpecidos en el año 1973 con la irrupción de las fuerzas militares en el gobierno de la época. Este acontecimiento no solo afectó el

desarrollo de la salud mental comunitaria, sino que instauró en nuestro país otras dolencias que antes no estaban presentes. En la década del 80` surge la intromisión de diversas corrientes sociales que influencian la llegada del cambio social al país.

En Chile, la psicología comunitaria responde acorde a las fluctuaciones y a las características del desarrollo social propios de nuestra historia. Las demandas que surgen de éstas son *"producidas en cada periodo histórico en estrecha relación con los modelos de desarrollo social y lógicas institucionales."* (Alfaro, J. Discusiones en Psicología Comunitaria. P 99).

Las repercusiones que tuvo la psiquiatría comunitaria y la salud mental poblacional en nuestro país, aportaron una dimensión social y cultural novedosa para la comprensión de la salud en general y la salud mental en particular. Conjuntamente modificó el entendimiento de la conducta humana y la generación de sus problemáticas (Alfaro, J; 2000)

La psiquiatría Comunitaria reconocerá, desde la comprensión no absoluta de la cultura, la presencia de subculturas, las cuales influyen en el desarrollo del ser humano, y pueden ser las mismas las que generen algún malestar o perturbación en el sujeto.

En relación al modelo de Salud Mental Poblacional, y su importancia en el plano sociocultural y en la medicina integral, que plantean una nueva manera de

entender la salud, “en un contexto histórico concreto, con luchas sociales, relaciones de producción y rasgos superestructurales específicos” (Alfaro, J. Discusiones en Psicología Comunitaria. P 101).

Esta nueva manera de entender de la psiquiatría y de la salud mental Weinstein la denomino “apertura sociocultural de la Psiquiatría” (Alfaro, J. Discusiones en Psicología Comunitaria. P 101).

Ya entrado a los años 80`, las estrategias por parte del Estado se focalizaba el en tratamiento del consumo de sustancias, cuya única acción comunitaria fue direccionada a la apertura de instituciones ligadas a combatir el consumo de drogas en adolescentes, en 1982. La implementación de estos centros fue a nivel municipal, lo que “formó parte de la Política Social de extrema pobreza del periodo, en respuesta a la situación de exclusión de los jóvenes populares. Su objetivo fue realizar acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación de la drogadicción juvenil en sectores pobres y marginales de la Región Metropolitana” (Alfaro, J. Discusiones en Psicología Comunitaria. Ediciones Universidad Diego Portales, Textos de Docencia Universitaria N° 27, 2000. Parte III, Pagina 102).

El sujeto de intervención se centró en jóvenes marginados socialmente, habitantes de sectores conflictivos y con altos índices de violencia, abandono y consumo de drogas.

Morales (1993), señala que los modelos de intervención comunitaria de esa época se estructura en el marco de la acción política, "orientada a la reconstrucción del "tejido social" mediante la organización de la comunidad para satisfacer sus necesidades y al margen de la institución oficial" (Alfaro, J. Discusiones en Psicología Comunitaria. Ediciones Universidad Diego. P 102).

El actor social se define en esta época por su condición de excluido, entendiendo que no solo se está planteando una exclusión de los sistemas estatales, sino que principalmente el recorrido que lo llevó a permanecer excluido. Es por medio de esta representación que se tiene del sujeto de acción social que el Estado busca asistir y promover las condiciones adversas en la cual está inmerso el sujeto (Alfaro, J; 2000)

En la década del 90`, el movimiento comunitario se acrecienta y del mismo modo el número de integrantes profesionales psicólogos que adscriben a la corriente comunitaria. Se integran las prácticas comunitarias en el quehacer poblacional, lo que permite considerarla como una especialidad dentro de las ciencias sociales. Previo a esto, sus alcances se centraban en la recolección de experiencias, de elevado contenido y calidad técnico, pero sus alcances no lograban introducirse en otras áreas de las ciencias y la psicología.

Surge, en el desarrollo de esta disciplina, lo que se denomina "dimensión psicosocial", con la cual se busca comprender las conductas, los problemas sociales asociados a ellas. Esta comprensión "incorpora en la política de salud mental y en la política hacia grupos específicos como juventud, mujer, o tercera edad" (Alfaro, J. Discusiones en Psicología Comunitaria. P103).

Lo trascendente del planteamiento de las políticas sociales, ya iniciadas la década de los sesenta, es que permite delimitar el campo conceptual y técnico que va adquiriendo la psicología comunitaria en torno a sus orientaciones y la elevación de estrategias que sean atingentes a los objetivos que esta se plantea en los distintos ejes de acción, cuyas orientaciones se direccionan al objeto de atención de ésta.

Shokolniky y Bonnefoy (1994) y Areyano (1988), plantean que las políticas sociales de esa época se "caracterizan por la plena vigencia de la estrategia universal materializada en los dispositivos universales llamados Estados de Bienestar*"* (Alfaro, J. Discusiones en Psicología Comunitaria. P105). El Estado les adjudica un rol centrado en el desarrollo económico y social, puesto que en este periodo el proceso de industrialización ejercía una fuerte influencia en el ordenamiento social. Con esto se buscó la generación de políticas sociales *"universales institucionalizadas".*

El desarrollo de la psicología comunitaria estaría condicionado, en ésta época, a la institucionalidad en la cual se conciben las políticas sociales. Es en esta lógica, el

papel que juega el contexto histórico- político, determina las dinámicas y orientaciones que toma la psicología comunitaria.

Entre los años 1973 y 1989, surgen las llamadas *"políticas asistencialistas*", las cuales emergen de un ordenamiento social totalmente distinto al anterior. En esta época se instalan el pensamiento teóricos del neoliberalismo y el planteamiento de un sistema económico que se basa en el libre mercado. Ahora lo social será visto bajo una lógica de mercado, el desarrollo de éste se condicionara acorde con lo que se demande del sistema neoliberal.

Las políticas sociales son encausadas por las necesidades que plantea el sistema económico emergente, "se prioriza la mantención de los equilibrios macroeconómicos y la disciplina fiscal, con la consiguiente reducción del gasto social para cumplir objetivos antinflacionario" (Alfaro, J. Discusiones en Psicología Comunitaria. P106).

El concepto de Salud Mental se trasforma, y su nueva interpretación será entendida "como la superación de formas de relación social, vinculadas con el todo social, en un contexto histórico concreto, con luchas sociales, relaciones de producción y rasgos supraestructurales específicos" (Alfaro, J. Discusiones en Psicología Comunitaria. P106), conjuntamente plantea que la nueva forma de trabajo será dada a través de una participación activa, con el fin de lograr conseguir "poder

social y político y cambio social de las estructuras" (Alfaro, J. Discusiones en Psicología Comunitaria. P106).

Se subentiende que la configuración de la psicología comunitaria en Chile está en estrecha relación con la implementación de políticas sociales. Si bien en sus inicios las estrategias estas estaban abocadas a la asistencia y la promoción, no perduraron en el tiempo. Por esta razón se tuvo que implementar nuevos enfoques y estrategias que fueran atingentes a las problemáticas sociales de cada época.

3.1.5 El rol del Psicólogo Comunitario.

Resulta relevante para esta investigación describir en breves palabras cuales son o deberían ser las características presentes en el profesional psicólogo que adscribe a la corriente comunitaria.

Durante las décadas del 60` al 90`se logro definir la psicología comunitaria como una rama de las ciencias sociales. Ésta buscaba logara dar respuestas a los problemas sociales presentes en las distintas comunidades, donde se lograba visualizar que los "efectos psicológicos sobre el individuo no sólo lo limitan y trastornan, sino que además lo degradan, y, aún peor, pasan a ser generadores de elementos mantenedores de la situación problemática" (Montero, M. Introducción a la Psicología Comunitaria; P.171).

Es en este contexto que debe intervenir el psicólogo, por lo que el profesional debe tener ciertas características para lograr su cometido en la sociedad.

Montero (2008), determina un grupo de características que se deben tomar en cuenta, y, que deben estar presentes en el profesional:

- Diagnosticar conjuntamente con las personas de la comunidad, en función de situaciones que constituyen totalidades. Se pretende determinar la validez del

observado como uno más dentro de la sociedad. Contempla la demanda como parte suya, se genera una relación de colaboración, cooperación y conocimientos mutuos.

- Definir el rol de los psicólogos comunitarios como el de un agente de cambio ligado a la detección de potencialidades (recursos, capacidades), al fortalecimiento y a la puesta en práctica de las mismas y el cambio en los modos de interpretar, construir e influir sobre la realidad (Montero, M. 2008)

- El carácter catalizador o facilitador o propulsor de cambio social que deben tener los psicólogos comuntarios como agentes de cambio (Montero, M. 2008)

- Se exige que los profesionales ejerzan una conjunción de roles, o quizás deberíamos decir, un modo diferente de ser psicólogos, al conjugar la intervención, la enseñanza interactiva, la investigación y la evaluación.

- El rol del psicólogo no será entendido como el de experto, dueño del saber, que se relaciona con alguien que no sabe, sino como el de alguien que posee un saber que le permitirá actuar, pero que a la vez necesita el saber poseído por ese interlocutor, a gente de su propia transformación con el cual necesitará trabajar interactivamente a fin de producir las transformaciones acordados entre ambos.

El quehacer de la psicología comunitaria se desarrolla en cuatro áreas:

1. La prevención, especialmente primario, con promoción de conductas consideradas como deseables.
2. La intervención, muchas veces ligada a la investigación con sentido participativo.
3. La investigación.
4. La evaluación.

La acción trasformadora del psicólogo comunitario provendría de al menos dos fuentes: del exterior de la comunidad y del interior de ella. Se plantea que su acción está sujeta a la trasformación de la relación de ambos cuerpos que interactúan. "Comunidad y disciplina de la psicología adquirirán conocimientos, produciéndose una "relación dialéctica de las transformaciones mutuas" (Montero, M. Introducción a la Psicología Comunitaria. P177)

Las características necesarias que debiera tener un psicólogo comunitario se centra en el campo del deber ser, dado que su función se orienta en una acción concreta.

Debe tratar de responder a las necesidades sociales. Busca concentrar su acción en aquellos procesos psicológicos que logren producir transformaciones sociales que logren liberarlas de su condición de exclusión, para luego alcanzar el bienestar

Es necesario plantear que no cualquiera puede ejercer la profesión comunitaria, dado que es necesario cumplir con las siguientes condiciones, con el fin de entregar una intervención de calidad (Montero, M. Introducción a la Psicología Comunitaria. P.179):

- Sensibilidad social y sentido de justicia.
- Respeto por el otro, quienquiera que sea.
- Aceptación de la diversidad del otro, reconociendo su derecho a ser igual nosotros.
- No ocultar ni omitir información que pueda ser de utilidad para las personas con las cuales se trabaja.
- Modestia, en dos sentido: En primer lugar, entendida como el aceptar que hay cosas que no se saben y que se necesitan saber […] Y en segundo lugar, como lo planteaba Fals Borda (1970/1987), en el sentido de no desperdiciar los aspectos sencillos, cotidianos, los fenómenos aparentemente triviales, por pensar que son solo dignos de intervención e investigación de los grandes acontecimientos.
- Estar abiertos a las sorpresas, a las disidencias, a la contradicción, a la corrección y a la duda.
- Saber escuchar y estar dispuesto a hacerlo.
- Poner su conocimiento al servicio de las transformaciones necesitadas y deseadas por las personas con las cuales se va a trabajar.

- No intentar ejercer la psicología comunitaria si no está dispuesto a actuar de acuerdo con lo valores de respeto por el otro

Independiente de las rotulaciones en torno al rol y la función del psicólogo que aquí denotamos, es importante también plantear que al ser una ciencia relativamente nueva, aun no es posible identificar con claridad cómo es que tiene y debe ser el psicólogo comunitario, si bien se dan lineamientos, con el fin de poder, desde la praxis, regular la acción que este ejerce sobre y para la sociedad.

Sánchez (1996) plantea que el rol básico de un psicólogo comunitario será: "Complejidad y diversidad, carácter más social y educativo, generalismo y flexibilidad y facilitación-dinamización" (Sánchez A.; Psicología comunitaria. P539). Además, agrega que si bien estas características son diferentes las unas de las otras, a su vez son todas complementarias.

En relación a la función del psicólogo comunitario, Sánchez, comenta visualizarlo más cerca del "experto social".

Una vez expuesto los lineamientos entorno al rol y la función del psicólogo comunitario, resulta relevante plantear en esta investigación, de qué manera la psicología comunitaria ha intervenido en Chile entorno a las temáticas de infancia.

3.1.6 Investigaciones comunitarias en torno a la infancia en Chile.

Introducir las investigaciones de carácter social que aborden temáticas de infancia y adolescencia, es de vital relevancia para esta investigación. En el andar me percate que de la escasa bibliografía que existe en torno a esta temática, y que las existentes se abocan, más que a un análisis, a un recuento histórico de las transformaciones de la infancia.

Es bajo estas circunstancias, que este apartado, más que explorar en las investigaciones, buscará dar cuenta de los cambios histórico-sociales que ha sufrido la infancia en chile.

Dentro de la historia de chile, los niños no han ocupado un lugar privilegiado y en la mayoría de los escritos suelen surgir a raíz de otras investigaciones. Sus primeras apariciones bibliográficas fueron entorno a las temáticas de las primeras rebeldías sociales o manifestaciones sociales, escritas por Hernán Ramírez, en 1956; y por José Barría en 1960. Ambos autores, dentro de sus escritos, comentaron muy escuetamente la situación de los niños y adolescentes.

Posteriormente, existieron algunos escritos orientados a la situación proletaria de la infancia, los cuales describían las condiciones sociales en las que se desarrollaban los miembros de la sociedad en general.

Ya en el siglo XIX, se dio un vuelco en la concepción del niño, la cual "se transformó en una víctima inocente, no sólo de un sistema social, sino sobre todo de su condición de subordinación frente a los adultos" (Rojas, J. Los niños y su historia: Un acercamiento conceptual y teórico desde la historiografía. Ediciones: pensamientocritico.cl; revista electrónica de historia, 2001. P. 4). Con esto, salió a flote la multiplicidad de factores de riesgo social, a su vez los efectos de la explotación sitúan al niño en el lugar de víctima, dependiente totalmente de otros.

Según Philipps Ariés (1987), las transformaciones históricas de la manera de entender la infancia tiene que ver con: "los modos de organización socioeconómica de las sociedades, las formas o pautas de crianzas, los intereses sociopolíticos, el desarrollo de las teorías pedagógicas, el reconocimiento de los derechos de la infancia en las sociedades occidentales y con el desarrollo de políticas sociales al respecto" (Grupo de trabajo "Niñez". Equipos de psicología y educación. Universidad de Chile. Conceptualizaciones de la niñez desde la lectura de las políticas públicas e infancia. Revista de psicología, Vol. XV, n°2, 2006. Pág.56).

Durante el Siglo XX surge el concepto de infantilización y mediante el surgimiento de la modernidad, se instala la importancia de la escolarización del niño. Bajo estas premisas, emerge la necesidad de "ayudar" a la infancia desvalida, se desarrollan discusiones a nivel mundial y se crea la Convención de los Derechos del Niño (Minnislli, 2003)

Ariés propone que el objeto de su "atención estuvo puesto en las representaciones social de la infancia, es decir en el lugar que ocupo esta etapa en el imaginario colectivo, desde el siglo XI hasta el siglo XVIII" (Rojas. J. Los Niños Y su historia. P7), y su planteamiento buscaba descubrir el origen de la separación o el distanciamiento entre padres e hijos, conjunto con dilucidar la delimitación del espacio social que a cada uno le tocó cumplir.

Los cambios en la percepción de la infancia en el siglo XX, conlleva a que la infancia deja de ser un ente invisible, y pasa a formar parte de las problemáticas sociales, individuales y culturales de la época. Se desarrolla una valoración social entorno a la infancia y a la composición familiar.

En América Latina, las investigaciones en relación a la infancia se orientaron en la enfatización de los sentimientos y valoraciones psico-socio-eco-políticos de éstas.

En Chile, los estudios se centraron en la construcción y la formación de la familia, situación que no siempre conllevó a una indagación en profundidad de la infancia, sino no más bien se mencionaba cual era el lugar que ocupaba el niño al interior de la familia.

Se desprende de esto, que la niñez como tal y también como fenómeno social no fue estudiada hasta finales del siglo XX. Dado los múltiples cambios a nivel

social, los distintos procesos y épocas por las cual transito el niño, se subentenderá que este fue siempre parte de los oprimidos y excluidos.

Si bien en algún momento de la historia se tomó en cuenta al niño como una mercancía o mano de obra productiva, las investigaciones que dieron cuenta de ello no indagaron en profundidad las temáticas de infancia, tan solo dieron cuenta del fenómeno social que este implicaba.

En la actualidad, si bien está mucho más en boga el tema de la infancia y sus repercusiones negativas, hoy en día es posible detenernos a observar las perturbaciones que se generan y desarrollar estrategias de soluciones.

Se visualiza como principal obstaculizador del desarrollo óptimo de la infancia a la estructuras familiares disfuncionales. las que no se relaciona únicamente con presentar algún tipo de anomalía o discapacidad, sino más bien a su adaptación a los ritmos de vidas Post-Modernos. La principal característica de esto es que se va deteriorando "la subjetividad de padres y madres en tanto que trabajadores precarizados, impacta en las subjetividad del sujeto-niño, sobre todo del niño en condiciones de pobreza" (Grupo de trabajo "Ñiñez". Equipos de psicología y educación. Universidad de Chile. Conceptualizaciones de la niñez desde la lectura de las políticas públicas e infancia. P58).

A fines de siglo XX, Chile desarrolla el resguardo de la infancia por medio de utilización del concepto “menores”, el cual ha de usarse en procesos judiciales y protección social, y es un sinónimo de infante-niño, que a su vez se utiliza como diferenciador de niños de calle, niños pobres, infractores de ley o niños en riesgo social.

Se plantea la diferencia de los niños de clase medio o alta que no entran en la categoría de “menores”, se visualiza así una infancia vulnerada, parte de un segmento de la población que es víctima de exclusión por tanto el cuidado de estos forma parte de un plan nacional asistencialista, poco atingente a la realidad, pero cuyo objetivo principal es la protección y el resguardo de los derechos del niño con el fin de poder mejorar la calidad de vida.

Se extiende la tipificación de infancia al campo de la salud metal, con la intención de definir un campo de acción integrado, desde lo médico, lo social y lo comunitario. Para esto el plan nacional de salud divide la intervención de los niños en dos campos: el Trastorno Hiperactivo y el Maltrato Infantil *(Ministerio de Salud, 2000)”*

Aunque el campo de intervención de la infancia no tiene un campo acotado, estas más bien “se despliegan y se abren hacia las personas en su integridad […], generalmente se desprecia la reconstrucción que se realiza en la adultez sobre la

niñez, cuando es en esa interacción que se construye una buena parte de lo imaginario y de la realidad de la infancia" (Rojas, J. Los niños y su historia. P. 33).

Los encargados en la actualidad de llevar a cabo investigaciones relacionadas con la infancia y la adolescencia en el campo de lo comunitario es el organismo gubernamental del Servicio Nacional de Menores (SENAME), al cual que se confinó el cuidado y la atención de los niños, niñas y adolescentes en condiciones de precariedad social.

En este último tiempo, ha centrado sus acciones en la irrupción de las vulneraciones de derechos de los niños y adolescentes.

Se entenderá la noción de vulnerabilidad como *"*Un proceso multidimensional que confluye en el riesgo o probabilidad del individuo, hogar, o comunidad de ser herido, lesionado o dañado ante cambios o permanencias de situaciones externas y/o internas" (Busso, G., Vulnerabilidad Social: Nociones e implicancias de políticas para Latino América a inicios del siglo XXI. Seminario Internacional: Las diferentes expresiones de vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe; Santiago de Chile, 2001. Pág.8).

Busso nos plantea que la vulnerabilidad tiene niveles en los cuales varios factores se relacionan entre sí, originado dos esferas de intervención, por un lado la acción social y por otro un espacio de individuación (Busso, G. 2001).

Desde la década del 1990 hasta la actualidad, el SENAME a desarrollado varios escritos con el fin de dar cuenta las labores realizadas en torno a la infancia.

Resulta relevante explicar que las nociones planteadas por este organismo también han sufrido modificaciones a lo largo del tiempo. Un hecho clave es que en la actualidad este estamento trabaja enfoca su labor en la protección de los derechos del niño, por medio de la Convención Internacional de los Derechos del Niño, a la que Chile adscribió en 1990. Ésta "constituye el reconocimiento jurídico de los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos, y el marco global de cualquier propuesta institucional y de cualquier formulación de políticas públicas dirigidas a ese grupo" (SENAME. Un Chile Apropiado para los Niños. Gobierno nacional de chile, 2004. Página 26)

Además, en la actualidad otro estamento jurídico al cual se subscribe las intervenciones relizadas por este organismo se adscribe a la Ley de menores, vigente desde el año 1967. Esta ley se modificó en el año 2002, cuando se aprobó la Ley N° 19.806, la cual plantea que "antes de la modificación legal, se especificaba un catálogo único de medidas de protección, aplicable en principio indistintamente a los niños, niñas y adolescentes inimputables y a aquellos con necesidad de asistencia y protección" (SENAME. Un Chile Apropiado para los Niños. Gobierno nacional de chile, 2004. Página 7)

Actualmente SENAME tiene dos líneas de acción: la protección de los derechos de los niños y el área de responsabilidad adolescente-juvenil, a través de la aprobación de la Ley N° 20.084 en el año 2005.

La mayoría de las investigaciones relacionadas con la infancia son vagas y con poco contenido respecto al contexto en el cual se están desarrollando los niños. En su mayoría estas investigaciones se relacionan con el lugar que ocupa el niño en la familia, en la escuela, etc., y con los mecanismos de opresión que se ejercen ellos.

La mayoría de las investigaciones recientes están enfocadas al incremento delictual y al consumo de drogas en la población infanto-adolecente. Son escasas las palabras que se esbozan en relación a la profundización de los malestares o perturbaciones sociales, psíquicas y emocionales presentes en los niños, niñas y jóvenes pertenecientes al sector más vulnerado de la sociedad actual.

3.2. Psicoterapia.

3.2.1 Nacimiento de la psicoterapia.

El comienzo de la psicoterapia profesional no puede establecerse sino hasta fines del siglo XIX. Esta es una fecha referencial, puesto que no existe con exactitud la data de cuando esta se crea, sino más bien se sabe de ella desde el momento histórico en el cual los teóricos del momento empiezan a hacer referencia escrita sobre ella. "Se suele tomar como fecha de referencia la aparición de la primera obra de envergadura de Sigmund Freud, "La interpretación de los sueños" (la primera edición es de 1900), o la publicación de Freud y Breuer a cerca del famoso caso de Anna O. (Acerca del mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos, 1893), o en el año 1895 que corresponde a estudios sobre la histeria" (J. Kriz. Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. Ediciones Amorrotu, 2007. Capitulo1. Página 22).

En términos epistemológicos, se podría definir psicoterapia como "terapia por la psique, es decir, acción curativa obtenida mediante el empleo de recursos que obran directamente sobre la persona enferma y no sobre su organismo o cuerpo" (E. Mira Y López. Manual de la psicoterapia. Edición Aniceto López, Buenos Aires; 1942. Capitulo 1. Página 11). Si bien esta definición es un tanto reduccionista, fue una de las primeras concepciones que se tuvo de la acción psicoterapéutica a fines del siglo XIX, época en que la psicología era una ciencia nueva, y el trabajo psicoterapéutico era llevado a cabo por psiquiatras.

La psicoterapia se enmarca dentro de los que se llamó *ciencias del espíritu (Geistswissenschaften)*, clasificación que hace de ella una técnica flexible, puesto que lo que se plantea es la imposibilidad de definir los procesos o técnica psicoterapéutica sin antes sucribirla a una teoría que defina al hombre y sus posibles trastornos. Y es dentro del campo de las ciencias del espíritu que surgen las "fuerzas curativas radicadas en la esfera psíquica de su individualidad" (E. Mira Y López Manual de la Psicoterapia. P11).

La revolución científico-técnica, a fines del siglo XIX, promovía una cosmovisión materialista entre sus adherentes y no adherentes, lo que repercutió en las ciencias del espíritu, en especial en la psicología, dado que al ser una ciencia empirista- existencialista fue negada por no contar con métodos científicos físico-químico que pudieran dar cuenta de las repercusiones de los conceptos de enfermedad mental. Es por esto que se empezó a elaborar y utilizar recursos de los esquemas somato-genéticos.

A medida que los años trascurren, la psicoterapia se va afinando y redefie sus criterios de intervención. Su objeto es el "hombre que sufre o que hace sufrir" (E. Mira Y López Manual de la Psicoterapia. P12). Se tomará en cuenta como inicio de la psicoterapia la concepción medica de ésta, la cual busca abordar a hombre categorizado como enfermo, puesto que éste es visualizado como aquel que se

encuentra en sufrimiento y hace sufrir a otros al "hallarse privado de higidez*"* (E. Mira Y López Manual de la Psicoterapia. P12).

Esta corriente medica trabaja en colaboración con la somatoterapia (terapia del cuerpo), con el fin de logara restablecer el equilibrio bilógico del cuerpo, pues u fin es lograr suprimir el sufrimiento humano. Los postulados que presenta la psicoterapia médica permiten identificar que, si bien aún se mantiene la fragmentación del cuerpo y la mente, estos consideran ambos para el restablecimiento de la salud del hombre.

La función de psicoterapeuta en esta época se basaba en una concepción de un *"todo poderoso"*, que suponía un investigador científico de los males que aquejaban a un grupo determinado de la población. Se planteaba, entonces, que el psicoterapeuta se ubica en un tiempo y un espacio que era de un otro, lo que significaba adoptar una posición dialéctica.

Paralelamente, las nociones de enfermedad y de perturbación se hacen un eje central del trabajo psicoterapéutico. La búsqueda de suprimir las condiciones anormales del sujeto significa un reconocimiento de éstos como sujetos ajenos a los cánones sociales establecidos. Los procesos psiquiátricos se enmarcan en la necesidad de corregir las anomalías del alma y de suprimir aquellos sufrimientos que se depositan en el cuerpo (Foucault, M; 2002).

Durante el siglo XIX, una de las terapias que tuvo mayor aceptación por los psicoterapeutas fue la *"Terapia sugestiva",* que se llevaba a cabo a través de la hipnosis. Ésta terapia marca el inicio de los procesos psicoterapéuticos profundos y el comienzo del psicoanálisis.

Ya a fines del siglo XIX y principio del siglo XX, la psicoterapia toma otra característica: se hace predominantemente educadora, psicopedagógica y correctora (E. Mira Y López; 1942). En sí estos aspectos plantean un abordaje normativo, cuyo objetivo es encajar al sujeto enfermo en un forma de de problematización de "Ser-en-.el-Mundo y Vivir-en-el-Mundo" (E. Mira Y López; 1942). En otras palabras, es como el psicoterapeuta debe presentar al sujeto enfermo su representación en el mundo y el sujeto enfermo comprenderá su situación en cuanto decodificación de vivencia y representación de la enfermedad.

Bajo los parámetros existencialistas y fenomenológicos del entendimiento de la enfermedad, la psicoterapia juega un papel fundamental, dado que es por medio de las múltiples trasformaciones en su quehacer, y en sus modificaciones a nivel teórico, que se ha perfilado el cómo se va entendiendo el concepto de enfermedad a través del tiempo y el espacio, no solo a nivel teórico, sino que también a nivel experiencial, es decir, por parte de los mismos sujetos que presentan perturbaciones.

Es así que la psicoterapia comienza a mostrar aspectos existencialista, los cuales buscan preocuparse, no tan solo de la "enfermedad" sino que también busca

integrar los aspectos de “las necesidades vitales; éstas quedan aseguradas por los mecanismos fisiológicos, instintivos y automáticos, cuya acción se acusa en el plano del autoconocimiento bajo la forma de impulsos y emociones” (E. Mira Y López Manual de la Psicoterapia. P25).

Se subentenderá que el ideal psicoterapéutico, durante el siglo XX, busca el cese del sufrimiento humano y logar obtener un estado equilibrado entre el Ser y la psiquis. Esto supone que los conflictos son trasversales y afectan en todo ámbito la vida de ser humano.

La conducta humana, es entendida, entonces, como una reacción al intercambio interno del sujeto con el medio que lo rodea. Lo que se plantea aquí es que las conductas no son mero instinto o respuestas innatas frente a estímulos ambientales, sino más bien “una estructuración significativa de su experiencia y la posibilidad de anticipar en el pensamiento esa conducta y sus probables consecuencias, a fin de obrar intencionalmente” (J. Kriz. Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. P21), para logar llevar a cabo una reestructuración de la conducta negativa.

Como se plantea en un principio, no se tiene claridad de cuando nace la psicoterapia. Lo que si se tiene en cuenta es que en un principio psicoterapia y psicoanálisis eran considerado lo mismo. Es por esto que se hace una distinción entre la psicoterapia médica, la cual se centra en los abordajes psiquiátricos y la

psicoterapia planteada por S. Freud, la cual se encuadra no solo en lo psiquiátrico, sino que también en los efectos de ésta en la configuración de la psicología.

Esto no quiere decir que la única psicoterapia fue la freudiana, dado que durante el siglo XIX se visualizaron "precursores de los abordajes pedagógicos de terapia de la conducta, pero lo prominente en ellos era el aspecto pedagógico, justamente, mientras que el psicoanálisis de Freud se propuso desde el comienzo la psicoterapia de enfermos psíquicos" (J. Kriz. Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. P22). Se define así el quehacer psicoterapéutico, a través de la identificación de representaciones, de la caracterización de conductas específicas del ser humano, además de delimitar lo que es "normal" y "anormal" dentro de una sociedad. Se concibe al ser humano inmerso en un sistema, en donde ocurren intercambios y relaciones que pueden afectar los espacios psíquicos, somáticos y conductuales del individuo. (J. Kriz; 2007)

Con el nacimiento del psicoanálisis surgen nuevas perspectivas y visiones respecto a las enfermedades mentales. Son un conjunto de teóricos tales como Charcot, Janet y Bitter, además del mismísimo Freud, los que ven en la histeria una serie de factores que dan pie al tratamiento de ésta por medio de procesos psicoterapéuticos (que no era denominados de esta manera hasta ese momento).

Se postula de este modo que la sintomatología histérica podría ser producto de una vivencia traumática, a la cual se denomino "trauma psíquico" (lesión) y de la génesis traumática de estos síntomas (J. Kriz, 2007).

La técnica utilizada hasta ese momento para el tratamiento de la histeria era la hipnosis, dado que planteaba la transición del sujeto enfermo a un estado de salud por medio de la apertura de las represiones de tendencia pulsional, planteamientos que llevó a cabo Freud a principios del siglo XIX.

Por su parte Janet plantea la atribución de la sintomatología histérica a *"escisión de la conciencia"*. Bajo este mismo planteamiento Breuer señala que la escisión era un fenómeno secundario, puesto que en la raíz del síntoma histérico se encuentra las "escenas impresionantes pero olvidadas", es decir el trauma. De esta manera, es por medio de la hipnosis que los pacientes reviven y recuerdan aquellas escenas traumáticas olvidadas en el aparato psíquico. Los teóricos buscan por esta vía revivir el trauma como si fuera actual, logrando liberar aquel síntoma siendo éste un estado catártico que purifica al sujeto.

Estas incursiones en la sintomatología de la histeria abren la puerta a la psicoterapia como una herramienta de intervención psíquica profunda y que permite visualizar y estandarizar sus resultados.

Se entenderá así que, a medida que se generaban nuevas corrientes y/o modelos psicológicos, y se reformulaban otras más antiguas, la psicoterapia fue amoldándose a cada una de las necesidades que estas planteaban en su configuración teórica. El rasgo común entre todas ellas, es que su objetivo es el mejorar la dolencia psíquica, fisca y social con la que se presenta el sujeto.

A continuación se expondrá brevemente las principales corrientes y/o modelos teóricos psicológicos que aportaron a la concepción actual del quehacer psicoterapéutico relacionados con la infancia.

3.2.2 Enfoques Teóricos Fundamentales de la Psicoterapia.

3.2.2.1Abordajes psicoanalíticos.

El psicoanálisis surge a fines del siglo XIX, con el supuesto medico de las "explicaciones psicogenéticas de las enfermedades mentales" (J. Kriz. Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. P 30), postulado que se desarrolla mientras S. Freud se encontraba estudiando medicina. En esta época conoce al doctor J. Breur, quien le muestra la técnica de la hipnosis, que utilizaba en pacientes con histeria, parálisis y perturbaciones de la conciencia, entre otros.

Es en este periodo que Freud fue desarrollando su interés por la mente humana y sus diversas perturbaciones. En un comienzo centró su trabajo en los factores sociales del cuadro somático de la histeria. Durante su investigación conoce el trabajo de Charcot y Janet, quienes investigaron el nexo entre la histeria y la hipnosis (J. Kriz; 2007). Estos demostraron que la sintomatología histeria podría ser inducida a través de la hipnosis. Junto con esto se indagó que los síntomas histéricos provenían de una experiencia traumática.

Surge así el concepto de *"trauma psíquico"* y de la *"génesis traumática"*, como conceptos base del sustento teórico del psicoanálisis (entorno al trabajo

desarrollado con la histeria, dado que más adelante estos conceptos se irán transformando).

En 1889, Freud comienza su exploración con las técnicas de la hipnosis y se inspira de Bernheim para la formulación de la técnica de asociación libre. En este contexto desarrolla también las ideas de transiciones entre salud y enfermedad. Más adelante integrará a su investigación los conceptos de represión y de tendencias pulsionales (J.Kriz; 2007).

Del trabajo conjunto que realizaron Feud y Breuner en torno a la histeria, surgen los primeros postulados del cimiento teórico del psicoanálisis de Freud: el libido o pulsión sexual, la conversión, la trasferencia, la idea de lo inconsciente. "La doctrina de Freud ha ejercido y ejerce poderoso influjo sobre el desarrollo de la psicoterapia en general" (J. Kriz. Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. P32). Así, se plantea que la influencia que ha tenido los postulados teóricos de Freud, y del psicoanálisis, han sido trasversales a la mayoría de los abordajes psicoterapéuticos actuales.

A continuación se dará inicio a una breve reseña de los aportes que tuvieron los principales exponentes del psicoanálisis. Se seleccionó a estos personajes, no tan sólo por sus grandes aportes, sino también porque dentro de sus investigaciones y postulados teóricos permiten contemplar más adelante sus influencias en el desarrollo de una psicología infanto-juvenil.

a) **Aportes de Sigmund Freud (1856-1939)**

Freud plantea el psicoanálisis como una corriente terapéutica que abarca por lo menos los siguientes tres campos (J, Kriz; 2007):

a.- Un método de investigación de procesos psíquicos, a través de núcleos que constituyen la asociación libre y la interpretación de los sueños.

b.- Una teoría psicológica de la vivencia y la acción humana, en la cual podemos encontrar la doctrina de las pulsiones, la teoría de la personalidad, la psicología del desarrollo y la doctrina de la neurosis.

c.- Es un procedimiento que busca tratar las perturbaciones psíquicas. Para esto los núcleos principales teóricos que abordan los fenómenos se dan por medio de la transferencia y de la contratransferencia, el análisis de las resistencias y las técnicas de interpretación.

Los postulados descritos previamente forman el eje de la intervención psicoterapéutica psicoanalítica de Freud. A este autor se le reconoce una extraordinaria y abarcadora teoría, la cual va desde el campo de las patologías, la concepción del ser humano dentro de los procesos histórico-sociales hasta las configuraciones de éstas en las estructuras de poder y dominación (estructuras socioeconómicas).

Las ideas que propuso tuvieron una fuerte llegada en mucho teóricos de la época, los cuales, poco a poco, fueron adoptando estos postulados y sus implicancias psicoterapéuticas. Se forma así, en 1907 *"la sociedad psicoanalítica de los miércoles",* lugar donde se logro aunar criterios para luego expandirlos al resto de Europa y el mundo.

El desarrollo de estos grupos de discípulos de Freud, permitieron dar aires de frescura a los postulados de Freud, además de permitir al propio Freud modificar algunos de principales ejes teóricos, junto con plantear nuevas vertientes teóricas que se fundamentaban en sus postulados.

Es relevante para esta investigación esbozar la importancia que tuvo Freud en el análisis de la psique del niño, por medio de sus investigaciones del desarrollo psicosexual, las que sirvieron de cimiento para posteriormente exponer las fases de la libido infantil o del desarrollo psicosexual infantil.

Cada una de estas fases serán desarrolladas más en profundidad en el apartado de psicología del desarrollo, en esta oportunidad solo procederé mencionarlas.

Fases infantiles de la libido:

- Fase Oral.
- Fase Anal.
- Fase fálica
- Latencia.

La confección de estos postulados permitió que posteriormente Freud desarrollara un nuevo postulado en el que aunaba sus ideas referentes a las dolencias psíquicas o perturbaciones provenían de traumas infantiles. De esta manera Freud propone un nuevo postulado en su teoría psicoanalítica: el complejo de Edipo.

a,1)El edificio teórico de Freud.

El primer postulado del edificio teórico de Freud es la teoría del trauma, la cual surge de la experiencia de su trabajo con la sintomatología histérica. Durante su investigación, nota que mediante la hipnosis y los procesos de asociación libre la persona histérica experimentaba sensaciones de alivio.

Este alivio que observo Freud en varios de sus pacientes no era definitivo. Percibió, a través de material producido por medio de las asociaciones libres y por el contenido de estas, que la causa del síntoma histérico es un trauma temprano (Kriz. J; 2007). "La hipótesis central fue que la causa genuina del efecto terapéutico se situaba en el recuerdo y la revivencia de la experiencia traumática" (Kriz, J. Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. P49). Este proceso lo denomino "método catártico", el que fue abandonado prontamente.

Años más tarde, notó una contradicción en los procesos hipnótico, ya que tienden a disfrazar los orígenes del síntoma, actúan como "método que tiende a encubrir, y el recuerdo y actuación de los afectos, actúa como método que tiende a

descubrir" (Kriz, J. Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. P49). Además descubre en la catarsis de algunos de sus pacientes la proliferación de temáticas con contenido sexual.

Este descubrimiento lo llevo diseñar su teoría de la libido. Con esto da un vuelco a sus postulados anteriores, separándose de lo planteado por Breuer. Asegura que las experiencias traumáticas se deben a traumas de orígenes sexuales infantiles, "Entonces, el síntoma reflejaba el conflicto entre el recuerdo y la defensa frente a ese trauma. Con posterioridad (hacia 1897) abandonó esta hipótesis; en lugar de vivencias reales de seducción sexual supuso que obraban fantasías del paciente" (Kriz, J. Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. P50).

El abandono de este postulado de Freud significó el inicio tangible del psicoanálisis.

"En el empeño de descubrir un método mejor que la catarsis hipnótica para traer a la luz lo reprimido, Freud intentó primero sustituirla por una técnica de concentración" (Kriz, J. Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. P50), **para** luego incluir en el diagnóstico el método de asociación libre, el cual busca que el paciente, por medio de un estado regresivo y distendido, enunciara todo aquello que se le ocurriera sin ejercer censura alguna sobre lo que estaba siendo hablando, lo que le entregaba al psicoterapeuta indicios verbales de aquello que se escondía en el inconsciente y generaba en el sujeto un gran malestar.

Ya entrado el siglo XX, Freud incluye nuevos estamentos teóricos, los que se perpetuarán en la labor psicoanalítica por décadas. Estos consisten en la formulación de un modelo tópico que diferencia el aparato psíquico en sistemas parciales.

Con esto se entiende que el aparato psíquico se dividirá en tres subsistemas: inconsciente, preconsciente y consciente. Se entenderá que lo "preconsciente puede ser traído a la conciencia en cualquier momento, y lo inconsciente, comúnmente, no" (Kriz, J. Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. P51).

Se plantea así el método de tratamiento psicoanalítico, el cual encuadra el trabajo analítico en la resistencia del paciente a hacer consciente aquello que aún forma parte de lo inconsciente, y es tarea del analista ayudar al paciente a traer lo reprimido a la conciencia para así acceder a su cura.

Otro postulado importante dentro del esqueleto teórico de Freud fue la idea de transferencia, la que primeramente estaba abocada a traspaso de vivencias afectivas entre paciente y terapeuta y como éstas permitían el desencadenamiento del proceso de cura.

En sus trabajos sobre la histeria y la neurosis de angustia, Freud hace referencia a la emergencia de una energía cuyo origen proviene de la excitación sexual. A esta energía la denominó Libido, la cual es una energía de pulsión sexual. Esta energía pasa por diferentes fases; desde el desarrollo infantil hasta la vida adulta.

“La acumulación de excitación sexual se trasmuda, sin mediación psíquica directamente en síntomas sobre todo, en angustia”. (Kriz, J. Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. P52)

El último de sus postulados ilustres en el psicoanálisis, se desarrolló cuando realizaba sus investigaciones sobre la neurosis y a los conflictos psíquicos que se producían en ella, en ese proceso logro identificar, mejor dicho redefinir los sistemas psíquicos en: Yo, Ello y Superyó. El propósito del psicoanálisis fue definido entonces por Freud así: “Donde ELLO era, debo YO devenir” (Kriz, J. Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. P53).

Explicó que cada elemento del aparato psíquico constituye provincias del aparato anímico, las cuales definen sus interacciones a través de: “el Yo, que debe mediar entre los deseos pulsionales del Ello y las exigencias del Superyó (conciencia moral) y lograr una adaptación a la realidad” (Kriz, J. Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. P53).

Freud define al Yo como: consciencia, percepción, pensamiento, lenguaje, mecanismos de defensa, etc., donde su función se basa en la mediación entre las necesidades emocionales y “los impulsos pulsionales de un cumplimiento acorde a una realidad” (Kriz, J. Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. P57).

En otras palabras el Yo se encarga de mantener el vínculo con la realidad. El Yo es el mediador entre el Superyó y los conflictos que se puedan dar con las normas y el mundo circundante; El Ello se entenderá como el lugar donde se agitan las pulsiones biológicas originarias, se trata de las necesidades elementales e impulsos primarios. Este recibe su energía de los órganos internos del cuerpo, y se mantiene totalmente desconectado con el mundo exterior. Sus conflictos principales se dan justamente con el mundo exterior, puesto que con esto siente el riesgo de muerte.

El Superyó, en tanto, es una instancia donde encontramos presente las ideas valorativas morales y éticas. Se incluye en el campo normativo de mandamientos y prohibiciones. Forma parte del mundo interior del sujeto como una instancia de conciencia moral que no excluye lo exterior sino más bien modera las instancias internas con los conflictos externos.

En relación a el primer postulado de configuración de aparato psíquico de Freud (consciencia, preconsciencia y inconsciencia) se puede plantear que si bien no cumplen la misma función que la actual división psíquica, estos están relacionados a través de la función *yoica*.

Dentro de los planteamientos teóricos resulta fundamental mencionar la labor que significó el desarrollo de las nociones de energía, las que posteriormente se conocerán como pulsiones. Se distinguen dos tipos fundamentales de pulsiones mentales: *Eros y Tanatos (Kriz, J; 2007).*

-*Eros:* Conocida también como pulsión de amor o de autoconservación, se caracteriza por tener presente el principio del placer y ser fundamento en la reproducción humana. La energía que se encuentra en su base se denomina libido.

-*Tanatos:* Conocida también como pulsión de muerte o de destrucción, su fundamento según Freud es la persecución de la disolución de las conexiones interiores con el objetivo de destruir lo que ahí está presente. El tanatos busca resolver las tenciones provocadas por vivencias traumáticas por medio de retroceder aquellas vivencias.

a.2) Técnica de terapia psicoanalítica de Freud.

En relación a las técnicas psicoterapéuticas como tal, se puede decir que su foco de trabajo se centró en la realización de procesos que permitieran al paciente traer a la conciencia aquel trauma que se encuentra en el inconsciente, con el fin de sanar la dolencia por la cual consulta. Dicho de otro modo: "el terapeuta se alía con el Yo del paciente que está debilitado por el ello y el superyó, a fin de liberar lo reprimido; esto conduce al pacto que se establece sobre la llamada regla fundamental*"* (Kriz, J. Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. P67).

La terapia psicoanalítica se considera un análisis profundo, donde se pretende escarbar en lo más profundo de la mente y el alma del paciente, con el fin de detectar las perturbaciones que ahí se encuentran y que no lo dejan vivir tranquilamente.

El encuadre típico para llevar a cabo una sesión analítica trata de**: "**el paciente yace en un diván con el analista detrás. El paciente no puede ver al analista y se encuentra en una posición distendida, semejante a la de un niño pequeño; esto persigue el propósito de facilitar las tendencias regresivas, el recuerdo del material correspondiente, la declaración de asociaciones aunque sean penosas y agobiantes, así como el desarrollo de la transferencia" (Kriz, J. Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. P68).

Una de las formas más utilizadas por Freud como sustento de sus terapias era la interpretación de los sueños. Para él parte de los sueños provienen del Yo, por las cuales "el pensamiento onírico latente primario (es decir el impulso del Ello) es transformado por medio de aquella desfiguración en el contenido onírico manifiesto" (Kriz, J. Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. P69). Los aspectos a considerara en relación a este punto son:

- Desplazamiento.
- Condensación.
- Composición y lógica y figural.

b) Aportes de Alfred Alder (1870-1937)

El principal aporte de A. Alder a la psicoterapia fue lo que se denomino "Piscología individual", cuyas características se destacaron por abordar los aspectos sociopsicológicos de desarrollo y las variabilidad de las perturbaciones psíquicas (Kriz, J; 2007). Para él era más importante la representación simbólica de estos mismos en relación directa con el intercambio con el ambiente. El desarrollo de este postulado lo llevó a distanciarse del círculo de discípulos de Freud.

Los postulados centrales de la psicología individual son el sentimiento de inferioridad y su contraparte, la necesidad de hacerse valer, el estilo de vida y el plan de vida, "en los que se expresan estrategias inconscientes del individuo en su trato con el ambiente" (Kriz, J. Corrientes Fundamentales en psicoterapia. P74). Es el primero en incluir dentro del proceso psicoterapéutico a los factores psicosociales.

La vivencia de inferioridad tiene una contraparte que es la tendencia simultánea de compensación de sentimiento. Por otro lado, el afán de hacerse valer, "se trata de una tendencia a afirmar la autoestima, de una aspiración hacia lo alto, que brota de una propuesta contra el sentimiento de inferioridad"(Kriz, J. Corrientes Fundamentales en psicoterapia. P75).

En función de lo antes mencionado, Alder plantea que el estilo de vida del sujeto es un objeto de consideración teleológica, puesto que este permitirá que el individuo alcance sus metas. Se plantea también que este plan de vida se da en el plano de lo inconsciente. El autor sugiere que esta idea surge en la primera infancia y se va posicionando en diferentes ámbitos a medida que el ser humano se va desarrollando.

La psicología individual se entiende como una psicología comprensiva e integradora, su objeto de estudio es un ser humano completo, es decir, no descompone al ser humano por parte o factores aislados o por influjos "acorde a leyes causales" (Kriz, J. Corrientes Fundamentales en psicoterapia. P78). Se plantea que el objetivo de ésta no es una formulación causa-efecto, sino que lo se busca es observar el estilo de vida que tiene el sujeto, es decir, mirar su funcionamiento.

Para llevar a cabo los sistemas referenciales o los estilos de vida planteado por Alder se distinguen dos sistemas de referencia:

- Sistema de referencia primario, el cual se desarrolla durante la primera infancia, se centra en los sentimientos, es subjetivo, se plantea por medio de referente simbólicos analógicos. Forman parte de la base de la conducta egoísta y de superioridad personal en los niños

- El sistema de referencia secundario se adquiere otra vez del desarrollo de sociabilización, es lógico y racional se da a través de las normas y reglas, prevalece a través de símbolos digitales (Kriz, J; 2007).

b.1) Técnica de terapia psicoanalítica de Alder.

Los postulados terapéuticos de Alder consisten en que por medio de una buena y preparada educación, los niños se encontrarán más preparados para la vida. Plantea que durante la primera infancia se deben atender las necesidades primarias del niño y desarrollar una relación en base a ternura y calidez. Durante la segunda etapa de la infancia, Alder considera que el principio fundamental de la educación es el amor. Dentro de su postulado critica fuertemente la sumisión de los individuos a través de la fuerza.

Su trabajo terapéutico se centra en la comprensión de aquello que le es relatado por el paciente. Dentro de ese espacio, la labor del terapeuta es que por medio de la comprensión logre que el paciente entienda que puede que esté cometiendo un error. Este encuadre tiene una orientación de "trabajo cognitivo destinado a modificar el estilo de vida" *(Kriz, J; P86),* lo que sin duda resulta indicado al momento de situar la perturbación en el campo del sistema referencial secundario *(Kriz, J; P86).*

c) Aportes de Carl Jung (1875-1961)

La psicología analítica constituye una de las tres grandes escuelas de la psicología profunda. El autor Carl Jung llamó a su escuela de psicología profunda "psicología analítica" en un comienzo, para luego denominarla "psicología compleja"

La comprensión que tiene Jung de la psique se caracteriza por pares de conceptos polares: "consciencia-inconsciente, introversión-extroversión, pensamiento-sentimiento, sensación-intuición, animus-anima" (Kriz, J. Corrientes Fundamentales en psicoterapia. P92). Estos pares constituyen el edifico conceptual de su teoría de los tipos.

Para Jung la psicología es una ciencia de la consciencia, la cual presenta diferentes matices de claridad. La consciencia, se presenta como "yo consciencia", la cual se desarrolla retardada en la infancia, y es concebida como un estado presente y en alerta. Lo inconsciente forma parte de lo que no se ve, es decir de aquello que es interno.

Plantea una relación fluida entre consciente e inconsciente, por medio de las vías de compensación. "Jung presentó la Psique sobre la base de esta relación compensatoria, como un sistema autorregulador que se puede comparar con el mecanismo homeostático del cuerpo" (Kriz, J. Corrientes Fundamentales en psicoterapia. P93).

Se comprende el yo, se moviliza entre lo consciente y lo inconsciente, toma contenidos inconscientes y del mundo exterior. Define la conciencia como aquello que da una "orientación hacia el mundo exterior; sólo tardíamente en la serie filogenética, según Jung, se ha desarrollado como un aparte de lo inconsciente" (Kriz, J. Corrientes Fundamentales en psicoterapia. P93).

En estos postulados teóricos Jung plantea la distinción de la conciencia en dos estamentos:

- Ectopsique: sistema de conexión entre los contenidos de la conciencia y las impresiones del ambiente. A este proceso se le atribuyen las funciones de sensación, pensamiento, sentimiento e intuición.
- Endopsique: sistemas donde se conjugan los contenidos de la conciencia y los procesos que transitan en lo inconsciente. Este sistema presenta las siguientes funciones: memoria, componentes subjetivos de las funciones conscientes, emociones y efectos, e invasiones.

De igual modo, Jung divide el inconsciente en dos dominios: el inconsciente personal y el inconsciente colectivo.

En esta investigación se comprende el inconsciente personal como aquel que contiene material de origen, como su nombre lo dice, personal: lo pensado, lo olvidado, lo reprimido, lo sentido. Por otro lado, se considera inconsciente colectivo el contenido

material que no es adquiridos por la persona, que es independiente de la cultura, y tiene un carácter mitológico. (Kriz, J. 2007)

c.1) Principios de la terapia Junguiana.

En la psicoterapia analítica se propone el crecimiento personal por medio de la autorrealización. Se diferencia así de otros postulados psicoterapéuticos psicoanalíticos, dado que lo que se pretende es curar los síntomas que perturban al sujeto.

Su eje principal de intervención es el inconsciente, al igual que las otras vertientes del psicoanálisis. Jung cree que por medio de la interpretación de los sueños es posible llevar a cabo un proceso analítico de calidad. Posteriormente desarrolla el trabajo de la conexión simbólica, es decir, que a través de la simbolizaciones es posible traer a "los conflictos y los procesos energéticos globales del acontecer psíquico se trasmuta en imágenes simbólicas en el sueño*"*(Kriz, J. Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. P102).

El procesos terapéutico, al ser prioritariamente individual, trata de admitir e integrar la naturaleza de lo inconsciente. La labor del terapeuta no debe ser enjuiciadora, debe prestar oídos a aquello que surja en la terapia.

d) Aportes de Wilhelm Reich (1889-1974)

Este exponente de teoría psicoanalítica, el que fue perseguido, menospreciado y exiliado de varios países de Europa por ser judío y por sus ideas respecto a la biofísica del orgón, la que plantea como una forma de energía que aun no había sido investigada.

Una de sus grandes fundamentos teóricos fue la vegetoterapia. Esta teoría tiene su origen en las energías, las que son base del funcionamiento del organismo, pero sobretodo destacó la potencialidad orgásmica como principal fuente de producción de energía.

La potencia orgásmica que aquí plantea Reich, no se debe considerar como la culminación de satisfacción que produce en acto sexual, sino mas bien se trata de "la capacidad de entregarse, sin inhibiciones ni bloqueos, a la corriente de la energía biológica que se descarga preferentemente en contradicciones musculares involuntarias; abarca, por lo tanto, la relación total de un individuo con su cuerpo y su pareja*"* (Kriz, J. Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. P110).

En los postulados de Reich, surge la estructuración del carácter por medio de la configuración de la neurosis. Entorno a esto, la terapia consiste en resolver los endurecimientos o corazas, con el fin de lograr que vuelvan a fluir las energías ligadas a la emociones, la cuales se habrían "solidificado".

Se platean las siguientes funciones en el desarrollo de las representaciones psíquicas de dominio corporal (Kriz, J. 2007. P112):

- La excitación psíquica es funcionalmente idéntica a la excitación corporal.
- La fijación de una excitación psíquica sobreviene por el establecimiento de ciertos estados vegetativo de inervación.
- Este alterado estado vegetativo altera la función del órgano.
- El significado psíquico del síntoma orgánico no es otra cosa que la postura corporal en la que se expresa el sentido psíquico.
- El estado vegetativo fijado reactúa a su vez sobre el estado psíquico; la percepción de un peligro real produce los mismo efectos que una innervación simpatoticotónica; ésta aumenta la angustia; la angustia acrecentada reclama un acorazamiento que es asimilable a la ligazón de energía vegetativa en el acorazamiento muscular.

Los postulados de Reich son la base para que más adelante se desarrolle la teoría bioenergética.

e) Aportes de Eric Berne (1910-1970)

En 1956, Berne postuló nuevas concepciones, tanto con respecto a la personalidad como a la interacción social y a la psicoterapia, a través del análisis transaccional, el cual toma postulados del psicoanálisis de Freud, de la psicología individual, e integra nociones de la psicología humanista, de la psicología social y de las teorías del aprendizaje.

Del psicoanálisis toma las nociones de energía y libido y de modelo estructural; de la psicología individual toma la expectativa social, el plan de vida y la constelación familiar. "Berne quiso asimilar su análisis transaccional diversos campos del saber, y elaborar sobre esa base una forma de terapia comprensible para la mayoría de las personas y fácilmente comunicable*"* (Kriz, J. Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. P 135).

La concepción de hombre que se tiene en el análisis transaccional es la de un ser singular, total, que se plantea en la autorrealización y en la responsabilidad personal (Kriz, J. 2007). De esta manera la terapia transaccional pretende lograr la autorrealización del sujeto

Los conceptos centrales de la teoría de análisis transaccional son (Kriz, J. 2007. P136):

1.- Análisis estructural, por medio del cual se puede aprehender con fines diagnósticos la estructura de la personalidad.

2.- Análisis transaccional (en el sentido estricto), que permite establecer de manera sistematizada tramos específicos de comunicación.

3.- Análisis del juego, que refiere categóricamente las transacciones a modelos típicos (juegos), muchos de los cuales son estereotipos patológicos.

4.- Análisis del guión, que consiste en la dilucidación del plan de vida personal desde el cual las transacciones se plasman como otras tantas manifestaciones actualizadas.

Berne plantea la existencia de tres escuelas de análisis transaccional:

- La escuela clásica en la que el yo adulto, se sitúa en primer plano. Se presentan a través del terapeuta nuevas formas de pensamiento y conductas por medio del guión y el juego.

- La escuela de la catexis, enfocada al yo padre, dado que plantea "adoctrinamientos" para luego cambiarlos. Su enfoque es más cognitivo.

- La escuela de la redecisión, que busca la autoregularización de la personalidad a través de los procesos organísmicos.

Dentro del análisis transaccional encontramos otro método de intervención, el que busca dar un mensaje imperativo del terapeuta dirigido al yo adulto del paciente y destinado a suspender el mandamiento básico destructivo de los padres.

La terapia de análisis transaccional se configura por medio de la integración de varias técnicas de intervención, de varias corrientes terapéuticas, como por ejemplo “la silla vacía, el trabajo sobre los sueños y el trabajo corporal, los juego de roles; o se combina el análisis transaccional con técnicas de terapia de la conducta, tales como la reestructuración cognitiva, la desensibilización sistémica, los contratos terapéuticos” (Kriz, J. Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. P151).

3.2.2.2 Abordajes Cognitivo Conductual

En relación a los aportes teóricos cognitivo conductuales a la psicoterapia podemos decir que se caracteriza por un abordaje que presenta una gama de enfoques distintos.

La terapia de la conducta es esencialmente un abordaje cuya perspectiva se basa en las teorías del aprendizaje y el tratamiento a las perturbaciones, que son visibles mediante las conductas. Éstos procesos se realizan análogamente con los abordajes psicológicos y empíricos-experimental.

El inicio de esta perspectiva comienza entre los años 1953-1959. La designación conductista fue introducida inicialmente por B.Skinner y luego por J.Wolpe.

Entre los años `60 y `70 se introducen lo modelos de aprendizaje, a través de los planteamientos de Bendura y Lazarus: estos hacen una integración mucho mas heterogénea de los conceptos y los aspectos de la cognición. Se consideró terapia de la conducta, como corriente, recién en la década de los sesenta.

Durante el siglo XX surgen más teóricos que comparten los planteamientos de la terapia conductual. Uno de ellos es I. Pavlov a través del reflejo condicionado, lo

siguió L. Theorndike por medio de la ley del efecto y finalmente, pero no menos importante, el señor B. Watson con el conductismo propiamente tal.

Plantearemos estos abordajes a través de dos hitos históricos. El primero tendrá que ver con la formación y configuración de los aspectos teóricos de la teoría cognitiva, y el segundo estará más enfocado a la introducción de estos conceptos en la teoría del aprendizaje.

a) Aportes de Ivan Pavlov (1849-1936)

Su principal aporte a las teorías de la conducta fue lo que él denominó reflejo condicionado, el cual plantea la relación entre estimulo y respuesta.

Este autor fue mundialmente conocido por su experimento de condicionamiento de salivación de los perros. Además es el precursor de las nociones de condicionamiento clásico, las que se definen como "el punto de partida es un esquema (innato) de estimulo-reacción, en que un estímulo intencionado sigue una reacción incondicionada." (Kriz, J. Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. P158).

b) Aportes de Jhon Watson (1878-1958)

El conductismo se consideraba a sí mismo como una "teoría de la ciencia y metodología de la investigación" (Kriz, J. Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. P161).

Watson sostenía que la psicología era una ciencia objetiva, pura y natural, esta concepción se basaba en las normas de la física y las ciencias puras.

Bajo estos postulados se entiende que los planteamientos propuestos por Watson se limitaban a una psicología objetiva la cual se contrapone totalmente con los postulados planteados por el psicoanálisis y directamente con los procesos de introspección.

Watson, dentro de sus planteamientos, centró su construcción teórica en los conceptos estimulo-reacción y en la base de los refuerzos por medio de las conductas.

c) Aportes de B. Skinner.

Su principal enfoque teórico fue el condicionamiento operante. Logró distinguir varios factores dentro de la conducta, los más relevantes son que la conducta va a ser respuesta al estimulo que lo desencadena y, en segundo lugar, la conducta operante, como una forma de recreación de supervivencia.

El condicionamiento operante puede ser entendido como la reacción-efecto que "sobreviene cuando determinada (re) acción, en determinada situación, recibe un premio "adecuado a la pulsión": así aumenta la probabilidad de que esta reacción se produzcan en una situación semejante, o sea que la reacción es reforzada o se convierte en una reacción instrumenta"l *(*Kriz, J. Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. P169).

d) Aportes de A. Ellis.

Un exponente importante de la teoría del aprendizaje es Albert Ellis, quien plantea la terapia racional-emocional en la década `50. Centra su interés de atención "a cogniciones disfuncionales (valoraciones, conclusiones, ideas, etc.) de los pacientes (en la forma de sistemas de creencias) y a la importancia para el deterioro del bienestar psíquico o para la explicaciones de las perturbaciones de la conducta" *(Kriz,* J. Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. P213).

La terapia racional-emotiva incluye a las terapias cognitivas de la conducta pero no trabaja exclusivamente con ellas. El desarrollo de esta terapia, inicialmente, es paralela a las terapias de la conducta y a las cognitivas de la época de los `50. Su concepción de la noción de enfermos se basa en su apreciación de las perturbaciones cognitivas y las representaciones simbólicas de la conciencia y la conducta.

Su eficacia radica en una acción metódico-práctico: "la intervención terapéutica y también de la génesis y mantenimiento de las perturbaciones psíquicas es, según Ellis es el pensamiento; dicho con más precisión: unos procesos cognitivos disfuncionales que están representados en la forma de actitudes racionales o de conglomerados o sistemas de éstas, y se asocian con conclusiones falsas, hipergeneralizaciones, simplificaciones indebidas, etc." *(*Kriz, J. Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. P207).

Ellis plantea el esquema **"A-B-C"** de la terapia emotiva, la cual sugiere que un suceso **A** genera determinadas consecuencias, las que se dan por medio de los sistemas de creencias. Dicho de otra forma: el suceso **A,** que puede ser una experiencia, se determina por un sistema **B,** que son los sistemas de creencias, y que conllevan a una respuesta o consecuencia emocional o conductual, que es el suceso **C**.

Las perturbaciones existentes dentro de este sistema planteado por Ellis son las que según él generan las disfunciones o patologías, las que se presentarán bajo el concepto de creencias irracionales. Es la labor del terapeuta hacer que estas creencias irracionales se conviertan en creencias racionales y, en función de esto, el autor plantea la ideología "Must-turbatorias".

Uno de los pasos más relevantes en la terapia racional- emotiva consiste en la prolongación del esquema **A-B-C** en **D**, esto con el "fin de que se pueda establecer con el paciente un dialogo socrático sobre sus creencias irracionales, sus ideas irracionales centrales, y ponen en descubierto el influjo destructor que ejerce sobre *C" (* Kriz, J. Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. P 211). Para esto es necesario que el terapeuta proporciones un efecto cognitivo conductual sobre el paciente a través de una reorientación filosófica en su sistema de creencias.

Ellis, sostiene *"*que el abordaje racional-emotivo es de naturaleza didáctica, y que a su juicio la relación terapeuta-cliente es una relación maestro-discípulo" *(*Kriz, J. Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. P212).

Para el abordaje de las terapias racional-emotivas, él les propuso una intervención en tres niveles: emotivo, conductista y cognitivo.

3.2.2.3 Abordajes Humanistas.

Las corrientes humanistas se suelen definir como la “tercera fuerza” en la psicología. Esta nace como un movimiento que aúna diversos abordajes teóricos, que se desarrollaron independientemente unos de los otros, y fue fundada a principio de los años `60 en los Estados Unidos.

Entre las corrientes fundamentales que construyen el sustento teórico de las corrientes humanistas encontramos a la teoría Gestáltica de Fritz Perls y la psicología del diálogo de Karl Rogers. Además para esta investigación resulta relevante incluir la Logoterapia de Viktor Frankl y el Psicodrama de Iacob Moreno.

Este movimiento teórico se caracterizó por sus intentos de que se concibiera la psicoterapia desde una perspectiva nueva, descuadrándola de los preceptos teóricos, y planteando una psicología de acción.

El planteamiento humanista se construye a través de raíces filosóficas diversas: toma en cuenta el existencialismo, la fenomenología, el humanismo clásico y el humanismo francés.

La perspectiva de la imagen del hombre que plantea esta corriente se sustenta en la relación de este con otros y su entorno. A modo de síntesis, esta imagen de hombre debe tener presente las siguientes características: el hombre tiene una

interdependencia social y una autonomía; debe lograr la autorrealización; se orienta hacía el cumplimiento de metas y al sentido de éstas y finalmente el hombre tiene que ser visto como una totalidad, es decir como “GESTALT”, una conformación total de sentimientos y razón, de alma y cuerpo. (J. Kriz, 2007)

a) Aportes de F. Perls.

Uno de los referentes teóricos de la perspectiva humanista es el aporte de la psicología de la Gestalt, donde su principal exponente es Frederik Perls.

Perls integra en la terapia gestáltica diversos abordajes y corrientes psicológicos, basándose en el patrimonio teórico-psicoanalítico. Plantea que la "terapia gestáltica se desarrolló preferentemente desde la práctica terapéutica (psicoanalítica al comienzo) por efecto de influjos personales, teóricos y de cosmovisión" *(*Kriz, J. Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. P 231).

El fundamento conceptual de esta terapia se basa en los sentimientos como necesidades y experiencias que vivencia el mismo sujeto, y cómo estas se desarrollan en el entretejido social con influencia directa en la psiquis del sujeto. Su concepción del ser como un todo hace que su intervención vaya más allá de la individualización de éste.

Dentro de sus planteamientos terapéuticos, busca las transformaciones o asimilaciones de las experiencias y las vivencias como una construcción de algo propio, planteando en este sentido procesos perturbatorios denominados *introyección y proyección*. A través de estos se pretende la configuración del sí mismo.

El trabajo terapéutico que se plantea es desde afuera hacia adentro, para esto Perls plantea las siguientes fases (Kriz, J. 2007):

1) Fase del clisé: El individuo no es capaz de alcanzar encuentros intensos, tiene una conducta inauténtica, retorica, regida por el clisé ritualizado.
2) Fase del juego de roles: Pautas rígidas de rol y una espontaneidad escasa ayudan a evitar un contacto demasiado intenso consigo mismo y con el medio, las necesidades son en parte reconocidas, pero las más de las veces no se las acepta.
3) Fase de bloqueo: Se difunde una sensación de vacío, de desconciertos y de ausencia de salidas.
4) Fase de implosión.
5) Fase de explosión: Las necesidades y los sentimientos que habían sido bloqueados, segregados y evitados, se expresan ahora de manera que es plenamente adecuada a la situación del medio.
6) Fase de elaboración: En esta fase el individuo integra en el orden de la vivencia la identidad nueva.
7) Fase conclusiva de modificación de la conducta.

Lo que nos propone la teoría gestáltica es que no supone límite alguno teórico práctico para la inclusión de esta con el paciente, es decir es una de las pocas corrientes que permite mezclar diversos aspectos de otros postulados teóricos.

b) Aportes de Karl Rogers.

El aporte fundamental que Rogers hace a las terapias humanistas es la psicoterapia del diálogo, o también conocida como la psicoterapia centrada en el paciente. El desarrollo de esta terapia, que tiene su culminación a fines de los 70`, es planteada en cuatro fases:

1. La fase de la terapia no directiva, desarrollada en los años `40, que trata esencialmente de ofrecer al paciente un espacio de seguridad y de amparo: "las intervenciones terapéuticas se caracterizan principalmente por la permisibilidad o no directividad. Están exentas de toda forma de dirigismos, y en cambio se sustentan en la calidez, simpatía y la aceptación como actitudes básicas*"(* Kriz, J. Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. P 249). Se plantea acá que las perturbaciones no será consideradas como enfermedad.

2. La fase de verbalización de sentimientos, la cual tiene lugar entre la década del `50 y del `60. Se concentra en ella la aceptación del mundo de los sentimientos del paciente, con el fin de que pueda alcanzar una percepción de sí mismo y logre reflexionar sobre aquellos sentimientos que le producen malestar "las intervenciones del terapeuta los intentos de obtener un esclarecimiento cognitivo de los problemas del cliente ceden al paso a una verbalización de sentimientos*" (*Kriz, J. Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. P 250). En esta fase Rogers plantea tres variables necesarias para

llevar a cabo la terapia: la apreciación positiva y calidez emocional, la autenticidad y finalmente la comprensión empática.

3. La fase del centramiento de la vivencia, que se inicia a mediados de la década del ’60. El propósito de este es la integración de la psicoterapia del diálogo que buscan promover las vivencias del sujeto, a través de las nociones de experiencias y enfoque.

4. La fase de ampliación e integración, que tiene lugar en la década del ’70. Se da una mirada renovada de la psicoterapia del diálogo a través de la adaptación de variados abordajes, perspectivas teóricas y técnicas de intervención psicoterapéuticas.

c) Aportes de Viktor Frankl.

La relevancia de incluir a este teórico radica en el planteamiento del abordaje humanista a través de la Logoterapia.

La logoterapia fue elaborada por el autor en la década del `20, donde postula dar con el "sentido" a los padecimientos de malestar en la vida del sujeto.

Su investigación se desarrolla en torno a su profundización de las perturbaciones neuróticas. Logra diferenciar distintas formas de neurosis, las cuales categoriza de la siguiente manera *(Kriz*, J. Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. P271):

1) La neurosis noógena, que constituye un descubrimiento especifico de la logoterapia.

2) Neurosis somatógenas que responden a causas físicas con efectos en el dominio psíquico.

3) Enfermedades psicosomáticas, que son de desencadenamiento psíquico, pero se acompañan de noxas físicas.

4) Neurosis reactivas, que de igual modo son soportadas en común por psique y el cuerpo, y cuyos síntomas principales son de naturaleza psíquica

5) Neurosis psicógenas, que son de causación psíquica (pero que también pueden tener efectos físicos).

d) Aportes de Iacob Moreno.

Lo importante de este teórico es la profundización de lo que se denomina psicodrama. Su principal interés fue el trabajo con niños, a través los insumos psicológicos depositados en el juego.

La esencia de la técnica del psicodrama centra su labor en la acción humana, a través del ejercicio de los roles, en donde el papel del sí mismo busca representarse a través de otro. A esto Moreno lo denominó *rol* (J.Kriz, 2007)

Esta concepción se puede distinguir como categoría o como acción: el primero se enmarca dentro de las pautas de acción propuestas por la sociedad, y el segundo se presenta a través del aquí y el ahora "que constituyen el yo o el sí mismo" *(* Kriz, J. Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. P 276).

Bajo estos planteamientos es que Moreno denota una concepción del ser humano por medio de lo que él denomina Átomo Social, el que se configura por medio de cuatro aspectos: espacio, tiempo, realidad y cosmos (Kriz, J. 2007).

En la práctica, los procesos psicodramáticos están enfocados a trabajos con grupos, pero de igual manera se pueden dar a nivel individual. Para llevar a cabo un proceso psicodramático, es necesario contar con los siguientes elementos: un

escenario o lugar de representación, un protagonista, un director de escena, co-autores o *yoes* auxiliares y los participantes.

De este modo el psicodrama se divide en tres fases de transcursos (Kriz, J. 2007):

- Una fase inicial, de descubrimiento del problema.

- Una fase de acción, de actuación, de representación, de elaboración del problema.

- Una fase conclusiva, de diálogo, integración y terminación.

3.2.2.4 Abordajes Sistémicos.

"La terapia sistémica se caracteriza principalmente por los abordajes familiares y de pareja. El concepto sistémico plantea la integración del individuo dentro de un sistema y sus subsistemas. La definición que utilizaremos para entender el sistema es "un conjunto de objetos junto con relaciones entre los objetos y sus propiedades" *(*Kriz, J. Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. P287).

Se entenderá que el abordaje sistémico se plantea intrínsecamente dentro de los abordajes expuestos anteriormente, dado que la configuración del ser humano se presenta a través de sistemas y subsistemas y que este, a su vez, se relaciona e interactúa con sistemas que se encuentran fuera de él.

Dentro de los abordajes sistémicos terapéuticos relevantes para esta investigación se esbozará brevemente las propuestas por la escuela de Palo Alto, los aportes de la terapia de pareja de Jurg Willi y la terapia familiar.

a) Aportes de la escuela Palo Alto.

Uno de los aportes significativos de la escuela de Palo Alto resulta ser la terapia individual sistémica. Cabe señalar que si bien no es la única concepción teórica que plantea esta escuela es la que a esta investigación le resulta relevante.

La terapia individual que aquí se plantea busca encuadrarse bajo los conceptos de paradigma semiótico. Esta definición le da un lugar importante a la comunicación y a los elementos de los que esta se compone. Se trabaja acá tanto con la comunicación verbal, como con la no verbal y se plantea la metacomunicación, la cual será entendida como procesos comunicacionales sobrecomunicacionales.

Esta terapia se basa en la comunicación, y mediante ese postulado define cinco formas de axiomas o doctrinas básicas para llevar a cabo una terapia sistémica. A continuación de enunciaran los cinco axiomas (Kriz, J. 2007 P 302 a 305):

- Axioma 1: Es imposible no comunicar.

- Axioma 2: Toda comunicación presenta un aspecto de contenido y uno relacional, de tal manera que el segundo comanda el primero y por eso es una metacomunicación.

- Axioma 3: La índole de un contexto está condicionado por las puntuaciones que introduce el participante.

- Axioma 4: La comunicación humana se vale de modalidades digitales y análogas. Las comunicaciones digitales tienen una sintaxis lógica y compleja y variada, pero una semántica insuficiente en el terreno de lo contextual. La comunicación análoga como por el contrario, posé este potencial semántico, pero carece de sintaxis lógica requerida para una comunicación univoca.

- Axioma 5: Los recursos de la comunicación interhumana son simétricos o bien son complementarios, según la relación entre los participantes se basen en una igualdad o una diferencia.

En relación a la terapia individual de orientación sistémico-comunicativo se puede decir que la interacción entre terapeuta he individuo no se limita en la esfera de este, sino más bien se conecta con las interacciones familiares relacionadas con los síntomas presentes en cada uno de sus integrantes.

En este contexto las perturbaciones que se presentan en la terapia son a nivel estructural y frecuentemente provienen de tensiones sexuales, de angustia o de evitación.

b) Terapia de Familia.

Se entenderá que los postulados de la terapia familiar es heterogénea y cuyos abordajes son diversos y con postulados teóricos que van desde del psicoanálisis hasta las corrientes humanistas.

Se entiende la estructura familiar como la representación de las relaciones y actitudes que tiene cada uno de sus integrantes con el medios. Estos serán vistos por la terapia sistémica a través del lenguaje y la expresión que estos traigan a la terapia, "las estructuras no son representadas por medio del lenguaje digital si no análogamente. Las estructuras familiares son aptas como instrumento de diagnostico y para la elaboración terapéutica "*(*Kriz, J. Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. P 335).

Plantear una definición acabada de terapia familiar resulta complejo de exponer, puesto que como ya me mencionaba antes la corriente sistémica bordea gran parte de las corrientes psicoterapéuticas.

El trabajo psicoterapéutico que acá se intenta abordar tiene relación con las conexiones que existen entre sistemas y subsistemas, es decir las relaciones entre los miembros que componen la familia, la cual está configurada de forma jerárquica lo que subentiende que los canales comunicacionales se dan en distintos planos de entendimiento.

La terapia familiar desde una orientación psicoanalítica plantea que "la relación entre los miembros de la familia las que se consideran principalmente y se tematiza de manera directa*" (*Kriz, J. Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. P337).

Desde la perspectiva humanista encontramos los abordajes de la terapia familiar centrada en la experiencia, en esta se "presta más atención al contexto y a la red sistémica de comunicación, que proporciona el marco dentro del cual cumple su función el síntoma del paciente individualizado" *(*Kriz, J. Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. P343).

La terapia familiar estructural se refiere a la articulación de la familia en sus sistemas (personas, hijos-padres, etc.), a la rigidez-flexibilidad de estos subsistemas a las transacciones entre ellos y, también, a la separación o la permeabilidad de las fronteras que los separan. De esta forma la función del terapeuta cumple una función normativa. la que intenta encausar las dificultades presentes en las transacciones disfuncionales de la familia.

3. 2. 3 Vínculo y su relevancia en la elaboración de proceso Psicoterapéuticos y/o Terapéuticos.

Resulta relevante indagar sobre las temáticas de los proceso vinculativos y para esto se tomará en cuenta el aporte de Pichon-Riviére en su escrito "Teoría del vinculo". Junto con lo antes expuesto, se profundizará en *lo vincular* como inmerso dentro de los procesos transferenciales presentes en la terapia. En este punto trabajaremos con el texto de Berentein y Puget titulado "Lo vincular".

En esta investigación es relevante incluir la teoría del vinculo dado que su contenido permite visualizar la acción del psicólogo mas allá de los procesos terapéuticos que pueda realizar, y de los procesos interventivos en la comunidad. Se pretende demostrar que el nexo de la acción psicológica es el establecimiento de un vínculo con otro, sea este un paciente o una comunidad.

La teoría del vínculo surge en respuesta a un cambio de paradigma en el entendimiento de las nociones intrapsíquicas de la psiquiatría social y del psicoanálisis, los que "considera al individuo como una resultante dinámico-mecanicista no de la acción de los instintos y de los objetivos internalizados sino del interjuego establecido entre sujeto y los objetos internos y externos, en una predomínate relación de interacción dialéctica, la cual se expresa a través de

determinadas conductas" (Pichon-Riviére, E. Teoría del Vínculo. Ediciones Nueva Visión, Buenos aires; Argentina. 2000. Página 10)

Se entenderá el vínculo como una estructura dinámica que se encuentra en continuo movimiento, el que engloba tanto al sujeto como al objeto. Su estructura plantea las características normales y "alteraciones interpretadas como patológicas" (Pichon-Riviére, E. Teoría del Vínculo. P11).

El vínculo se configura en una estructura dinámica, la cual funciona por medio de movimientos psicológicos. Es a través de estos movimientos que se puede configurar una conducta, la que se perfila por medio de las relaciones internas del sujeto con las relaciones externas del objeto. "Los vínculos internos y los vínculos externos se integran en un proceso que configura una permanente espiral dialéctica patológica" *(Pichon-Riviére, E.* Teoría del Vínculo. P14).

Estos postulados surgen de la investigación en tres campos esenciales para la comprensión de las dinámicas relacionales del individuo con su entorno: la investigación del individuo, la investigación del grupo y la investigación de las instituciones.

Con estos postulados investigativos se logra establecer que el vínculo es aquella relación o conexión que mantiene el sujeto en contacto con otros. La conexión que se establece se da en tres niveles, lo psicosocial, lo sociodinámico y lo

institucional. En cada uno de estos niveles el sujeto se relaciona de forma particular, y es en esta instrucción dialéctica que se producen patologías vinculares.

Las principales patologías vinculares son: el vínculo paranoico, el vínculo depresivo, el vínculo obsesivo, el vínculo hipocondriaco y el vínculo histérico (solo se mencionarán cuales son, no ahondaremos específicamente en cada uno de ellos porque no son relevantes para esta investigación). "Los sujetos afectados, si hablamos en términos de sujeto y objeto, expresan a través de su conducta, a través de sus vínculos patológicas" (Pichon-Riviére, E.. Teoría del Vínculo. P 30).

Visualizadas las patologías vinculares, se hace necesario ahondar en la conformación de lo que llamare "vínculo". Para esto se necesita, antes que todo, tomar en cuenta las características de las relaciones objetales. Lo primero es distinguir entre el "objeto diferenciado" y el "objeto no diferenciado", los cuales plantean las relaciones de dependencia e independencia con el objeto.

La definición de vínculo con la que abordaré esta investigación es: *"*un tipo particular de relación de objeto: la relación de objeto está constituida por una determinada estructura que funciona de determinada manera. Es una estructura dinámica en continuo movimiento, que funciona accionada o movida por factores instintivos, por motivaciones psicológicas patológicas" (Pichon-Riviére. E Teoría del Vínculo. P35).

Se pone de manifiesto la relación del vínculo con lo interno y lo externo, de manera tal que la primera forma parte de los trabajos de la psiquiatría y los procesos terapéuticos individuales, y la segunda forma parte del interés de lo psicosocial.

Esto procesos vinculares se llevan a cabo por medio del traspaso simbólico introspectivo de la realidad del otro y de uno mismo, y se puede plantear también que se da dentro de los procesos transferenciales del sujeto con su medio. "El vínculo ésta implicado todo y complicado todo. La persona se mueve sea con un juego armónico de sus partes integrantes, sea con un juego disarmonico, pero no se puede dividir lo que es del Ello, del Yo y del Superyó, en una relación de objeto patológicas" *(*Pichon-Riviére, E. Teoría del Vínculo. P 49).

Con el planteamiento de que los procesos terapéuticos analíticos, en donde transita lo vincular bajo el alero de las áreas mentales de lo inconsciente y las representaciones que no son homogéneas, paralelamente experimentamos vivencias en diversos planos de nuestras vidas que no son iguales unas con otras, por lo que nos enrejan una diversidad de representaciones.

De éstas distinguimos el mundo-espacio intersubjetivo, que podemos entender a través de sus dos componentes. El primero, el mundo-espacio, *"*sugiere la idea de un mundo interior, allí donde el yo está con sus representaciones objetales o con las relaciones con el objeto. Allí la presencia del otro, aunque necesaria, es considerada accesoria" (Berenstein, I y. Punget, J. Lo Vincular, Clínica y tecnica psicoanalitica.

Ediciones Paidos; Argentina. 1999. Página 12). El segundo, lo que se llama intersubjetividad, considera que la existencia del otro se encuentra adosada al sujeto, puesto que condicionaría la presencia del "yo", dado que de esa manera la relación de yo con el otro dan la forma al sujeto. "Este otro no es un semejante; si lo fuera sería como el yo. Es un ajeno, un alter y inasimilable", y desde allí aporta su significación (Berenstein, I y. Punget, J.. Lo Vincular, Clínica y técnica psicoanalítica. P 12).

Bajo estas premisas se plantea que la interacción psicoterapéutica se fundamenta en un proceso vincular, el cual centra su acción en las perturbaciones o, dicho de otra forma, en las patologías que éste puede presentar.

El surgimiento de lo vincular en la interacción terapeuta-paciente, ha hecho que se amplíe el campo de acción de lo clínico a lo social. "Un enfoque posible para abordar este problema es considerar la limitación clínica a cada encuadre basándose en una reformulación en el concepto de transferencia. […] Si bien el encuadre facilita la transferencia y transferir es una propiedad disposicional del sujeto, ello solo es posible cuando las condiciones son adecuadas. No todo encuadre es apto para toda transferencia "(Berenstein, I y. Punget, J. Lo Vincular, Clínica y técnica psicoanalítica. P 19).

Con esto se busca encuadrar la relación con los otros a través de lo particular y de lo social, de manera que el aparato psíquico logre expandir sus conceptos con el

fin de que las representaciones manifiesten la presencia del yo en los distintos estamentos o relaciones antes mencionadas.

Si bien lo relacionado con lo vincular se presenta en torno a la patologización de las estructuras internas del sujeto, en esta investigación no profundizaremos en ellas.

Para comprender lo vincular dentro de la relación del sujeto con el objeto, ahondaremos en los espacios psíquicos, ya que estos nos permiten configurar las relaciones objetales. “La idea de espacio sugiere ciertos bordes, límites, algún tipo de organización y zonas intersticias sin las cuales no sería posible detectar espacios diferente” (Berenstein, I y. Punget, J.. Lo Vincular, Clínica y técnica psicoanalítica. P 21).

Los espacios sugeridos por los autores hablan de la yuxtaposición de los diversos mundos presentes en el sujeto, los que son independientes uno de los otros, pero son base fundamental del sentimiento de pertenecía. Estos espacios son: el mundo interno, el mundo interpersonal, el mundo sociocultural.

Con esto se entenderá lo vincular como parte fundamental de las implicancias psicoterapéuticas en el desarrollo de instancias de “sanación” psíquicas.

El efecto terapéutico que tiene el proceso vinculativo entre el paciente y el terapeuta permite consolidar y profundizar las interacciones de los distintos espacios psíquicos, donde se plantee que pueda haber una disrupción generada en la primera infancia. Este postulado permite suponer la necesidad de identificar prematuramente dichas problemáticas, antes que el niño llegue a convertirse en un adulto.

3.2.4 Acompañamiento terapéutico

El acompañamiento terapéutico, en esta investigación, será visto como otra forma de sustentar el trabajo psicoterapéutico, sin que necesariamente hablemos de procesos terapéuticos, sino que más bien de una función terapéutica.

La figura del "acompañante terapéutico" se entenderá como quien, en el marco de una estrategia clínica, viene a ocupar, ante el paciente, el sitio de alguien y de algo que le faltó (S. Kuras, S Resnizky; 2004).

La incidencia terapéutica del acompañante se funda en la ocupación que este tiene en el espacio simbólico del otro. Este espacio se presenta ante el acompañante como un lugar de carencia, donde se debe modificar el entendimiento de este y alterar su rasgos distintivos, con el fin de dar validez a aquello que antes no estaba y que fue "rellenado" por este sujeto con el fin de dar estabilidad a aquel que no la tiene.

La mayoría de las definiciones o explicaciones del acompañante terapéutico provienen de trabajos con psicóticos, en donde el sujeto esta alienado por medio la fragmentación de sus psiquis. Son patologías que presenta procesos de subjetivación precarios "caracterizados por la dificultad en la ligadura y en un déficit representacional a nivel imaginario y simbólico" (Kuras, S. y Rensnizky S. Acompañantes Terapéuticos. P17).

El acompañante no es necesariamente un terapeuta de profesión, y la utilización de lo terapéutico en el acompañante obedece a la implicancia médica asociada al tratamiento de enfermedades de la mente.

Así, podemos entender que el campo del acompañante terapéutico se predefine como un lugar en donde su presencia signifique ocupar el espacio simbólico-mental que se encuentra vacio, con el fin de lograr regularizar las perturbaciones que afectan al sujeto (Kuras, S y Rensnizky, S. 2004).

Su labor consiste en abordar al paciente en distintos aspectos de su vida diaria, forma parte de los procesos que este lleva con otros, será amigos, familiares y otros profesionales que participan de su proceso terapéutico.

Su acción se enmarca en un proceso vinculantivo cercano, no dentro de lo que se llamará relación paciente-terapeuta. Las autoras citadas plantean que en un principio a los acompañantes se les denominó “amigos calificados”, pero que en la realidad no se conlleva con la acción real que realiza el acompañante terapéutico, “ el acompañante terapéutico no es un amigo aunque puede establecer lazos afectivos muy fuertes con el paciente” (Kuras, S. y Rensnizky S. Acompañantes Terapéuticos. P 30).

Las funciones que se le adjudican al Acompañante terapéutico son de origen psíquico. Éstas buscan poder contener al paciente, logrando favorecer, sostener y apoyar al

paciente *en su imposibilidad de delimitarse a sí mismo* (Kuras, S. y Rensnizky S. Acompañantes Terapéuticos. P 31).

Otra de las funciones es que por medio de la trasferencia se logre establecer un vínculo intersubjetivo. Con esto se busca que el acompañante sea un referente para su paciente. En este proceso surge el concepto de tercería, la cual plantea" el posicionamiento del acompañante terapéutico que opera en el vínculo a la manera de organizados psíquico que lo ayuda a regularizarse*"* (Kuras, S. y Rensnizky S. Acompañantes Terapéuticos.p 31).

La labor del acompañante terapéutico es a nivel dramático-vivencial, no es un proceso interpretativo, su acción se basa en poder mostrar al paciente modos distintos de actuar frete a las dificultades de la vida cotidiana (Kuras, S y Rensnizky, S. 2004).

Además cumple una función canalizadora de las inquietudes del paciente, esto con el objetivo de lograr expandir el material creativo que el paciente tiene, desarrollando así sus áreas más organizadas.

Junto con lo antes expuesto, el acompañante es el conector de lo externo con el paciente, es decir, es él quien trasmite las informaciones cruzadas de lo que sucede fuera del paciente como dentro de él.

Se plantea como otra de sus funciones el poder generar un espacio de libre circulación de disipaciones dialógicas. Al ser un agente clave en la conexión del paciente con los agentes exteriores, uno de los roles que adopta el acompañante es el de conectarlo con el mundo que lo rodea, en la lucha que el paciente tiene con su realidad psíquica y la realidad exterior. Así mismo es el encargado de en el desastacamiento de la información entre paciente y familia.

La visualización del acompañante terapéutico es por medio de la instauración de dispositivos terapéutico, el cual se da en el marco del empoderamiento de la palabra, es decir que las implicancias o efectos que este tiene sobre el sujeto de atención se da mediante la no jerarquización de un discurso. "Las intervenciones, entonces, son a nivel de lo que se presenta en las siguientes situaciones, de su estructuración imaginaria y de lo real que allí se pone en juego "*(F. Manson y otros* Eficacia Clínica del Acompañante terapéutico. Editorial Polemos. 2002. Página63).

Dentro de la configuración del acompañante terapéutico y su lugar de acción, es posible plantear que este no ocupa un lugar fijo de acción, y si bien en un principio fue formulado su campo de trabajo entorno a pacientes psicótico, es posible hoy visualizar estos dispositivos en hábitos de precariedad social y afectiva donde se desarrolla la misma acción vinculativa, de ocupación de aquel espacio vacío, pero que acá no opera la desfragmentación psíquica, sino más bien la social-afectivo.

3.3. Psicología del Desarrollo

Lo relevante de incluir en esta investigación las nociones principales de la psicología del desarrollo en infantes y adolecentes tiene como objetivo dar cuenta del proceso evolutivo del ser humano y la importancia que esta tiene al momento de implementar y accionar programas con enfoque Psico-social direccionados a población infanto-juvenil.

Una de las características principales que tiene esta disciplina es que es transversal a todas las corrientes psicológicas y se podría entender como el cimiento para la comprensión del ser humano desde distintas perspectiva.

Las ciencias del desarrollo humano pretenden entender "cómo y porque las personas – todas las persona, en todos los lugares – cambian o se mantienen iguales a lo largo del tiempo" (Berger, K. Psicología del Desarrollo, Infancia y Adolescencia. Editorial Médica Panamericana; 2007. Cap. Pág.5).

Éstas se basan en una gama de elementos que conforma su sustento teórico: diversas teorías, variados pensamientos y métodos de otras ciencias se hacen presentes para articular el corpus que la conforma. Su objetivo central es logar comprender y descubrir las etapas y procesos del desarrollo humano.

Esta ciencia no discrimina, su objetivo de estudio son todas las personas, independientes de su edad, sexo, raza. Para ésta todas las personas son igualmente importantes.

Los elementos centrales para la comprensión del desarrollo humano son el crecimiento, la maduración, el desarrollo, el aprendizaje y la evolución (estos conceptos se definirán en el apartado de teoría del desarrollo). Estos no deben ser vistos de manera aislada, dado que su interrelación conlleva a la formación del Ser.

Otro elemento fundamental de la noción de desarrollo es "el de cambio a través del tiempo" (Berger, K. Psicología del Desarrollo, Infancia y Adolescencia. P6). El estudio del desarrollo planeta las distintas modificaciones que ocurren en la vida humana.

Su definición refiere al cómo van cambiando las personas y cómo en algunos aspectos siguen siendo las mismas. Dicho de una forma más tecnicista: acá se plantea la continuidad y la discontinuidad en el desarrollo humano. Se entenderá la continuidad como "a las características que permanecen estables a lo largo del tiempo (sin cambio)" (Berger, K. Psicología del Desarrollo, Infancia y Adolescencia. P6) y discontinuidad se refiere a "las características que parecen ser muy diferentes de las que se poseían antes (cambiantes)" (Berger, K. Psicología del Desarrollo, Infancia y Adolescencia. P6). Estos procesos son parte constante de la vida del ser humano.

Se han establecido cinco principios que se encuentran presentes en desarrollo humano (Berger, K; 2007):

- Multidireccional. Se plantea que el cambio se produce en todas direcciones, no siempre es lineal.
- Multicontextual. La vida humana forma parte de múltiples contextos, entre los que se incluyen las condiciones históricas, las limitaciones económicas y las tradiciones culturales.
- Multicultural. *La ciencia del desarrollo reconoce diferentes culturas, no solo en el nivel internacional, si no también dentro de cada nación, cada una con un conjunto distintivo de valores, tradiciones y herramientas para subsistir.*
- Multidisciplinario. Se conforma por medio de una gama variada de teorías, entre las que podemos contar la psicología, la biología, la educación, la sociología, la neurociencia, la economía, la religión, la antropología, la historia, la medicina, la genética y otras más. Cada una de éstas aportan con la construcción de la teoria del desarrollo humano.
- Plasticidad. El cambio es continuo, aunque no se produce al azar ni es fácil. Estamos en constante cambio.

Esta investigación comprende que el desarrollo humano se manifiesta en tres ámbitos (Berger, K; 2007):

- *Desarrollo Biosocial:* en este ámbito encontramos al crecimiento y los cambios que ocurren en el cuerpo, los factores genéticos, nutricionales y de salud que influyen en el crecimiento y las habilidades motoras.
- *Desarrollo Cognitivo:* Contiene todos los procesos mentales que una persona utiliza para llegar al conocimiento. La cognición comprende la percepción, la imaginación, el discernimiento, la memoria y el lenguaje. Se incluye a la educación, no solo en el aspecto formal dentro de las escuelas si no además considerando el aprendizaje informal como parte de este ámbito.
- *Desarrollo Psicosocial:* Comprende las emociones, el temperamento y las habilidades sociales. Las familias, los amigos, la comunidad, la cultura y la gran sociedad son fundamentales para el ámbito psicosocial.

3.3.1 Teoría del Desarrollo

Son muchas las definiciones de psicología del desarrollo, pero en su mayoría se refieren a lo siguiente: "La psicología del desarrollo es una rama de las ciencias psicológicas, que estudia los cambios de tipo evolutivos que tienen lugar en el ser humano a lo largo de toda su vida, desde su concepción hasta su muerte" (E. Gonzales. Psicología del Ciclo Vital. Editotial CCS; 2000. Capitulo 1. Página 20)

Los conceptos que fundamentan a la psicología del desarrollo son:

- Crecimiento: *se refiere al aumento cuantitativo de las estructuras corporales en los diferentes momentos evolutivos. Está determinado por factores internos y externos. Es un proceso que afecta a todo el organismo, por tanto es global […] Se aplica a características físicas susceptibles de aumentos cuantitativos visibles"* (E. Gonzales. Psicología del Ciclo Vital. P 21)
- Maduración: *consiste en los cambios morfológicos y de pautas de conductas que ocurren de forma natural, es decir, en ausencia de la práctica o del aprendizaje. Está influida por la interacción de factores hereditarios y ambientales. Es un cambio cualitativo del organismo. La maduración es un fenómeno evolutivo autónomo, es decir, sujeto a leyes inmanentes e independientes del medio, no responde a estímulos exteriores, se desarrolla de dentro a afuera, sin cooperación ni ejercicio de la experiencia, es de tipo psicosomático que transcurre gradualmente y por la cual se manifiestan*

*determinadas propiedades y funciones propias del individuo que le proporciona su completa y definitiva adaptación a la vida (*E. Gonzales. Psicología del Ciclo Vital. P 21)

- Aprendizaje: *Se define como el cambio permanente de conducta producido como consecuencia de la práctica. El aprendizaje se produce como resultado de la influencia ejercida por los factores exógenos o ambientales sobre el individuo* (E. Gonzales. Psicología del Ciclo Vital. P 22)
- Desarrollo: *el desarrollo es un proceso irreversible […] conducen siempre a otras formas de manifestación; […] pero esas nuevas formas, cambios o variaciones pueden ser de adelantos, retrocesos o desviaciones. El desarrollo es un proceso de diferenciación y especialización de las células; progresivamente se van diferenciando estructuras, funciones en el cuerpo. A su vez es un proceso de integración […] Es un proceso ordenado, no aleatorio, que procede siempre de lo simple a lo complejo y de lo general a lo especifico. Es un proceso de intercambio entre organismos y el ambiente.* (E. Gonzales. Psicología del Ciclo Vital. P 22)

La psicología del desarrollo busca entender y establecer bajo qué parámetros bio-psico-sociales el ser humano va sufriendo los cambios que lo llevan al envejecimiento. Se pretende dar un sentido a estos procesos o etapas por los cuales pasa el hombre, buscando dar respuesta a la seguidilla de cambios físicos, estructurales, emocionales, morales, etc., por las que transita el ser humano desde el momento de su concepción.

La psicología del desarrollo es una rama de la psicología que integra todas las corrientes y fundamentos teóricos más variados, los cuales dan sustento al más completo estudio de la formación del ser humano, para esto esta rama de la psicología agrupó a las siguientes disciplinas (E. Gonzales. 2000):

- Neurología Evolutiva.
- Sociología y Psicología Social.
- Psicoanálisis.
- Psicología del Aprendizaje.
- Psicología Cognitiva.
- Psicología Evolutiva.
- Psicología Soviética.

Las teorías psicológicas relevantes para esta investigación, dentro de la gama de corrientes epistemológicas que componen las ciencias del desarrollo, son la Teoría psicoanalítica, la Teoría conductista y del Aprendizaje, y la Teoría Cognitiva.

Se plantea como relevante la inclusión de estas corrientes teóricas en esta investigación, dado que no solo forman parte esencial del entendimiento y el desarrollo del ser humano, sino que a demás profundizan los estudios entorno a la infancia.

A continuación se esbozará brevemente cuales fueron los aportes de las distintas corrientes psicologías nombradas en el párrafo anterior.

Aportes de la Teoría Psicoanalítica.

Se considera a la teoría psicoanalítica como una de las precursoras de la teoría del desarrollo, dado que sus cimientos teóricos tiene como base el descubrimiento del comportamiento humano. Ésta teoría sostiene que "detrás del comportamiento humano existen impulsos y motivos irracionales e inconscientes que a menudo se originan en la niñez". (Berger, K. Psicología del Desarrollo, Infancia y Adolescencia P 37)

Esta teoría plantea que los impulsos subyacentes son las fuerzas básicas que movilizan todos los aspectos del ser humano, influyen el pensamiento y la conducta. Conjuntamente con afectar directamente el curso de la vida del Ser.

Su principal exponente fue el doctor Sigmund Freud, quien plantea que el desarrollo de los niños estaba ligado a su postulado de pulsión sexual, el cual se caracteriza por *"*el placer sexual centrados en una zona particular del cuerpo" (Berger, K. Psicología del Desarrollo, Infancia y Adolescencia P 37).

Dividió en cinco etapas el desarrollo del niño, sostuvo que cada etapa se caracterizaba por la satisfacción sexual proveniente de la estimulación de zonas

específicas del cuerpo del niño. La satisfacción que Freud plantea no trata de la sexualidad como tal, sino mas bien trata de energía reprimida y que la liberación de esta energía produce goce, y es esa energía de goce que Freud denominó líbido.

A continuación se enunciaran las etapas del Desarrollo Psicosexual elaboradas por Freud, (Berger, K; 2007):

- Etapa Oral, desde el nacimiento hasta el año: el centro de las sensaciones placenteras en el cuerpo del bebé son la boca, la lengua, las encías. La succión y la alimentación son las actividades más estimulantes. Esta etapa fortalece el apego emocional del niño con la madre.
- Etapa Anal, de uno a tres años: el placer se relaciona a través por el control y el autocontrol con la defecación y con el control de esfínteres, el ano es el centro de las sensaciones placenteras en el cuerpo del bebé, y el entrenamiento para el control de esfínteres es la actividad más importante.
- Etapa Fálica, de los tres a los seis años: el falo o pene es la parte más importante del cuerpo del niño y el placer deriva de la estimulación genital. Los varones están orgullosos de sus penes y las niñas se preguntan por qué no tienen uno. (Complejo de Edipo y Complejo de Electra).
- Latencia, de los seis a los once años: no es una etapa sino un intervalo, durante el cual las necesidades sexuales se aquietan y los niños emplean toda su energía psíquica en actividades convencionales como en las tareas escolares y los deportes.

- Etapa Genital, en la adolescencia: Los genitales constituyen el centro de las sensaciones placenteras y los jóvenes buscan la estimulación sexual y la satisfacción sexual en relaciones heterosexuales.

El desarrollo psicosexual de los niños fue una de muchos postulados teóricos propuestos por Freud. En la mayoría de sus postulados, si bien plateaba la importancia de los procesos psíquicos de la infancia, no profundizaba en este tema. La que sí lo hizo fue su hija Anna.

La apuesta de este teórico era a través del trabajo con el adulto y las interpretaciones de sus conductas por medio de comprensión de las etapas del desarrollo.

Son muchos los teóricos que siguieron los postulados de S. Freud y que le dieron la importancia para comprender el desarrollo del ser humano, reconociendo la importante influencia que tuvieron los postulados uno y dos de su teoría psicoanalítica. Reconocen en el inconsciente la importancia de los impulsos irracionales, sobre todo durante la primera infancia.

Uno de los seguidores más notables de los postulados de Freud fue Erik Erickson, quien" formuló su propia versión de la teoría psicoanalítica y la aplicó al desarrollo humano […] Describió ocho estadios evolutivos, cada uno caracterizado

por una dificultad concreta o crisis del desarrollo" (Berger, K. Psicología del Desarrollo, Infancia y Adolescencia. P 39).

Las etapas del desarrollo psicosociales de Erickson son (Berger, K; 2007):

- Etapa de Confianza versus desconfianza, que va desde el nacimiento hasta el 1er año de edad: aquí se plantea que los bebés aprenden a confiar en quienes se ocuparán de sus necesidades básicas tales como la alimentación, afecto, aseo y contacto físico o aprenden a no confiar en quien no satisface sus necesidades.
- Etapa de Autonomía versus vergüenza y duda, va desde el año hasta los tres años: en esta etapa los niños aprenden a ser autosuficientes en muchas actividades como controlar esfínteres, alimentarse, caminar, explorar y hablar, o bien aprenden a dudar de sus propias habilidades.
- Etapa de Iniciativa versus culpa, desde los tres a los seis años: Erickson explica que en esta etapa los niños quieren aprender actividades típicas de los adultos, o bien pueden tener los límites impuestos por sus padres y sentir culpa.
- Etapa de Laboriosidad versus inferioridad, contempla de los seis a los once años: Acá se plantea que los niños aprenden activamente a ser competentes y productivos en el dominio de nuevas habilidades, o bien pueden sentirse inferiores o incapaces de hacer algo bien.

- Etapa de Identidad versus confusión de roles, se desarrolla en adolescencia: se plantea que en esta etapa e*l adolecente intenta saber "quien es". Para ello establece las identidades sexuales, política y profesional o se siente confundido al respecto de los roles que debe desempeñar* (Berger, K. Psicología del Desarrollo, Infancia y Adolescencia. P 38).

Erickson consideraba que las perturbaciones de los adultos provenían de conflictos de la infancia no resueltos, en esto se asemeja a los postulados realizados por Freud.

Estos dos autores se diferencian dado que el Erickson concibe las etapas de desarrollo del niño destacando la importancia que tienen las relaciones interpersonales y sociales en la configuración del adulto, y no así Freud que le deba más importancia a los impulsos sexuales.

Aportes de la psicología conductista.

A comienzos del siglo XX surge, como una contra-respuesta al psicoanálisis, la teoría conductista. Ésta buscaba ser reconocida como una ciencia, cuyo fin debía ser examinar solo aquello que fuese comprobable para nuestros ojos y medible. J. Watson fue pionero en proponer que la conducta humana era totalmente medible, a diferencia de los pensamientos y los impulsos ocultos en el inconsciente (Berger, K. 2007).

Con la intención de poder utilizar un método científico que pudiese verificar de forma óptima lo que el profesional psicólogo observa, y al no estar de acuerdo con los postulados de los psicoanalistas puesto que no es posible verificar los impulsos y las motivaciones inconscientes, es que un grupo de psicólogos en Estados Unidos desarrollan la teoría que denominan Conductismo.

Esta teoría también fue denominada "teoría del aprendizaje", dado que describe el modo en que las personas aprenden y se desarrollan hábitos, paso por paso" (Berger, K. Psicología del Desarrollo, Infancia y Adolescencia. P 40). Ésta teoría adhiere al condicionamiento, dado que es un proceso en el cual las respuestas están sujetas a un estimulo particular.

Este postulado se denomina condicionamiento clásico (Estimulo-Respuesta). Su principal precursor fue el ruso Ivan Pavlov (1849-1936), quien inicio sus estudio sobre la conducta por medio de la investigación entre la conexión entre estimulo y respuesta, "observación que impulsó a Pavlov a llevar a cabo su famoso experimento en el que condicionó a un grupo de perros para que salivaran cuando escuchaban una campana". (Berger, K. Psicología del Desarrollo, Infancia y Adolescencia. P 41). Este experimento fue el precursor de lo que ahora se denomina condicionamiento clásico.
Se plantea así, que una persona puede ser condicionada por medio de la asociación de un estimulo significativo a través de un estimulo neutro, los cuales generarán una respuesta significativa (Berger, K. 2007).

Posteriormente surge dentro de esta rama teórica el *Condicionamiento Operante***.** Su principal exponente fue B. F. Skinner (1904-1990).

Este autor, junto a Watson, reconoció que la psicología debiese ser un estudio "*científico de la conducta"*. Skinner comenta que si bien el condicionamiento clásico de Pavlov explica algunas conductas, esta explicación deja algunos vacíos por lo que plantea otro tipo de condicionamiento, uno más instrumental, que fue denominado "Condicionamiento Operante", el cuál es un eje fundamental para aprendizajes más complejos.

Se define el condicionamiento operante como "el proceso de aprendizaje por el cual una acción en particular es seguida por algo deseable (lo cual hace más factible que la persona o animal repita la acción) o por algo no deseable (lo cual hace menos factible que se repita la acción) […] Las consecuencias placenteras generalmente se denominan "recompensas", y las consecuencias no placenteras "castigos". (Berger, K. Psicología del Desarrollo, Infancia y Adolescencia P 41).

Para no utilizar los conceptos de recompensa y castigo, los teóricos conductistas utilizaron el concepto "reforzamiento", que puede ser entendido como "una técnica empleada en el condicionamiento de una acción en el cual algo deseado sigue a dicha acción". (Berger, K. Psicología del Desarrollo, Infancia y Adolescencia. P 42).

El énfasis que pone esta teoría en las causas y las consecuencias de las conductas observadas resignificó el origen de los patrones conductuales, que eran pensados como resultado de problemas emocionales profundos y ahora son vistos como conductas aprendidas.

Aprendizaje Social.

Esta corriente proviene de las teorías conductistas y se basa en la comprensión de que todo ser vivo estima el contacto, la confianza y los afectos.

Se planeta que el ser humano aprende de las observaciones de otros, sin necesariamente estar presente un estimulo y sin ser condicionado a refuerzo alguno. "Aprendemos debido a que somos seres sociales, que buscamos la aprobación y aceptación de los otros. Por esta razón, los otros nos enseñan de modos que van más allá del condicionamiento clásico u operante". (Berger, K. Psicología del Desarrollo, Infancia y Adolescencia. P 45).

Se entiende el aprendizaje como la conexión de percepciones e interpretaciones, las cuales se relaciona con los sentimientos de autoeficacia, las reflexiones sociales, la autoconfianza y la autocompasión. La propuesta está en el éxito que puede acceder la persona bajo sus propios medios. "Las personas desarrollan un sentimiento de eficacia cuando tienen aspiraciones elevadas y

experimentan logros destacables"(Berger, K. Psicología del Desarrollo, Infancia y Adolescencia. Editorial Médica Panamericana; 2007. Cáp. II, Pág.45).

Aportes de las teorías cognitivistas.

El tercer sustento teórico de la psicóloga del desarrollo es la teoría cognitiva, la cual enfatiza el desarrollo y su estructura a través de los procesos de pensamiento. "Según esta doctrina, nuestros pensamientos y expectativas afectan profundamente nuestras actitudes, creencias, valores, supuestos y acciones" (Berger, K. Psicología del Desarrollo, Infancia y Adolescencia. P 46).

Uno de los precursores más importante de esta corriente es el científico suizo Jean Piaget (1896-1980), quien desarrolló su tesis central por medio de la pregunta ¿de qué modo el pensamiento de los niños cambia con el tiempo y la experiencia, y cómo esos procesos de pensamientos siempre influyen sobre la conducta? (Berger, K. 2007).

La teoría cognitiva busca comprender el pensamiento de una persona, dado que por medio de esto podrán entender por qué una persona se comporta de tal o cual manera.

Piaget le otorga una importancia singular a la infancia: su posición entorno el desarrollo psíquico es que es un proceso gradual y de carácter cíclico, a diferencia del

desarrollo mental el cual es visto secuencial. En su teoría plantea que *pensar es actuar*, es decir, el aprendizaje es una acción. Pone especial énfasis a las influencias del medio en el desarrollo psicológico del niño y el adulto.

Dentro de la teoría cognitiva, se plantea que el desarrollo del ser humano se basa en presupuesto bilógicos, puesto que es mediante la continuidad de estos procesos, y en conjugación con el ambiente y los procesos psíquicos, que el ser humano se estructura como tal. *"*El desarrollo es explicado como un conjunto sucesivo de estadios o de estructuras mediante las cuales el sujeto se adapta al medio" (E. Gonzales. Psicología del Ciclo. P 105).

Piaget postula que el proceso de adaptación es entendido como una fase de asimilación, la cual incorpora el medio al organismo; y la fase de acomodación, la cual es entendida como la modificación del organismo a través del medio (E. Gonzales. 2000).

Para que el sujeto logre su desarrollo cognitivo es necesario que comprenda las siguientes cuatro fases (E. González; 2007. P 105) :

- *Maduración*: Se refiere sobre todo a la maduración biológica. La maduración permite nuevas posibilidades de desarrollo, pero para que esas potencialidades pasen a acciones se exige que existan y ocurran otros factores.

- *Experiencia con objetos de carácter físico y lógico-matemático*. Se plantean tres clases de experiencias: *a) Simple acción sobre un objeto; b) experiencia física propiamente dicha; c) experiencia Lógico-Matemática.*
- *Transmisión social*. Es el conjunto de conocimientos que el niño adquiere porque otros se los transmiten. Evidentemente el desarrollo de un niño va a depender por eso notablemente de su ambiente familiar, cultural y educativo.

  Equilibración: Mediante un proceso propio del organismo, éste tiende siempre a la mejor adaptación posible.

La teoría cognitiva de Piaget plantea que el desarrollo del individuo se da en cuatro periodos: "el período sensoriomotor, el período preoperacional, el período operacional concreto y el período operacional formal. Estos períodos se relaciona con la edad […] cada periodo fomenta ciertos tipos de conocimiento y entendimiento" (Berger, K. Psicología del Desarrollo, Infancia y Adolescencia. P 46)

Etapas del desarrollo del niño de J. Piaget:

Nivel 1. Período Sensoriomotor (De 0 a 2 años)

Se extiende desde el nacimiento hasta la aparición de lenguaje propiamente dicho. Interacción del niño con el medio a través de los sentidos y de las respuestas motoras. Este período de sub divide en seis estadios:

- 0 a 1 mes – *Ejercicio de los reflejos*: Son los reflejos visibles con los que nace el niño, los cuales se van modificado en el transcurso del desarrollo o algunos simplemente desaparecen.
- 1 a 4 meses – *Primeros hábitos: Reacción circular primaria.* El niño repite ciertas conductas. Muchas son por casualidad, pero a medida que tiende a direccionarlas, estas se van perfeccionado. *Acciones centradas en el propio sujeto.*

- 4 a 8 meses – *Reacción circular secundaria*: el niño comienza a explorar el mundo, imita conductas de otros. La acción ya no se vuelca sobre si mismo, sino que empieza a interactuar con su medio.

- 8 a 12 meses - *Coordinación de esquemas secundarios y aplicación de los mismos:* el niño afianza los procesos ya vividos, integrándolos en sí mismo y en su relación con el entorno. Comienza así una nueva etapa en donde el niño va adquiriendo nuevas conductas: *aparición de la conducta intencional.*

- 12 a 18 meses – *Reacción Circular terciaria:* por medio de la consolidación de los estadios anteriores, el niño emprende nuevos descubrimientos a través de la *experimentación activa*. Además de explorar, el niño inicia la manipulación del medio.

- 18 a 24 meses – *Combinación mental de esquemas.* En este estadio el niño ya no se desenvuelve a través de ensayo y error, sino más bien comienza a elaborar resoluciones de problemas, conjunto con la aparición de las representaciones mentales. Es acá donde el niño ya no se proyecta con los objetos y es capaz de diferenciarse de ellos.

Nivel 2. Período pensamiento Preoperacional (De los 2 a los 7 años).

Esta etapa se caracteriza por la *capacidad de representación (función simbólica) y la inteligencia verbal.* Acá se comienza con las primeras elaboraciones conceptuales y simbólicas del niño. Estos logros se asocian con las fases egocéntricas, dado que la adquisición de estos conceptos proviene de una realidad inmediata a la que accede el niño.

En este período es posible visualizar dos estadios:

a) *Período de lenguaje egocéntrico* (2 a 4 años). El niño incrementa su vocabulario, a demás de utilizar dos formas de comunicarse con el entorno, una que es de tipo social, y la otra que es de tipo egocéntrico.

b) *Período de pensamiento intuitivo* (De los 4 a los 6 años). En este estadio el niño se entiende inmerso dentro de un medio, que depende de éste y la conformación del pensamiento lógico.

A los 7 años de edad el niño deja los monólogos e interactúa de forma más fluida con los otros que lo rodean, genera diálogos interpersonales; entenderá que no está solo en el mundo y que depende internamente de él.

Se manifiesta la *función simbólica* por medio de las siguientes conductas: Imitación con ausencia de modelo, juegos y dibujos como forma de representar lo real. Imagen mental y lenguaje que le permite tener un conocimiento de sí mismo y del mundo que lo rodea.

Nivel 3. Período de las operaciones concretas **(De los 7 a los 11 años).**

El niño en este período es "capaz de interiorizar, lo que implica que una acción puede ser efectuada mentalmente y capta los conceptos de inversión, transformación y reciprocidad" (E. Gonzales. Psicología del Ciclo Vital. P 106).

Nivel 4. Período de las operaciones formales. **(De los 11 a los 15 años).**

En este estadio se plantea que los niños son capaces de *"explorar soluciones lógicas para conceptos tanto abstractos como concretos, de pensar en todas las posibilidades de un problema, de proyectarse hacia el futuro o*

rememorar el pasado y de razonar a través de analogías, comparaciones y metáforas" (E. Gonzales. Psicología del Ciclo Vital. P 104).

Otro exponente de la teoría cognitiva fue el Soviético Vygostky (1896-1934), quien plantea que el desarrollo "no tiene ni carácter espontáneo ni viene determinado de maneta absoluta por la maduración puramente biológica" (E. Gonzales. Psicología del Ciclo Vital. P 108), este supone que el desarrollo de ser humano esta estrechamente ligado con "la adquisición de una experiencia social acumulada por las generaciones precedentes de cada uno" (E. Gonzales. Psicología del Ciclo Vital. 08). Según sus planteamientos una parte fundamental de los procesos de desarrollo en el individuo son la crianza y la educación.

Vygostky, dentro de su teoría psicológica, propone que el ser humano tiene funciones psíquicas superiores, las cuales no son innatas, sino por el contrario, estas son adquiridas por medio del intercambio de producciones culturales. *Las funciones psíquicas tiene un carácter instrumental, símbolos y signos son instrumentos del psiquismo* (E. Gonzales. Psicología del Ciclo Vital. P108).

Su concepción de individuo está determinada por cómo este se relaciona y absorbe todo lo que su entorno le pueda entregar. Para esto, el sujeto debe incorporar sus experiencias sociales por medio de un proceso de interiorización. Dicho interiorización surge de la incorporación de otros procesos de asimilación, como el educativo y el aprendizaje, los que permiten que "el niño interaccione entre

educación, aprendizaje y desarrollo" (E. Gonzales. Psicología del Ciclo Vital. Editorial CCS; 2000. Capitulo 4. Página 109).

Dentro de su teoría del desarrollo se distinguen entre estadios de pensamiento y de lenguaje, los que nos permitirían entender la evolución del pensamiento y el lenguaje, además de poder comprenderlo como un método de estudio del desarrollo filogenético de la especie.

Vygostky divide el estadio de desarrollo de pensamiento conceptual en tres sub estadios:

I. Pensamientos basados en argumento no organizados.
II. Pensamiento basado en agrupamiento de conjuntos complejos.
III. Pensamiento basado en conceptos.

Y divide los estadios de desarrollo del lenguaje en los siguientes sub estadios:

I. Estadio primitivo natural.
II. Estadio de la psicología ingenua.
III. Estadio del lenguaje egocéntrico.
IV. Estadio del crecimiento interior.

La teoría del desarrollo de Vygostky ha generado importantes aportes a la psicología, la biología y la filantropía, puesto que su lógica interna es verificable y aplicable.

4. Marco Metodológico.

4.1 Enfoque metodológico

El enfoque a partir del cual se llevará a cabo esta investigación corresponde al llamado **enfoque cualitativo**, que se basa en la fenomenología, en descripciones y observaciones; y que frecuentemente utiliza métodos de recolección de datos sin medición numérica. Este enfoque metodológico busca "reconstruir" la realidad, tal como la observan los actores de un sistema social previamente definido (Hernández, R; Fernández, C; Baptista, P. (2003), Metodologías de la Investigación, Capitulo 1, p. 5). Bajo esta lógica, no se pretende establecer conclusiones generalizadoras respecto a las metodologías con las que se está interviniendo en el área psicológica al interior de los PIEs, sino más bien, se busca comprender cómo y cuáles son estas metodologías bajo la perspectiva de los profesionales que trabajan en dichas instituciones.

Se pretende, en resumen, examinar el modo en que se experimenta el mundo, la realidad que importa es lo que las personas perciben como importante (Taylor, S.J.; Bogdan, R. (1987), Introducción a los métodos cualitativos de investigación, p. 16).

Este tipo de enfoque nos permite tener una perspectiva holística, puesto que las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables sino

considerados como un todo. El investigador estudia a la persona en el contexto de su pasado y de las situaciones en las que se haya (Taylor, S.J.; Bogdan, R. (1987), Introducción a los métodos cualitativos de investigación, p. 20). El enfoque cualitativo entrega una serie de herramientas y técnicas que resultan de suma importancia al momento de validar esta investigación, dado que el eje de ésta radica en conocer y observar la labor que están realizando los profesionales psicólogos con los niños, niñas y adolescentes que presentan situaciones y/o conductas altamente complejas.

Es la metodología cualitativa la que permitirá acotar el margen entre los datos numéricos y lo que realmente la gente dice, piensa y hace. “Observando a las personas en su vida cotidiana, escuchándolas hablar sobre lo que tienen en mente, y viendo los documentos que producen, el investigador cualitativo obtiene un conocimiento directo de la vida social, no filtrada por conceptos, definiciones operacionales y escalas clasificadoras” (Taylor, S.J.; Bogdan, R. (1987), Introducción a los métodos cualitativos de investigación, p. 21). Con esto se pretende dar forma y sustento a esta investigación, no sólo con la recolección de información por medio de entrevistas, encuesta/cuestionario y las distintas fuentes documentales, sino también desde una perspectiva Clínica-Comunitaria que busca fundamentar y ampliar los conocimientos que se pretenden establecer bajo esta tesis de grado.

4.2. Tipo y diseño de investigación

Está investigación es de ***Tipo Exploratorio – Descriptivo***.

Exploratorio, ya que los estudios exploratorios se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o un problema de investigación poco estudiada, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes (Hernández, R; Fernández, C; Baptista, P. (2003), Metodologías de la Investigación, Capitulo 5, p. 115). En relación a esto, se puede explicitar que frente a la problemática que se plantea en esta investigación no existen antecedentes relacionados con el estudio de las metodologías implementadas en las intervenciones psicológicas al interior de los programas PIE. La poca bibliográfica y la reciente implementación de éste tipo de programas de intervención especializada (no más de tres años desde sus inicios) que tienen en la base el concepto de alta complejidad, del cual no existen referencias recientes, conlleva que este tipo de temáticas no se hayan estudiado antes.

Descriptivo, pues se fundamenta en la necesidad de poder "desarrollar una imagen o fiel representación del fenómeno estudiado a partir de sus características**"** (Grajales, T (s.f) Tipos de Investigación. p.2) y siguiendo el planteamiento Hernández, Fernández y Baptista, **"**los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de las personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a análisis antes" (Hernández,

R; Fernández, C; Baptista, P. (2003), Metodologías de la Investigación, Capitulo 5, p. 117) "…en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas, para así (valga la redundancia) describir lo que se investiga" (Hernández, R; Fernández, C; Baptista, P. (2003), Metodologías de la Investigación, Capitulo 5, p. 118). Con éste tipo de investigación se busca dar cuenta del cómo se están llevando a cabo las intervenciones psicológicas al interior de los programas PIE y cuáles son las metodologías que están implementado los profesionales psicólogos al intervenir con la población infanto-juvenil más vulnerada de la sociedad, con el objeto de sentar un precedente respecto a la realidad en la cual se desenvuelven los profesionales psicólogos y como éstos interactúan con las diversas variables que implica su labor, en relación con los diversos enfoques teóricos y/o corrientes psicológicas presentes en el profesional psicólogo.

Por otro lado, el diseño de esta investigación es *No Experimental – Transeccionales Exploratorios.*

No experimental, puesto que la investigación busca observar el o los fenómenos tal cual se dan dentro de su contexto para luego analizar dicha información. "En la investigación no experimental no es posible manipular las variables o asignar aleatoriamente a los participantes o tratamientos. De hecho, no hay condiciones o estímulos a los cuales se expongan los sujetos de estudios" (Hernández, R; Fernández, C; Baptista, P. (2003), Metodologías de la Investigación, Capitulo 7, p. 267).

Este tipo de diseño permitirá conocer las impresiones y las reacciones de los profesionales al consultar por su desempeño al trabajar con la población infanto-juvenil más vulnerable socialmente, puesto que "las variables independientes ya han ocurrido y no es posible manipularlas, el investigador no tiene control directo sobre dichas variables, ni puede influir sobre ellas, porque ya sucedieron, al igual que sus efectos" (Hernández, R; Fernández, C; Baptista, P. (2003), Metodologías de la Investigación, Capitulo 7, p. 268).

Y *Transeccionales Exploratorio*, dado que se fundamenta en la intención es de explorar situaciones, eventos y/o contextos relativamente nuevos o poco conocidos, "y constituyen el preámbulo de otros diseños -no experimentales y experimentales" (Hernández, R; Fernández, C; Baptista, P. (2003), Metodologías de la Investigación, Capitulo 7, p. 272).

4.3 Universo.

El Universo de esta investigación se enmarca dentro de la elaboración de programas cuyo enfoque es la reparación, la resignificación y la restitución de derechos en niños, niñas y adolecentes que se encuentran en vulnerados socialmente y presentan variables de vida de alta complejidad.

En función de lo antes mencionado, en Chile se crean Programas con el fin de iniciar políticas sociales que defiendan y resguarden la integridad de los niños y jóvenes, en concordancia SENAME, organismo cuyo objetivo es velar por las licitaciones de este tipo de programas a lo largo de todo Chile.

Actualmente se encuentran vigentes en Chile 50 proyectos PIE subvencionados y convenios. En la Región Metropolitana existen 14 Proyectos PIE, en la Ciudad de Santiago se encuentran funcionado 11 PIE, tres con convenio Ministerio del Interior -.SENAME y 8 PIE subvencionados por SENAME.

Los Proyectos PIE constan de un equipo técnico-profesional de alrededor de 8 personas: un/a director/a; un/a asistente social; un grupo de educadores sociales, que varía dependiendo de los recursos del proyecto y la cantidad de usuarios y finalmente

uno o dos psicólogos/as.

Por consiguiente el Universo de esta investigación consta de todos los profesionales psicólogos que integran el equipo de trabajo de los proyectos PIE vigentes.

Se considero llevar a cabo esta investigación en los proyectos PIE, dado que su foco de intervención es con un porcentaje alto de la población más vulnerada, es decir los niños, niñas y adolescentes del país. Por tanto la función que desempeñan los psicólogos es fundamental a la hora del diagnóstico y la construcción del plan de intervención de cada uno de los usuarios del programa (según se plantea en las bases técnicas distribuidas por SENAME).

Es fundamental conocer y describir qué tipo de metodologías y cuáles son las funciones que estos profesionales desarrollan durante el proceso de intervención, para esto se buscará una muestra que permita captar en forma fidedigna los datos que sustentarán esta investigación.

Se trabajará con los profesionales psicólogos pertenecientes a los proyectos PIE vigentes de la ciudad de Santiago y la distribución de la muestra será: Profesionales Psicólogos que actualmente se encuentren despeñando labores en PIE Subvencionados por SENAME y PIE Convenio SENAME Ministerio del Interior.

4.4 Muestra.

La muestra de esta investigación es de tipo *no probabilística***,** lo que será entendido en tanto que **"**la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características del investigador o del que hace la muestra. Aquí el procedimiento (...) depende del proceso de toma de decisiones de una persona o grupo de personas, y desde luego las muestras seleccionadas por decisiones subjetivas tienden a estar sesgadas" (Hernández et al., 1998, p.208)**.** Esta característica tiene estrecha correlación con el tipo de investigación cualitativa exploratoria descriptiva con la que se esta llevando a cabo el presente trabajo.

La muestra será conformada por el equipo de profesionales psicólogos que actualmente se encuentren trabajando al interior de seis programas PIE vigentes de la ciudad de Santiago: la muestra se dividirán en dos proyectos PIE subvención SENAME y dos proyectos PIE convenio Sename – Ministerio del Interior, lo que nos dará una muestra aproximada de 8 profesionales psicólogos.

Tipo de muestra.

Los sujetos-tipo: se utiliza en estudio exploratorios e investigaciones de tipo cualitativo, donde el objetivo es la riqueza, profundidad y calidad de la información, no la cantidad ni la estandarización. En estudios de perspectiva fenomenológica, donde el objetivo es analizar los valores, ritos y significados de determinado grupo social, el uso tanto de expertos como de sujetos tipo es frecuente. (Hernández et al. 1998)

El número de personas que se espera de esta muestra es de dos profesionales psicólogos por Programa contactado. Con esto no se busca plantear rigidez alguna en relación de dicha muestra, dado que pueden variar el número de integrantes de psicólogos en cada uno de los Programas de Intervención Especializada (PIE).

Criterios y Categorías de la muestra.

1. Psicólogos/as titulados, con más de un año de experiencia en el trabajo clínico comunitarios en el área infanto-juvenil.
2. Antigüedad laboral, profesionales que tengan más de tres meses de antigüedad, por ende profesionales que desarrollen y colaboren en el diagnostico y en la construcción del plan de intervención individual.

3. Psicólogos/as adscritos a alguna corriente psicológica, la muestra busca identificar la relación entre la forma de llevar a cabo la intervención y las metodologías que se usan para esto, en función a la corriente teórica con la que se identifica el profesional.

4.5 Técnicas e instrumentos de recolección de información.

Se estima pertinente para esta investigación la utilización del siguiente método de recolección de información: *La entrevista en profundidad***.** Está se realizara por medio de dos instrumentos que buscan dar validez a la información extraída durante el procesos de elaboración de esta tesis.

Las entrevistas cualitativas se caracterizan por su dinamismo y flexibilidad, al no ser directivas, no estructuradas ni estandarizadas y totalmente abiertas. Además esta técnica nos permite trasportarnos en el tiempo, con lo cual es posible acceder a información ya sea del pasado como del presente y plasmarla en el mismo contenido, siempre y cuando esta sea contingente a la investigación a realizar (Taylor y Bogdan; 1987).

La entrevista en profundidad permite generar insumos a través de diversas técnicas de conversación, en palabras de Canales, esta permite "acceder a los significados y contenidos simbólicos de los entrevistados según sus propias palabras y maneras de pensar y sentir el mundo" (Canales. M. Metodologías de la Investigación Social. Editorial Lom. Página 236), con esto podemos inferir la construcción de significados por medio de un dialogo flexible no estandarizado, el cual nos permitirá acceder a la realidad del otro por medio de la verbalización de sus experiencias. Esta técnica permite obtener información rica en contenido, "intensiva, de carácter holístico o

contextualizada" (Valles, M. 2000).

Comprenderemos la "entrevista en profundidad" de la siguiente manera: como los encuentros entre el entrevistador y los informantes, lo cuales están direccionados hacia la comprensión de la perspectiva que tiene el entrevistado respecto a sus experiencias, su vida y el contexto en el cual se desarrolla; esta información es verbalizada y codificada por el entrevistador (Taylor y Bogdan, 1987).

Para esta investigación se utilizara dos herramientas de entrevistas en profundidad:

- *Entrevista Estandarizada Abierta***:** Este instrumento permitirá investigar los aspectos conscientes presentes en los sujetos de estudio de esta investigación, para así reunir información básica con preguntas directas, concretas y/o abiertas e indirectas dónde el tema de investigación es conocido. Este tipo de instrumento se caracteriza por *"el empleo de un listado de preguntas ordenadas y redactadas por igual para todos los entrevistados, pero de respuesta libre o abierta"* **(**Valles, M. Técnicas Cualitativas de la Investigación Social. Editorial Síntesis, 2000. Segunda parte; Capitulo 6; Página 180).

Este instrumento será enviado a cada profesional psicólogo a través de correo electrónico, y será visto por la entrevistadora previa a realizar la entrevista en profundidad, con el objetivo de profundizar ciertas temáticas relevantes a la investigación.

- *Entrevistas Basada en un guion:* Con este instrumento se busca potencial aquellas temáticas expuestas en los objetivos de esta investigación, además de proporciona información de forma ordenada para el posterior análisis de esta. Esta entrevista se caracteriza "por la preparación de un guion de temas a tratar (y por tener libertad el entrevistador para ordenar y formular las preguntas, a lo largo del encuentro de la entrevista)" (Valles, M. Técnicas Cualitativas de la Investigación Social. Editorial Síntesis, 2000. Segunda parte; Capitulo 6; Página 180)

-*El guion de la entrevista en profundidad será el siguiente:*

Perfil del sujeto de atención.

Intervención multidisciplinaria.

Intervención psicológica.

Metodologías de intervención psicológicas.

Psicoterapia y/o terapia.

Análisis del trabajo desarrollado.

Percepción de los Programas PIE.

4.6. Plan de análisis de la información.

El plan de análisis de esta investigación se basara en el Análisis de Contenido, el cual permitirá evaluar la información vertida por los diferentes agentes consultados, con el fin de poder entregar información lo mas fidedigna posible. La definición de análisis de contenido que se tomara en cuenta durante esta investigación es la que se esboza en el libro de Delgado y Gutiérrez (Delgado y Gutiérrez, 1995): "el análisis de contenido puede concebirse como un conjunto de procedimientos que tiene como objetivos la producción de un meta-texto analítico en la que se presenta el corpus textual de manera trasformada […] Por una parte, ese sentido trasparece en la superficie textual dada inmediatamente la intuición teórica del investigador"(Delgado y Gutiérrez; Métodos y Técnicas Cualitativas de la investigación en ciencias sociales. Editorial Síntesis; Madrid, 1995. Página 181).

De esta manera lo que se pretende es que mediante el desarrollo de esta investigación se permita elaborar estrategias de investigación que sean atingentes a la problematización que se presenta en ésta. Esto con el propósito que el entrecruzamiento de contenidos, tanto teóricos como metodológicos y prácticos, permitan dar cuenta de una coherencia y trabajo sistemático en cuanto a la entrega de resultados, que se espera sea lo más fidedigna posible. Delgado y Gutiérrez plantean que para que la investigación sea rigurosa debe estar definida por medio de los niveles de la investigación misma, junto con esto siguieren que se debe dar "a nivel pragmático, el teórico, el metodológico" (Delgado y Gutiérrez; Métodos y Técnicas

Cualitativas de la investigación en ciencias sociales. Editorial Síntesis; Madrid, 1995. P. 183).

Se entenderá este proceso de análisis como un todo integrado, dado que cada parte que compone esta investigación es crucial e indispensable para llevar a cabo el análisis final. Si bien he planteado que el método a utilizar es el análisis de contenido, con este se busca obtener información de forma ordenada e integrativa, para lo cual se trabajara en "Análisis de Contenido por Categorías".

Se entenderá Análisis de Contenido por Categorías del siguiente modo: "Constituyen técnicas de análisis de datos que se aplican también a los datos generados por la propia investigación, contando con la participación activa del investigador, que utiliza categorías para la organizar conceptualmente y presentar la información, más interesada por el contenido de las categorías y su interpretación que por la frecuencia de los códigos, y tradicionalmente no asociadas a técnicas cualitativas"(G. Rodríguez; J. Gil y E. García. Metodología de la investigación cualitativa. Ediciones ALJIBE, 1999. Capitulo XI. Página 201). Bajo esta premisa se busca alcanzar un análisis cuyas orientaciones no se centren en la calidad del contenido de la experiencia del investigador, sino más bien que sea a través del mismo contenido de los datos recolectados que permitan dar cuenta de una realidad y que el investigador sea capaz de ajustarse "a un procedimiento preciso, que consta de una serie de frases para las cuales se aportan orientaciones y pautas de trabajo" (G. Rodríguez; J. Gil y E. García. Metodología de la investigación cualitativa. Ediciones

ALJIBE, 1999. Capitulo XI. P. 201)

Del mismo modo se entenderá que esta etapa de la investigación aunará criterios para que desde la teoría y la metodología aparezca un marco interpretativo, donde el investigador, mediante la recolección de datos y el análisis de estos pueda generar una conclusión y/o discusión, los cuales originan una puerta de entrada a través de datos descriptivos que buscaran dar sustento a esta investigación.

Acerca del plan de análisis de contenido y los pasos que este implican, esta investigación consta primeramente de la aplicación de las entrevistas estandarizadas y luego con la ejecución de las entrevistas en profundidad basadas en un guión. Después se realizará la trascripción de las entrevistas en profundidad realizadas a lo largo de esta investigación, posteriormente se procederá a la *reducción de datos* (modelo propuesto por Miles y Huberman; 1994), seguidamente se realizará *la extracción y disposición de los datos*, para que finalmente se verifiquen los datos y se desarrollen las conclusiones.

En el texto de Rodríguez, Gil y García (G. Rodríguez, J. Gil y E. García. 1999) se plantea que este esquema no es un proceso de carácter lineal, en donde el análisis es secuencial, sino que es posible que se manifieste simultáneamente.

Modo del Análisis de Contenido Por Categorías:

- Aplicación y ejecución de Entrevistas en Profundidad Estandarizadas y Basadas en Un Guión.

- Luego de recolectar las Entrevistas Estandarizadas y se trascribir las Entrevistas Basadas en un Guión de la manera que estas reflejen íntegramente las opiniones de los entrevistados.

- *Reducción de datos* (G. Rodríguez, J. Gil y E. García. 1999). En esta etapa comienza la confección de las categorizaciones y las codificaciones. Con esto se busca reducir la información para que se pueda ordenar mediante la separación de los mismos: "La reducción de los datos también supone descartar o seleccionar para el análisis parte del material informativo recogido, teniendo en cuenta determinados criterios teóricos y prácticos, y está presente asimismo cuando el investigador resume o esquematiza sus notas de campo" (G. Rodríguez; J. Gil y E. García. Metodología de la investigación cualitativa. Ediciones ALJIBE, 1999. Capitulo XI. P. 206).

- *Separación y Clasificación de Unidades* (G. Rodríguez, J. Gil y E. García. 1999). Para los autores resulta relevante visualizar el conjunto de datos globales, para así poder separarlos o segmentarlos en unidades que resulten *relevantes y significativas.* Con el fin de tener claridad bajo qué criterio se

recogerán los datos, es que se plantea que se utilice en esta investigación "*los Criterios Temáticos*, dado que se "considera unidades en función del tema abordado. Considerando conversaciones, sucesos, actividades que ocurren en la situación estudiada es posible encontrar segmentos que hablan de un mismo tema" (G. Rodríguez; J. Gil y E. García. Metodología de la investigación cualitativa. Ediciones ALJIBE, 1999. Capitulo XI. P. 207).

- *Identificar y Clasificar las Unidades* (G. Rodríguez; J. Gil y E. García; 1999). En esta fase integramos lo dicho en las fases 4 y 5, acá se realiza la categorización propiamente tal. Se busca analizar los C*omponentes Temáticos*, los que permitirán clasificar y categorizar el contenido vertido en las entrevistas. "La categorización […] hace posible clasificar conceptualmente las unidades que son cubiertas por un mismo tópico […] Las Categorías pueden referirse a situaciones y contextos, actividades y acontecimientos, relaciones entre personas, comportamientos, opiniones, sentimientos, perspectiva sobre un problema, métodos y estrategias, procesos" (G. Rodríguez; J. Gil y E. García. Metodología de la investigación cualitativa. Ediciones ALJIBE, 1999. Capitulo XI. P. 208). "La Codificación no es más que la operación concreta por la que se asigna a cada unidad un indicativo (código) propio de la categoría en la que la consideramos incluidas" (G. Rodríguez; J. Gil y E. García. Metodología de la investigación cualitativa. Ediciones ALJIBE, 1999. Capitulo XI. P. 208).

De esta manera se logra obtener los datos duros para luego realizar el análisis más profundo. En esta fase se debe tomar decisiones entorno a que contenidos son de real aporte a la investigación, conjunto con su coherencia en la tipificación de las categorías asignadas para identificación y posterior clasificación de dichos datos.

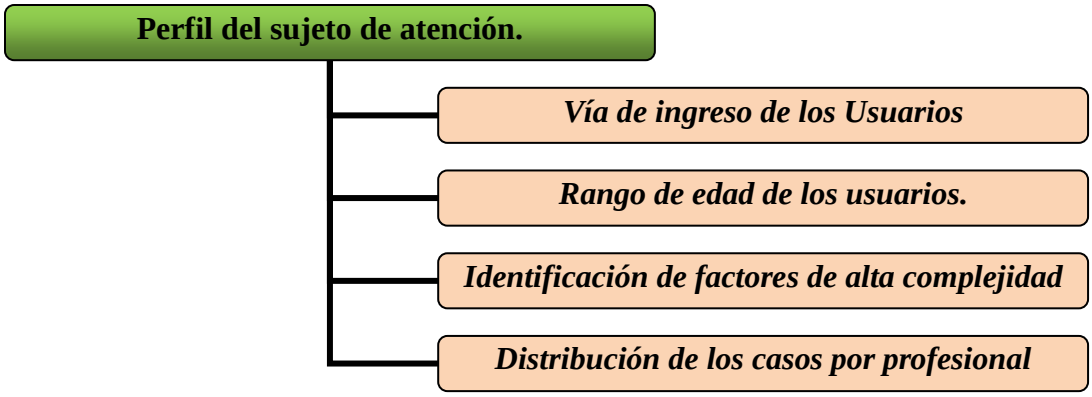
- *Síntesis y agrupamiento de los datos.* Es el agrupamiento físico de las unidades ya han sido categorizadas o forman parte de una categoría. La agrupación de estos datos en diferentes categorías, las cuales se visualizan por medio de códigos, los cuales son agrupados de acuerdo al plan de análisis que se está llevando a cabo en esta investigación.

- *Obtención de resultados* y análisis de la información.

5. Resultados y análisis.

5.1 Resultados por categorías.

Categoría 1: Perfil del sujeto de atención.



En este núcleo temático se pretende, por medio de los discursos entregados por los entrevistados, identificar con cuál sector de la población infanto-juvenil se está interviniendo en los programas PIE. El perfil del sujeto de atención busca estandarizar y delimitar el campo en el cual se insertan los programas colaboradores de SENAME, bajo estamentos normativos, los cuales operan bajo la lógica de políticas sociales y de control social. Resulta relevante obtener las impresiones y/o opiniones que tiene los profesionales psicólogos en torno al cómo se configura este la delimitación del perfil dependiendo de cada programa, así como sus vías de ingreso y la identificación de características particulares en su sujeto de intervención, entendiendo que en esta investigación se diferencian dos tipos de programas PIE, los subvencionados y los Convenio SENAME-Ministerio del Interior.

Tópico 1: Vía de ingreso de los usuarios.

Este tópico nos permitirá conocer las diferentes vías de ingreso que tiene los usuarios a estos programas, además de distinguir la forma de derivación de los usuarios dependiendo si son programas subvencionados por SENAME o convenio SENAME-Ministerio del Interior.

En palabras de los entrevistados uno puede diferenciar al menos dos modos de ingreso de los usuarios a los programas PIE.

Uno que proviene de derivaciones de Tribunales de Familia y de otras instituciones de la Red SENAME, así como de demanda de la red intersectorial. Esto es en palabras de los profesionales psicólogos que pertenecen a los programas PIE, que son subvencionados por SENAME

*"*Básicamente de tribunales de familia, el noventa por ciento de nuestros usuarios son provenientes o derivados del tribunal*"* **(IEP1P9)**

"Por la red y tribunal, o ese no sé como estaremos en términos de porcentaje, no me acuerdo, pero es parejo igual…" **(IIIEP6P109**

El otro modo de ingreso es el que plantean los profesionales de los programas PIE, Convenio SENAME-Ministerio del Interior, quienes comentan que su única vía de ingreso es a través del Programa de Seguridad Integral (PSI) 24 horas, los cueles filtran el listado que proviene de la Dirección de Protección Policial de la Familia (DIPROFAM)

"Aquí los chiquillos llegan por, definiendo el perfil del usuario, por el programa de seguridad 24 horas…" **(IIEP4P1)**

"Los casos son derivados desde, y únicamente, del programa de seguridad integral PSI 24 horas. Estos nos envían un listado que proviene de la DIPROFAM" **(IVEP7P5**)

De acuerdo con lo relatado por los entrevistadores es posible platear que los programas PIE tienen don vías de ingreso ya delimitadas. Esta información tiene total coherencia con lo que se plantea en las bases técnicas.

Tópico 2: Rango de edad de los usuarios.

El siguiente tópico dará cuenta de del rango etario de los niños, niñas y adolescentes con los que trabajan los profesionales psicólogos en los programas PIE. Se recolectara los enunciados que den cuenta de las edades de los sujetos de atención, además permitirá determinar por medio de los discurso de los entrevistados, si existe

una relación entre la etapa del desarrollo del sujeto y los procesos de intervención que se elaboran al interior de éstos.

Conjuntamente se podrá vislumbrar cual es el grupo etario con el que intervienen este tipo de programas y cuál es la labro del psicólogo según su etapa del desarrollo.

Por medio de las entrevistas se pudo identificar que el rango etario de los usuarios de los programas PIE dependerá de si el programa es subvención o Convenio.

El rango etario de los usuarios de los programas PIE Subvención va de los 0 a los 18 año.

Pero denotan un en sus relatos no trabajar con un rango tan extenso y que por lo general sus media de edad oscila entre los 12 y los 16. Esos si plantean que tiene casos que son más pequeños.

"…en realidad trabajamos con niños desde los 3 años a los 17 años aproximadamente, esto dependerá de la situación de vulneración por la cual ingresen. De todas formas este proyecto contemple su atención en niños desde los 0 a los 18 años de edad" **(IEP1P1**

"Se plantea un perfil…y cuyas edades van desde los 0 años a los 18, por lo tú te darás cuenta que es un perfil bien amplio..." **(IEP2P1)**

"…el rango etario de este programa, así como la media de los chiquillos ingresados va de los 12 a los 16 aproximada mente" **(IIIEP6P10)**

Los programas Convenios tienen un rango etario más delimitado. La edad de sus usuarios va de los 12 a los 17 años.

"…las edades son de 12 a 17 años, y no llegan con ningún diagnostico, solo nos llega el listado que identifica al niño como infractor o vulnerado…" **(IIEP4P2)**

"Son jóvenes, niños, niñas y adolescentes desde los 13 años hasta los 17 años 11 meses" **(IVEP7P1)**

Tópico 3: Identificación de factores de alta complejidad.

Se busca en este tópico visualizar si existe una identificación de los factores de complejidad propuestos por SENAME por parte de los profesionales psicólogos pertenecientes a los programas PIE.

Con el reconocimiento de los factores de complejidad se postula que las intervenciones se delimitaran por la presencia o ausencia de alguna de éstas. Es por

medio de éste tópico que se debiese de limitar el perfil del sujeto de atención, dado que el objetivo de este tipo de programa plantea que no es cualquier joven el que pertenece al PIE, son niños o jóvenes que presentan factores de alta complejidad; además en sus bases técnicas, los PIE son programas de prioridad uno y son la última instancia de intervención ambulatoria en temáticas de protección de derechos y la restauración de ellos. Es en este ámbito que resulta relevante que los profesionales logren identificar estos factores.

De igual forma se busca identificar si existe alguna diferencia entre la percepción que tiene los profesionales entorno a los factores de alta complejidad, dependiendo si forman parte de un programa Subvencionado o un programa bajo la modalidad Convenio.

Los entrevistados de los programas subvencionados si bien identifican los factores de complejidad, sus intervenciones no se centran en estas. La mayoría de los entrevistados comentan que para ellos los factores de complejidad son vulneraciones de derechos y es en relación a esas vulneraciones que ellos realizan las intervenciones.

"…la infracción es una vulneración, básicamente es un vulneración societal,… no es una cuestión de la que la familia no los manda al colegio, sino que también es lo que se valora y que es lo que se valora de los espacios estructurados,

ehmm… ahora cuando hablamos de grandes carencias… es porque hay un conjunto de variable que lo encasilla en la alta complejidad" **(IEP1P11)**

"Por lo general son jóvenes o niños que se encuentras fuera del sistema escolar, con alta socialización callejera, algunos presenta consumo cebero de drogas…infracción de ley… pero sobretodo son niños vulnerados, que presentan dentro de sus dinámicas familiar fuertes conflictos, muchas veces negligentes, en condiciones socioeconómicas poco favorables…" **(IEP2P1)**

"Yo lo dividiría en dos; adolescentes que son la mayoría infractores con consumo de drogas, que habitan en lugares con riesgo social, así como poblaciones, con bajos recursos, yo creo que todos con algún grado de presencia de negligencia familiar, por colaboración de las familias… y los que son más chicos, también con temas de negligencias y hay que hacer más procesos reparatorios" **(IIIEP6P9)**

"…nuestra alta complejidad se entiende como un conjunto de problemas presentes, por así llamarlo familias multiproblemática, te encuentras que el niño ingresa por mendicidad, pero al momento que empiezas a evaluar o indagar mas te encuentras que están presentes situaciones de abuso o de droga" **(IEP3P9)**

Los entrevistados de los programas convenios no solo identifican los factores de complejidad, sino que además sus intervenciones se basan en ellas. Estos factores

son un eje clave, según relatan, para la identificación de factores de riegos y posibles aristas para poder llevar a cabo las intervenciones.

"La alta complejidad son cinco variables que tienen que ver, en primer lugar por ejemplo en desescolarización, en socialización callejera, en socialización delictual, en consumo problemático o abuso de alcohol o drogas y también se toman peores formas de trabajo y hay factores que van incidiendo desde esta cosa que te digo yo que es integrado que podría ofrecer que es a nivel familiar" **(IIEP5P2)**

"Según los que establece el programa, Socialización delictual, Socialización callejera, Consumo de Oh y drogas (diferenciar grado de consumo), Desescolarización, Peores formas de trabajo, Vulneración, Disfunción familiar" **(IIEE5P13)**

"Claro… son seis variables que se entrecruzan con nuestros cuatro niveles de intervención. Las variables son: Infracción de ley, consumo de drogas, socialización callejera o situación de calle, deserción o retraso escolar, vulneración de derechos, perores formas de trabajo" **(IVEP7P3)**

En su mayoría, los entrevistados reconocen como factor común de los criterios de complejidad la vulneración de derechos grave.

Tópico 4: Distribución de los casos por profesional.

Plantear si existe o no una identificación de la distribución de casos por área profesional o por integrante de un equipo de trabajo por medio de los datos que entregan los entrevistados, permite a esta investigación establecer la injerencia del psicólogo en la intervención.

Este tópico da luces si el programa al cual están adscritos los entrevistados presenta una estratificación de profesionales que intervienen directamente con los usuarios del programa PIE.

"Los casos se distribuyen de acuerdo a la profesión de cada profesional en el programa, los tutores tienen aproximadamente 10 casos cada uno, el asistente social tiene a cargo los 50 casos y nosotros los psicólogos va a depender de la carga horaria y de la función, por lo general la proporción es de 2:3 y la coordinadora no ve ningún caso ya que su labor es más bien administrativa" **(IVEP7P9)**

Las entrevista entregaron información respecto a cómo se distribuyen los casos al interior de cada programa. Independiente de si el programa es subvención o convenio la distribución de casos que se da por profesional, esto se relaciona con la función que cumplen cada uno de ellos.

Se logra diferenciar que el programa I es el único que no cumple con este

criterio, dado que como ellos mismos plantean, que este programa no cuenta con estratificación de profesionales.

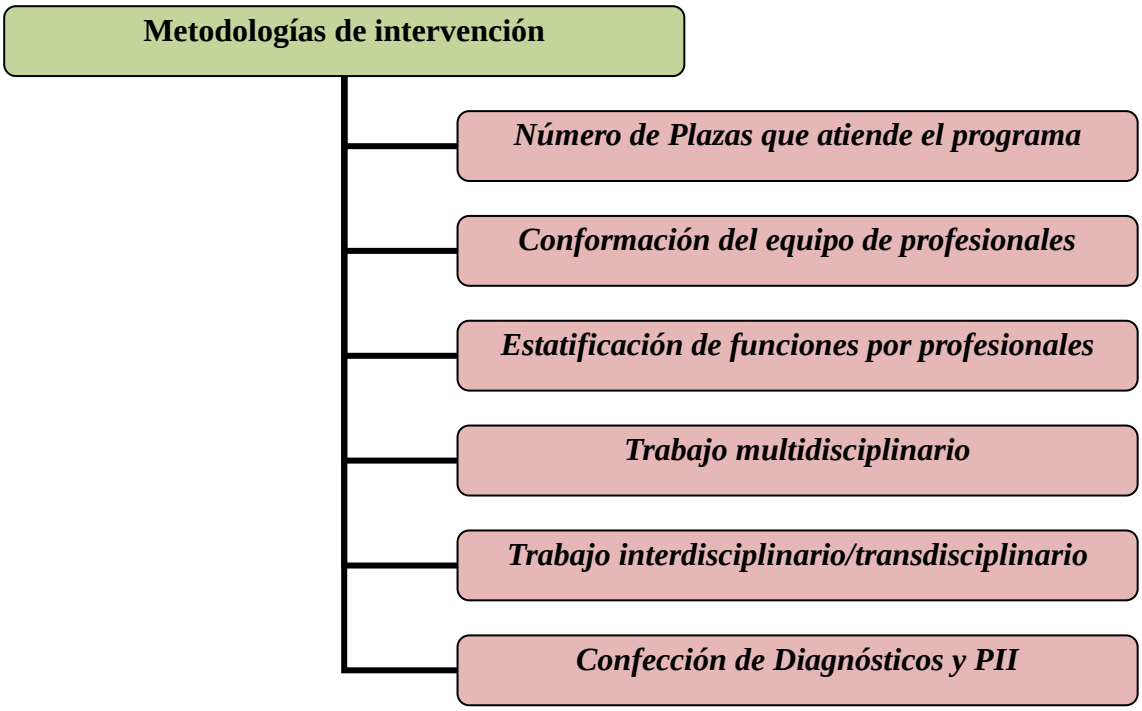
"…en el programa, somos siete personas que atendemos cincuenta niños…" **(IEP1P3)**

"Este programa cuenta con siete profesionales, los casos se dividen en función de la carga horaria que tenga cada uno […] Los que tengan jornada completa pueden tener máximo 10 casos, y de ahí para abajo se van distribuyendo" **(IEP2P2)**

"…la distribución de los casos no se da por profesiones, sino más bien lo que buscamos es aunar criterios y miradas en pro de una mejor intervención…" **(IEP2P3)**

Esta modalidad de trabajo es particular de este programa y de esta institución.

Categoría 2: Metodologías de Intervención.



El análisis de las metodologías de intervención permitirá ahondar en la implementación e intervención que se llevan a cabo de los programas PIE en la ciudad de Santiago. La entrega de datos hablados posibilita conocer como se estructuran a nivel de recursos humanos este tipo de programas, facilitando visualizar si se encuentran presentes las distribuciones de funciones dependiendo del cargo y/o profesión.

A demás permite visualizar la manera en que se estructuran para llevar a cabo las intervenciones al interior del equipo y la precepción que desarrollan los profesionales psicólogos en relación a estas intervenciones.

Tópico 1: Número de Plazas que atiende programa.

Se busca identificar la capacidad de usuario que abarca con los programas PIE.

La verbalización de los entrevistados entornos a la cantidad de casos que abarcan estos programas es la misma en todas, es decir cada programa cuenta con 50 usuarios.

"…somos siete personas que atendemos cincuenta niños…" **(IEP1P2)**

"…contamos con un máximo de 50 casos…" **(IEP2P1)**

"Nosotros atendemos un total de 50 casos…" **(IEP3P2)**

"…tenemos 50 cupos…" **(IIIEP6P10)**

"El programa atiende a 50 niños…" **(IVEE7P6)**

Tópico 2: Conformación del equipo de profesionales.

Acá los entrevistados entregan información de cómo se estructura el equipo humano que trabaja en los programas PIE

Esto Permite, por medio de los discursos de los entrevistados, reconocer como los programas conforman el equipo humano necesario para llevar a cabo una intervención especializada.

En relación con la conformación de equipo en los programas PIE, los entrevistados plasman que en la totalidad de los equipos de trabajos cuentan con una diversidad de profesionales del área social.

"Yo, como mis otros dos compañeros psicólogos… el antropólogo, el psicopedagogo y los dos asistente sociales (los que son nuestros compañeros de equipo)" **(IEP1P4)**

"Este programa cuenta con siete profesionales…" **(IEP2P2)**

"Mira como piramidal, bueno José Luis, como director a la cabeza; en una base más abajo: TUTOR, PSICOLOGO y ASISTENTE SOACIAL…" **(IIEP4P35)**

"En una pirámide invertida, el modelo que utiliza el programa, es una

pirámide invertida. Abajo van tutores que son la primera intervención, después siguen trabajadores sociales, psicólogos y esa es como la intervención, pero centrado como desde la estructura acá, con una intervención primero desde el chico o la chica, la familia" **(IIEP5P42)**

"un asistente social, […] 2 psicólogos […] También contamos con 4 tutores (distintas profesiones […] Y finalmente un coordinador" **(IVEP7P6)**

Comentan que está diversidad de profesionales permite elaborar intervenciones más profundas integrando distintos estamentos y miradas que unifican una acción.

Tópico 3: Estratificación de funciones por profesionales.

En este tópico los entrevistadores dan cuenta como se dividen las funciones al interior de los programas, y si existen funcione específica dependiendo del cargo que ocupen en el programa.

Los entrevistados del programa I verbalizan que dentro de sus programa no existe estratificación de profesionales, por lo que las funciones son iguales para todos. La única diferencia que ellos plantean en relación a las intervenciones del área psicológica es una modalidad de Co-terapia.

“Este programa no funciona bajo la modalidad “común” de los PIE`s, porque esta corporación tiene otra modalidad de trabajo. Yo, como mis otros dos compañeros psicólogos, y, al igual que el antropólogo, el psicopedagogo y los dos asistente sociales (los que son nuestros compañeros de equipo), se nos asignan una cantidad de casos de acuerdo a nuestra carga horaria […] en este proyecto nosotros somos los tutores, nosotros no hacemos esta división entre educadores” **(IEP1P4)**

“Este programa no consta con estratificación de profesionales, acá, a diferencia de otros programas todos los profesionales somos tutores, en otras palabras no hacemos diferencias entre psicoeducadores, asistentes sociales, psicólogos…” **(IEP2P3)**

Los entrevistados del programa II identifican, por medio de lo conversado durante el desarrollo de la entrevista, que su programa cuenta con una estratificación de profesionales entorno a funcione y roles, pero que éstas están mediadas por un eje de transversalidad de las intervenciones.

Comentan que los encargados de los casos son los Tutores, son ellos los que llevan a cabo la intervención más en profundidad.

“Lo que de cierta manera se puede entender que el trabajo al interior de este PIE no se estratifique por profesión, sino más bien éste sea integral en función al sujeto de atención” **(IIEP4P35)**

“En una pirámide invertida […] de cierta forma todos somos tutores, independiente del cargo” **(IIEP5P42)**

El entrevistado del programa III, comenta que la división de las funciones tiene relación a la pertinencia de cada caso, y que el trabajo que se desarrolla al interior de su programa es por medio de la mutua colaboración.

“las primeras visitas… de acogida que generalmente la hace la asistente social, a veces en compañía del psicólogo o de algún educador, dependiendo de la disponibilidad […] Después, ahí los casos se designan para el psicólogo y para el educador, cada caso lo ve un psicólogo, un educador y el asistente social …” **(IIIEP6P2)**

“el asistente social se preocupa de todo el trabajo en red principalmente, y las acogidas de los casos […] El psicólogo, es el protagonista del proceso terapéutico, nosotros somos los que llevamos las riendas técnicamente de lo que se tiene que hacer con el caso… tenemos la total responsabilidad de estos. […] el educado como te decía igual tiene experticia en el tema, entonces nos ayudan a profundizar en el tema…” **(IIIEP6P19)**

La entrevistada del programa IV, agrega que la división de las funciones está dada por la profesión de cada uno de los integrantes del equipo. Además de que dentro de las funciones se distingue la labor del tutor por ser el responsable del caso.

"un asistente social, el que se encarga del apoyo familiar, incluyendo el sujeto de atención por supuesto, en cuanto a la comunicación y coordinación con las redes disponibles […] 2 psicólogos, que en nuestro caso (Amulen) sus funciones se dividen en intervención individual familiar y psicodiagnóstico…son ambos también los que realizan intervenciones en crisis y contención cada vez que algún niño, niña o joven lo requiera […] También contamos con 4 tutores (distintas profesiones), los cuales son los interventores directos de cada caso, siendo apoyados por los profesionales anteriormente mencionados […] Y finalmente un coordinador, el cual se encarga de temas administrativos que el programa requiere" **(IVEP7P6)**

"la modalidad que tiene este programa es que el educador o tutor, como quieras llamarlo, es el responsable de la intervención del caso…" **(IVEP7P7)**

Tópico 4: Trabajo Multidisciplinario

En este tópico los entrevistados entregan información respecto a relación laboral entrono al desarrollo de las intervenciones.

En el desarrollo de las entrevistas, los datos arrojados plantean que el trabajo a nivel multidisciplinario solo se dan en los programa III, y IV, son estos los único programa que plantea un trabajo diferenciado en tres estamentos que aúnan criterio para la intervención

"En este PIE se trabaja con tres estamentos, lo educacional, lo psicológico y lo social. Todos juntos intervienen conjuntamente en cada caso" **(IVEE7P9)**

"La intervención se realiza con un equipo multidisciplinario…" **(IVEP7P6)**

Los otros dos programas instalan por medio de sus discursos el trabajo interdisciplinario y logran diferencia las repercusiones de esto en el que hacer de las intervenciones. Comentan que la modalidad multidisciplinaria segmenta las relaciones al interior del equipo de trabajo, los que significaría una obstaculizador al momento de intrevenir.

Plantean como se lleva a cabo una relación interdisciplinaria al interior de los programas PIE

“Reuniones técnicas, reuniones clínicas, desde ahí se va estableciendo…” **(IIEP5P12)**

“No multidisciplinario sino interdisciplinario, ya no actuamos independientemente uno del otro, sino que aunamos criterios para el trabajo con los casos” **(IEP1P17)**

Tópico 5: Trabajo Interdisciplinario/Transdisiplinario.

Los entrevistados comentan que es por medio de este trabajo que se logra aunar criterios de intervención no sesgados.

Junto con esto, en sus discursos se logra identificar las mejoras de las relaciones laborales al intervenir de forma no sectorizada y parcializada, sino más bien lo que buscan es centrar sus acciones en torno a las necesidades de los casos

“este programa se plantea un forma de trabajo interdisciplinariamente, es decir que no se dividen las funciones entre educadores, psicólogos y asistente social, acá trabajamos como un todo que interviene y se apoya en las instancias que se soliciten” **(IEP1P8)**

"la interacción que tenemos entre los compañeros se ha incentivado, dado que uno tiene puntos ciegos, y términos súper prosaicos de explicar nuestra dinámica es como una relación promiscua entre los profesionales" **(IEP1P17)**

"Nosotros no somos multi…somos inter…ósea entendiendo que lo multi…en el sentido que no somos miradas que actuamos independiente los unos de los otros, somos ínter en la medida que enfocamos un caso y interactuamos, de una u otra forma nos vamos modificando en el lenguaje entendiendo que somos un equipo interdisciplinario, no somos psicólogos, no somos asistentes sociales hay varias profesiones… y hay diferentes lenguajes… y eso lo aunamos en pro al trabajo con los chicos y sus familias" **(IEP2P15)**

"…al trabajar como un equipo interdisciplinario todos trabajamos en función de un caso, compartimos nuestras percepciones respecto al desarrollo y evolución de éste" **(IEP3P10)**

"es un trabajo transdisiplinario, lo que pasa es que aquí es el tutor es el que decide, el que toma las decisiones como gruesas. Pero el trabajo transdisiplinario, es ahí donde uno aporta más desde lo técnico, y también de la generación del vinculo, se desarrollan las estrategias a seguir en la intervención" **(IIEP4P4)**

"no es un trabajo parcelado, sino que se va desarrollando en conjunto, se va co-construyendo" **(IIEP5P6)**

“Cuando yo llegue al equipo se planteo una nueva modalidad de trabajo, que era más interdisciplinario. No se dividían los casos en tutor, educador o asistente social, si no que se intento una modalidad de dupla tutorial acompañada por los dos psicólogos y la asistente social. La idea era para que se mantuviera la información fluida entre los compañeros en torno a los casos” **(IVEP7P10)**

El trabajo interdisciplinario que los entrevistados describen logra poner al sujeto de intervención en el centro de de la acción a llevar. Comentan los entrevistados que esta modalidad de trabajo impediría en encasillamiento teórico y de saberes facticos, contraponiéndose con la co-construcción constante y el intercambio de distintos estamentos que aúnan criterios en pro a una intervención de calidad atingente a las necesidades de los usuarios y no de los profesionales que intervienen con él.

Tópico 6: Confección de Diagnostico y PII

Los que sugiere este tópico es la diferenciación que verbalizan los profesionales entorno a la confección de él diagnostico y el plan de intervención individual.

Es a través de los discursos enunciados por los entrevistados del programa I que se logra reconocer el que el desarrollo de estos instrumentos se lleva a cabo por medio de los responsables del caso.

Estos entrevistados denominan su actuar al interior del programa como encargados de caso.

"…profesional de caso (diagnóstico actual de la situación del NNJ, elaboración del PII, ejecución PII con el NNJ…" **(IEE1P7)**

"Acá somos nosotros los encargados de vincular al chico, a la familia, contacto con las redes. Y la elaboración del diagnostico en función del programa individual que se realiza para ese chico" **(IEP1P4)**

"en este programa somos los encargados de los casos los que desarrollamos el diagnostico en función del plan de intervención individual de cada caso" **(IEP2P3)**

"…somos nosotros los encargados del casa, realizamos el diagnostico, el plan de intervención" **(IEP3P4)**

En el resto de los programas entrevistados se comprende que la confección de estos insumos es de manera interdisciplinariamente. Comentan que la confección y la implementación de éstos se realizan con el resto del equipo.

"Diseña en conjunto con equipo los Planes de Intervención Individual" **(IIIEE6P8)**

"En un primer momento de la Intervención, que abarca los 3 primeros meses, se realiza la acogida y el proceso de Diagnóstico y desarrollo de Plan de Intervención Individual…" **(IIIEE6P9)**

"Es conversado cada uno pone su parte, eh…cada uno impone su punto de vista y se conversa" **(IIEP4P29**

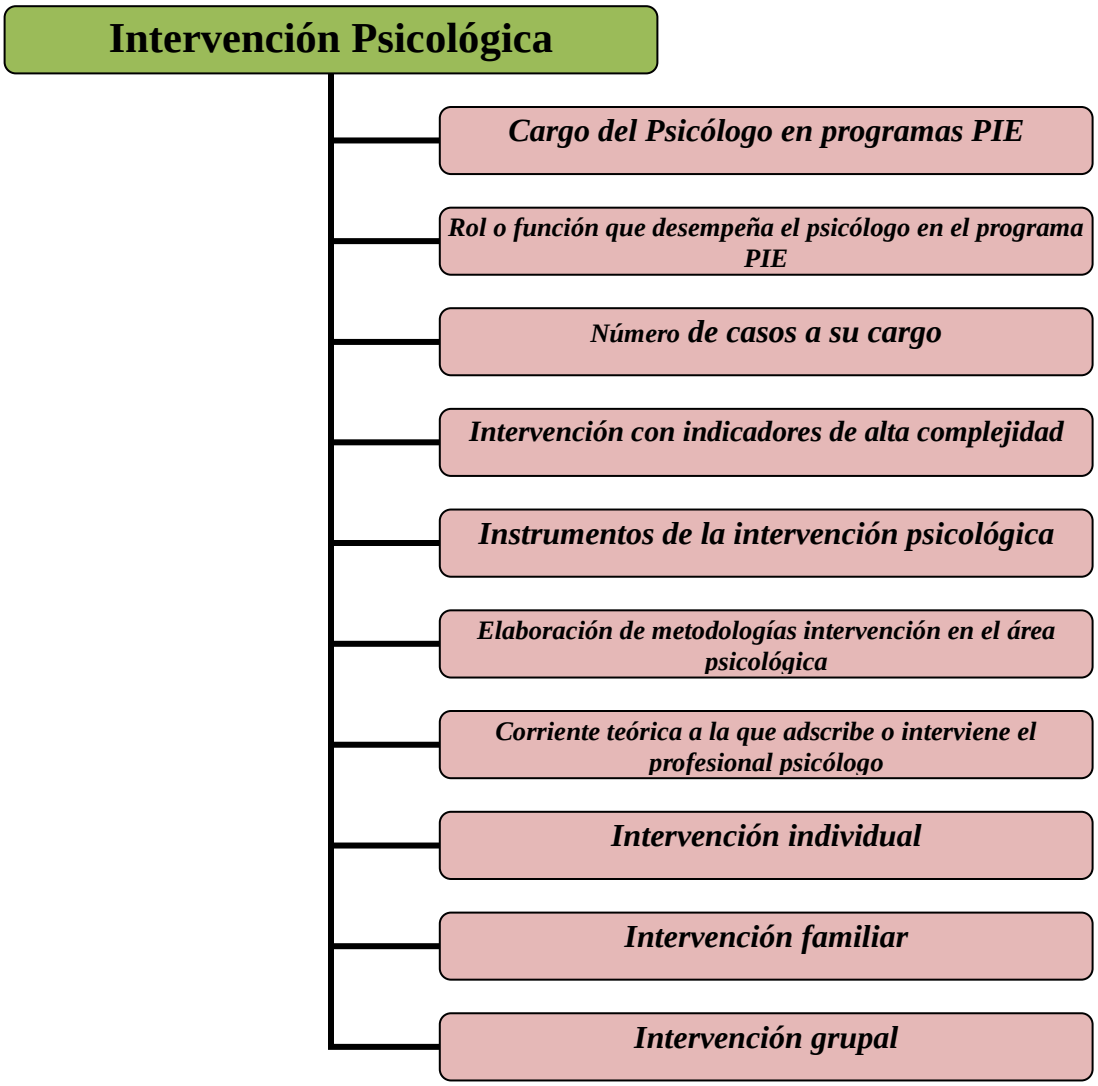
"La triada, la triada. Acá se… este es un trabajo horizontal, en triada, no es un trabajo parcelado, sino que se va desarrollando en conjunto, se va co-construyendo…" **(IIEP5P6)**

"el diagnostico y…el plan de intervención individual (PII), y eso se hace en común con el psicólogo y el educador…" **(IIIEP6P2)**

En este es el único programa que plantea que la responsabilidad de la confección de estos insumos recae en el Tutor.

"Los encargados de desarrollar el diagnostico y el PII son los tutores, los demás profesionales entregamos los insumos para luego realizar un diagnostico y un PII integrado" **(IVEP7P11)**

Categoría 3: Intervención psicológica.



Esta categoría busca identificar la labor del psicólogo al interior de los programas PIE. Junto con esto pretende conocer la utilización de metodologías e instrumentos que sean propias del área.

Busca indagar respecto a cómo se llevan a cabo las intervenciones individuales, Familiares y comunitarias en estos programas.

Pretende reconocer a través de las verbalizaciones de los entrevistados las acciones particulares que se llevan a cabo por medio de un enfoque teórico y práctico con sujetos altamente complejos.

Tópico1: Cargo del Psicólogo en programas PIE

Este típico contempla el entendimiento por parte de los psicólogos en relación al lugar que ocupan dentro de este tipo de programas.

En relación al cargo del psicólogo, los entrevistados entregan una gama amplia de las tareas que se le adjudican al profesional.
Estas van desde la intervención misma hasta la elaboración de procesos específicos del área psicológica.

"Es primeramente profesional de caso (diagnóstico actual de la situación del NNJ, elaboración del PII, ejecución PII con el NNJ y su familia, gestión en red, etc), aportando desde su formación al abordaje de la intervención y como apoyo (en co-terapia) a la labor de los otros profesionales de caso" **(IEE1P7)**

“El psicólogo debe poseer competencias técnicas con un enfoque Clínico – Comunitario, Proponer dispositivos de intervención a nivel individual, familiar e institucional, ser garante de derecho de los N.N.J desde lo discursivo y lo actitudinal además de competencias interpersonales como pro actividad, alto grado de compromiso, respetuoso de las historias de vida y de las individualidades de cada N.N.J y de sus familias, con capacidad empática” **(IIEE4P7)**

“El psicólogo debe poseer competencias técnicas con un enfoque Clínico – Comunitario, Proponer dispositivos de intervención a nivel individual, familiar e institucional, ser garante de derecho de los N.N.J desde lo discursivo y lo actitudinal además de competencias interpersonales como proactividad, alto grado de compromiso, respetuoso de las historias de vida y de las individualidades de cada N.N.J y de sus familias, con capacidad empática” **(IIEE5P7)**

“Profesional con al menos 3 años de experiencia comprobada en programas sociales y trabajo en equipo. Requiere experiencia en trabajo con infancia, adolescencia altamente vulnerada y con enfoque de género. Debe poseer flexibilidad y adaptabilidad para el trabajo bajo presión y orientación a la calidad. Así mismo juicio crítico y oportuno para la toma de decisiones complejas. Se requiere también alta tolerancia a la frustración, y manejo de relaciones interpersonales y con figuras de autoridad. Profesional con orientación al logro, además de énfasis en los resultados de las tareas asignadas. Se debe poseer capacidad de adaptarse a diversos escenarios (trabajo en terreno y oficina). Así mismo probidad en las acciones realizadas, siendo

responsable, poseer alta motivación y compromiso con el trabajo realizado" **(IIIEE6P7)**

Este programa contempla dos tipos de cargos al interior del programa, uno que es específico para el desarrollo de evaluaciones psicodiagnóstica y otro que es atingente al desarrollo de las intervenciones y la elaboración de procesos psicoterapéuticos.

"Mi cargo se basa específicamente en el psicodiagnóstico de los casos a atender. El que se realiza en conjunto con el tutor a cargo del niño o niña. Luego, en base a este diagnóstico, se comienza a intervenir en las áreas que requiera el niño o niña. Por otra parte, es fundamental la intervención en crisis y la contención permanente, tanto familiar como individual de cada caso" **(IVEE7P7)**

El programa I es el único que no planeta la especificación de un cargo a nivel del área psicológica., puesto que plantean que son profesionales de caso.

"No existe el cargo de psicólogo propiamente tal, en tanto el cargo es profesional de apoyo o tutor" **(IEE2P7)**

"Profesional de caso" **(IEE3P7)**

Tópico 2: Rol o Función que desempeña el Psicólogo en programas PIE

La función del psicólogo se caracteriza, según lo que verbalizan los entrevistados en una gama amplia de acciones y exigencias para llevar a cabo intervenciones de calidad.

Comentan que su función abarca desde los ámbitos particulares de individuo, a la configuración de la familia y su inserción en la comunidad, para esto el profesional psicólogo debe tener presente una gama de cualidades que le permitan llevar a cabo una intervención enfocada a la necesidades de los usuarios.

"La exigencia en particular está dada por qué se debe intervenir de manera individual, familiar o redes dependiendo ello de la contingencia y situación en particular de cada caso. Esta contempla que se debe hacer abordajes terapéuticos cuando corresponda y también respaldar los procesos terapéuticos a otros compañeros cuando la situación lo amerite bajo la modalidad de co-terapia. (Siendo el otro profesional el encargado del caso se instrumentaliza el timing generado por el otro y se aborda con esos pasos dados)" **(IEE2P8)**

"La función del psicólogo es la de brindar un apoyo en términos psicosociales, mediante el cual se evalúa, diagnóstica, la situación actual del niño, como por ejemplo, dinámica familiar, situación académica, situación socioeconómica, factores de riesgo versus protectores, etc., para luego diseñar un plan interventivo lo más

acorde y ajustada a las necesidades del niño y su familia" **(IEE3P8)**

"el psicólogo debe poseer competencias técnicas con un enfoque Clínico – Comunitario, Proponer dispositivos de intervención a nivel individual, familiar e institucional, ser garante de derecho de los N.N.J desde lo discursivo y lo actitudinal además de competencias interpersonales como pro actividad, alto grado de compromiso, respetuoso de las historias de vida y de las individualidades de cada N.N.J y de sus familias, con capacidad empática" **(IIEE4P7)**

"El psicólogo debe poseer competencias técnicas con un enfoque Clínico – Comunitario, Proponer dispositivos de intervención a nivel individual, familiar e institucional, ser garante de derecho de los N.N.J desde lo discursivo y lo actitudinal además de competencias interpersonales como proactividad, alto grado de compromiso, respetuoso de las historias de vida y de las individualidades de cada N.N.J y de sus familias, con capacidad empática" **(IIEE5P7)**

"Profesional con al menos 3 años de experiencia comprobada en programas sociales y trabajo en equipo. Requiere experiencia en trabajo con infancia, adolescencia altamente vulnerada y con enfoque de género. Debe poseer flexibilidad y adaptabilidad para el trabajo bajo presión y orientación a la calidad. Así mismo juicio crítico y oportuno para la toma de decisiones complejas. Se requiere también alta tolerancia a la frustración, y manejo de relaciones interpersonales y con figuras de autoridad. Profesional con orientación al logro, además de énfasis en los resultados

de las tareas asignadas. Se debe poseer capacidad de adaptarse a diversos escenarios (trabajo en terreno y oficina). Así mismo probidad en las acciones realizadas, siendo responsable, poseer alta motivación y compromiso con el trabajo realizado" **(IIIEE6P7)**

De los programas entrevistados, este es el único que presenta una función específica y atingente al área de intervención clínica.

"Mi cargo se basa específicamente en el psicodiagnóstico de los casos a atender. El que se realiza en conjunto con el tutor a cargo del niño o niña. Luego, en base a este diagnóstico, se comienza a intervenir en las áreas que requiera el niño o niña. Por otra parte, es fundamental la intervención en crisis y la contención permanente, tanto familiar como individual de cada caso" **(IVEE7P7)**

Tópico 3: Número de casos a su a cargo

Los entrevistados verbalizan el número de casos que tiene a su cargo, lo cual permite identificar las diferencias entre programas en relación a la distribución de estos y a al peso que puede significar un número muy elevado de casos para un mismo profesional.

Como ya se menciono en tópicos anterior, en el programa I no cuenta con estratificación de profesionales, por lo que la función del psicólogo no existe, y lo que

se implementa es la figura de encargado de caso. Ente esta figura cada psicólogo que trabaja en el este programa tiene una carga de casos que van de los 6 a 9 casos por profesional.

"9" **(IEE1P6)**

"10 casos" **(IEE2P6)**

"7" **(IEE3P6)**

En el resto de los programas entrevistados es posible identificar a través de los enunciados entregados por los entrevistados que los profesionales cuentan con una carga de casos más amplio, los que van de los 19 a los 25 casos por psicólogo

"19" **(IIEE4P6)**

"Actualmente 23" **(IIEE5P6)**

"25" **(IIIEE6P6)**

"Tengo a mi cargo 21 casos" **(IVEE7P6)**

Tópico 4: Intervención con indicadores de alta complejidad

En relación a las intervenciones con indicadores de alta complejidad, es posible identificar entre los profesionales psicólogos entrevistados un grupo que cometa no centrar sus intervenciones en el grado de complejidad que estén presente en los sujetos de atención, dado que asumen que todo caso ingreso al programa presenta un nivel de complejidad a su base.

"…nosotros no regimos nuestra labor ni nuestras intervenciones entorno al grado de complejidad que esté presente en el joven" **(IEP1P14)**

"El de complejidad… no es un tema que…Puesto que son casos que viene ya desde tribunales…" **(IEP2P11)**

"Dependerá de las distintas miradas con la que trabajamos cada uno de nosotros, puesto que como ya te comente… ehhh… a nosotros nos derivan los casos, por lo que no existe un demanda por parte de los usuarios, y si lo vemos de otra forma, son sujetos que no solicitan ayuda, no han problematizado" **(IEP3P8)**

De acuerdo con los datos verbalizados a través de las entrevistas de los siguientes programas, estos si integran como eje fundamental de su intervención los indicadores de complejidad. Ya que es por medio de estos que confeccionan intervenciones especificas de acuerdo a las necesidades particulares de cada caso.

"Primero a la necesidad del chiquillo, y luego voy entrecruzando las variables" **(IIEP4P50)**

"la intervención tomada desde estas altas complejidades, nosotros que trabajamos desde una triada, comenzamos a ver cuáles son los factores que de riesgo en un primer momento de esta variable de alta complejidad y por otro lado empezamos a reconocer cuáles son los factores protectores que tiene…" **(IIEP5P3)**

"En la práctica la intervención se hace mediante entrevistas, actividades grupales, salidas… uhmm… como que la idea de este programa es entregar un espacio protector y significativo para los chico" **(IVEP7P16)**

Tópico 5: Instrumentos de la Intervención psicológica.

En relación a la utilización de instrumentos propios del área de intervención psicológica, se puede dividir las respuestas entregadas por los entevistados en dos grupos. Uno son los programas que verbalizaron contar con instrumentos creados para la intervención psicológicas; y el otro grupo comenta no tener instrumentos propios del área de intervención psicológica, sino mas bien utilizan instrumentos estándar para todos los profesionales que intervienen en con los usuarios.

"El proyecto contempla la evaluación de oportunidad de inicio de apoyo en psicoterapia, en función de los procesos reparatorios o de resignificación" **(IEE1P11)**

"**Ipap:** Informe de apreciación psicológica preliminar: donde se entrega una mirada psicológica preliminar respecto del N.N.J en cuanto a los aspectos individuales, al funcionamiento familiar, a la situación de alta complejidad describiendo los factores de riesgo y protectores que se perciben en ese momento. **Urica:** Test para evaluar en qué etapa motivacional se encuentra los y las N.N.J. **Heads:** Instrumento para registrar los factores de riesgo y protectores, adaptado y modificado para el programa PIE Joven en Red, por Psicólogo Rafael Campos Puga" **(IIEE4P11)**

"si, entrevistas motivacionales ehh… que mas… harta intervención en crisis, mucha contención, mucho reflejo…ehh...y harto trabajo familiar, en la medida de poder modificar algunos patrones como rigidizados en la familia…" **(IIIEP6P13)**

La entrevista del programa IV es la única que difiere en cuanto a la intervención que esta mismas desarrolla en el programa donde se desempaña como psicóloga, en relación con lo que en su discurso planeta ella cumple una función evaluadora dentro del programa, pero reconoce que este cuenta con instrumentos propios de la intervención psicológica.

"Yo fui contratada para una labor psicodiagnóstica, lo que aplico en los niños

son el test de LUSHER, el ROTCHAT, entrevistas…Ehh…he intentado hacer test psicométricos, pero los chicos no asisten a las evaluaciones ehh pero además este programa cuenta con instrumento de aplicación diagnostica que es el DAC (diagnostico de alta complejidad)… el FPR (factores protectores y de riesgo)… AFF (análisis de funcionamiento familiar)… los cuales intentan de dar cuenta la realidad de los chicos, tanto a nivel individual y familiar y sociocultural" **(IVEP7P18)**

Tópico 6: Elaboración de Metodologías de Intervención en el área psicológica.

Se puede dividir dos grupos de entrevistados en este tópico. Uno son los que no cuentan con metodologías específicas de intervención psicológicas, y que sus intervenciones, según lo relatado en las entrevistas, se abordan desde la contingencia del momento por medio de alguna perspectiva teórica.

"No existe metodología explicita requerida pese a que el programa tiene como sugerencia una perspectiva ecosistemica." **(IEE2P11)**

"Así, como que nosotros hubiésemos creado algún instrumentos?... ehhh…no… no hemos creado nada" **(IIIEP6P1)**

El otro grupo de entrevistado plantean la elaboración de metodologías especificas atingentes a las intervenciones con niños y jóvenes que presentan algún indicador de complejidad.

"Existe una batería de instrumentos que están estructurados dentro de un marco lógico, no obstante existe una flexibilidad en la utilización de estos instrumentos, dado que cada proceso es individual, lo importante es poder generar estos insumos con el NNJ, para potenciar la intervención" **(IIEE5P11)**

"cuando ingrese al programa me mostraron un modelo que adscribe a la corriente sistémica constructivista, el cual entrega unas pautas de aplicación… Personalmente creo que la mayoría de las pautas son tediosas y es de puro papeleo" **(IVEP7P17**

Tópico 7: Corriente teórica a la que adscribe o realiza la intervención el profesional Psicólogo

Este tópico pretende identificar si los profesionales psicólogos adscriben alguna corriente psicológica en particular al momento de desarrollar las intervenciones con niños y jóvenes.

Las entrevistas proporcionaron información relevante de respecto al modo que intervienen estos profesionales en particular, al como estos visualizan la integración de los postulados teóricos con la acción.

"En mi caso particular si bien tengo una formación clínica lacaniana, no es posible en estos casos quedar atrapado en una corriente intelectual. Me gusta más la

idea de caja de herramientas en donde se debe tener el máximo de herramientas conceptuales y utilizarlas cuando corresponda: cognitivismo, psicoanálisis en todas su variantes, conductismo, constructivismo, sistémico, etc."**(IEE2P10)**

"Mi trabajo tiene una inspiración u orientación sistémica" **(IEE3P10)**

"Principalmente a la corriente sistémica entendiendo a la problemática que presenten los N.N.J como un síntoma que emerge de las interacciones del sujeto con su ambiente (familia y sociedad) y a la circularidad de conductas disfuncionales que se van reforzando y que en su intento de solucionarse se cronifican. Sin embargo tampoco excluyo herramientas de otras corrientes psicológicas como lo proyectivo del psicoanálisis para hacer un diagnóstico de rasgos más profundos o desde el cognitivismo donde lo cognitivo y afectivo se interrelacionan por ende un cambio sobre todo a estos niveles generaría un cambio conductual" **(IIEE4P10)**

"Psicoterapia sistémica estratégica breve" **(IIEE5P10)**

"A pesar de tener preferencias teóricas, ligadas a la orientación psicoanalítica, en la práctica el trabajo que se realiza es ecléctico y se adapta a las necesidades de cada caso, integrando elementos de distintas posturas teóricas según las necesidades específicas de cada niño o familia. Así la corriente psicoanalítica sirve de fondo comprensivo y en las situaciones que sea factible integrarse se hace" **(IIIEE6P10)**

"Esto queda absolutamente de libre criterio al profesional psicólogo. En mi caso en particular, adscribo a la corriente sistémica, pero por supuesto en la práctica uno toma elementos de diversas corrientes, que sean pertinentes al caso y lo más efectivo en la intervención, debido a los tiempos acotados que existen para el trabajo con estos niños" **(IVEE7P10)**

Tópico 8: Intervención Individual.

Este tópico pretende dar cuenta de la identificación de particularidades en el área psicológica de las intervenciones que realizan los profesionales entrevistados.

En los discursos expuestos por los entrevistados se pudo visualizar que estas dependen de las necesidades particulares de cada caso, no es posible, de acuerdo con lo relatado por los entrevistadores, realizar una intervención de tipo estándar.

Junto con esto los entrevistados cometan alguna de las tevnicas que utilizan para llevar a cabo las intervenciones.

"Hay un tema…ehh… acerca de las metodologías de abordaje… hay una metáfora que me parce buena para definir el rol del psicólogo en los programas PIEs, en el manejo teórico…y en la metodologías de abordajes… que una vez se la escuche a un profe en la universidad, que es la idea de caja de herramientas, que tiene que ver con el no atrapamiento en marco teóricos conceptuales para dar cuenta de la realidad.

El decía que la idea de la metáfora de caja de herramienta era que uno decía…uno debe ser conductista cuando corresponde, cognitivista cuando corresponde, psicodinamico cuando corresponde, sistémico…uno debe, decía, como psicólogo tener el máximo de herramientas posibles para poder dar cuenta de la realidad del sujeto de atención" **(IEP2P31)**

"Es la intervención y volvemos nuevamente a que cada intervención es particular y única… chico o la chica te va guiando dónde tú tienes que acentuar…" **(IIEP5P17)**

"…sobre todo trabajamos en terreno, en las casas, en las plazas, en los barrios donde andan los "cabros", y por eso no se da mucho el stting, por que el stting no permite, en estos casos, desarrollar un proceso terapéutico como uno quisiera […]que en cada visita vaya orientada a un objetivo específico concreto…"**(IIIEP6P11)**

"se utiliza la cita individual del niño/as en donde se trabajan temáticas específicas de cada caso, siguiendo la urgencia de cada situación o evento ocurrido en la vida del niño, pero difícilmente estas "citas" tienen continuidad debido a lo variable de la asistencia del niño" **(IVEP7P17)**

Tópico 9: Intervención Familiar

La información obtenida por los entrevistados en relación a este tópico, permite formular que las intervenciones familiares llevadas a cabo dentro de estos programas son escasas.

Si bien se plantea como un eje fundamental para la irrupción de las situaciones de vulneración, en la práctica, según lo que plantean en su mayoría los entrevistados, resulta complicada y casi nula una intervención en profundidad con las familias, dado que la composición de éstas se identifican factores disruptores que impiden llevar a cabo un proceso de problematización con ellos.

"Es que es complejo, porque nosotros no trabajamos con una demanda espontanea. El motivo o la queja inicial o la demanda de intervención no está nunca puesta, por lo que nosotros tenemos que hacernos cargo que somos los invitados de piedra, y transformarnos desde el impuesto por el tribunal en una figura confiable cercana y eso es lo que nos permite trabajar a nivel individual, familiar" **(IEP1P31)**

"…nuestra intervención está en tres áreas: individual, familiar, reticular institucional o comunitaria, entonces cruzan, cruzamos esas variables, entonces ésa es como la plasticidad que tiene la intervención de cierta forma" **(IIEP5P33)**

"en la cuestión familiar… mas es un poco de las dinámicas familiares, con quien vive el niño, dinámicas relacionales, la historia familiar…" **(IIIEP6P4)**

"Hasta el momento no me ha tocado hacer ninguna" **(IVEP7P19)**

Tópico 10: Intervención Grupal

A través de los distintos enunciados entregados por los entrevistados, se plantea en este típico tres vertientes, las cuales representan aquellos programas que no desarrollan intervenciones a nivel grupal, otro programa que si bien tampoco desarrolla intervenciones que incluyan la red amical del sujeto de intervención, si desarrollan instancias de actividades grupales educativas y por último, están los programas que intentan desarrollar como parte de la intervención instancias de actividades grupales recreativas y educativas.

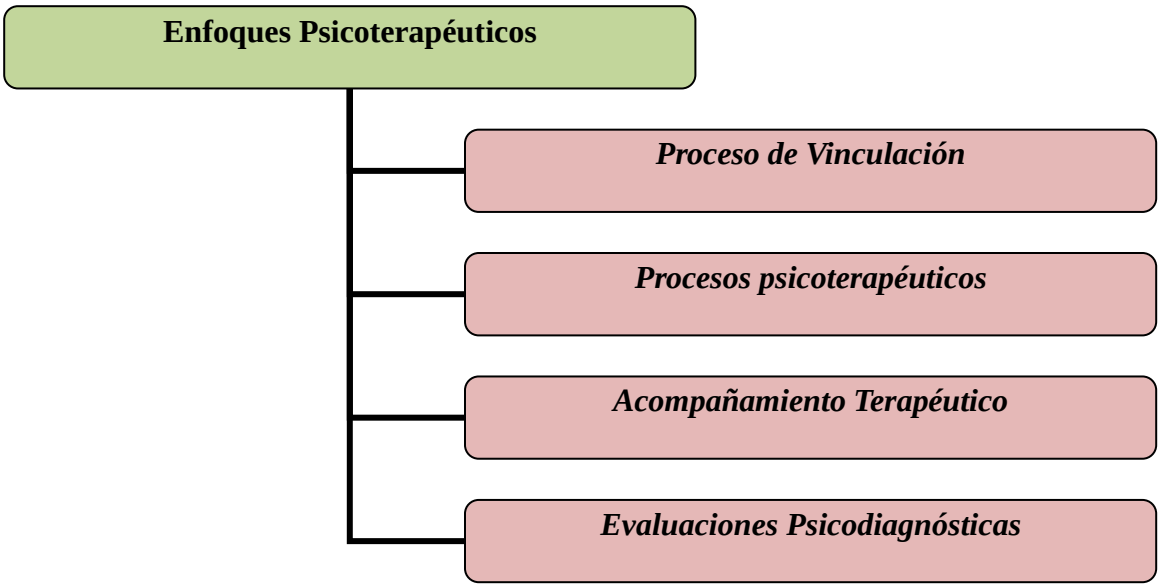
"No, con ellos no…" **(IIIEP6P16)**

"Como por ejemplo para trabajar con el grupo de pares tengo que conocerlos, tengo que visualizar la interacción que tienen con cada uno de los miembros del grupo, cuales son las personas significativas dentro del grupo, porque son significativas…serán buenas o malas influencias" **(IIEP4P23)**

"Si… se realizan actividades grupales en donde se intenta trabajar con los chiquillos entorno al respeto, la diversidad, a la aceptación, al reconocimiento de sus

pares, pero pensándolo bien… como intervenciones grupales tipo talleres... a mí no me ha tocado ni desarrollar ninguno" **(IVEP7P20)**

Categoría 4: Enfoques Psicoterapéuticos.



Esta categoría busca dar cuenta de la intervención psicológica en su aspecto más clínico. Pretende que los profesionales identifiquen y logren diferencia las acciones que realizan como parte fundamental de una intervención de calidad.

Con esto se pretende que los profesionales entrevistados puedan dar a conocer aquellos procesos que son propios de los procesos psicológicos clínicos, tales como la vinculación, el proceso psicoterapéutico, el acompañamiento terapéutico y la aplicación de evaluaciones psicodiagnósticos.

Estos postulados intenta centran la intervención entorno a aspectos especificos

y propios del trabajo con malestares psíquicos que impiden que él sujeto logre la felicidad y el desarrollo optimo.

Tópico 1: Procesos de Vinculación

En este postulado los entrevistados identifican los procesos de vinculación como parte fundamental del desarrollo de las intervenciones.

Plantean que la vinculación es el conector para logara un acercamiento verdadero con los usuarios.

Los profesionales comentan que la vinculación la implementan por medio de una escucha activa, a través del respeto y el reconocimiento de sus situaciones de vida. Estos serian como el postulado general para llevar a cabo el proceso de vinculación.

"Es bajo esta lógica que nuestro proceso de vinculación va mas allá de tres mese, porque muchas veces vinculamos, re-vinculamos… y como que constantemente reforzamos el vinculo con ellos" **(IEP2P33)**

"Con harta cercanía, con capacidades más o habilidades interpersonales digamos, ahí olvido… o trato de sacarme este rol de psicólogo, que ya los chiquillos tienen mucha resistencia. Trato, con harta escucha, ehh…ser bien respetuosa de sus

historias, de sus vida, de su cultura, entendiendo a nivel bien macro ehh…la situación de los chiquillos, ya que han sido sumamente vulnerados, ya sea infractores, ya que tiene una historia de múltiples vulneraciones atrás. Entonces yo creo que con mucha capacidad empática con ellos" **(IIEP4P5)**

"…orientan al fortalecimiento del vinculo y para recabar información para el diagnostico, que tiene información social, individual y… familiar…; social…" **(IIIEP6P4)**

"con mucha escucha, siendo respetuosa con sus historias de vida, empática… yo creo que de esa forma…" **(IVEP7P14)**

Tópico2: Procesos Psicoterapéuticos

Con este tópico se pretende a través de los discursos elaborados por los entrevistados reconocer e identificar los procesos psicoterapéuticos que se instalan en los programas PIE.

Por medio de los enunciado propuestos por los distintos profesionales es posible distinguir que la percepción que tiene los psicólogos de los programas PIE en torno a la elaboración de procesos terapéuticos se distinguen según la orientación teórica a la que adscriben y a la interpretación que le dan a los procesos terapéuticos.

"Para mí lo psicoterapéutico esta en todo contacto que un tenga con el individuo, las repercusiones que esto tenga dependerá de la intencionalidad que uno le dé, por ejemplo, caminando, uno va ver al niño al colegio y en eso te devuelves con el caminando, conversando… pero quien te dice que en esa caminata no surgen elementos importantes para realizar un trabajo… eso es a mi entender…puede que mi otros colegas tengan otra visión de lo psicoterapéutico" **(IEP1P20)**

"Según el caso…Bajo las necesidades del caso. Acá uno se va guiando según las necesidades del caso específico" **(IIEP5P21)**

"con cada chiquillo, se establecen objetivos específicos, para sus necesidades, para las vulneraciones que son detectadas, eh… entonces es como bien especifico para cada caso. Así, como en términos generales lo que se intenta hacer es detener la situaciones de vulneración, sobre todo si son grabes, si el niño está siendo… si hay una negligencia, si hay maltrato, abuso…" **(IIIEP6P7)**

"Hasta el momento no. No podría llamar psicoterapéutico a lo que he realizado, ya que llevo 5 meses en este proyecto, y recién estoy en proceso de vinculación. Para mi llevar a cabo un proceso psicoterapéutico, significa una constancia por parte del paciente que acá no existe, acá no hay una demanda directa de una problemática específica" **(IVEP7P15)**

Tópico 3: Acompañamiento Terapéutico

Por medio de la variedad de discursos elaborados por los entrevistados, los cuales plantean que el acompañamiento es parte del proceso que se lleva a cabo tanto con el usuario como con su familia y con la red social que lo colinda.

Es posible identificar a través de los enunciados expuestos por los profesionales psicólogos que el acompañamiento no es una labor única del área psicológica, sino más bien es un enfoque de intervención que es utilizado a nivel transversal en los equipos de trabajo.

Se busca con esto, según lo que plantean los entrevistados, permitir desarrollar procesos más profundos de intervención.

"La intervención que hacen todos los compañeros de este programa es básicamente, es he… el caso no se termina con vincular solamente a la familia con la red social, la red de derechos comunales. Ehh… lo que hacemos en el fondo es un acompañamiento terapéutico, por el tiempo en que los chicos y las familias permanezcan en el programa" **(IEP1P8)**

"…desde el acompañamiento, desde la vinculación con la red, desde la gestión macro…" **(IIEP4P33)**

“el tema acá, en particular en este programa, porque no sé cómo se da en otros programas, es que tanto el educador, como el resto de los profesionales del equipo hacemos una labor de acompañamiento y de vinculación, y es por medio de esas instancias que se desarrollan procesos más profundos, dependiendo de la problemática de cada chiquillo” **(IVEP7P8)**

Tópico 4: Evaluaciones Psicodiagnóstica

Se intenta determinar, por medio de lo expuestos por los profesionales entrevistados si dentro de estos programas se realizan evaluaciones Psicodiagnósticas, y bajo que fundamentos se implementan.

Los entrevistados comentan que si bien, en su mayoría estas evaluaciones no forma parte de las intervenciones, en mas de alguna ocasión alguno le ha tocado realizar evaluaciones psicodiagnóstica.

Los profesionales del programa I verbalizan que las evaluaciones no forman parte de sus intervenciones, que si ellos tienen una sospecha diagnostica derivan al usuario a la red.

“Como fundamento de las intervenciones… No, pero me ha tocado hacer evaluaciones psicodiagnostica en un único caso, puesto que necesitábamos derivarlo a un psiquiatra. El tema nuestro es… a no ser que haya una presunción diagnostica

recontra evidente…en esas circunstancias… pero de igual forma la derivamos a la red" **(IEP2P16)**

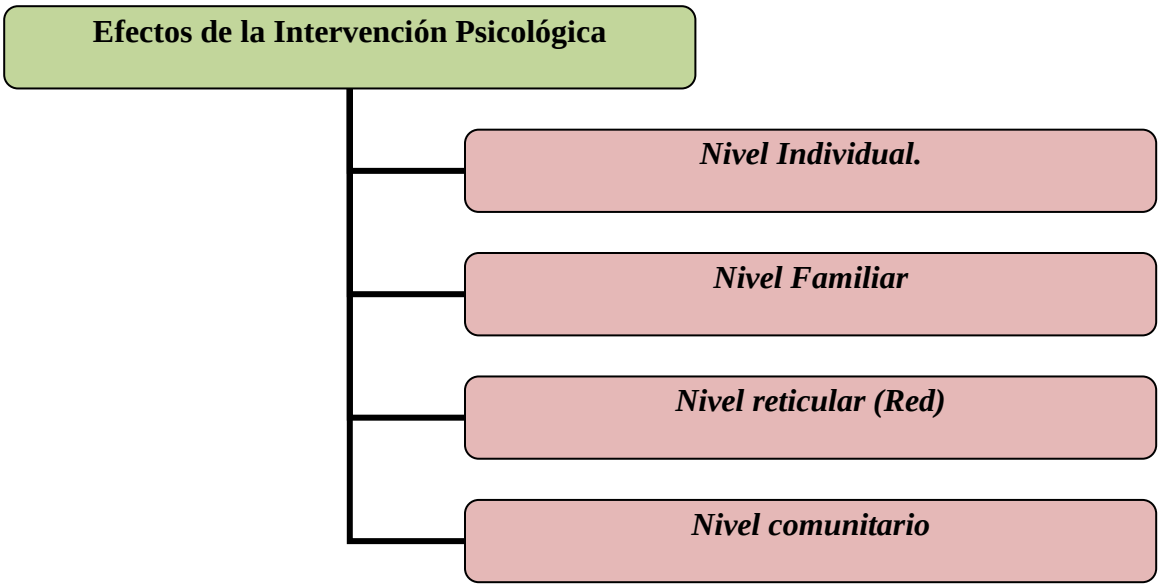
Dentro de los programas II, III y IV, si bien tampoco es un requisito realizar evaluaciones psicodiagnóstica, estas se realizan dependiendo del caso y la presunción diagnostica que se tenga de éste, acá se reconocen algunas baterías de aplicación que van desde teste proyectivos y en menor medida la utilización de test psicométricos

"…yo lo hago desde un principio, pero no en la mayoría de los casos. Cuando siento que son chiquillos que tienen resistencias, que me cuesta realizar las entrevistas o cuando yo creo que hay problemáticas mucho más profundas, yo aplico estos instrumentos, que son: TAT (test de apercepción temática) que va viendo lo relacional; y muchas pruebas graficas, el test de la familia, HTP, el de la casa, árbol persona" **(IIEP4P52)**

"Sí, pero no con Test, con otros métodos personales, como dibujos…ehh…y tampoco se les realiza a la totalidad de los casos. Solo se realiza con aquellos chiquillos que intuimos que puede haber algún daño severo o algún tema que evaluar y en ese contexto se realiza al psicodiagnóstico" **(IIIEP6P27)**

"Yo fui contratada para una labor psicodiagnóstica, lo que aplico en los niños son el test de LUSHER, el ROTCHAT, entrevistas…Ehh…he intentado hacer test psicométricos, pero los chicos no asisten a las evaluaciones" **(IVEP7P18)**

Categoría 5: Efectos de la Intervención Psicológica.



En esta categoría se intentara determinar los efectos que visualizan los profesionales psicólogos a su intervención a nivel de los cuatro estamentos de intervención que planeta SENAME en sus bases técnicas.

Tópico 1: Nivel Individual

Este tópico sugiere, por medio de lo expresado por los entrevistados, que los efectos de las intervenciones a nivel individual están mediados por las repercusiones que estas puedan generar en el usuario y por sobre todo a las complicadas condiciones en las que se encuentra el individuo a intervenir

Los entrevistados comenta que el modo que ellos tiene de visualizar los efectos son a través de las dificultades que se les van presentando a medida que se instala y se desarrolla la intrevención.

> "…la intervención "psi" es entendida por los usuarios como para locos y ellos no se conciben como locos. Lo anterior trasciende las resistencias de cada patología que también es entendida como parte del proceso" **(IEE2P14)**

> "Nosotros trabajamos en base a los procesos de los jóvenes, no actuamos en base al resultado, sino cómo ellos logran resignificar, cómo logran tener un nuevo discurso, nuevas herramientas para poder desenvolverse…" **(IIEP5P65)**

> "La efectividad de la intervención va como íntimamente ligada al grado de vulneración, los "cabros" que están muy dañados…generalmente es difícil, es difícil lograr los objetivos, por mucho que uno se establezca objetivos, así bien concretos, bien limitados…" **(IIIEP6P24)**

"Creo que por sobre todas las cosas, la mayor dificultad es el desamparo en que se encuentran muchos de nuestros casos" **(IVEE7P14)**

Tópico 2: Nivel Familiar

En relación con los efectos visualizados por los profesionales en torno a las intervenciones a nivel familiar, se desprenden de sus dichos que lo que se identifica son las problemáticas que están presentes en la estructura familiar, las que conllevan a entorpecer el desarrollo de las intrevenciónes.

Al igual que en el tópico anterior los profesionales identifican los efectos de las intervención por medio de las dificultades que estas precentan.

"Desde mi punto de vista, la mayor dificultad tiene que ver con que nos encontramos realizando un trabajo en un contexto donde no existe una solicitud ayuda explícita o espontánea; por lo tanto, la dificultad está en la co-construción de un motivo trabajable, acogiendo, acorde y las necesidades particulares de cada familia" **(IEE3P14)**

"Uno de los factores importantes es la dinámica familiar existente, donde aparecen pautas relacionales que entorpecen el proceso, por ejemplo, una familia genera un *Script* en un sujet@ y desde ahí crea un discurso, cerrando toda posibilidad de cambio en él, a la vez el sujet@ hace válido ese *Script*, y como dice Maturana "El

lenguaje crea realidades”.” **(IIEE5P14)**

“Lo que yo observo, es que si bien las familias no se resisten a la intervención pero tampoco se movilizan por si solos, los veo súper poco conscientes de consentir un rol de psicólogo, súper poco conscientes del daño emocional que tienen sus hijos, de las complejidades que están ahí, es como súper naturalizado, y lo que yo he tratado de hacer es mostrar que no es tan natural y que tampoco va a traer buenas consecuencias a futuro…” **(IIIEP6P18)**

Tópico 3: Nivel Reticular

Dentro de la identificación de los efectos de las intervenciones a nivel reticular, se puede decir que fueron muy pocos los entrevistados que lograron visualizar algún efecto de su quehacer en relación a la identificación de las intervenciones entorno a la identificación de las redes presentes y al articulación de estas relación a los casos.

“… si bien tienen un correlato psicológico se atienden desde lo fáctico (salud, vivienda, educación, recreación, esparcimiento etc.) quedando las variables “psi” para una vez que se atendieron aquellos síntomas” **(IEEP2P13)**

“…pienso que es importante el trabajo en redes, ya que un programa por si

sólo en este caso el PIE, no tiene la capacidad de acoger las distintas necesidades y demandas de los usuarios”**(IVEP7P24)**

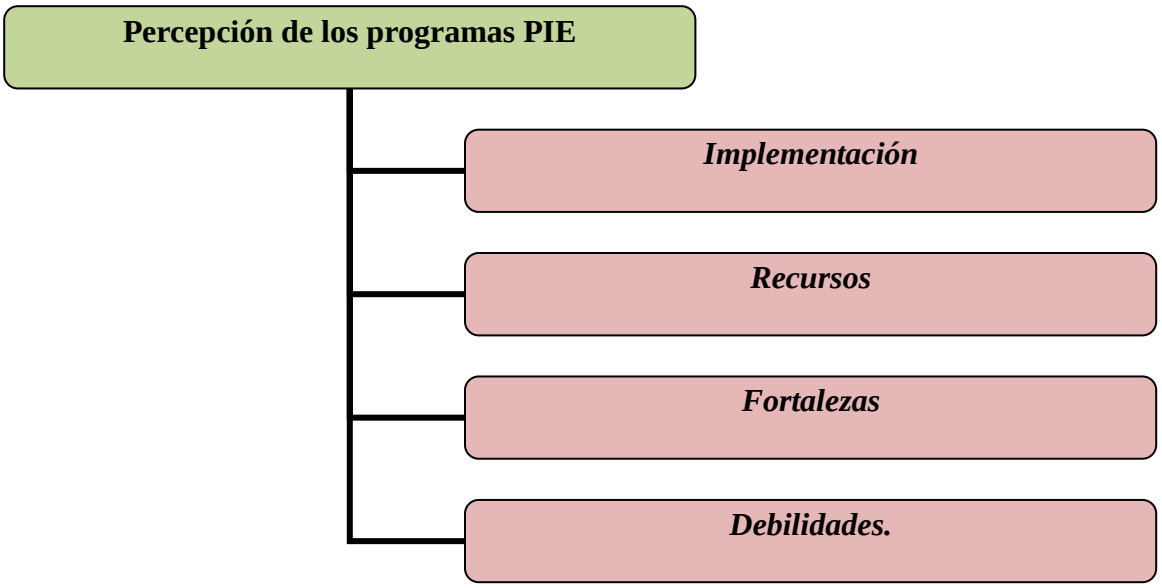
Tópico 4: Nivel Comunitario

No se logro obtener información en profundidad por medio de las entrevistas realizadas a los distintos profesionales psicólogos, que permitieran dar cuenta de los efectos de la intervención a nivel comunitario.

Los pocos antecedentes que pudieron plasmarse por medio de los discursos de los entrevistados tienen relación con la necesidad de estar más presentes en la comunidad y logara focalizar ciertas acciones entorno al lugar donde habita el sujeto de atención.

“…socializar más la forma de intervenir que cambia todo tipo de paradigma que se está haciendo en trabajo con jóvenes…” **(IIEP5P65)**

Categoría 6: Percepción de los Programas PIE



El objetivo que tiene esta categoría es logara plasmar las impresiones y opiniones que puedan tener los profesionales psicólogos respecto a la implementación y los recursos con los que cuentan los programas PIE implementados por SENAME.

Junto con estos se busca que los entrevistados logren identificar las fortalezas y las debilidades que están presentes en estos programas.

Tópico 1: Implementación

Se puede identificar, a través de lo expuesto en las entrevistas de los profesionales psicólogos, que las dificultades con las que se encuentran son en el ámbito de la implementación, es decir, en el establecimiento y el desarrollo de los programas, dese las orientaciones técnicas, la conformación de equipos de trabajo, los insumos materiales, los límites territoriales, el reconocimiento de la red, hasta la confección y desarrollo de las intervenciones.

"Una de las dificultades que yo he observado es la clarificación de roles, en torno a cómo se llevan a cabo procesos de resignificación y reparativos, cosa de no sobre intervenir a los chiquillos y sus familias" **(IIEP4P54)**

"…la principal falla que yo le encuentro es que abarca mucho territorio, y e so nos impide de cierta manera ser parte del contexto social donde están los "cabros" **(IIIEP6P26)**

Tópico 2: Recursos

En este tópico los entrevistados aluden a la falta de recursos materiales y de tiempos como para poder llevar a cabo intervenciones de calidad.

"Yo creo que podrían funcionar… tiene algún impacto… lo penca es que nosotros pasamos a lo más 24 meses cerca de estos chicos, y como te digo con un contacto directo semana, uno puede hacer cosas, pero de repente uno podría hacer más si destinar más horas para eso, y eso significaría que no te bajaran el sueldo pero si la carga horaria y de casos como para que uno pueda estar más presente" **(IEP4P29)**

"…la falta de recursos, tenemos pocos recursos para hacer cosas, se apela mucho a lo que nosotros podemos hacer a través de la inventiva, de la motivación nuestra, pero como para hacer talleres, o actividades con los chiquillos también carecemos de eso. Están los recursos operacionales… y eso sería… ni si quiera contamos con recursos para la compra de Test psicológicos…" **(IIIEP6P26)**

Tópico 3: Fortalezas

Dentro de las fortalezas que visualizan los entrevistados a los programas PIE, encontramos que en la mayoría de los entrevistados visualizan a estos programas como una instancia de intervención necesaria.

Además expresan que la implementación de instancias especializadas permiten respondes de manera más atingente a las necesidades y problemáticas de la población mas vulnerada.

"Son programas altamente necesarios, para hacer frente a las necesidades de atención de familias, niños, jóvenes, de los sectores más vulnerados o multiproblemáticos, en este caso de la Comuna de San Bernardo, (alta complejidad), lo cual requiere de profesionales altamente capacitados" **(IEE3P15)**

"…Considero fundamente que exista un equipo altamente especializado en las temáticas que aquí se tratan, además de lo técnico o la expertiz de los profesionales, también considero importantísimo el compromiso profesional que se entregue a la gestión…" **(IVEP7P24)**

Tópico 4: Debilidades

Los entrevistados verbalizan que las debilidades que presentan estos programas recaen en que no hay un apoyo real por parte de otros estamentos de intervención social.

Plantean que para que estos proyectos logren abarcar lo que dicen que pueden abarcar, primero se debe suplir las necesidades a la base de los sujetos con los que se pretende elaborar un proceso, ya sea psicoterapéutico, educativo o social.

Comentan que son la burocratización de las redes presentes las que perpetuán la sensación de malestar en las personas.

"Yo creo que estos proyectos podrían también atender estas necesidades, porque muchas veces uno detecta necesidades concretas y especificas, sin entrar a psicologizar esas necesidades, muchas veces uno las tiene que dejar a un costado, medio hacerse el tonto, y esa es un falencia del proyecto, sin querer decir que cumpliendo con esas necesidades van a cavar todos los males de la sociedad" **(IEP2P41)**

"las instituciones que generan estos programas no se comprometen a poder desarrollar más y no visualizar los cambios y logros" **(IIEP5P)**

Categoría 7: Sin Categoría.

En esta categoría se agrupara aquellas respuestas que no están incluidas en la categorización, dado que sus contenidos carecen de información relevante o bien las respuestas aluden a temáticas que no son atingentes a esta investigación.

5.2 Análisis e Interpretación de Resultados en Relación a los Objetivos

Una vez terminado el análisis por categorías, continuaré con el análisis por objetivo.

El primer objetivo a analizar es el objetivo especifico 1: “Conocer los diversos tipos de intervención psicológica de carácter transversal adscritas en los programas PIE en Santiago”.

Las diversas formas de intervenciones psicológicas que se presentan en el trascurso de esta investigación dan luces de que la mayoría de los programas entrevistados no presentan metodologías propias de intervención en el área psicológica.

En el proceso de la investigación, los datos obtenidos a partir de las entrevistas y de la profundización teórica, permite elaborar un análisis en torno a la existencia de las maneras en las que se interviene en el área psicológica de carácter trasversal.

La transversalidad.

Este concepto alude a los distintos niveles en el que está enfocada la acción del psicólogo en los programas PIE. Si bien en la mayoría de los programas se plantea una intervención en tres niveles, los profesionales comentan que su trabajo se centra más en una intervención a nivel individual.

La intervención individual presenta características particulares dependiendo del enfoque que tenga cada programa, y por consiguiente cada profesional. Así muchas de las especificaciones que tienen suelen ir acompañadas de la labor del resto de los personajes que conforma el equipo de trabajo.

En relación a las particularidades, los cuatro programas entrevistados presentaron métodos distintos de trabajo, el Programa I elabora sus intervenciones interdisciplinariamente, su característica principal es que no existe una estratificación de profesionales, ahí son todos educadores y sus labores solo difieren en cuanto a la identificación de problemáticas atingentes a emociones, trastornos o sospecha diagnóstica.

Su acción no se basa en la elaboración de procesos psicoterapéuticos, propiamente tal, pero creen tener un efecto terapéutico y una incidencia en la irrupción de la o las vulneraciones de derecho.

Al ser un único encargado de caso, la elaboración de diagnostico y planes de intervención individual recae sobre un mismo personaje. Se planteo durante la entrevistas que las intervenciones que aquí se realizan no son parcelada unas a las otras, se trabaja bajo una modalidad de intercambio constante con el resto de los profesionales que conforman el equipo.

El programa II plantea la transversalidad a través de una intervención en tres niveles, Individual, Familiar y Comunitario. Su característica principal es en base a la integración de estos niveles con la intervención que realizan el resto de los profesionales del equipo.

Este programa cuenta con otra particularidad, que es la elaboración de una metodología propia de la intervención psicológica, la que se sustenta por medio de un enfoque sistémico motivacional. Junto con esto desarrollaron instrumentos propios del área psicológica, los que sirven de insumo para el diagnostico integral.

En este programa se observa una estratificación de profesionales, por ende de funciones entre los profesionales que conforman este equipo de trabajo. Con un escenario de trabajo enfocado a problematizar y irrumpir en las situaciones de vulneración graves, el profesional psicólogo realiza intervenciones psicoterapéuticas breves y diagnósticos en torno a las situaciones de complejidad en las cual está inmerso el sujeto de atención, su familia y en el mejor de los casos incluyen a su grupo amical y/o su comunidad.

La transversalidad en el programa III, es más acotada al trabajo individual y familiar. La labor del psicólogo dentro de este programa consiste en profundizar las temáticas elaboradas por lo tutores que son atingentes al área psicológica. La configuración del equipo de trabajo está estratificada, razón por la que en este grupo las labores están definidas y los roles no se superponen unos a otros. Aquí se da una intervención de tipo mutidisciplinaria. En este programa el encargado del caso es el psicólogo y es él el encargado de desarrollar el diagnóstico y el plan de intervención con la información aportada por el resto de los profesionales.

En el programa IV es posible distinguir la transversalidad a través de la implementación de un modelo de intervención psicológica que cuenta con herramientas de elaboración propia que les permite profundizar las temáticas individuales de los usuarios. Si bien este programa plantea una intervención en cuatro estamentos, lo que se pudo rescatar de las entrevistas es que la intervención es a nivel individual y grupal por medio de un acompañamiento terapéutico, puesto que se plantea que los tiempos y los espacios del programa no son los adecuados para llevar a cabo un proceso psicoterapéutico.

Tipos de Intervención Psicológica

Para hablar de los tipos de intervención psicológica vamos a enunciar el modelo que plantea la Psicología Comunitaria y las nociones de Intervención Clínica, es decir, Psicoterapia.

Se puede comentar que las intervenciones que se realizan en estos programas se enmarcan, en su mayoría, en los postulados de la Psicología Comunitaria, en parte porque dentro de la definición técnica de los programas está así contemplado. De este modo, el sujeto de la intervención, se considera inmerso en un sistema y es la interrelación que existe entre los diferentes actores de la comunidad la que produce un malestar, principalmente al verse enfrentado a una carencia en lo que respecta a la satisfacción de las necesidades básicas del individuo. El psicólogo comunitario se convierte en el intermediario para empoderar al sujeto y la comunidad y permitirles superar la condición de marginalidad en la que se encuentran.

Es necesario señalar que también en las bases técnicas del proyecto se considera la psicoterapia como única herramienta de intervención individual para la mejoría de los aspectos de malestar psíquico que presenta el sujeto, sin por esto descontextualizar su condición y papel dentro de la comunidad. Sin embargo, las intervenciones que en estos programas se realizan no corresponden a las definiciones clínicas de psicoterapia y se parece más a una acompañamiento psicoterapéutico que a un proceso de reparación y resignificación más profundo.

De este modo, se pudo identificar que las intervenciones se enfocan más a la profundización del vínculo y a la mantención de este que a la elaboración de un proceso psicoterapéutico. La explicación de esto debemos encontrarla, según lo manifestado por los entrevistados, en el poco compromiso que existe por parte de los usuarios con la intervención psicológica.

El segundo objetivo específico a analizar trata de: “Identificar las problemáticas presentes en los Niños, Niñas y Adolescentes que se encuentran en situación de alta complejidad”. En torno a este objetivo se puede inferir que las problemáticas presentes en estos sujetos tienen relación, en primer lugar, con las variables de lata complejidad, las que fueron identificadas como infracción de ley, desescolarización, peores formas de trabajo, situación de calle y/o en calle, consumo de drogas y/o alcohol y vulneraciones graves de derecho.

En segundo lugar, por medio de estas variables se pueden identificar otras variables a nivel familiar, las que tienen relación con negligencia parental, abandono, consumo de drogas por parte de los adultos que conforman el núcleo familiar, historia delictual transgeneracional. Finalmente, a nivel socio cultural, está la marginación, la precarización de las viviendas, la existencia de redes de ayuda poco visibles o de carácter meramente asistencialista, existe una deprivación cultural y un sistema educacional que no considera las condiciones de los sujetos de este estudio y por lo tanto no satisface sus necesidades afectivas y de aprendizaje. Varios de los entrevistados mencionaron la escasez de políticas públicas efectivas en torno a la infancia más vulnerable.

El tercer objetivo tiene relación con: “Identificar las herramientas utilizadas por el profesional psicólogo al momento de intervenir con niños, niñas y adolescentes de alta complejidad”. En la investigación se pudo identificar que los programas PIE Subvención no tienen ni elaboran herramientas o instrumentos propios de la

intervención psicológica.

Lo que sí se puede observan, en relación a la utilización de algún tipo de insumo, que estos están presentes en las evaluaciones psicodiagnósticas. Ellas se utilizan, sobre todo, tests proyectivos (TAT, TRO y Roscharch), gráficos (HTP, Figura Humana, Persona bajo la Lluvia, etc.) y, en algunos casos, tests psicométricos, como Wais y WISC.

De igual manera, los programas cuentan con directrices metodológicas de intervención que no son propiamente psicológicas, sino que son transversales a las otras áreas que participan en la intervención global de alta complejidad.

En cuanto a los programas Convenio, en éstos sí se puede identificar la elaboración de herramientas propias del área psicológica, las que están dirigidas al diagnóstico de alta complejidad, a la identificación de factores protectores y de riesgo, al análisis del funcionamiento familiar y la evaluación motivacional. La investigación demuestra que la implementación de estas herramientas permite hacer un despeje efectivo, eficaz y en profundidad en torno a la problemática y el nivel de complejidad que presenta el sujeto de atención, a diferencia de los programas subvención que dan por sentada la alta complejidad de los sujetos.

El cuarto y último objetivo a analizar busca “comprender los efectos del modelo de intervención psicológica a nivel individual, familiar y social-comunitario de los programas PIE de Santiago”.

A nivel individual las intervenciones psicológicas tienen una repercusión muy baja, según lo que precian los profesionales entrevistados, dado que hablan de casos aislados en que se pudo considerar exitosa. Debido a que, en su mayoría, las intervenciones se desarrollan como un acompañamiento y la instalación de figuras significativas adultas, es difícil apreciar el impacto psicológico que tienen estos programas en los sujetos de atención. Muchas veces este trabajo se confunde con el rol que cumplen los tutores si es que en los programas no están establecidos claramente sus funciones.

A nivel familiar, según lo planteado por los profesionales, las intervenciones son escasas y generalmente se realizan producto de situaciones de crisis o problemáticas puntuales detectadas en los sujetos de atención. Una de las razones que señalan los profesionales para la escasa realización de este tipo de intervenciones es la falta de compromiso por parte de los sujetos de atención y sus grupos familiares.

Por último, a nivel social-comunitario, las repercusiones son nulas. Es a partir de las redes sociales donde se produce un reconocimiento a la labor de los programas, pues ni las comunidades ni los profesionales entrevistados manifiestan un reconocimiento positivo de las acciones que realizan. En el caso de los PIEs Subvención, esta falencia está determinada también por el extenso espacio territorial que deben abarcar, lo que les impide tener una presencia y una comunicación más efectiva con las comunidades en las que trabajan.

Por otro lado, los PIEs Convenio están comenzando a trasladar parte de sus

intervenciones, como talleres, capacitaciones, charlas, etc., fuera del los espacios del programa, intentando instalarse en el seno de la comunidad para hacer más efectiva su labor.

5. Conclusiones y Discusiones.

En el transcurso de esta investigación, en la que se utilizó una metodología exploratoria descriptiva, la que nos da indicios que la temática tratada no ha sido previamente objeto de estudio. Esto significó que el trabajo se constituye en una propuesta para próximas investigaciones relacionadas con la problemática infanto juvenil en riesgo social en nuestro país.

Durante el desarrollo del trabajo, se pudo dar cuenta que los programas PIE tienen una mínima elaboración metodológica en torno a las intervenciones del área estrictamente psicológica. Esto significa que los profesionales no adscriben a intervenciones con un sustento claro, sino más bien impulsados por problemáticas puntuales a las que se enfrentan diariamente. Al no tener metodologías definidas, no cuentan con instrumentos de diagnóstico específico y atingentes a las problemáticas psicológicas de los sujetos de atención. Si bien durante la investigación encontramos programas que desarrollaron metodologías e instrumentos más cercanos a lo descrito, estos no pasaron de ser elementos administrativos y de clasificación, desempeñando un pobre papel en el sentido del diagnóstico y evaluación real de las problemáticas a las que se enfrentan.

De este modo, la respuesta a la pregunta de investigación, si bien no fue completamente negativa, dado que de todos modos da cuenta que existen programas que tienen la iniciativa de abordar e incluso profundizar su labor clínico comunitaria,

muestra que existe una clara deficiencia en la forma en que este tipo de programas es implementado. Esta deficiencia no se manifiesta sólo a nivel de los programas estudiados, sino también a nivel de políticas públicas elaboradas por el gobierno central, del mismo modo, no sólo en el área psicológica se pueden apreciar las falencias, sino que se trata de un defecto a que atraviesa todas las disciplinas que intervienen prácticamente en los programas.

La implementación de las metodologías y herramientas pertinentes no sólo depende la voluntad, capacidad y creatividad de los profesionales psicólogos, sino que en gran medida depende de la orientación que tenga la institución que se adjudica la administración del programa, así como también del papel de fiscalización que cumple SENAME y el estímulo que da ese servicio para implementar metodologías novedosas y acordes a la realidad social en la cual están inmersos estos niños, niñas y adolescentes.

Este trabajo permitió profundizar en los dos ejes que son el sustento de las intervenciones realizadas por los programas PIE implementados por SENAME en el 2007. Estos ejes son, por un lado, lo comunitario, que busca el bienestar social y emocional de los múltiples actores que se interrelacionan con los programas, y por otra parte los aspectos clínicos, los que buscan el abordaje profundo de aquellas temáticas que se instalan y se perpetúan en el inconsciente del sujeto. Ambos aspectos son necesarios para el desarrollo de los procesos evolutivos característicos del ser humano.

La perspectiva comunitaria abarca una visión dinámica de la comprensión del sujeto y su medio ambiente con el fin de conseguir el bienestar común y "producir" sujetos felices. Desde este punto de vista, nos permite obtener una mirada holística del rol del psicólogo en la comunidad. Por esa razón, lo que se busca este trabajo es instalar una discusión más allá de la intervención en sí, establecer un diálogo fluido entre los actores comunitarios y representantes del ordenamiento social.

Desde una perspectiva clínica, lo relevante para esta investigación es la intervención psicoterapéutica. Con esto nos referimos a la forma de enfrentar las problemáticas que están presentes en los sujetos de atención. Al no existir intervención psicoterapéutica, propiamente tal, en estos programas lo único que se consigue es que el sujeto de intervención logre visualizar es una figura de soporte emocional, sin acercarse a la problematización y a la resignificación de las experiencias traumáticas. La variedad de abordajes psicoterapéuticos que existen en la actualidad permiten la flexibilización de la acción de profundización de los malestares psíquicos, mentales y emocionales e torno a las posibles intervenciones que podrían llevar a cabo los psicólogos profesionales en los programas PIE.

Si bien no se puede catalogar como una intervención psicoterapéutica la intervención del psicólogo, tal como se efectúan en los programas estudiados, hay que reconocer en ellas aspectos y efectos terapéuticos en el sujeto de atención. Efectos insuficientes, pero que están presentes.

Del mismo modo, pudimos comprobar que los profesionales psicólogos no cuentan

con una formación idónea en lo que respecta a psicología del desarrollo. Esto es, que si bien cuentan con nociones básicas de alguna corriente, no profundizan las temáticas de las problemáticas infanto juveniles desde este punto de vista. Esta situación se demuestra en el proceso de investigación porque muchas de las intervenciones realizadas por ellos no están planificadas en torno a objetivos claros de la etapa de desarrollo que le corresponde al sujeto de atención, sino más bien a la utilización de instrumentos estandarizados para la detección de una problemática pero no para la profundización de ella.

Se estimó pertinente considerara estas tres perspectivas teóricas porque demuestran ser cumplir con las condiciones necesaria para ser implementadas para el perfil del sujeto de atención que estos programas contemplan.

Finalizado la investigación, pude notar que muchos de los profesionales entrevistados trabajan y desarrollan las intervenciones desde una perspectiva intuitiva, es decir, sin considerar el peso epistemológico de las corrientes a las que dicen adscribir. De esta manera, pude comprobar que no existen evaluaciones disponibles para cuantificar el efecto la repercusión que las intervenciones tienen en los sujetos de atención.

Una situación a trabajar dentro de los programas es la escasa diferenciación de roles en el equipo interdisciplinario, llevando a traslapar funciones y convirtiendo en difusas las diferenciaciones que deben existir entre una y otra disciplina. Como señaló

una de las entrevistadas, los psicólogos cumplen una función más parecida al "tutólogo", es decir, una mezcla entre psicólogo y tutor.

No se observó entre los profesionales una capacidad crítica frente a la problemática planteada, así como tampoco se aprecia una mayor crítica constructiva a la implementación de los programas, a pesar de reconocer sus falencias y criticarlos abiertamente.

Revisadas las entrevistas y considerando los elementos de las corrientes teóricas consideradas, surge la pregunta de cuán relevante es, en la práctica, la presencia del psicólogo en los programas PIE, si finalmente su intervención es muy similar al trabajo tutorial, pues se fundamenta en psicoeducación, acompañamiento terapéutico, en proceso vinculativos y apoyos de red, entre otras funciones que también cumple el resto del equipo. No se quiere decir con esto que el psicólogo no sea necesario en este tipo de programas, sino que en la actualidad no es posible visualizar y diferencias su función específica y de contribución al grupo desde su propia disciplina.

Por último, esta investigación pretende ser el inicio de una crítica propositiva a las políticas públicas en torno a la infancia y al papel que cumplen las instituciones gubernamentales en torno a la implementación, adjudicación y fiscalización de los dispositivos de intervención social del área infanto juvenil.

7. Bibliografía.

Aberastury, A. (comp.) (1972). *El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones.* Editorial Paidos.

Alfaro, J. (2000). *Discusiones en Psicología Comunitaria.* Ediciones Universidad Diego Portales, Textos de Docencia Universitaria N° 27.

Apuntes taller avanzado clínico comunitario; Universidad Academia de Humanismo Cristiano (2006). Anexo *¿Cómo pensamos lo clínico y lo comunitario?*

Aretio Aguirrebaña, M.Cilia; Müller Cifuentes Paulina; Mateluna Correa, Ximena (2003). *Clínica infanto-juvenil*. Textos de docencia universitaria, Universidad Diego Portales.

Axline, Virginia (1975). *Terapia del juego*. Mexico, Editorial Diana.

Berenstein, I y. Punget, J. (1999). *Lo Vincular, Clínica y técnica psicoanalítica*. Ediciones Paidos; Argentina.

Berger, K. (2007) *Psicología del Desarrollo, Infancia y Adolescencia.* Editorial Médica Panamericana..

Busso, G. (2001). *Vulnerabilidad Social: Nociones e implicancias de políticas para Latino América a inicios del siglo XXI.* Seminario Internacional: Las diferentes expresiones de vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe; Santiago de Chile 2001.

Bustos, G. (2007). *Comunidad y lucha de clases. Críticas al capitalismo neoliberal desde el psicoanálisis y materialismo dialéctico.* Santiago: Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

Cáceres, Pamela. Corporación de Asistencia Judicial RM, (octubre 2008); *Intervenciones Reparatorias en delitos Sexuales. Reflexiones desde la Práctica.*

Delgado y Gutiérrez; (1995). *Métodos y Técnicas Cualitativas de la investigación en ciencias sociales.* Editorial Síntesis; Madrid

E. Mira Y López (1942) *Manual de la psicoterapia*. Edición Aniceto López, Buenos Aires; Argentina.

Foladori, H (1999) *¿qué psicología elegir?* Algunos problemas epistemológicos. Apuntes de Taller Clínico Comunitario.

Freud.S (1992). *El malestar en la cultura.* Alianza editorial, Buenos Aires.

G. Rodríguez; J. Gil y E. García (1999). *Metodología de la investigación cualitativa.* Ediciones ALJIBE.

Gissi, J. (1993). *Psicoterapia (s) y Psicología Comunitaria*. Santiago, Editorial C.P.U

Gonzales, E.(2000). *Psicología del Ciclo Vital.* Editotial CCS.

Grupo de trabajo "Niñez". Equipos de psicología y educación. Universidad de Chile (2006). *Conceptualizaciones de la niñez desde la lectura de las políticas públicas e infancia.* Revista de psicología, Vol. XV, n°2.

Hernández, R; Fernández, C; Baptista, P. (2003), Metodologías de la Investigación.

J. Kriz.(2007). *Corrientes Fundamentales en Psicoterapia.* Ediciones Amorrotu.

Kuras, S. y Rensnizky S (2004). *Acompañantes Terapéuticos.* Editorial Letra Viva; Buenos aires, Argentina.

Lebovici, S. (1998). *Psiquiatría general y psiquiatría del niño y del adolescente.* Tomo I. s/ editorial.

Montero, M. (2007) *Introducción a la Psicología Comunitaria; Desarrollo, conceptos y procesos*. Editorial Paidós.

Taylor, S.J.; Bogdan, R. (1987), Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona, Ed. Paidos.

Papalia D. (1997)Psicología del desarrollo. Colombia , Editorial Macgnaw-Hil.

Rojas, J. Los niños y su historia: Un acercamiento conceptual y teórico desde la historiografía. Ediciones: pensamientocritico.cl; revista electrónica de historia, 2001.

Pichon-Riviére, E. Teoría del Vínculo. Ediciones Nueva Visión, Buenos aires; Argentina. 2000.

Sánchez A.; Psicología comunitaria, bases conceptuales y métodos de intervención. Editorial Ebu 1996.

Servicio Nacional De Menores (2005, Febrero); Efectos de los programas del Sename en la integración social de los niños y niñas.

SENAME (2007, Febrero). *Bases Técnicas Linea de Programas, Programas de Protección Especializada, Programas de Intervención Integral Especializada PIE*

SENAME (2007): *Sistema Nacional de Atención Socioeducativo para Adolescentes Infractores de Ley Periodo 2007-2010*

SENAME (2008): *Anexo I, Bases Técnicas Proyecto de Atención Integral para niños, niñas y adolescentes provenientes del programa se seguridad integrada: 24 horas*.

SENAME (s.f); *La acción del Servicio Nacional de Menores en el ámbito de la protección de derechos de la infancia y adolescencia.* Periodo 2006-2010

Anexo I

Entrevistas.

1. Formato Entrevista Estandarizada Abierta.

Preguntas para Psicólogos PIE.

1. **Nombre de la Institución y/o Programa PIE:**
2. **Nombre del Director y/o coordinador:**
3. **Nombre del profesional Psicólogo/a:**
4. **Edad:**
5. **Antigüedad laboral en el programa:**
6. **Número de casos que a su cargo:**
7. **Describa el Cargo del Psicólogo:**
8. **Describa la Función/Rol Del psicólogo:**
9. **Explique en Breves palabras la forma en la que interviene el psicólogo a nivel integral:**
10. **Comente si el profesional psicólogo adscribe a alguna corriente psicológica para realizar las intervenciones:**
11. **Comente si el proyecto contempla metodologías específicas de intervención psicológica en sujetos de atención de alta complejidad.**
12. **Exponga de qué manera se realizan y/o se abordan los procesos reparatorios y de resignificación enfocados a la restitución de derecho y a la disminución de las infracciones de ley y a la vulneración de derechos.**
13. **Como se aborda desde la perspectiva psicológica los indicadores de alta complejidad.**

14. **Cuál es la mayor dificultad con la que se han encontrado para llevar a cabo procesos psicoterapéuticos durante los procesos de intervención de los NNA y su familia.**
15. **Cuál es su opinión sobre los programas PIE.**

2. Guion Entrevista en Profundidad.

---

1. **Perfil del sujeto de atención.**
2. **Intervención multidisciplinaria.**
3. **Intervención Psicológica.**
4. **Metodologías de Intervención Psicológicas**
5. **Psicoterapia y/o Terapia.**
6. **Análisis del Trabajo desarrollado.**
7. **Percepción de los programas PIEs.**

3. Entrevistas y Trascripción de Entrevistas.

Programa I: PIE El Chasqui Ciudadano.

Entrevista Estandarizada 1:
Psicóloga Margarita Zarricueta.

Preguntas para Psicólogos PIE.

1. **Nombre de la Institución y/o Programa PIE**: PIE-Chasqui Ciudadano
2. **Nombre del Director y/o coordinador:** Daniela Santelices
3. **Nombre del profesional Psicólogo/a:** María Margarita Zarricueta
4. **Edad:** 33 años
5. **Antigüedad laboral en el programa:** 10 meses
6. **Número de casos que a su cargo:** 9
7. **Describa el Cargo del Psicólogo:**

Es primeramente profesional de caso (diagnóstico actual de la situación del NNJ, elaboración del PII, ejecución PII con el NNJ y su familia, gestión en red, etc), aportando desde su formación al abordaje de la intervención y como apoyo (en coterapia) a la labor de los otros profesionales de caso.

8. **Describa la Función/Rol Del psicólogo:**

Creo que corresponde la misma respuesta que la anterior

9. **Explique en Breves palabras la forma en la que interviene el psicólogo a nivel integral:**

Ídem que 7

10. **Comente si el profesional psicólogo adscribe a alguna corriente psicológica para realizar las intervenciones:**

Dependiendo de las necesidades específicas del caso

11. **Comente si el proyecto contempla metodologías específicas de intervención psicológica en sujetos de atención de alta complejidad:**

El proyecto contempla la evaluación de oportunidad de inicio de apoyo en psicoterapia, en función de los procesos reparatorios o de resignificación

12. **Exponga de qué manera se realizan y/o se abordan los procesos reparatorios y de resignificación enfocados a la restitución de derecho y a la disminución de las infracciones de ley y a la vulneración de derechos:**

A nivel individual y familiar, de acuerdo a las necesidades específicas del caso y en los niveles y profundidad que permita cada caso en particular. A través del fortalecimiento de factores protectores o bien en la instalación de dispositivos que promuevan dichos factores; en la visualización de los niveles de riesgo; promover un mejor autoconcepto que posibilite una menor exposición a vulneraciones (según cada caso)…

13. **Como se aborda desde la perspectiva psicológica los indicadores de alta complejidad:**

Ídem que 12

14. **Cuál es la mayor dificultad con la que se han encontrado para llevar a cabo procesos psicoterapéuticos durante los procesos de intervención de los NNA y su familia:**

Inexistencia de demanda de ayuda, por lo que la oportunidad de inicio de psicoterapia aparece tardíamente, además de una baja comprensión de lo que ello significa, lo que muchas veces se refleja en un bajo compromiso de parte del "paciente" (NNJ y/o familia)

15**. Cuál es su opinión sobre los programas PIE:**

Es una respuesta paliativa a una necesidad que se ha ido creando por la marginación de espacios sanos y amigables que afecta a una parte significativa de la población, y por lo mismo si se desea un impacto más significativo de este tipo de programas debe pensarse de manera más personalizada y por un período mayor.

Entrevista En Profundidad 1:
Psicóloga Margarita Zarricueta.

Entrevista PIE Chasqui Ciudadano (San Bernardo)

Entrevistada Margarita Zarricueta, Psicóloga

Se presenta el proyecto de Tesis, resaltando que lo que se busca en esta investigación es indagar sobre las metodologías presentes en las intervenciones del área psicológica.

1. Me podrías comentar como son los jóvenes con los que trabajas.

Mmm… en realidad trabajamos con niños desde los 3 años a los 17 años aproximadamente, esto dependerá de la situación de vulneración por la cual ingresen.

De todas formas este proyecto contemple su atención en niños desde los 0 a los 18 años de edad.

La mayoría vive situaciones complejas…tanto económicamente, como social, como emocional… cosa que afectan directamente el desarrollo de los niños.

2. ¿Cómo llevas a cabo la intervención con los NNA?

Individualmente con una cantidad de casos asignados, nosotros desarrollamos un trabajo multidisciplinario y somos siete profesionales en el programa, somos siete personas que atendemos cincuenta niños…

3. ¿Cómo se dividen los 50 casos en los siete profesionales?

Dependiendo de la carga horaria…

4. ¿Cómo es eso?

Este programa no funciona bajo la modalidad "común" de los PIE`s, porque esta corporación tiene otra modalidad de trabajo. Yo, como mis otros dos compañeros psicólogos, y, al igual que el antropólogo, el psicopedagogo y los dos asistente sociales (los que son nuestros compañeros de equipo), se nos asignan una cantidad de casos de acuerdo a nuestra carga horaria, yo tengo jornada completa al igual que José, otro de los psicólogos del programa y Eduardo tiene media jornada; estos significa que tengo ocho o nueve casos a mi cargo y con la posibilidad de tomar un máximo de diez casos.

Nosotros tenemos… mejor dicho… se entiende nuestra labor como el trabajo tutorial, es decir en este proyecto nosotros somos los tutores, nosotros no hacemos esta división entre educadores… ehhh… psicoeducadores, y el profesional psicólogo y asistente social que se encargan de una intervención más macro y no tiene relación directa con el caso, salvo en cosas puntuales como en otros programas. Acá somos nosotros los encargados de vincular al chico, a la familia, contacto con las redes. Y la elaboración del diagnostico en función del programa individual que se realiza para ese chico.

5. Por lo que entiendo ustedes no trabajan bajo una estratificación de profesionales…

No…

6. ¿Y realizan intervenciones en bajo la modalidad triada?

No, pero se estamos implementado una modalidad nueva: La Co-terapia.

7. Me podrías explicar eso…

Mira, ponte tú, en algunos casos, por ejemplo el asistente social o el antropólogo, el cual visualiza alguna problemática en la cual ellos no poseen las herramientas para intervenir, dado que la problemática es mas psicológica, solicitan apoyo por parte de alguno de nosotros y de esta forma realizamos un trabajo conjunto de stting en el box, este trabajo es paralelo a nuestras intervenciones por casos asignados.

El profesional que está a cargo del caso es el que lleva el proceso de intervención, nuestra labor dentro de esto es un apoyo psicoterapéutico solo sí el caso así lo amerita… es decir no con todos los casos llevamos a cabo la co-terapia.

8. Entendiendo lo que me planteas, pero me surge una duda… ¿De qué manera diferencian la labor tutorial (que es lo que plantea las bases técnicas) y la labro psicológica?

Es que nosotros no trabajamos bajo esa lógica… nosotros realizamos un proceso de psicosocioeducación, siendo solo un responsable del caso. Como te planteaba antes este programa se plantea un forma de trabajo interdiplinariamente, es decir que no se dividen las funciones entre educadores, psicólogos y asistente social, acá trabajamos como un todo que interviene y se apoya en las instancias que se soliciten.

La intervención que hacen todos los compañeros de este programa es básicamente, es he… el caso no se termina con vincular solamente a la familia con la red social, la red de derechos comunales. Ehh… lo que hacemos en el fondo es un acompañamiento terapéutico, por el tiempo en que los chicos y las familias permanezcan en el programa.

Ahora yo creo que la diferencia, si es que existe, tiene que ver que las diferentes formaciones te dan una mirada diferente y te posibilitan otros mecanismos de entrada

con los chico, nosotros no trabajamos con la voluntariedad, nosotros nos tenemos que ganar esa voluntariedad, ya?

9. ¿Cuál es la vía de ingreso de los chiquillos al programa?

Básicamente de tribunales de familia, el noventa por ciento de nuestros usuarios son provenientes o derivados del tribunal. Con un perfil de jóvenes menores de 18 años.

En este momento tenemos un chico de tres años, es el más pequeño del programa.

10. Tomado en cuenta que este tipo de programas desarrollan su labor en torno a variables de complejidad presentes en el usuario, su familia y su entorno; ¿Cómo ustedes desarrollan estrategias para el trabajo con sujetos de alta complejidad?

Para nosotros la complejidad de los chiquillos está dada por la gravedad de la vulneración en la que el chiquillo este inmerso…

11. Y esta gravedad está dada por la vulneración de sus derechos o por la situación de infracción de ley?

Ehmm… para nosotros la infracción es una vulneración, básicamente es un vulneración societal,… no es una cuestión de la que la familia no los manda al colegio, sino que también es lo que se valora y que es lo que se valora de los espacios estructurados, ehmm ahora cuando hablamos de grandes carencias… es porque hay un conjunto de variable que lo encasilla en la alta complejidad.

12. La derivación de tribunal viene con algún informe previo que les permita visualizar el nivel de complejidad del caso…

Generalmente es el Oficio, ya… el Oficio por lo general contempla el nombre, la dirección, en el mejor de los casos y la solicitud de incorporación al programa por las graves vulneraciones de derechos a las que está sometido el niño, y eso sería…

13. Desacuerdo con lo que me planteas, y dado que no se trataba en este programa con la estratificación de profesionales, me podrías explicar cómo llevas a cabo el proceso de intervención, desde el despeje hasta el cumplimento del Plan de intervención individual.

Nosotros no hacemos el despeje directamente, esa labor la hace la coordinadora, ya… Es ella quien recibe y hace el primer acercamiento con el niño y su familia, yo creo que hasta la fecha han sido muy pocos casos los que no han cumplido con el perfil del programa y con la alta complejidad.

Son chiquillos que ya han estado institucionalizados, no es su primera infracción, etc. Por lo cual no son chiquillos ajenos al sistema social de protección.

14. Con esto me quieres decir que ustedes asumen que los casos que ingresan son casos de alta complejidad…

Si…, es que además nosotros no regimos nuestra labor ni nuestras intervenciones entorno al grado de complejidad que esté presente en el joven.

En otras palabras caso que es derivado se atiende, independiente de cual es vulneración, porque dentro del equipo de trabajo entendemos que somos la última instancia, ya sea para un chico que presenta baja, mediana o alta complejidad.

Este programa tiene una lista de espera enorme, pero eso no significa que nosotros elijamos los casos con pinzas, ese no es nuestro objetivo.

15. Entendiendo que cada uno de los profesionales que trabajan en este programa está a cargo de un número determinado de casos dependiendo de su carga horaria… ¿Cómo llevas a cabo el proceso de vinculación?

Como te decía antes, es la coordinadora la que hace la primera visita, y ella puede ir acompañada del profesional que le va asignar el caso…

16. De esta manera la coordinación ve los 50 casos e interviene en ellos?

Sí, pero esto tiene que ver con el funcionamiento del equipo, un funcionamiento particular.

De hecho nosotros tenemos el total de profesionales que requería el programa a mediados de este año, ya… también hemos tenido una alta rotación de profesionales, ehh…y eso significa que recién ahora nosotros estamos como más "parados" para decir: esto es lo que hace el programa.

Yo soy el remplazo de una compañera que se fue antes que yo, yo no hice esa vinculación, claro cuando yo tomo los casos tengo que vincularme con ellos, con los chico y sus familias, pero eso es lo que tiene que hacer cualquier profesional que toma casos que han tenido como parte del proceso a otro profesional que se va, es como una derivación interna…

17. Me queda claro que ustedes no trabajan bajo la estratificación de profesionales sino más bien son un equipo multidisciplinario…

No multidisciplinario sino interdisciplinario, ya no actuamos independientemente uno del otro, sino que aunamos criterios para el trabajo con los casos.

Nuestro foco son los niños, la interacción que tenemos entre los compañeros se ha incentivado, dado que uno tiene puntos ciegos, y términos súper prosaicos de explicar

nuestra dinámica es como una relación promiscua entre los profesionales… esa es mi apreciación del asunto.

18. Dentro de sus funciones contempla la elaboración de psicodiagnostico…

Dentro del programa, si bien recibimos casi la totalidad de los casos derivados, nosotros también nos hemos puesto limites, por ejemplo no forman parte del perfil de este programa chicos que presente patologías psiquiátricas graves, estos casos no los podemos atender…

19. Pero quien es el que hace la evaluación del caso, vienen con diagnostico, o lo derivan a alguna institución de la red… como hacen esto?

Nosotros recurrimos a la red, de hecho son re pocas las evaluaciones que hemos hecho al interior del programa, no es parte de nuestra labor, por lo tanto no forma parte de nuestro perfil realizar evaluaciones psicodiagnosticas.

Pero eso no quiere decir que en algunos casos debamos realizarlas, por ejemplo a José le toco hacer uno a hace poco, dada la exigencia por parte del colegio para la permanencia del chico en este.

Pero la mayoría de estos casos se derivan a la red con una sospecha diagnostica, en la espera de que ellos puedan profundizar posibles patologías.

Mi me complica esto de aplicar baterías de evaluación intelectual a los chicos con que trabajamos, a mi me complica básicamente porque yo trabajo con muchos niños que presentan un retardo pedagógico importantísimo, y donde la lectoescritura esta apenes y la aplicación del WAIS me dar un resultado bajo, tu estas partiendo de una base que la socio estimulación es normal y dada el desarrollo normal del chico, pero donde nosotros trabajamos la cosa no es así, el desarrollo del chico es de normal para abajo.

20. Como ustedes trabajan es muy distinto como se trabaja en los programas PIE, sean convenio o subvención…

Claro, pero nosotros acá hacemos de todo, nuestra labor, en mi experiencia y lo que he visto en distintos programas es que la labor del psicólogo es meramente de acompañamiento terapéutico.

Se puede decir que el trabajo que nosotros desarrollamos es como muy "sugeneris"…

21. De qué forma confeccionan el diagnostico y el plan de intervención individual (PII), dado este modelo de intervención interdisciplinario.

Nosotros ocupamos una única pauta, la cual toma varios tópicos, que más que nada… emmm… toda esa información tiene que dar una pauta de que cosas debieran trabajarse con el chico y que cosa se puede trabajar con el chico.

Ahora, en función de eso a nosotros también nos compele esta cuestión de la co-construccion de los programas de intervención, que…ehh… la finalidad de eso es poder cumplir con los objetivos que se proponen, entonces tú tienes tu mirada desde afuera y la cosa es poder bajarla al usuario y a la familia de manera de generar algún tipo de compromiso algún lineamiento de trabajo…

22. De qué manera ustedes "bajan" la información del plan de intervención al usuario y su familia.

Se les presenta en forma de resumen, o sea no le mostramos los antecedentes que encontramos en la pauta, dado que la información que contiene la pauta es requerimiento administrativo, lo otro tiene que ver con el funcionamiento. La bajada es siempre verbal y los acuerdos son escritos y ese escrito de compromiso los usuarios lo firman.

De esta manera nosotros trabajamos la co-construcción.

23. Y como es esa pauta, la aplican con el usuario presente…

La pauta es una escrito de 16 planas aprox, y se aplica sin el sujeto presente, es un material netamente administrativo.

Lo que busca es unificar lenguajes, que sea compresible para todos los que forman parte de este equipo

24. De qué forma comprendes tu función dentro de este programa…

Ahí uno tiene que ocupar, dependiendo de cada caso y cada momento del caso te exige distintos abordajes, es necesario no "casarse" con alguna corriente psicológica, pero si tener un piso, el cual te lo da la formación que te permite tener una cierta mirada, lo que te permite aterrizar más la realidad y hay veces que tienes que ocupar una actitud mucho más deductiva, que puede estar en franca oposición con la corriente psicológica a la cual tu adscribes, pero hay que hacerlo en función del caso, por lo que uno tiene que modificar la praxis en función de aquello que pueda servir para movilizar el caso.

25. En este programa se interviene de forma individual, familiar y reticular comunitaria?

En los tres niveles.

Es que es complejo, porque nosotros no trabajamos con una demanda espontanea. El motivo o la queja inicial o la demanda de intervención no está nunca puesta, por lo que nosotros tenemos que hacernos cargo que somos los invitados de piedra, y transformarnos desde el impuesto por el tribunal en una figura confiable cercana y eso es lo que nos permite trabajar a nivel individual, familiar.

El trabajo con las redes tiene que ver básicamente con el acompañamiento de la familia a que esa experiencia no sea tan desagradable. En ese momento somos psicoeducadores, puesto que estamos mostrando realidades que ellos no conocían o mostrando otras formas de cómo se presenta el entorno, con todo lo difícil que puede ser hay lugares en el cual ellos pueden recurrir…

26. De esta manera ustedes abordan la problematización?

La problematización más compleja, estamos hablando de unos seis mes.

Nuestro tiempo máximo para tener a un chico dentro del programa es de 24 mese, pero como te digo, independiente de que nosotros no somos invitados por la familia, muchas veces; el proceso de vinculación va mas allá de tres meses, nosotros contantemente tenemos que re vincularnos, hacer encuadres de la intervención, con una frecuencia semanal de contacto con los chicos.

En el proceso de vinculación, para pensar y elaborar el diagnostico, nosotros términos administrativos tenemos que tener al tercer mes el plan de intervención elaborado. Entonces se está trabajando en ese rato, el cuál es un rato bien demandante para el profesional, porque se tiene que estar trabajando en la vinculación, en la motivación, se tiene que estar trabajando o intencionado una cierta motivación para ir abriendo temas.

27. Me podrías profundizar un poco respecto del como desempeñan la intervención como procesos psicoterapéutico con los jóvenes?

Nosotros realizamos procesos terapéuticos, ya sea en las vistas a las casa, en coordinaciones con la escuela, acá mismo en el programa en el box…

28. ¿y qué es que llamas proceso psicoterapéutico?

Todas las instancias de intervención son súper importantes, en el trabajo que nosotros hacemos, pero yo no me siento cómoda llamando psicoterapia a las intervenciones fuera del setting. Para mí el encuadre del setting es importante, por ejemplo, para mi es difícil no poder contar con el mismo Box para usuarios que ya empezaron un proceso terapéutico.

Aun que yo no le atribuyo a mi labor de psicóloga, dentro de este programa, solo el proceso psicoterapéutico, porque además los nivel de profundización a los cuales uno puede acceder, por el tiempo y el espacio… para mi es complicado.

De igual modo acá no se está planteando que las acciones fuera del setting no sean terapéuticas, pero es diferente el cómo entendemos terapia, psicoterapia, acompañamiento terapéutico… o lo que sea…entre nosotros.

29. ¿Cuál es tu percepción de los programas PIE?

Yo creo que podrían funcionar… tiene algún impacto… lo penca es que nosotros pasamos a lo más 24 meses cerca de estos chicos, y como te digo con un contacto directo semana, uno puede hacer cosas, pero de repente uno podría hacer más si destinar más horas para eso, y eso significaría que no te bajaran el sueldo pero si la carga horaria y de casos como para que uno pueda estar más presente.

Porque… psicólogo, antropólogo, asistente social, terapeuta ocupacional, psicopedagogo… nosotros somos tutores… nosotros estamos ahí para mostrar una manera distinta de relacionarse con el entorno social, para mostrar posibilidades de salida o para acercarlos a vivir una experiencia más positivas, que signifique efectivamente el cese de las vulneraciones que han estado teniendo.

Yo diría que para que esto ocurriese debiera haber más recursos, no se puede trabajar solo con la voluntariedad del profesional.

Como iniciativa es buena, pero falta mucho aun como para genere un real impacto en la comunidad. Dado que sobre cargan al profesional y faltan recursos como para poder operativizar una buena acción.

Este tipo de programa no debiera caer en el asistencialismo, sino logara poder activar la red como para suplir las necesidades básicas. Estos programas tiene poca visibilidad en la red, por lo que no logras suplir necesidades básicas, y estos programas no están enfocados a eso, si no están en un lugar mucho más alto, problematiza, disminuir el ingreso del chico a tribunal, por tanto debieran existir otros programas que cumplan y satisfagan las necesidades básicas antes de llegar a nuestro programa.

Muchas gracias por tu tiempo…

Entrevista Estandarizada 2:

Psicólogo José Gómez.

Preguntas para Psicólogos PIE.

1. **Nombre de la Institución y/o Programa PIE:** Programa de Intervención Especializada Chasqui ciudadano
2. **Nombre del Director y/o coordinador:** Coordinadora Daniela Santelices.
3. **Nombre del profesional Psicólogo/a:** José Enrique Gómez Vásquez
4. **Edad:** 47 años
5. **Antigüedad laboral en el programa:** 14 meses
6. **Número de casos que a su cargo:** 10 casos
7. **Describa el Cargo del Psicólogo:**

No existe el cargo de psicólogo propiamente tal, en tanto el cargo es profesional de apoyo o tutor

8. **Describa la Función/Rol Del psicólogo:**

La exigencia en particular está dada por que se debe intervenir de manera individual, familiar o redes dependiendo ello de la contingencia y situación en particular de cada caso. Esta contempla que se debe hacer abordajes terapéuticos cuando corresponda y también respaldar los procesos terapéuticos a otros compañeros cuando la situación lo amerite bajo la modalidad de coterapia. (siendo el otro profesional el encargado del caso se instrumentaliza el timing generado por el otro y se aborda con esos pasos dados)

9. **Explique en Breves palabras la forma en la que interviene el psicólogo a nivel integral:**

10. **Comente si el profesional psicólogo adscribe a alguna corriente psicológica para realizar las intervenciones:**

En mi caso particular si bien tengo una formación clínica lacaniana, no es posible en estos casos quedar atrapado en una corriente intelectual. Me gusta más la idea de caja de herramientas en donde se debe tener el máximo de herramientas conceptuales y utilizarlas cuando corresponda: cognitivismo, psicoanálisis en todas su variantes, conductismo, constructivismo, sistémico, etc. Me parece que la adscripción ciega a una corriente intelectual puede significar no dar cuenta del sujeto de atención y fallar en el efecto terapéutico o como agente de cambio

11. **Comente si el proyecto contempla metodologías específicas de intervención psicológica en sujetos de atención de alta complejidad.**

No existe metodología explicita requerida pese a que el programa tiene como sugerencia una perspectiva ecosistemica. Esta corriente intelectual no está suficientemente desarrollada en Chile y en el equipo existe una noción difusa de la metodología de abordaje (se conoce a Enrique Pichón Riviere, pero poquito. Los trabajadores sociales incursionan con la teoría de los sistemas pero a tientas sin producir un acercamiento con la triada ecológica)

12. **Exponga de qué manera se realizan y/o se abordan los procesos reparatorios y de resignificación enfocados a la restitución de derecho y a la disminución de las infracciones de ley y a la vulneración de derechos.**

En cuanto a la reparación no es posible señalar una propuesta lineal y homogénea. Se atiende la particularidad de la situación y se trabaja en la incorporación del hecho traumático en la cadena significante. Otro tema es la restitución de derechos que tiene un abordaje psicosocial en función de vincular o relacionar con el sujeto de atención aquello que aparece como faltante o ausente. Con relación a la infracción de ley es tema en tanto hecho sintomático que permite entender las variables presentes en la vida del sujeto.

13. **Como se aborda desde la perspectiva psicológica los indicadores de alta complejidad.**

El problema de los indicadores de alta complejidad si bien tienen un correlato psicológico se atienden desde lo fáctico (salud, vivienda, educación, recreación, esparcimiento etc.) quedando las variables psi. para una vez que se atendieron aquellos síntomas. (baja tolerancia a la frustración, resolución de conflictos vinculados a la triada edifica, sociopatias, vif, etc.) Aunque es posible señalar que no existe una escala de temas a tratar primeros y otros luego. Ya el diagnóstico es conceptualizado como un abordaje terapéutico.

14. **Cuál es la mayor dificultad con la que se han encontrado para llevar a cabo procesos psicoterapéuticos durante los procesos de intervención de los NNA y su familia**.

Pasan desde la adherencia la programa (dado que se trabaja con niños/as que son derivados de los tribunales de familia) muchas veces no existe adultos significativos o relevantes que respalden el proceso interventivo; la intervención psi. es entendida por los usuarios como para locos y ellos no se conciben como locos. Lo anterior trasciende las resistencias de cada patología que también es entendida como parte del proceso.

15. Cuál es su opinión sobre los programas PIE.

Estos PIE tal cual están diseñados permiten hacer un abordaje integral del sujeto de atención, tienen la dificultad que la oferta en la red pública es pobre asociado a que se debe respetar los tiempos que cada institución tienen hace lento a veces el proceso y frustrante para los usuarios y es un desprestigio para el profesional interviniente.

Entrevista En Profundidad 2:

Psicólogo José Gómez.

Entrevista PIE Chasqui Ciudadano (San Bernardo)

Entrevistado José Gómez, Psicólogo

Se presenta el proyecto de Tesis, resaltando que lo que se busca en esta investigación es indagar sobre las metodologías presentes en las intervenciones del área psicológica.

1. ¿Cuál es el perfil de atención que tiene este programa?

Este programa…, Karla, es un programa que se basa en la restitución de los derechos de los niños y jóvenes, por lo que se trabaja con jóvenes altamente vulnerados, insertos en condiciones sociales marginales.

Por lo general son jóvenes o niños que se encuentras fuera del sistema escolar, con alta socialización callejera, algunos presenta consumo cebero de drogas…infracción de ley… pero sobretodo son niños vulnerados, que presentan dentro de sus dinámicas familiar fuertes conflictos, muchas veces negligentes, en condiciones socioeconómicas poco favorables…

Se plantea un perfil de jóvenes que proviene en su mayoría derivados desde tribunal de familia y cuyas edades van desde los 0 años a los 18, por lo tú te darás cuenta que es un perfil bien amplio, contamos con un máximo de 50 casos…

2. De qué manera se distribuyen los 50 casos

Este programa cuenta con siete profesionales, los casos se dividen en función de la carga horaria que tenga cada uno.

Los que tengan jornada completa pueden tener máximo 10 casos, y de ahí para abajo se van distribuyendo.

3. En qué consiste su intervención a nivel multidisciplinario…

Este programa no consta con estratificación de profesionales, acá, a diferencia de otros programas todos los profesionales somos tutores, en otras palabras no hacemos diferencias entre psicoeducadores, asistentes sociales, psicólogos…

Este programa, tiene un enfoque distinto de trabajo al interior del equipo, la distribución de los casos no se da por profesiones, sino más bien lo que buscamos es aunar criterios y miradas en pro de una mejor intervención. Es una visión del profesional como multiprofesional.

Se puede, mmm… mejor dicho, en este programa somos los encargados de los casos los que desarrollamos el diagnostico en función del plan de intervención individual de cada caso.

4. Entiendo entonces que ustedes no intervienen en triada, es decir que para cada caso debe haber un educador, un psicólogo y un asistente social… ¿acá se de esa modalidad de trabajo?

No, acá hay una modalidad nueva, se basa en la idea de co-terapia.

Ponte tú que en algunos casos, los otros profesionales, ya sea el antropólogo o la asistente social los cuales detectan que se abren algunas vertientes de trabajo, y ellos perciben que no tiene las herramientas, dada que las temáticas son más pertinentes a

un psicólogo… en esos casos interviene un psicólogo, en ese caso, yo tengo nueve… ocho asignados y tres en co-terapia.

Esto no quiere decir que me lo deriven… en transferencia…así… no, no, no, es un trabajo en paralelo, es decir yo soy un apoyo para el otro encargado del caso. Trabajamos juntos en el box, es una intervención psicoterapéutica con bastantes particularidades, porque requiere cohesión, afiatamiento con la persona con la cual estas trabajando, en función de no interrumpir los discursos de nadie, la idea es que haya un fluir constante de contenidos, por eso como te decía, acá no hay derivaciones ni nada, acá hay un trabajo de co-terapia; el colega que está a cargo del caso realiza todas las gestiones de red, de vinculación con otras instituciones, y el caso mío, yo solo respaldo las intervenciones psicoterapéutica.

Esta idea de co-terapia es una novedad, pero que en definitiva a nosotros nos modifica la carga horaria, no es más que eso.

5. ¿Cuál es la diferencia que tú ves entre el psicólogo y tutor, o educador?

Que hay diferencia…la hay, puesto que el psicólogo tiene implicancias terapéuticas en su acción…

6. Pero, de acuerdo a lo que me planteas, dentro de este programa ustedes no hacen diferenciación de profesionales, acá todos cumplen con la función de tutores…

Sí, pero como te mencione antes, hay temáticas que son del área psicológica, que nuestros colegas no psicólogos no manejan y en esas instancias entramos nosotros como apoyo…

Si bien no generamos diferencias a nivel del trabajo de los profesionales, dado que somos un equipo multiprofesionales, hay temáticas que atañe el nivel emocional y psíquico… y en esos casos a lo mejor nosotros tenemos más experticia respecto a esas temáticas.

Tanto la vinculación, como la labor psicoterapéutica… ya sea el acompañamiento o el trabajo en box o el setting… hacen de nuestro qué hacer una intervención integral.

8. ¿Cómo ingresan los casos?

A través de tribunal de familia, la mayoría de los casos ingresan por esa vía.

En eses momento los casos llegan con su oficio, el cual manifiesta la situación de vulneración que presenta el chiquillo.

9. De que manara intervienes con niños que presentan variables de alta complejidad.

Si uno va a si como a una definición más estricta, es como los factores de vulnerabilidad sostenidos en el tiempo… pero no es un tema en el cual nosotros entremos mucho.

Los casos vienen ya derivados del tribunal, hay lista de espera… ósea hay criterios más prácticos en los cual nosotros centramos la intervención.

10. Entendiendo que son ustedes los únicos responsables de los casos… ¿de qué forma realizan el proceso de despeje?

El despeje lo hace la coordinadora, pero por lo general… hasta ahora yo no he visto que haya habido casos… que se diga este es baja o medina complejidad por lo tanto no es susceptible a la atención… no ha sido el tema.

Por ejemplo, los casos que a nosotros llegan es gente que viene con una trayectoria en la red Sename, o viene con diferentes momentos de… son casos que viene judicializados en su gran mayoría… y los que viene no vienen con una o dos detenciones… traen más que eso. Salvo aquellos casos que vienen con medida de protección ya instaladas hechas por algún familiar, pero no tenemos…

Como te digo el criterio de "gravedad" no lo manejamos…como es que le dices??... el criterio de…

11. Alta complejidad…

El de complejidad… no es un tema que…

Puesto que son casos que viene ya desde tribunales…

12. Entonces ustedes asumen que es un caso de lata complejidad, puesto que son enviados desde el tribunal de familia…

Claro, porque además es la coordinadora la que hace el filtro.

Una vez nos enviaron del PIE de La Pintana… nos envía un…por que hay un espacio territorial que esta compartido con el PIE de la corporación con el PIE 24 hrs…y el PIE de La Pintana nos envía: "nosotros no atendemos casos judicializados, casos con larga data de vulneración de derechos, casos de consumos adictivos…caso de…" y así nos envían un lista de casos que el PIE de la Pintana no recibe, para nosotros serían casos de egreso exitoso.

13. De acuerdo a lo que me planteas, cual es la labor que tú le ves a este tipo de programa.

El tema pasa…por qué desde el PIE…después del PIE no hay nada, o sea tú dices, no es susceptible o no e sujeto de atención y derivas a un PIB, y el PIB te lo va a rebotar

y el chico va a quedar en el aire. Y ante esa situación nosotros atendemos a todos, el que sea derivado se queda, no hay problema, independiente que no hay un exceso de carga horaria ni de profesionales…es mas tenemos una lista de espera inmensa… pero aun así no hacemos esa categorización de "alta complejidad".

Este tipo de programas son el último eslabón al cual pueden acudir los chico y sus familias, sobre todo si ya han formado parte de la red Sename y dentro de este contexto ya no quedan muchas alternativas de apoyo, ni mucho menos como formas de interrupción de vulneraciones.

14. Y de qué manera hacen el proceso de vinculación.

La primera visita la realiza la coordinadora, esto fue una decisión de equipo.

Es ella la que hace la primera llegada a la familia y la primera etapa de la vinculación.

Como este programa trabaja bajo una modalidad más menos novedosa…

15. De forma multidisciplinaria…

Nosotros no somos multi…somos inter…ósea entendiendo que lo multi…en el sentido que no somos miradas que actuamos independiente los unos de los otros, somos ínter en la medida que enfocamos un caso y interactuamos, de una u otra forma nos vamos modificando en el lenguaje entendiendo que somos un equipo interdisciplinario, no somos psicólogos, no somos asistentes sociales hay varias profesiones… y hay diferentes lenguajes… y eso lo aunamos en pro al trabajo con los chicos y sus familias.

16. Dentro de sus funciones ustedes realizan procesos psicodiagnosticos.

Como fundamento de las intervenciones… No, pero me ha tocado hacer evaluaciones psicodiagnostica en un único caso, puesto que necesitábamos derivarlo a un psiquiatra.

El tema nuestro es… a no ser que haya una presunción diagnostica recontra evidente…en esas circunstancias… pero de igual forma la derivamos a la red.

No es que todos los chicos vayan a pasar por algún proceso psicodiagnostico, por qué a pesar de que haya un presunción diagnosticas de daño cognitivo…mmm….se realiza desde acá una evaluación o se derive a la red.

La derivación a la red se hace con una sospecha diagnostica por parte de los profesionales de este programa y qué ellos evalúen, o si no les vamos a dar la evaluación y en el fondo le hacemos la "pega".

17. Y cundo se ven en la necesidad de aplicar alguna batería psicodiagnostica… ¿cuál es la que utilizas?

Mira… como ya te menciona antes, es muy raro que nosotros tengamos que realizar evaluaciones psicodiagnostica…

18. Sí, pero cuando lo hacen que baterías utilizan…

Mmm… por lo general son baterías psicométricas… y en el alguna intervenciones realizamos test de dibujo u otras proyectivas que sean lo menos invasivas posible.

19. La manera en que ustedes se despenan dentro de este programa; el cual es un PIE subvención, tiene una forma totalmente novedosa para mí del cómo se lleva a cabo el proceso de intervención, puesto que en los PIE Convenio si existiría

una estratificación de profesionales, donde el psicólogo cumple un función diagnostica paralela a las intervenciones socioeducativas…

Si bien lo que tu planteas son áreas de intervención ya definidas, acá nuestra labore es más global… nosotros en este programa hacemos de todo.

Porque no es un lio para el psicólogo solo dedicarse hacer un trabajo diagnostico?

20. ¿Cómo?

Es como frustrante…te lo digo porque dentro de mí experiencia, yo estuve años haciendo peritajes, y lo que yo veía que el peritaje en sí mismo, la evaluación, el informe era una cosa esencialmente técnica, donde no había una mayor vinculación, yo no me hacía cargo del caso… me llegaba la compulsa del tribunal… eso sería

21. Pero responde a un lineamiento de trabajo totalmente distinto… dado que lo que yo entiendo, y según lo que plantea las bases técnicas de estos programas no es que el psicólogo tenga que estar sentado en un escritorio solo redactando informes, sino todo lo contrario, éste tiene que salir de la oficina a tomar contacto con el chiquillo y su familia, vincularse e intervenir con estos para luego verter toda la información que ha rescatado durante ese tiempo en un documento que dé cuenta de la situación del niño, niña o adolescente…

Entonces no están solo dedicado a hacer diagnósticos…

22. Según lo que yo entiendo no…se supone que se deben vincular de la misma manera que los educadores y el trabajador social…

Y a ese mismo chiquillo después lo evalúa??

23. Si…

No es como contamínate el hecho de que este interactuando, compartiendo los espacios de él y luego lo evalúa??

24. Mmm… ¿qué es lo piensas tú respecto a eso?

Claro… porque hay una contaminación ahí donde el diagnostico se ve atravesado… no por la batería misma… sino por lo que el psicólogo conoce de la situación.

El otro tema que se plantea aquí es, suponte que yo como psicólogo realizo un diagnostico y ese diagnostico le digo "este es el diagnóstico, trabaje esto usted," y el otro es una asístete social o terapeuta ocupacional. Yo le voy a condicionar ya la intervención por que ya viene teñido con mi impronta…mi mirada, ósea trabaja y este es el diagnostico.

25. Si bien entiendo lo que me estas planteando, no creo que pase eso que me estas planteado en el reto de los programas PIE, y creo que hay que tomar en cuenta que la dinámica de trabajo que tiene este programa en particular no se da en otros PIEs.

Puede ser…este programa tiene una forma de trabajo que no es habitual.

26. Tomando en cuenta que en este programa cada profesional es el encargado de caso, por ende son ustedes mismos los que desarrollan el diagnostico y el plan de intervención individual, y son ustedes mismos los que los llevan a cabo. ¿Con que instrumento o herramientas se apoyan para elaborar el diagnostico y el plan de intervención individual?

El programa cuenta con un instrumento único para todos… que es una pauta…

27. Y ¿en qué consiste la pauta?

Es una pauta que toca barios tópicos, los cuales nos entrega lineamiento de trabajo a nivel individual de los chicos. Esta pauta nos permite visualizar que es lo que podemos trabajar con los chicos y lo que no se recomienda trabajar con ellos.

De igual modo se plantea un trabajo co-construido con el chico. Con el fin de cumplir con los objetivos planteados en el plan de intervención.

28. ¿De qué manera se presenta al chiquillo el plan de intervención?

Se hace un resumen verbal.

No se le muestra la pauta, esta es de carácter administrativo.

Cuando bajamos la información al chico y su familia, la idea es que se comprometan con la intervención, hace poco yo hice que una familia me firmara un compromiso de intervención, pero no es algo que hagamos frecuentemente.

Dentro de este plan de intervención que plantea este programa, lo interdisciplinario supone, por un lado, miradas que están dando cuenta de un objeto donde uno va intercambiando, uno va supra-entendiendo que cuando el otro dice…ahí hay un lenguaje ponte tu… ahí está el caso de Daniel que tiene un lenguaje muy particular, que es antropólogo, y él describe y utiliza un lenguaje que tiene que ver con la sociología, con la antropología y que a uno a veces le suena hasta difuso, pero cuando uno va conociendo ese lenguaje va entendiendo cuales son las implicancias que ese lenguaje tiene, o si habla un colega que es psicopedagogo uno también va entendiendo, o si habla un colega sistémico uno va metiendo en el lenguaje del otro…

De esta manera uno va co-construyendo lenguajes y realidades con otro, que puede ser el chico con su familia o entre los mismos colegas…

29. Ok… me parece súper interesante la manera que ustedes llevan a cabo las intervenciones… lo que me complica un poco es que, de cierta forma lo que ustedes están comentado en esta entrevista, es aquello que yo quiero plantear en mis conclusiones…aunque me desencajo un poco esta metodología de trabajo, me sigue pareciendo demasiado interesante como ustedes abordan las intervenciones y como se distribuyen las funciones al interior del equipo de trabajo…

El otro tema que esta,… más allá de este intercambio de lenguajes que se utilizan en las reuniones hay un instrumento que unifica miradas… ósea, si bien es cierto yo por ahí puedo tener hegemonía en algún tipo de lenguaje, suponte en la pauta de acogida, que son como catorce hojas, donde se tocan sujetos desde lo individual, familiar y comunitario…

30. Esa pauta se aplica con el sujeto presente…

No…no… en el proceso de vinculación y diagnostico tu vas recabando la información y luego la vuelcas al instrumento…

Este es un instrumento que permite unificar lenguaje no es que… cualquiera que la agarre tiene que entenderlo…no es que alguien se va volar con un encuadre psicodinamico y se va ir con un lenguaje Lacaniano que no va entender nada, o sea… hay una…se puede hacer… pero lo indicado es que sea un lenguaje común para todos.

En este caso… si bien es cierto… acá somos muy respetuosos con el lenguaje del otro, pero igual esto no quiere decir que no presentaran roces con las exposiciones de compañeros…hay habido descalificaciones de ciertos lenguajes….pero eso es propio

del trabajo en equipo, pero esto se ha dado cuando la exposición ha sido sesgad desde la disciplina… ese es un tema.

Ahí es donde se producen ciertos resquemores donde ciertos conceptos, particularmente desde la psicología tienen cargas semánticas, y estas cargas semánticas que son medias peyorativas desde cierta perspectiva hacia el sujeto de intervención.

Pero acá no creo que hay un atrapamiento disciplinario, por ejemplo así… como yo soy cognitivo conductual porque esto es lo que me sirve, que podría ser eficaz… pero dentro de este equipo interdisciplinario nos enfocamos más a las necesidades de los chicos que a la fundamentación de alguna teoría para llevar a cabo la intervención.

Si bien todos tenemos una teoría a la base, sopesa la necesidad del caso ante la teoría…y la flexibilidad de esta como para llevar a cabo un intervención atingente a cada caso.

31. Ustedes realizan las intervenciones a nivel individual, familiar y comunitario.

En los tres niveles.

Hay un tema…ehh… acerca de las metodologías de abordaje… hay una metáfora que me parce buena para definir el rol del psicólogo en los programas PIEs, en el manejo teórico…y en la metodologías de abordajes… que una vez se la escuche a un profe en la universidad, que es la idea de caja de herramientas, que tiene que ver con el no atrapamiento en marco teóricos conceptuales para dar cuenta de la realidad. El decía que la idea de la metáfora de caja de herramienta era que uno decía…uno debe ser conductista cuando corresponde, cognitivista cuando corresponde, psicodinamico

cuando corresponde, sistémico…uno debe, decía, como psicólogo tener el máximo de herramientas posibles para poder dar cuenta de la realidad del sujeto de atención.

A mi esta metáfora me resulta buena, independiente que uno valore mas algún paradigma que dé cuenta de la realidad.

32. De qué forma llevas a cabo el proceso de problematización de los chiquillos que atiende este programa.

La problematización se realiza durante el proceso de intervención, y varía dependiendo de las problemáticas presente en el chico y su red extensa.

Pero bien como te decía antes no tenemos un método único de intervención, por lo que siempre está sujeta a las necesidades y características de cada uno de nuestros usuarios.

33. Cuál es el tiempo que tiene para llevar a cabo la intervención.

Máximo dos años de intervención por caso.

Como los chicos llegan derivados… y no es por demanda directa, es decir no es que ellos lleguen con un proceso de problematización ya elaborados, sino más bien todo lo contrario. Es bajo esta lógica que nuestro proceso de vinculación va mas allá de tres mese, porque muchas veces vinculamos, re-vinculamos… y como que constantemente reforzamos el vinculo con ellos.

Pero el ese tiempo máximo no significa que los cabros vayan a aprender en dos años… no… no, o sea… depender de cada caso particular.

34. Ustedes llevan a cabo procesos psicoterapéuticos, como parte de la intervención.

Si.

35. De qué manera se llevan a cabo estos procesos.

Por medio de las visitas, en entrevistas…

36. A esas acciones usted llama procesos psicoterapéutico?

Sí, porque… tu que entiendes como proceso psicoterapéutico?

37. A mí me interesa saber cuál es su entendimiento de proceso psicoterapéutico…

Desde la intervención misma ya es un proceso terapéutico, y también la elaboración del diagnostico es una instancia terapéutica.

38. Según mis indagaciones lo psicoterapéutico estaría enmarcado en un espacio fijo de atención, donde lo que se busca es profundizar malestares psíquicos que desencadenan un grupo de sintomatologías, es bajo esta lógica que me he dado cuenta que muchas veces se plantea un trabajo psicoterapéutico que no calza con esta descripción, por lo que se modifica esta descripción y surgen nuevos conceptos de intervención como por ejemplo intervenciones con enfoque psicoterapéuticos, procesos de acompañantes terapéuticos… entonces son como cuatro nivel de intervenciones en el área psicológica que se entrecruzan constantemente, pero sin tener una definición o una lógica clara de intervención donde no se entremezclen estos conceptos…y tú ¿haces alguna diferencia entre los procesos terapéuticos y los psicoterapéuticos?

(Silencio)

Mmm… complicado lo que planteas…

Por eso me quede pensado un poco… creo que hay que partir de acuerdo con lo que tu estas planteando… de acuerdo a tu concepto de psicoterapia.

39. La idea es justamente lo contrario, es que ustedes puedan aportar otras miradas, definiciones y percepciones de lo que se llama psicoterapia… eso es lo que a mí me interesa.

La verdad que este tema de la definición en sí, no me atrapo mucho con eso, me atapo más con cual es objetivo que yo me planteo, o el objetivo que se co-construye con el sujeto de atención y desde allí podría definir yo. Donde… coincido con una definición, yo no sé de qué autor, el que dice que el horizonte terapéutico esta dado por restituirle al sujeto la capacidad de gozar y producirlo. Y allí cualquier método de intervención, cualquier técnica, es válida, en tanto tengas aquel objetivo de restituirle al sujeto su capacidad de goce.

Si yo me digo que es solamente terapéutico el Box o es solamente terapéutica la entrevista en familia, yo creo que me encuadro y me atrapo en una definición en donde voy a quedar mal parado.

De igual modo creo que existe un tema donde tú no discriminas planos de discusión, entre discusión académica y discusión filosófica, tú debes adscribir a aquello que es propio del lenguaje propio de la disciplina, pero yo creo que hay un plano que es el plano de lo empírico, de lo factico donde uno puede tener distintas perspectivas frente a una misma problemática.

40. Totalmente de acuerdo, es por eso que dejo totalmente abierta la pregunta, que es para ustedes esta labor del psicólogo dentro de este programa PIE, con que se trabaja y como se define, desde los mismos profesionales, el proceso de intervención en el área psicológica.

Para llevar a cabo las intervenciones, mi sustento teórico se apoya en los escritos de Pichon Rivier y Hector Fiorini, con las psicoterapias breves. Esos son mis autores de cabecera, con ellos yo busco un apoyo teórico que sustente mis intervenciones.

41. A modo de ir finalizando esta entrevista, ¿cuál es el análisis que podrías hacer de los programas PIEs?, entendiendo que su metodología de intervención difiere de otros programas PIEs.

La pregunta que tú haces tiene como dos temas, uno que tiene que ver con las falencias que nosotros vemos, que le agregaríamos al PIE, a lo cual según mi punto de vista debiera ser enfocado a la disminución de casos por profesional, de manara tal los pocos que uno tuviese los abordara de mejor forma, y el tema de los recursos yo lo vería… bueno yo llevo años trabajando de psicólogo, ósea estoy peinando canas, he andado por varios proyectos, por varias prácticas profesionales; y una de las cosas que me gusto del FOSIS a mí, era cuando había recursos para suplir necesidades concretas; nosotros suponte por ejemplo hay veces que vemos que falta una lista de útiles, que falta un camarote, que la ropa esta en el suelo…falta un roperito, que la iluminación… de repente están los cables colgando. Yo creo que estos proyectos podrían también atender estas necesidades, porque muchas veces uno detecta necesidades concretas y especificas, sin entrar a psicologizar esas necesidades, muchas veces uno las tiene que dejar a un costado, medio hacerse el tonto, y esa es un falencia del proyecto, sin querer decir que cumpliendo con esas necesidades van a cavar todos los males de la sociedad.

Si uno al meterse en las dinámicas familiares, en sus casas, en la vida intrapsicológica uno descubre que efectivamente cuales son los problemas y las necesidades más

sentidas de la gente y que desde este proyecto muchas veces se pudiesen intencionar, pero dado las falencias de recursos no se pueden hacerse.

Lo único que se puede aspirar en estos programas es la buena voluntad de la red, que muchas veces no dan abasto, generando tenciones durante el proceso de intervención, dado que se encuentran presentes problemáticas de índole de necesidades básicas no suplidas.

A demás yo creo que debiera existir un Estado que se preocupe de estas necesidades básicas, y si no está presente son estos programas o cualquier otro debieran contar con los recursos para hacerse cargo de esas necesidades.

Creo que el estado debiera preocuparse de las necesidades específicas de las personas.

Conjunto con lo antes expuesto, yo he trabajado en varios programas, sobre todo de infractores, por lo que ha este proyecto le veo una fortaleza que ha otros programas no les he visto, que me parece relevante que no se te condicione la mirada… suponte en los proyectos de programas de infractores, inicialmente cuando surgen, estaba prohibido hacer terapia, psicoterapia o cualquiera de aquellas, porque la idea era responsabiliza… por que la idea era netamente trabajar desde el control. Ahora entiendo que las bases de esos programas se modificaron y es posible trabajar en alguna modalidad de talleres, trabajar en alguna modalidad donde el concepto PSI inicial, es posible incluirlo, pero inicialmente no. Ósea los psicólogos trabajábamos como agentes de control social representando una política de control del Ministerio del Interior.

El hecho de que estos PIEs tengan una mirada diferente te posibilita un desarrollo profesional.

Muchas Gracias por Tú tiempo y colaboración¡¡¡

Entrevista Estandarizada 3:
Psicólogo Eduardo Riaño.

Preguntas para Psicólogos PIE.

1. **Nombre de la Institución y/o Programa PIE:** Programa de Intervención Especializada Chasqui ciudadano
2. **Nombre del Director y/o coordinador:** Daniela Santelices Rojas.
3. **Nombre del profesional Psicólogo/a:** Eduardo Felipe Riaño Ceballos
4. **Edad:** 29 años
5. **Antigüedad laboral en el programa:** 9 meses
6. **Número de casos que a su cargo:** 7
7. **Describa el Cargo del Psicólogo:** Profesional de caso
8. **Describa la Función/Rol Del psicólogo:**

La función del psicólogo es la de brindar un apoyo en términos psicosociales, mediante el cual se evalúa, diagnóstica, la situación actual del niño, como por ejemplo, dinámica familiar, situación académica, situación socioeconómica, factores de riesgo versus protectores, etc., para luego diseñar un plan interventivo lo más acorde y ajustada a las necesidades del niño y su familia,

9. **Explique en Breves palabras la forma en la que interviene el psicólogo a nivel integral:**

IDEM

10. **Comente si el profesional psicólogo adscribe a alguna corriente psicológica para realizar las intervenciones:**

Mi trabajo tiene una inspiración u orientación sistémica.

11. **Comente si el proyecto contempla metodologías específicas de intervención psicológica en sujetos de atención de alta complejidad.**

La verdad es que hablar de metodología específica de intervención psicológica es bastante complejo, dado que la atención se enmarca en lo que se conoce como " familias multiproblemáticas", y en ese sentido, la intervención no es estándar, requiere de una serie de habilidades y/o cualidades; que permitan al profesional adecuarse a los constantes cambios del proceso interventivo. Las reuniones de equipo, por ejemplo, nos permiten abrir nuevas posibilidades frente a algún impasse en proceso interventiva.

12. **Exponga de qué manera se realizan y/o se abordan los procesos reparatorios y de resignificación enfocados a la restitución de derecho y a la disminución de las infracciones de ley y a la vulneración de derechos:**

13. **Como se aborda desde la perspectiva psicológica los indicadores de alta complejidad.**

A través de:

Socialización Callejera, Mendicidad, VIF, consumo de drogas, desescolarización, violencia y maltrato crónico.

Entre otros.

14. **Cuál es la mayor dificultad con la que se han encontrado para llevar a cabo procesos psicoterapéuticos durante los procesos de intervención de los NNA y su familia.**

Desde mi punto de vista, la mayor dificultad tiene que ver con que nos encontramos realizando un trabajo en un contexto donde no existe una solicitud ayuda explícita o espontánea; por lo tanto, la dificultad está en la co-construción de un motivo trabajable, acogiendo, acorde y las necesidades particulares de cada familia. En ese sentido la pregunta frente esta situación es: qué es lo que busca la familia o que tipo de ayuda busca a través de estos comportamientos indirectos.

15. **Cuál es su opinión sobre los programas PIE.**

Son programas altamente necesarios, para hacer frente a las necesidades de atención de familias, niños, jóvenes, de los sectores más vulnerados o multiproblemáticos, en este caso de la Comuna de San Bernardo, (alta complejidad), lo cual requiere de profesionales altamente capacitados

Entrevista En Profundidad 3:
Psicólogo Eduardo Riaño.

Entrevista PIE Chasqui Ciudadano (San Bernardo)

Entrevistado Eduardo Riaño Psicólogo.

Se presenta el proyecto de Tesis, resaltando que lo que se busca en esta investigación es indagar sobre las metodologías presentes en las intervenciones del área psicológica.

1. ¿De qué manera describirías el perfil del sujeto de atención de este programa?

Bueno… según las bases técnicas este programa trabaja con chiquillos desde los 0 a los 18 años, por lo general nuestra media está entre los 8 y los 16 años aprox.

Son niños y jóvenes que proviene de sectores sociales de estrato bajo, de barrios conflictivos y de familias disfuncionales, con poco apoyo familiar…

Este Programa trabaja de forma interdisciplinaria, es decir, acá nos hacemos la división entre educadores, psicólogos y asistente social, acá cada uno de nosotros realiza la labor psicosocioeducativa.

2. Y ¿Cual es la vía de ingreso de los casos?...

Casi la mayoría proviene de tribunal de familia, aun que en un menor porcentaje ingresan por medio de la red, ya sea colegios, consultorios…

Nosotros atendemos un total de 50 casos, que en su mayoría son derivados del tribunal de familia.

3. ¿Cómo se distribuyen las 50 plazas?

De acuerdo con la carga horaria de cada profesional…

4. De qué manera llevas a cabo la intervención con este perfil de chiquillos?

De forma individual, con una determinada cantidad de casos, los míos son 5.

En este programa tiene una modalidad diferente de intervención, puesto que independiente de la profesión que tengas a ti se te asigna una determinada cantidad de casos dependiendo de tu carga horaria. Con un máximo de 10 casos teniendo jornada completa.

Además acá nosotros somos los tutores, cada uno de los que trabaja en este programa somos educadores. De esta manera somos nosotros los encargados del casa, realizamos el diagnostico, el plan de intervención.

5. Entendiendo lo que me planteas ¿de qué manera se trabaja multidisciplinariamente en éste programa?

Nosotros trabajamos bajo la noción de lo interdisciplinario, cada uno de nosotros forma parte de un todo, no trabajamos con los rótulos de que el psicólogo hace esto, el asistente social se en carga de esto otro; sino mas bien todos nos encargamos de todo, eso sí teniendo en cuenta que cada uno de nosotros es responsable de la integridad de cada caso.

Hace poco nos planteamos una nueva dinámica, emmm… una forma de podre apoyarnos en el compañero, a eso le hemos llamado co-terapia y la utilizamos cada vez que un compañero, que no es psicólogo, necesite apoyo con algún caso porque detecto que el joven o el niño presenta algún tipo de problemática en la cual el profesional no tiene todas las herramientas para abordarla.

Ehh… quiero que se entienda que cuando alguno de nosotros, los psicólogos intervenimos co-terapéuticamente, esta labor la llevamos a cabo de forma paralela a nuestros casos.

De igual manera visualizo una labor por parte de los psicólogos más enfocado a lo psicoeducativa.

6. Como diferencias la labor psicoterapéutica de la psicoeducativa

Dependerá de lo que tú definas como psicoterapéutico…

7. Te pregunto a ti ¿cómo defines tú lo psicoterapéutico?

Dependerá de lo que llamemos terapéutico o espacio terapéutico… un espacio terapéutico no solo puede estar definido entre un usuario, una persona o el mismo psicólogo, un espacio terapéutico es una solicitud de ayuda o de estas terapias cualquiera que hay… y eso también lo puede tener el antropólogo, le psicopedagogo…

Para nosotros es una relación vincular con los sujetos de atención y como se lleva a cabo este acampamiento vincular.

8. ¿Cómo llevas a cabo una intervención con jóvenes de alta complejidad?

Dependerá de las distintas miradas con la que trabajamos cada uno de nosotros, puesto que como ya te comente… ehhh… a nosotros nos derivan los casos, por lo que no existe un demanda por parte de los usuarios, y si lo vemos de otra forma, son sujetos que no solicitan ayuda, no han problematizado…emmm… nosotros invadimos su espacio trayendo una problemática que muchas veces no es visible pare ellos…

9. Si bien son sujetos que no demandan ayuda, y son derivados desde tribunales ya sea por alguna infracción o alguna vulneración, me gustaría saber se abordan estas problemáticas desde tu programa.

La infracción es para nosotros una vulneración social, entendemos que esta situación en la que se encuentra en niño o el joven proviene de una vulneración mayo.

Entendiendo esto… emm… nuestra alta complejidad se entiende como un conjunto de problemas presentes, por así llamarlo familias multiproblemática, te encuentras que el niño ingresa por mendicidad, pero al momento que empiezas a evaluar o indagar mas te encuentras que están presentes situaciones de abuso o de drogas.

10. ¿De qué manera se realiza la etapa de despeje?

El filtro lo hace la coordinadora, ella es la que hace la primera visita, generalmente acompañada por el profesional que se le va dar el caso.

Ella es la primera figura de vinculación con los niños, luego entramos de lleno nosotros como agentes responsables del caso.

Y al trabajar como un equipo interdisplinario todos trabajamos en función de un caso, compartimos nuestras percepciones respecto al desarrollo y evolución de éste.

11. Ustedes realizan evaluaciones psicodiagnostica como parte del proceso de intervención.

No es parte de nuestra labor, por lo general se deriva la red cuando se necesita una evaluación más en profundidad, por así decirlo.

Ponte tu aplicar baterías psicométricas o de inteligencia, ten por seguro que la mayoría de estos niños saldrían con puntajes bajos. Dado que son niños que tienen una deprivación sociocultural eminente.

Aplicar este tipo de herramientas es demasiado invasivo, porque independiente de que test le apliques al niño, en estos casos y en este contexto siempre te vas a encontrar con algo, o sea es súper arbitrario el manejo de la batería, dado que no puedo compara la sintomatología de Pedrito con Juanito, por más que ambos se encuentren en une estado depresivo, por así decirlo, no puedo estandarizarlo.

12. Comprendiendo lo que me planteas, ¿cómo planteas la labor del psicólogo?

Como te dije antes, en este programa no se trabaja en función de las profesiones, todos somos educadores, menos la coordinadora.

Yo encuentro que nuestra forma de trabajo es más humana, no necesitamos basarnos netamente en instrumentos como para dar seriedad a nuestra labor. Por ejemplo, yo te digo que no creo en el psicodiagnostico, no creo que sea útil a mi intervención.

13. Y en que te basas para desarrollar el diagnostico y el PII, éste programa cuenta con alguna herramienta o instrumento

Si, tenemos una pauta común para todos.

Luego, de tener toda la información de la pauta, se confecciona el PII, el cual se le presenta al niño de forma resumida y verbal.

14. De qué modo llevas a cabo la intervención individual, familiar y reticular comunitaria.

Con visitas domiciliarias, coordinaciones con la red…mmm…en este programa se trabaja harto con la familia y el niño, más que con el grupo de pares, acá, por ejemplo, no realizamos talleres.

Nuestra labor se centra en respeto y en la unificación de determinados lenguajes. Dentro del equipo se legitiman las distintas miradas, y eso es una fortaleza.

Dado que entendemos la intervención de forma flexible, es decir nosotros nos tenemos que amoldar a las necesidades del niño y su familia, no ellos a nosotros. Es por esto que nuestra praxis esta en función de los casos…mmm… igual que esto no se entienda como que se trasforme en terapias de contrabando, así que se haga lo que sea por…sino que se genere un contexto… que al igual que en otros programas acá una primera instancia que es el diagnostico, donde uno se vincula, donde conoces a la familia y se va creando un contexto en conjunto con la familia para poder trabajar ciertos aspectos con ellos mismo, y a veces como son casos derivados con violencia intrafamiliar, bueno se toma como foco, pero también en este diagnostico en esta etapa se intenta generar un contexto para podre trabajar.

15. Cómo tú analizas esta intervención, entendiendo que ustedes no desarrollan un trabajo bajo los esquemas de rotulación profesional.

Mira… en éste programa tenemos dos años como máximo para intervenir con la familia, en este tiempo, ehm… al tercer mes debemos tener desarrollado el Plan de intervención, pero nos encontramos con la dificultad que muchas veces nos demoramos más que eso en vincularnos…

Dado que nuestra labor dentro de este programa se acerca más con un acompañamiento y una labor psicoeducativa, por mi parte, puesto que somos… como ya te había mencionado antes… siete profesionales, tres psicólogos, un antropólogo, un psicopedagogo, un profesor y un asistente social… donde cada uno interviene desde su experticia.

Nosotros buscamos integrar estas distintas miradas en pro al beneficio de los niños y sus familias… así mi forma de llevar la intervención es a través de la psicoeducación, el acompañamiento, el entendimiento de sus problemáticas, el apoyo…

16. ¿Realizas procesos psicoterapéuticos?

Si…

17. ¿Cómo las llevan a cabo?

Visitas domiciliarias, entrevistas acá… en la oficina, en los box que tenemos, ehh… de repente… en ocasiones puede… tenemos que intervenir en el colegio y hacer vistas, está en contacto con la profesora jefe, en presencia del chico…

18. Y estas intervenciones las planteas como un proceso psicoterapéutico…

Claro…a mi entender es así.

Por que quien dice que lo psicoterapéutico debe estar cercado en un box??

19. Justamente eso es lo que estoy intentado dilucidar, cual es la percepción de los profesionales psicólogos respecto a su comprensión de lo psicoterapéutico…

Demás, porque hay varios autores que definen psicoterapia y hay otros que le sacan el psico por una cuestión de que es muy reduccionista y dicen que es mejor terapia…por que es mas amplio…

20. Claro…, por eso le pido que me expliquen, desde la labor que se desempeña en este programa… ustedes realizan procesos psicoterapéuticos, o realizan terapias con enfoque psicoterapéuticos, o tal vez llevan a cabo acompañamiento terapéutico…

Ok… pero quien dice que yo no puedo realizar una terapia o una psicoterapia en la casa o en el comedor de una persona??

Si yo veo que la madre tiene 10 hijos pequeños, por lo que ella no puede venir al programa por que no tiene con quien dejar a sus hijos, entonces yo tengo que generar un espacio dentro de estas condiciones adversas y complejas para poder llevar a cabo un proceso terapéutico o psicoterapéutico…

Es complejo lo que tú planteas, por que como que no es… así como rígido, por lo menos para mí.

Para mí lo psicoterapéutico esta en todo contacto que un tenga con el individuo, las repercusiones que esto tenga dependerá de la intencionalidad que uno le dé, por ejemplo, caminando, uno va ver al niño al colegio y en eso te devuelves con el caminando, conversando… pero quien te dice que en esa caminata no surgen elementos importantes para realizar un trabajo… eso es a mi entender…puede que mi otros colegas tengan otra visión de lo psicoterapéutico.

En otras palabras para mí el setting y el encuadre no es lo único psicoterapéutico, por eso dependerá del estilo de cada uno, y eso no quiere decir que no se haga la pega de psicólogo teniendo distintas miradas o estilos o formas de intervenir.

Mira… de partida tú te vas encontrar con autores que definen la psicoterapia como una solicitud donde la persona problematiza y hay una solicitud de ayuda explicita, entonces acá no existe psicoterapia, porque aquí lo que hay es que un tribunal te dice que este chico hay que atenderlo y la familia no quiere venir… entonces psicoterapia habría que ver el autor habría que definir… aun que yo mantengo que desde el momento que uno realiza la visita o estás en el proceso de diagnostico, vinculando al niño, para mí eso ya es terapéutico.

Para mi terapia o psicoterapia es lo mismo…

21. ¿Culés son tus referentes teóricos?

Mis referentes tengo a Milton Erickson, que tiene que ver terapia estratégicas, terapias breves… La mayoría de mis referentes son sistémicos.

22. Cuál es la percepción que tienes de las intervenciones desarrolladas en los programas PIE, comprendiendo que este programa tiene otra metodología de trabajo.

Mi colega José tiene una palabra que la otra vez uso y a mí me hace mucho sentido, es que el profesional del PIE esta siempre en constante jaqué…ah… en la medida que uno va avanzando, cierto, y vas teniendo tus propios objetivos y vas haciendo tus propias apuestas en el proceso te encuentras con situaciones que no te esperabas, totalmente inesperadas… las que te sacan totalmente de tu camino, de lo que tu estabas trabajando con las personas… entonces quedas como en un cierto jaqué… entonces te preguntas que hago, me detengo, sigo con lo mismo, me pongo una venda…ehh… y como te decía son palabras que le robo a José… el profesional del PIE está en constante jaqué, y eso me da mucho sentido, porque constaste te están desafiando, tienes que ser constantemente creativo, tienes que constantemente tienes que buscar las llaves para abrir nuevos caminos.

En relación a los programas, es como similar mi sensación, dado que nos encontramos como con varias piedritas que entorpecen nuestra labor con los usuarios… ehh… así como con la red, la visualización del programa…mmm

Como iniciativa, yo igual encuentro que es bueno que exciten estos programas y profesionales que puedan trabajar con estas familias que están vulnerables o que cumplan con ciertos grados de complejidad.

Sin duda que sería mucho mejor si hubieran más recursos, y tu pega fuera mucho mejor, en vez de tener 20 o 10 casos pudieses tener 5, pero por estar más presente, tendrías un trabajo mucho mas sistemáticos con ellos.

Bueno eso sería, muchas gracias por tu tiempo.

Programa II: PIE Joven en Red; Maipú.

Entrevista Estandarizada 4:

Psicóloga Patricia Caselli.

Preguntas para Psicólogos PIE.

1. **Nombre de la Institución y/o Programa PIE:** Programa de Intervención Especializada, "Joven en red" Maipú.
2. **Nombre del Director y/o coordinador:**

   Director: José Luis Alfaro.

   Coordinador Técnico: Alfonso Valdebenito.
3. **Nombre del profesional Psicólogo/a:** Patricia Angélica Caselli de la Carrera.
4. **Edad:** 30 años
5. **Antigüedad laboral en el programa:** Cinco meses
6. **Número de casos que están a su cargo:** 19.
7. **Describa el Cargo del Psicólogo:**

El psicólogo debe poseer competencias técnicas con un enfoque Clínico – Comunitario, Proponer dispositivos de intervención a nivel individual, familiar e institucional, ser garante de derecho de los N.N.J desde lo discursivo y lo

actitudinal además de competencias interpersonales como pro actividad, alto grado de compromiso, respetuoso de las historias de vida y de las individualidades de cada N.N.J y de sus familias, con capacidad empática.

8. Describa la Función/Rol Del psicólogo:

- Proponer dispositivos psicológicos de intervención individual, familiar, institucional y grupal.
- Planificar generar y concretar estrategias psico – socioeducativas a través de un enfoque trasnsdisciplinario.
- Articulación de redes atingentes a los N.N.J y al trabajo intersectorial.
- Planificación y ejecución de dispositivo de autocuidado.
- integral Planificación e implementación de dispositivos de trabajo transdiciplinarios.

9. Explique en Breves palabras la forma en la que interviene el psicólogo a nivel:

Visualizando a los N.N.J desde un modelo o enfoque ecosistémico donde lo micro como la familia, escuela y grupo amical juegan un rol crucial desde donde se potencia y facilita la visualización de sus necesidades sentidas orientándolas hacia la generación e intercambio con el entramado social a través un acercamiento con: la familia extensa, iglesia, trabajo, clubes deportivos, consultorio, cosam, municipalidad etc... Teniendo en consideración el sistema político, educativo, valórico, ideológico imperante que rige y muchas veces

determina transgeneracionalmente a estos jóvenes y a sus familias habitualmente vulneradas y excluidas.

10. Comente si el profesional psicólogo adscribe a alguna corriente psicológica para realizar las intervenciones:

Principalmente a la corriente sistémica entendiendo a la problemática que presenten los N.N.J como un síntoma que emerge de las interacciones del sujeto con su ambiente (familia y sociedad) y a la circularidad de conductas disfuncionales que se van reforzando y que en su intento de solucionarse se cronifican. Sin embargo tampoco excluyo herramientas de otras corrientes psicológicas como lo proyectivo del psicoanálisis para hacer un diagnóstico de rasgos más profundos o desde el cognitivismo donde lo cognitivo y afectivo se interrelacionan por ende un cambio sobre todo a estos niveles generaría un cambio conductual.

11. Comente si el proyecto contempla metodologías específicas de intervención psicológica en sujetos de atención de alta complejidad.

Contempla metodólogas de intervención se encuentran incluidas en el Marco lógico.

Ipap: Informe de apreciación psicológica preliminar: donde se entrega una mirada psicológica preliminar respecto del N.N.J en cuanto a los aspectos individuales, al funcionamiento familiar, a la situación de alta complejidad describiendo los factores de riesgo y protectores que se perciben en ese momento.

Urica: Test para evaluar en qué etapa motivacional se encuentra los y las N.N.J.

Heads: Instrumento para registrar los factores de riesgo y protectores, adaptado y modificado para el programa PIE Joven en Red, por Psicólogo Rafael Campos Puga.

EEGT: Escala de evaluación para la triada psico - socioeducativa.

12. Exponga de qué manera se realizan y/o se abordan los procesos reparatorios y de re significación enfocados a la restitución de derecho y a la disminución de las infracciones de ley y a la vulneración de derechos.

A través del empoderamiento de los N.N.J en donde a pesar de las múltiples problemáticas de las cuales han sido víctimas tanto vulnerados como infractores, ellos como protagonistas de su historia tienen la capacidad de hacerse cargo de sus vidas y sus procesos apuntando hacia la responsabilización, autonomía y percepción de autoeficacia y donde uno es un mero facilitador de ese proceso.

13. ¿Cómo se aborda desde la perspectiva psicológica los indicadores de alta complejidad:

A través del Enfoque motivacional (Prochaska y Diclemente) dentro de este enfoque la motivación para generar cambios se entiende como el estado presente o la etapa en la que se encuentre una persona, esto se evalúa en un principio en los N.N.J y el resultado nos dirá en que etapa se encuentra esta puede ser: Pre - Contemplativa, Contemplativo, en la etapa de la Determinación, Acción, Mantenimiento o Recaída, y según aquello se aplicara uno u otro dispositivo o estrategia para aumentar la motivación hacia la generación de cambios en las situaciones de alta complejidad.

14. ¿Cuál es la mayor dificultad con la que se han encontrado para llevar a cabo procesos psicoterapéuticos durante los procesos de intervención de los NNA y su familia:

El imaginario colectivo del "Psicólogo", la escasa capacidad de algunas familias para implicarse en el proceso de sus hijos, mi falta de experiencia en Programas que aborden estas problemáticas.

15. ¿Cuál es su opinión sobre los programas PIE:

No podría opinar con fundamento de otros programas PIE, pero sí creo que en este existe una gran intencionalidad, compromiso y responsabilidad por hacer lo que corresponde y hacerlo bien, además de sentir también que el fin primero y último son los N.N.J con quienes se trabaja desde el respeto, considero personalmente que el trabajo que se realiza en estos programas sin duda que es efectivo en mayor o menor medida sin embargo no es fácil sobre todo cuando se trabaja en ambientes sociales y políticos tan adversos, excluyentes y vulneradores.

Entrevista En Profundidad 4:
Psicóloga Patricia Caselli.

Entrevista PIE Joven en Red (Maipú).

Entrevistada Patricia Caselli, Psicóloga.

Se presenta el proyecto de Tesis, resaltando que lo que se busca en esta investigación es indagar sobre las metodologías presentes en las intervenciones del área psicológica.

1. Me podría explicar en qué consiste la labor del psicólogo en este programa PIE.

Mi nombre es Patricia Caselli, psicóloga, llevo 5 meses en este tipo de programa.

Aquí los chiquillos llegan por, definiendo el perfil del usuario, por el programa de seguridad 24 horas, son chiquillos que han pasado por alguna comisaria, ya sea por situación de infracción o vulneración, llegan en listados y ese es el modo de ingreso de los chiquillos.

2. Los chiquillos son derivados con diagnostico, o algún filtro que detecte que las situaciones de alta complejidad.

No, haber las edades son de 12 a 17 años, y no llegan con ningún diagnostico, solo nos llega el listado que identifica al niño como infractor o vulnerado.

3. Ustedes, los psicólogos realizan en el proceso de despeje o como se realiza este proceso.

No sé, si así nosotros, como psicólogo, pero a mí me interesa mucho en particular y sobre todo para genera el vinculo, acompañar al tutora a hacer el despeje, yo no decido si ir, es bien tutorial la cosa, yo no lo decido, el que corta el queque, quien tiene más inferencia de si él chiquillo ingresa es el tutor, yo igual infiero con mi opinión, así como si el chiquillo esta resistente en las primeras entrevistas yo les doy mi opinión al tutor, que no los ingresemos al programa porque si ya tiene resistencia al tutor imagínate con el psicólogo, con este imaginario del psicólogo, tengo inferencia en ese sentido.

4. ¿Cómo se desarrolla la intervención, dado que el encargado principal del caso es el tutor, cual es su rol como psicólogo en la intervención del caso?

Ehh, lo que pasa es que el tutor es el que decide si ingresa, si no ingresa, cuando se egresa, uno como psicólogo da las pautas, luces con lo que ha visto con el joven, con la familia; y bueno igual es un trabajo transdisiplinario, lo que pasa es que aquí es el tutor es el que decide, el que toma las decisiones como gruesas. Pero el trabajo transdisiplinario, es ahí donde uno aporta más desde lo técnico, y también de la generación del vinculo, se desarrollan las estrategias a seguir en la intervención.

5. ¿Cómo trabajas el vínculo con los NNA?

Con harta cercanía, con capacidades más o habilidades interpersonales digamos, ahí olvido… o trato de sacarme este rol de psicólogo, que ya los chiquillos tienen mucha resistencia. Trato, con harta escucha, ehh…ser bien respetuosa de sus historias, de sus vida, de su cultura, entendiendo a nivel bien macro ehh…la situación de los

chiquillos, ya que han sido sumamente vulnerados, ya sea infractores, ya que tiene una historia de múltiples vulneraciones atrás. Entonces yo creo que con mucha capacidad empática con ellos

6. ¿Cómo podrías definir el proceso de intervención, dado el proceso de vinculación mencionado anteriormente, a modo de trabajo con metodologías, instrumentos específicos?

A ver, después del despeje se da un tiempo de diagnostico, yo ahí con el chiquillo trato de vincularme lo más posible, incluso trato, así, como patudamente de quitarle un poquito el rol al tutor, no así como quitárselo, sino mas como complemento, de que chiquillo me vea igual a mí como la tutor.

7. ¿Cuál es la diferencia que visualizas entre la labor del tutor y el psicólogo en la intervención?

Mmm, de repente de la parte técnica. Ponte tú, desde un enfoque, si te estás parando desde el enfoque sistémico, desde donde puedes aportar tu. Yo ponte tu agarro diferentes herramientas, desde el psicoanálisis para hacer un diagnostico, prueba proyectivas, TAT, pruebas graficas como para saber un poquito más de rasgo de personalidad más profundos del chiquillos.

Y desde ahí tener más herramientas como para entregárselas al tutor, pero también me sirven a mí, para decir que este chiquillo se mueve así d esta manera, tiene una autoestima así o asa. Con la familia, con el test de la familia, el tiene una percepción de la familia distorsionada un poco violenta.

8. Se puede desprender, de lo antes mencionado, que en los programas PIE se realiza una mixtura entre lo clínico y lo comunitario. ¿Cómo entiende usted esta integración entre la psicología clínica y la psicología comunitaria?

Ehh…yo creo que es complementario y esencial, tener como un enfoque o lo que a mí me hace más sentido es tener un enfoque ecosistémico.

9. Podrías hondar un poco en qué consiste el enfoque ecosistémico; este enfoque forma parte de este programa en particular, o es solo del área psicológica o es transversal a toda la intervención a nivel transdisiplinario.

Yo me he dado cuenta, no está en un programa como establecido, pero si me he dado cuenta que aquí, ehh… se tiene un mirada más sistémica, se le da harta relevancia a la comunidad, a las políticas donde estamos insertos también, donde lo micro hasta lo macro se tiene que complementar al chiquillo. O sea como, sepáralo desde un enfoque muy clínico yo siento que no sirve, y a mí tampoco me hace como mucho sentido, por que el chiquillo está inserto en un familia, tiene un familia extensa, tiene intereses que lo vinculan con clubes deportivos y desde lo macro, por ejemplo los chiquillos están determinados por políticas sociales, en que han sido vulnerados, están en situación de extrema pobreza que los han ido determinado.

10. De qué manera puedes relacionar el enfoque ecosistémico con la intervención psicológica.

Es poder ver al sujeto de intervención como algo no solo individual, como que el chiquillo es parte de algo mucho más grande.

En la práctica, primero yo me focalizo harto como en el chiquillo paso estas pruebas medias proyectivas que se enfocan directamente como en lo clínico, pero también

esto atenta de su medio, a sus intereses, a sus inquietudes, que le gusta, cuáles son sus fortalezas, voy viendo a la mamá, al papá, como estas constelaciones familiares, tiene trabajo el papá, no tiene el trabajo, hace cuanto, porque lo perdió, así voy tirando luces; ha… de repente a esta caballero le haría muy bien…como a la familia, conseguir un trabajo…por ejemplo.

Y no voy a la OMIL, a la municipalidad, no llevo al caballero y lo siento ahí…plato la semillita, como soy un facilitador para que él vaya visualizando que esa necesidad si se cubre a nivel sistémico, a nivel de familia se podría mejorar muchas relaciones, se podría mejorar mucho la dinámica familiar.

11. En función del desarrollo de las problemáticas de alta complejidad presentes en los NNA, como se plantean los procesos de reparación y de resignificación de las experiencias de vulneración de los usuarios, en función de este modelo de intervención (metodologías) perteneciente a este programa.

A ver, en respecto a la reparación y resignificación en chiquillos vulnerados o infractores, hee…resulta complicado visualizar y llevar a la práctica esta concepción uno no lo lleva a cabo.

Lo que yo hago es un proceso de empoderamiento con los chiquillos, tratar de que ellos vean que pese a la situación adversa que hayan sido parte, ya sea como infractores o vulnerados; ellos tienen la capacidad, que pese a los choques y a todo lo malo que les haya pasado en la vida ellos tienen la capacidad de pararse de nuevo y dar frente a la vida.

12. Como explicarías (o entiendes) los procesos de reparación y de resignificación, dando como supuesto que son dos procesos distintos y tomando

en cuenta que en las bases técnicas de este tipo de proyectos se plantea realizar procesos terapéuticos reparativos y resignificativos con el fin de que los NNA no vuelvan a reincidir en unidades policiales.

Yo lo entiendo medio terapéutico, así como de… mas lo técnico, lo encuentro como llevar a cabo un proceso terapéutico con el chiquillo, pero a mí no me hace sentido eso.

Así como en lo personal no me hace mucho sentido, yo creo que va por un proceso terapéutico. Yo con la reparación y la resignificación…tiene que ver con lo terapéutico en el sentido de empoderarlo, que el chiquillo se haga cargo de su proceso, peses a todas las situaciones adversas que antes te mencione, como él se logara parar nuevamente.

13. Infiero que el concepto de reparación que tú trabajas es en función a la resignificación/problematización del NNA.

Si…si… que el chiquillo pueda insertar que por qué paso la situación en la que se vio involucrado… que pueda problematizar…problematizar.

También visualizarse en un proyecto de vida, que por el ejemplo el chiquillo no es solo la situación específica de su ingreso a la programa, visualizar cuáles son sus fortalezas, que percepción de auto eficacia tiene, y como aumentarla.

14. A modo de ejemplo: si ingresa un chiquillo con temáticas de vulneración extrema (violencia intrafamiliar, consumo de drogas, situaciones de extrema pobreza, infracción de ley tras generacional) a demás se asocia temáticas individuales de poca tolerancia a la frustración, bajo control de impulsos, ira explosiva, disruptivo, etc. Como te planteas realizar proceso de reparación

Así como con un proceso psicoterapéutico…

15. Sí… ¿ustedes realizan procesos psicoterapéuticos?

Yo me he dado cuenta que…si… que si se hace igual.

16. Bajo que corriente psicológica se realizan estos procesos.

Yo creo que la sistémica…no se Rafael **(otro psicólogo del programa)**…

17. Tú podrías decir que has iniciado algún proceso terapéutico en este programa.

Yo creo que estoy en eso. Estoy en eso, como te digo, por el tiempo, porque todavía no llevo un proceso con un chiquillo de 6 meses, todavía no se ha egresado a ninguno de los que estoy viendo.

18. ¿Cómo tú entiendes la psicoterapia?, y su aplicación con NNA de alta complejidad.

Es como un proceso que sirva para resignificar sus historias de vidas, de que resignifiqué, problematice, visualicé.

19. ¿Cómo lo haces en la práctica?

En la práctica, ponte tú, yo trabajo las historias de vida, he… ir sanado como las heridas que vayan tendiendo a nivel sistémico, de que si el chiquillo está ahí es porque esas han sido las posibilidades, de que de repente los padres también comenten errores, que empátice con las situaciones vividas por los padres.

20. En qué lugar físico se realizan las intervenciones.

A mi el box no me gusta para nada, esto lo encuentro tétrico para los chiquillos **(la oficina donde se realiza la entrevista)** ya decirle…sabes que están acá se quedan dormidos, comienzan a bostezar, lo que me está diciendo que el chiquillo no está

cómodo. He realizado las intervenciones en un café, en una plaza, en sus casas, cerca del consultorio, en un espacio que sea significativo para el chiquillo.

De cierta manera se está planteando que los procesos psicoterapéuticos pueden ser implementados fuera de un espacio estático cerrado, esto tendría mucho más sentido. Sé que esto con el enfoque clínico… no tiene mucho que ver…con el setting, con toda esa cosa, con los encuadres. Siento que no funciona, si yo no me vinculo con el chiquillo desde su ambiente, no le va ser significativo lo que yo le estoy diciendo, no lo va introyectar.

Yo tengo un enfoque comunitario, mi mención es comunitaria no es clínica, por eso me estoy adecuando a este enfoque clínico-comunitario.

21. ¿Cómo te sientes con este enfoque clínico-comunitario?

Me hace ruido, pero trato de no bajar lo comunitario. Me hace mucho ruido este rol ponte tú del psicólogo mas imponente, venga para acá, el setting; bueno con el encuadre de un principio yo creo que lo único que se hace es generar distancia y resistencia. No me gusta yo trato de imponer mí lado más comunitario.

22. Tú visualizas que este enfoque clínico-comunitario entrega mayores aportes a la intervención.

Yo creo que tiene que ser complementario igual, desde la intervención.

23. A nivel de la intervención transversal, de acuerdo a lo que se plantea en las bases de trabajo a nivel individual, familiar, reticular-comunitario, ¿cómo tú trabajas en esos tres niveles bajo las variables de alta complejidad?

Es que se complementa, así, es inevitables no dejarlas afuera, por que el chuequillo está consumiendo, ponte tú, ese un problema individual?,.. no po, es un problema

macro, social de políticas sociales, pasando como al nivel de lo micro: la familia, el próximo nivel esta su grupo de pares, está en el colegio. La droga es… si entra por una temática de consumo abarca todo los niveles.

Como por ejemplo para trabajar con el grupo de pares tengo que conocerlos, tengo que visualizar la interacción que tienen con cada uno de los miembros del grupo, cuales son las personas significativas dentro del grupo, porque son significativas…serán buenas o malas influencias…no le voy a decir al chiquillo estas es una malas influencia para ti, pero si hago que el chiquillo problematice…quienes tubo contigo en esa situación, quien te dio la mano en esa situación, si el, ponte tú visualiza como factores de riesgo el consumo le pregunto: con quien consume, quien te ha dicho que no…que no lo hagas…. Y allí voy que el chiquillo mismo se vaya dando cuenta de que este es mi amigo y este no es mi amigo.

24. En torno a la indagación de metodologías especificas de intervenciones en el área psicológica de los programas PIE, ¿este programa cuenta con alguna?

Sí, este programa desarrollo un modelo específico de intervención y diagnostico a nivel psicológico

25. Me podrías explicar en qué consiste este modelo, cuáles son sus instrumentos, y si pudieras hacer una evaluación de éste modelo.

Si mira, hay ciertos instrumentos que son el HEAD, son unos instrumentos que ya estaban anterior mente, yo los encuentro un poquito extensos, no productivos y cuando llego Rafael le hiso algunas adaptaciones…porque eran no se cien preguntas

para ver los factores de riesgo y protectores, y eso tu lo puedes hacer con una simple entrevista…se daba un proceso muy tedioso.

El HEAD es para ver los elementos protectores, de riesgo, para hacer una mirada más amplia de la familia. Son instrumentos bien…es como un registro solamente.

26. De que les sirven estos instrumentos para la intervención propiamente tal.

Es… yo creo que es un bajada de información no mas… es solo un registro, que es una entrevista que tu puedes poner lo mismo.

La aplicación de estos instrumentos es un material administrativo, lo realiza el psicólogo solo, sin la presencia física del usuario o su familia. Igual son instrumentos tediosos, a pesar de la adaptación son súper lagos, a mi no me gustan mucho.

27. A que te refieres que estos instrumentos son como una bajada de información, quien hace uso de esta información depositada en estos instrumentos.

Una bajada de información para los tutores, para el director, para que sepan lo que se está haciendo con el caso.

Y bueno a uno también le sirve…eh como para tirar todo al papel decir bueno chiquillos que sugerencias de intervención puedo hacer.

28. Infiero de lo que tú me dices, que esa información que ustedes la traspasas al resto del equipo, pero ¿a dónde se direcciona?

Esa información se direcciona a acciones concretas como el Diagnostico y el Plan de Intervención Individual. Y de ahí nos agarramos, digamos como para saber que ponemos en la información a recopilar y que ponemos en el diagnostico. Nos da una mirada integral del chiquillo.

29. ¿Quien realiza el Plan de Intervención Individual y el Diagnostico?

Eh… lo hacemos bien complementario, no es que el tutor se lleve toda la pega o que el psicólogo lo haga solo. Es conversado cada uno pone su parte, eh…cada uno impone su punto de vista y se conversa, se masca un poquito y se tira ahí en el diagnostico.

30. ¿Cuál es la interpretación que tu puedes hacer de tu participación en la construcción del diagnostico?

Hasta el momento los diagnósticos que hemos con mi compañera, Macarena (TUTORA), yo creo que si han salido bien… que reflejan la realidad más o menos de los chiquillos.

31. ¿Y los Plan de Intervención Individual?

También, yo creo que…si ha sido una experiencia nueva…que no lo había hecho nunca en otro lado. Pero si tengo como buena experiencia, siento que se refleja también lo del chiquillo que es una guía, para las intervenciones que tenemos que llevar a cabo.

32. Como se realiza el trabajo multidisciplinario o interdisciplinario en este proyecto.

Eh… sabes que ahí yo estoy toda vía… porque yo estaba haciendo como tutologa (risas)…como mucho…porque yo le doy mucha significación, relevancia al vínculo, entonces me gusta mucho el terreno, ir a ver a los chiquillos, hacer gestiones con ellos, ir al colegio… entonces ahora me estoy encuadrando un poco más, no sé si va ser una deformación o no de que lo mío es mas el ámbito psicológico.

33. ¿Cómo es eso?

Como que la función que estaba tomado era más tutorial, desde el acompañamiento, desde la vinculación con la red, desde la gestión macro… y ahora me estoy centrando más en las labores psicológicas.

Pero no me estoy desmarcando completamente.

34. En relación a lo que me mencionas, como puedes explicar el rol y función de cada uno de los miembros de este equipo, a modo de poder visualizar la labor del psicólogo dentro de este proyecto.

Sabes que yo creo que no es jerárquico, es transversal…yo creo q es así…o quiero creer que es así.

35. ¿Y cómo podrías graficar el rol y la función de cada uno de los miembros de este equipo?

Mira como piramidal, bueno José Luis, como director a la cabeza; en una base más abajo: TUTOR, PSICOLOGO y ASISTENTE SOACIAL. Aunque el asistente social porque tiene que cubrir con los 50 casos tiene una menor inferencia.

Lo que de cierta manera se puede entender que el trabajo al interior de este PIE no se estratifique por profesión, sino más bien éste sea integral en función al sujeto de atención.

Yo creo que en mi accionar dentro de este programa yo lo planteo diariamente así.

36. De qué modo tú visualizas la diferenciación de profesionales en torno a un trabajo transversal multidisciplinario.

Desde una mira más técnica. Atreves de reuniones, porque lo más fácil es que cada uno segregarse, cada uno con su parte; pero tratamos que se de ese trabajo como transdisiplinario.

37. ¿Cómo es ese trabajo transdisiplinario dentro de un mismo marco de intervención dirigido a un sujeto único a intervenir?

Hay instancias que se dan para ello, ponte tú, reuniones técnicas, reuniones de triada, reuniones de dupla. Eh… se dan las instancias acá o uno también las busca, y ahí es como una conversación, en una revisión de caso, por ejemplo se plantea eh…cuál es tu opinión sobre el caso desde tu bases técnica, desde donde tú te paras decir lo que dices; como patricia, psicóloga, porque tú piensas… yo tengo una opinión sobre caso y porque tú piensas…que bases tienes para fundamentar tu opinión. Acá seda mucho, pero de donde tú lo está diciendo, no es decirlo por decirlo, hay algún instrumentos que valide lo que tú estás diciendo, hiciste alguna entrevista en profundidad que te diera luces de la problemática que está exponiendo.

Porque claro, yo me agarro mucho para el vinculo de lo que hacen los tutores, de ahí, del terreno, de la gestión, del acompañamiento, porque yo como psicóloga para llegar a que el chiquillo le haga sentido lo que le estoy diciendo tengo que ser, no su amigo, pero si una persona significativa.

38. Respecto a los procesos de vinculación de los NNA al programa, tengo entendido que ustedes trabajan bajo el concepto de voluntariedad, me podrías explicar cómo se aplica este concepto en la intervención (repercute).

Ahí lo relevantes es el Vínculo. Si, ya el proceso es voluntario, que lo chiquillos ingresen acá, es desde su voluntariedad, lo más importante es el vínculo.

39. Y este proceso vincular es con algún profesional en particular o es con el programa.

Debiera vincularse a nivel multidisciplinario, para que visualice también que hay un programa que lo está acogiendo, que lo está recibiendo que lo respeta en sus distintas problemáticas he individualidades.

40. Tu confirmar que lo que estas planteando sucede en este programa.

Yo creo que sería lo ideal, pero siempre hay chiquillos que se vinculan más con el tutor, o con el psicólogo, que tiene más afinidad con una u otra persona.

Pero en ese sentido, ponte tú, yo no he visto que aquí que haya egoísmo, decir No…todos comparte esa visión, es lo que yo veo.

41. Cuál es la evaluación de tu labor al interior de este programa.

Una evaluación de mi trabajo?... haber yo creo que mi trabajo ha sido una mirada distinta, de repente para este PIE, que los psicólogos anteriores, y mi compañero también, con el respeto que se merecen por su disciplina y todo… tiene un enfoque mucho mas clínico, cuesta bajarse un poquito o entender que lo chiquillos van a tener mayores resistencia si uno los mete en una sala o con un setting, todo súper estructurado. Entonces yo creo que este ha sido mi aporte en este proyecto, y también trabajar desde el vínculo…desde el vínculo para que lo psicológico tenga una repercusión.

Por otro lado, los contras son mi falta de experiencia como con la parte más clínico, porque no es un enfoque…que yo haya…no es mi mención, por ejemplo, mi mención es comunitaria.

42. De que manera tú has sobrellevado estas falencias.

Me ha constado, no sé, ponte tú… noches, tardes enteras como leyendo, como instruyéndome mucho mas, aprendiendo de los chiquillos también.

Pero no es algo que me impida o me imposibilite llevar a cabo mi labor, de hecho es todo lo contrario, genera más fortaleza, que inspira una mayor relación con los chiquillos.

El enfoque clínico-comunitario tiene mucha más llegada, si me tiro lo comunitario solamente no voy a tomar al chulillo por su individualidad.

43. ¿Qué es para ti ser una psicóloga con enfoque comunitario?

No ver al chiquillo como una sola persona, no verlos solo a él.

44. Y ¿en la práctica?

Ligándolo con los distintos ámbitos, a nivel, no sé, más extenso, como que el chiquillo es parte del un colegio, cuales son las relaciones que tiene en el colegio, como podemos facilitar para que sean mejor, el chiquillo tiene ciertos intereses… ya desde lo clínico, yo veo que tiene ciertas fortalezas, como eh…con un ambiente social más protegido o como puedo hacer que el chiquillo visualice que si por ejemplo tiene habilidades para el deporte pueda practicarlo en alguna sede social, en algún club deportivo.

45. ¿Cómo contrapones el enfoque comunitario con un enfoque más clínico?

Que es mucho más terapéutico, mucho más cerrado, que no se incluyen esto más macro…

46. Entendiendo que lo que me expones refiere a que se visualiza a nivel de intervención comunitaria al NNA inmerso en un sistema, que ese sistema influye directa o indirectamente en él, donde se logra direccionar las problemáticas presentes hacia podre ampliar su red de recursos protectores, ¿este proceso no lo visualizas como terapéutico?.

Si…si…si…, dado que la intervención clínica es más limitada.

47. Podrías profundizar un poco más en el tema.

A ver…yo creo que teniendo esta visión… mucho más macro. Entendiendo, ponte tú, desde las cosas políticas, en que los niveles de pobreza, la vulneración y la exclusión han hecho que el chiquillo llegue a acá. Con una mirada no tan cerrada. Desde lo político a...no se… su medio ambiente en general…por eso el chiquillo ha hecho síntoma… de repente, es como… se dice que no es el chiquillo enfermo es la familia, yo digo que no es la familia sino el sistema, entendiendo algo mucho más global, no tan biomédico.

De acuerdo con mi experiencia, lo clínico se enfoca al chiquillo, su familia y a lo más al colegio.

48. (Agregar a pregunta de alta complejidad) como ustedes como psicólogos visualizan las problemáticas de alta complejidad y como desde una teoría psicológica se intervienen estas problemáticas.

A través del enfoque motivacional, acá hay un instrumento que es el URIKA, que es para ver en qué etapa motivacional se encuentra el chiquillo, es similar a la ruedita motivacional de Prochaska y Diclemente. Tu, al principio, al chiquillo tu le pasa este instrumento, que es responder si o no, es súper fácil… ahí te da el resultado como en qué etapa se encuentra el chiquillo para realizar cambios, esta pre-contemplativo, contemplativo, se encuentra en la etapa de acción, de determinación o está en un recaída. Y depende de la distinta etapa en la que el chiquillo se encuentre hay estrategias para aumentar la motivación hacia la generación de cambio. Por ejemplo si el chiquillo se encuentra pre-contemplativo que tiene s que hacer como estrategias

aumentar la percepción de los riesgos; si el chiquillo se encuentra en la etapa de acción significa que el chiquillo quiere hacer cambios pero no ha visto todavía la posibilidades concretas de cómo hacerlo, no sabe cómo hacerlas, entonces ahí, uno como psicólogo, tu le dices tú quieres hacer cambios en este sentido tenemos estas opciones, cuál te parece, acciones que sean atingente al chiquillos, no le voy a plantear tú puedes ir a la universidad, tiene que ser cosas bien aterrizadas, concretas y acorto plazo, tiene que ser en el momento, con los seis meses que tenemos para intervenir, no nos podemos plantear algo tan extremo.

49. ¿Cómo se logra llevar a cabo el enfoque motivacional en NNA que presentan variables de alta complejidad?, por ejemplo NNA con consumo, desescolarizado, infracción y con Violencia Intra

Familiar en la familia y los distintos ejes de intervención.

A ver lo primero es que el chiquillo vaya problematizando y él me vaya señalando sus temáticas de bases.

50. ¿Variable por variable?

Primero a la necesidad del chiquillo, y luego voy entrecruzando las variables. Sabes por qué…porque hay chiquillos, por ejemplo que yo considero, que el equipo considera que su mayor problemática, eh…puede tener violencia intrafamiliar,

múltiples situaciones de infracción y todo, pero vemos que la mayor problemática es el consumo de drogas excesivo, que estamos trabajando con un chiquillo así, y el chiquillo no está dispuesto a trabajarlo, no está abierto a trabajarlo, quizás aun no es su momento, en cambio que quiere trabajar el joven son sus conductas impulsivas,

por ejemplo, y yo desde lo que quiere trabajar el chiquillo, desde sus conductas impulsivas aplico este test motivacional. Y desde ahí yo voy abriendo, este chiquillo se encuentra muy pre-contemplativo, ya… me empiezo agarrar de la conducta impulsiva, y ahí ponte tú, le pregunto: ¿Tú actúas impulsivamente, en que situaciones?, claro, general son así…cuando ha consumiendo, y de ahí me voy agarrando…ahí trabajo las estrategias motivacionales, para aumentar la percepción de riego.

51. Y esta es una práctica de todos los profesionales psicólogos pertenecientes a este programa, o es una iniciativa tuya.

Yo creo que sí, si lo hace, y de hecho él me facilito el instrumento (que es uno de los instrumentos que se utilizan en este programa). Yo no sé a qué nivel, para mi es súper fundamental lo motivacional. Por eso evaluarlo, saber en qué etapa esta, que está dispuesto a trabajar y como lo abordamos desde la motivación, para tomar las otras distintas variables.

52. Dentro del programa se realizan procesos de psicodiagnostico.

Yo no sé si Rafael **(él otro psicólogo del PIE)** lo hará, yo lo hago desde un principio, pero no en la mayoría de los casos. Cuando siento que son chiquillos que tienen resistencias, que me cuesta realizar las entrevistas o cuando yo creo que hay problemáticas mucho más profundas, yo aplico estos instrumentos, que son: TAT (test de apercepción temática) que va viendo lo relacional; y muchas pruebas graficas, el test de la familia, HTP, el de la casa, árbol persona.

53. Infiero de lo que tú me dices que trabajas mas con test proyectivos, si es así, como incluyen en este proceso los test psicométricos.

Sí, porque el psicométrico, si yo necesito saber cómo es el chiquillo…mira ahí se me mete lo clínico… como es el chiquillo, que rasgos tiene, así como mas acentuado, cual es la percepción que tiene de su familia, eh… ahí me sale lo clínica y aplico esos test.

Yo hice un pos título el año pasado de psicodiagnostico infantojuvenil.

54. A modo de cierre, como tú evaluarías la labor del psicólogo en este tipo de programas, entendiendo que los lineamientos técnicos entregados a través de las bases técnicas de SENAME plantean procesos psicoterapéuticos y en la praxis el trabajo con este tipo de jóvenes es mucho más comunitario.

Eh…si bien lo que tú dices es cierto, son estas mismas bases técnicas las que dejan abierta la posibilidad de amoldar y flexibilizar las formas de intervenir y llevar a cabo estos procesos. De esta misma forma cada programa decide que variables de alta complejidad forma parte de su acción diaria con cada uno de sus profesionales.

En relación al rol del psicólogo, a lo mejor la flexibilidad se encuentra en cómo se visualiza la forma de intervenir desde lo clínico y/o lo comunitario. Si es un enfoque psicoterapéutico y como se defina lo psicoterapéutico al interior de cada programa, por ejemplo en este programa existe un modelo de intervención que incluye instrumentos que son propios de lo psicológico.

Una de las dificultades que yo he observado es la clarificación de roles, en torno a cómo se llevan a cabo procesos de resignificación y reparativos, cosa de no sobre intervenir a los chiquillos y sus familias.

De esta forma yo trabajo desde un enfoque motivacional, problematizando, que el chiquillo vaya visualizando cuáles son sus necesidades, por donde puede abordar sus

distintas problemáticas, pero si profundizo un poco más me doy cuenta que esa misma labor la realiza el tutor, a lo mejor no de la misma forma, ni con los mismo instrumentos, ni con los mismos resultados…pero en el fondo es casi muy similar la acción a intervenir.

55. Entonces como se coordinan entre distintos profesionales para no sobre intervenir un caso.

Para eso tiene que haber coordinación entre el equipo, pero eso está sujeto a percepciones que no hondan en lo profesional sino en lo personal.

Desde esta perspectiva, siento que si bien uno hace lo mejor que puede en relación al trabajo con los chiquillos, falta varias distinciones que aclara, por ejemplo los roles, desde "tutologo"…, cuales, como psicólogo, cuales son mis funciones, que va mas allá del descriptor del cargo, sino mas bien en la práctica.

En torno a las falencias encuentro que falta más capacitación, a demás de que los procesos de selección de personal tienen muchas falencias desde lo técnico…yo encuentro que si hay falencias técnicas…a nivel general…transversal a todo los profesionales, mejor dicho …las falencias técnicas las visualizo a nivel transversal del programa, no son todos…ni tampoco es uno solo… no es en todo los casos…pero si denota muchas veces que no manejamos al cien% aspectos técnicos para llevar a cabo nuestra labor.

Las cosas positivas que destaco de estos programas es la motivación, que hay un compromiso personal y profesional con el programa, que existe un interés por apoyar y proporcional una alternativa a los distinta para que, tanto los chiquillos como sus familias puedan visualizar un entorno más protector, ya si mismo logren interrumpir

o disminuir aquellos factores de riesgo. Eh… aun que sigo manteniendo que para poder hacer esta pega más expedita debieran haber más espacios de capacitación y perfeccionamiento.

Muchas gracias…

Entrevista Estandarizada 5:

Psicólogo Rafael Campos.

Preguntas para Psicólogos PIE.

1. **Nombre de la Institución y/o Programa PIE:** Joven en red Maipú
2. **Nombre del Director y/o coordinador:**

   Director: José Luis Alfaro

   Coordinador técnico: Alfonso Valdebenito
3. **Nombre del profesional Psicólogo/a:** Rafael Campos Puga
4. **Edad:** 34 años
5. **Antigüedad laboral en el programa:** 7 Meses
6. **Número de casos que a su cargo:** Actualmente 23.
7. **Describa el Cargo del Psicólogo:**

El psicólogo debe poseer competencias técnicas con un enfoque Clínico – Comunitario, Proponer dispositivos de intervención a nivel individual, familiar e institucional, ser garante de derecho de los N.N.J desde lo discursivo y lo actitudinal además de competencias interpersonales como proactividad, alto grado de compromiso, respetuoso de las historias de vida y de las individualidades de cada N.N.J y de sus familias, con capacidad empática.

8. **Describa la Función/Rol Del psicólogo:**

Proponer dispositivos psicológicos de intervención individual, familiar, institucional y grupal.

Planificar generar y concretar estrategias psico – socioeducativas a través de un enfoque trasnsdisciplinario. (por ejemplo talleres)

Articulación de redes atingentes a los N.N.J y al trabajo intersectorial.

Planificación y ejecución de dispositivo de autocuidado.

Integral Planificación e implementación de dispositivos de trabajo transdiciplinarios.

9. **Explique en Breves palabras la forma en la que interviene el psicólogo a nivel integral:**

Esto se genera del primer momento, cuando llegan los listados de la DIPROFAM, se realiza las visitas domiciliarias con tut@r, y se hace la invitación en participar en el programa, posteriormente se realizan la entrevista individual y famliar, en todo ese proceso se va conversando con tut@r y equipo (reunión de triada, reuniones técnicas), las impresiones del caso y los hitos a intervenir, que se concreta en el diagnóstico para la creación del PII.

Además poseemos una matriz lógica que nos da ciertos referentes (instrumentos, que más adelante se detallaran) en la intervención.

10. **Comente si el profesional psicólogo adscribe a alguna corriente psicológica para realizar las intervenciones:**

Psicoterapia sistémica estratégica breve, que tiene como supuesto epistemológico fundamental, que la realidad que percibimos, es fruto de la interacción entre el punto de observación asumido y la construcción de esta a través del lenguaje que usamos para comprender, de este punto no existe un sola verdad o realidad, de esta manera nos vamos permitiendo conocer al individuo y su realidad. La

intervención se va realizando según las necesidades del usuario y de qué manera se realiza una co-construcción desde la utilización de nuevos elementos, o re-significación a experiencias nuevas pero desde otro prisma, favoreciendo el desarrollo de cada individuo.

11. **Comente si el proyecto contempla metodologías específicas de intervención psicológica en sujetos de atención de alta complejidad:**

Existe una batería de instrumentos que están estructurados dentro de un marco lógico, no obstante existe una flexibilidad en la utilización de estos instrumentos, dado que cada proceso es individual, lo importante es poder generar estos insumos con el NNJ, para potenciar la intervención. Está compuesto por los siguientes instrumentos

a) **IPAP:** Instrumento preliminar de apreciación psicológica, este instrumento intenta describir una mirada a rasgos o características de personalidad, contextualizar la situación del NNJ, factores de alta complejidad, Factores de Riesgo y Factores Protectores, como también describir si mantiene un tipo de consumo, evaluación al funcionamiento familiar y por último una sugerencia de intervención.

b) **DAC:** Diagnóstico de Alta complejidad, se va detallando información, sobre vulneración de derecho, infracción de ley, escolarización, consumo problemático de OH y drogas, socialización callejera/situación de calle, peores formas de trabajo.

c) **HEADS**: Aplicación cualitativa que logra mapear aspectos estructurales, relacional, con un énfasis en lo interaccional dentro del contexto del NNJ. (se va a facilitar este instrumento para tu investigación)

d) **TEST URICA**: Es un test que se le hicieron algunas modificaciones para la utilización en nuestro programa, este test describe en que etapa motivacional se encuentra el NNJ, etapa motivacional descrita por la investigación de Prochaska y DiClemente (*Changing for good, 1994*).

Se realizaron modificación en los instrumentos psicológicos (2010) que utilizamos en la intervención, como forma de potenciar una mirada sistémica (por ejemplo H.E.A.D.S.), enfocado en los factores de riesgo pero con una acentuación en los factores protectores. Además se agrego un instrumento motivacional que nos permite reconocer la etapa motivacional, la cual nos da luces en la intervención específica dada las características de los NNJ.

12. **Exponga de qué manera se realizan y/o se abordan los procesos reparatorios y de resignificación enfocados a la restitución de derecho y a la disminución de las infracciones de ley y a la vulneración de derechos:**

Toda intervención que se realiza con los NNJ, se estructura en base a cada sujet@, esto quiere decir que no se puede hacer una generalización en la intervención en los procesos reparatorios y de resignificación en la restitución de derecho (sea vulneración y/o infracción), teniendo en cuenta esto, nos centrarnos en los factores de riesgo y que estrategias se pueden implementar para disminuir las conductas y por otro lado se empieza a catalizar los factores protectores, todo esto se toma de manera integral y/o sistémico, es decir aspectos individuales,

familiares y comunitarios. Hay que señalar que el trabajo se estructura desde una triada, y se va potenciando la intervención según las necesidades del NNJ y de la especialización de la intervención (reuniones técnicas y de triada). Otro factor importante es poder reconocer el estado motivacional en el cual se encuentra el NNJ, ya que esto nos permite reconocer el tipo de intervención según etapa motivacional descrita por Prochaska y DiClemente.

Además es importante señalar que se trabaja con un vínculo que se va co-construyendo en la triada, y que este es un elemento central, dado que el programa tiene un carácter voluntario, no es punitivo, sino que desde la motivación del NNJ se van realizando los cambios, los cuales son más duraderos, a diferencia de un sistema de control o punitivo, dado que no se implica un proceso de resignificación como en los programas de intervención especializados. Se podría hacer una analogía con los procesos de aprendizajes, por ejemplo la memorización de un contenido es de corta duración, a diferencia si se plantea un proceso de aprendizaje significativo (David Ausubel).

13. Como **se aborda desde la perspectiva psicológica los indicadores de alta complejidad:**

Según los que establece el programa,

a) Socialización delictual
b) Socialización callejera
c) Consumo de Oh y drogas (diferenciar grado de consumo)
d) Desescolarización
e) Peores formas de trabajo

f) Vulneración

g) Disfunción familiar

La idea es poder chequear el *locus de control* que posee el NNJ, y desde ahí ir potenciando el control interno versus el externo, y de qué manera integrar personas significativas que actúan de manera de patrocinador o referente significativo (familia, amig@s y/o institución o red). Otro factor que consideramos es la motivación que presenta el NNJ.

La intervención como es planteada en la pregunta 12. Se va co-construyendo con el sujet@ y a partir de su realidad, y desde ahí se va edificando la intervención, es decir no podemos generalizar la intervención, sino al contrario potenciamos la diferencia, ya que esta nos proporciona una mirada para buscar estrategias y soluciones en los indicadores de alta complejidad que presenta el NNJ.

Esta intervención se va desarrollando según la construcción de diagnóstico y PII, con la triada, y los insumos de nuestros registros.

14. Cuál es la mayor dificultad con la que se han encontrado para llevar a cabo procesos psicoterapéuticos durante los procesos de intervención de los NNA y su familia:

Uno de los factores importantes es la dinámica familiar existente, donde aparecen pautas relacionales que entorpecen el proceso, por ejemplo, una familia genera un *Script* en un sujet@ y desde ahí crea un discurso, cerrando toda posibilidad de cambio en él, a la vez el sujet@ hace válido ese *Script*, y como dice Maturana "El lenguaje crea realidades".

Otro factor importante es el estado motivacional en el cual se encuentra el sujet@, ya que es muy distinto trabajar con alguien precontemplativo, a diferencia que se encuentre en acción. (Prochaska y DiClemente.1994)

Otro factor es la red comunal, dado que la red no contempla un trabajo interrelacionado que favorezca la derivación rápida, por ejemplo en Maipú, tenemos el contacto con 3 consultorios (existiendo más 6) y la dificultad cuando se quiere insertar en el proceso de acercamiento como una variable de factor protector, aparecen mecanismos burocráticos del sistema de salud, que demoran que el NNJ pueda insertarse en el servicio, esto también aparece en Educación, donde el perfil de nuestros usuarios no se encuentran considerados.

15. Cuál es su opinión sobre los programas PIE.

Son programas integrales que en rigor la duración de intervención podría extenderse a 10 meses dado que los cambios que se van desarrollando requieren de un tiempo más extendido, para el fortalecimiento en las pautas relacionales, producto que requieren un mayor tiempo para la incorporación de nuevas pautas individuales, familiares y reticular y/o institucional.

Entrevista En Profundidad 5:
Psicólogo Rafael Campos.

Entrevista PIE Joven en Red (Maipú)

Entrevistado: Rafael Campos; Psicólogo

Se presenta el proyecto de Tesis, resaltando que lo que se busca en esta investigación es indagar sobre las metodologías presentes en las intervenciones del área psicológica.

1. ¿Cuál es el perfil de los sujetos de atención?

¿El perfil?

2. El perfil de los sujetos de atención desde la perspectiva psicológica.

Mira, más que desde la perspectiva psicológica, el programa trabaja en la integración y desde ahí hay un perfil que está dado por las altas complejidades.

3. ¿Me podrías explicar un poco qué es la alta complejidad?

La alta complejidad son cinco variables que tienen que ver, en primer lugar por ejemplo en desescolarización, en socialización callejera, en socialización delictual, en consumo problemático o abuso de alcohol o drogas y también se toman peores formas de trabajo y hay factores que van incidiendo desde esta cosa que te digo yo que es integrado que podría ofrecer que es a nivel familiar.

Tú al ir conociendo a estos chiquillos y chiquillas, te vas dando cuenta que hay pautas interaccionales a nivel de la dinámica familiar que van generando o potenciando ciertas variables. Por ejemplo, se pueden ver que no existen referentes parentales que

tengan a cargo económicamente, que estén a cargo emocionalmente o que estén a cargo de una manera de sus derechos por ejemplo, el estudio.

Entonces, vemos que en algunos casos ellos se tienen que salir a "mover", socialización delictual, para poder ellos suplementar lo que esta falta que está. Emmm, otra cosa que se puede apreciar también es que al haber estas pautas también hay una deprivación sociocultural ambiental que no genera mayor posibilidad o lineamientos de acción en el joven.

Entonces, la intervención tomada desde estas altas complejidades, nosotros que trabajamos desde una triada, comenzamos a ver cuáles son los factores que de riesgo en un primer momento de esta variable de alta complejidad y por otro lado empezamos a reconocer cuáles son los factores protectores que tiene…

4. ¿Cómo hacen eso ustedes?, ¿cómo identifican…

Entrevista en profundidad tanto con la madre con el chico y la chica, la familia y empezamos a ver también, a utilizar elementos externos, por ejemplo un ecomapa que tú vas desarrollando con el joven; te va dando cuáles son los referentes en los cuales tú puedes potenciar a este chico o a esta chica. Entonces, la intervención parte desde ahí.

Con la triada se ve cuáles son los factores de riesgo y cuáles son los factores protectores, pero también es muy importante y a diferencia de otros programas de intervención con jóvenes es que esto se trabaja desde la motivación. No es un sistema punitivo ni forzado como los programas de Opción que tienen que cumplir con cierta condena y tienen que desarrollar un trabajo sí o sí.

Nosotros trabajamos desde acá desde la motivación y esto el año pasado con la otra psicóloga que había comenzamos a trabajar e incidimos en la creación de ciertos instrumentos que nosotros estamos desarrollando y poniendo énfasis básicamente en poder chequear y reconocer cuál es el estado emocional del joven. Eso nos va a dar luces para poder de qué manera intervenir. Si nosotros notamos que alguien está muy precontemplativo, vamos a notar que dentro de un poco tiempo es probablemente que se caiga este caso, entonces esto nos va dando ciertas luces; lo socializamos tanto con el tutor o la tutora que estamos trabajando y con una asistente social de cuál manera nosotros tenemos que ir interviniendo… son como ciertas pulsaciones que te dan con la intervención para poder desarrollar.

Ése es un factor crucial en todos los procesos de intervención que tú realizas con el chico y con la familia, puedes reconocer la motivación con qué están.

5. ¿Me podrías explicar un poco cuál es este como concepto de trabajo en triada y cuál es el papel que tiene el psicólogo o el rol que tiene el psicólogo en esta triada?

Dentro de la triada llegan los listados de la Diprofam acá, el coordinador técnico va derivando ciertos casos a los tutores que son alrededor de trece por tutor. Un psicólogo trabaja con dos tutores, es decir, tienen a cargo 25 casos. Se van haciendo visitas a domicilio diarias y de ahí se parte todo lo que te comenté anteriormente: conocer cuáles son el diagnóstico que se hace en un primer momento, entonces en un primer momento de apresto uno va descartando, ve situación de la familia, ve la situación del chiquillo y desde ahí uno genera un diagnóstico.

El diagnóstico es particular y único, no es algo generalizable que uno diga "vamos a trabajar desde esta línea", sino que cada sujeto te va ir dando y guiando cuál es la intervención. Entonces no podemos hablar de una generalización.

6. ¿Quién realiza el Diagnostico?

La triada, la triada. Acá se… este es un trabajo horizontal, en triada, no es un trabajo parcelado, sino que se va desarrollando en conjunto, se va co-construyendo. La visión que tiene el tutor, la visión que tiene el psicólogo o la psicóloga, la visión que tiene el trabajador social, eso se complementan y se desarrolla recién en primera instancia hacia el diagnóstico, lo cual después de te lleva al programa de intervención.

Todo es integral. Entonces según cada arista, tú vas potenciando la intervención. Entonces ahí hay algo que me gustaría como subrayar, que según cada chico, tú vas a hacer la intervención, entonces no existe una intervención generalizada. Eso te da una mayor flexibilidad y también te apunta a la parte motivacional.

7. ¿Cómo se lleva a cabo esta perspectiva motivacional? y ¿De qué manera se implementa?

Sí mira, hay instrumentos que están trabajando de la línea de, de la terapia de… sistémica estratégica que tiene que ver básicamente con la intervención de trabajo de alianza terapéutica, la parte más terapéutica, Bodin que es un autor que trabaja mucho las alianzas y también desde ahí se han visto estudios y avances que han hecho Prochaska **y** DiClemente que tienen que ver con fases de la motivación.

Entonces desde aquí nosotros aplicamos y se adaptó un test para poder hacer, intervenir con el chico. Al principio lo dejamos desde cuando estamos con el vínculo, lo aplicamos y eso nos da luces para poder intervenir.

Entonces nuestra motivación, nuestro paradigma teórico sería Prochaska y DiClemente los que trabajan básicamente con la entrevista motivacional,… entonces esos son como la parte más teórica.

8. Y en la práctica, tomando ya en cuenta que se hicieron los procesos de vinculación en el proceso de apresto, se aplicaron estas pautas motivacionales…

Ojo, que eso, la aplicación de instrumentos no es como que es uno, después viene dos, sino que uno tiene que ir… a lo que voy es a lo que me refería anteriormente, cada sujeto es único y la intervención es en base a él. Nosotros nos vamos guiando, él nos va dando luces de cómo ir guiando la intervención ¿ya? Para que no se estructure tanto…

9. Pero para entender más o menos cómo es el proceso de intervención, más que entender en cada caso particular, en el cual te puedes ir demorando un poco más, un poco menos. Entendiendo esa flexibilidad, de acuerdo a este transcurso de sucesos que llevan a construir un diagnóstico y un Plan de Intervención Individual, ¿cuál es la función o la acción que tienen ustedes propiamente tal como psicólogos en este proceso?

Hay entrevistas individuales, hay entrevistas integradas con tutor o con el trabajador social, hay entrevistas familiares, hay una intervención también a nivel de talleres que estamos desarrollando y en el verano se desarrolla un taller de la industria, de cultura que todavía se está trabajando, taller de cultura que se sigue la intervención, es decir, se utilizan los distintos estamentos para poder hacer una intervención.

Cuando hablamos de una entrevista por ejemplo de una línea más Clínica, sino que se va adecuando según los espacios.

10. ¿Pero eso es a nivel de trabajo de equipo?

Sí, lo que te decía al principio.

11. ¿Pero a nivel propiamente psicológico?

Es que está en función de lo que se hizo en el diagnóstico y de lo que se derivó desde la triada.

12. ¿Y cómo ustedes se…?

Reuniones técnicas, reuniones clínicas, desde ahí se va estableciendo.

13. Eso me queda claro, que dese la triada se establece cuáles son como sus funciones, pero propiamente cual es la función de psicólogo, ¿cuál es tu instrumento de trabajo o tu técnica de trabajo? ¿Tienen como esa diferenciación?

No entiendo tu pregunta.

14. ¿Qué es lo que hace el psicólogo dentro del programa PIE?

Todo lo que te acabo de contar.

15. Sí, pero en función del trabajo en triada…

No sé si me expliqué. ¿Me expliqué o no me expliqué?

16. Lo que te entendí es que ustedes trabajan en función de la triada y que en función de la triada todos en conjunto hacen un plan de intervención, ¿verdad?

Sí

17. Mi pregunta va dirigida a cuál es la acción que tiene propiamente tal el psicólogo dentro de este contexto, con el fin de poder llevar a cabo una intervención psicológica.

Es la intervención y volvemos nuevamente a que cada intervención es particular y única. Probablemente puede haber un chico que… por ejemplo un caso específico: una niña que tuvo tocaciones y fue de vulneración. Ella tiene una sintomatología de estrés post traumático y yo tuve que trabajar ese tema específico con ella, ¿si?

A diferencia que existen otras intervenciones que tienen que ver más de la línea socioeducativa la base del tutor. Entonces desde ahí uno va estructurando en el diagnóstico.

Entonces el chico o la chica te va guiando dónde tú tienes que acentuar. Un caso nuevo que está llegando, ya mi compañero detectó que existe una posibilidad de abuso. Entonces desde ahí me lo deriva. Otro caso y ahí lo vamos conversando, entonces siempre se va teniendo…

18. Existe la retroalimentación con él resto de los profesionales.

Estamos trabajando en eso. Fuertemente se ha empezado como ha potenciar eso para poder desarrollar.

19. Mí me interesa mucho saber cómo ustedes llevan a cabo el trabajo en el área psicológica, entendiendo que se trabaja interdiciplinariamente y que depende de cada caso.

Entonces ahí está la respuesta. No sé si…

20. Sí, pero es que es como muy macro. Necesito algo como mucho más especifico.

Es que más específico, va ir caso a caso.

21. ¿Tú realizas psicoterapia?

Según el caso…

Bajo las necesidades del caso. Acá uno se va guiando según las necesidades del caso específico.

22. Ya, pero poniendo un caso hipotético.

Hipotético, macro, mmm

23. Por eso te estoy diciendo, a nivel macro. Si te toca hacer una psicoterapia con algún chiquillo que venga con alguna problemática, ya sea, no sé de consumo de drogas…

Si hablamos de lo hipotético, ya. En el caso hipotético macro, nosotros contamos con una red, un centro ambulatorio de comunidad terapéutica, lo derivamos y vamos haciendo una retroalimentación.

24. ¿No trabajan directamente ustedes como psicólogos con él?

Específicamente para eso tú tienes que contar con ciertos recursos.

En el caso hipotético que tú estabas señalando, que es hipotético…

25. Totalmente hipotético

Totalmente hipotético, al tener un consumo hay otras variables y otras formas de intervención que necesitan de otro tipo de especialistas. Si tememos un consumo de larga data, ya vamos a ver que hay un patrón de consumo o de abuso, donde hay una dependencia y tú tienes que trabajar con una línea más farmacológica para poder bajar el training que tiene este chico o esta chica para poder recién a hacer psicoterapia, o si no, vas a estar dando palos… no va a ser una intervención. ¿Me sigues? Entonces ahí tú no vas a estar nuevamente las necesidades del joven.

Hemos tenido casos donde han llegado con consumo y lo que nosotros hacemos es trabajar la alianza, trabajar el vínculo y de ahí nosotros derivamos…

26. Por eso te dije…

En el caso hipotético, Karla.

27. Cuando yo te hablo de psicoterapia o procesos terapéuticos, ¿qué es lo que tú entiendes?, ¿para ti qué es psicoterapia?

Mira, yo estoy… me adscribo a la línea psicoterapia estratégica breve, tengo mi formación desde ahí y yo veo que cada acto es una intervención. Lo importante que está intervención sea sentida en la persona.

Dada esa necesidad y creada esa necesidad, tú puedes hacer una intervención o sino vas a estar creando cosas que son para ti y no son para la persona. Entonces desde ahí uno, siempre esto va a, es una retroalimentación constante en el sentido de que tú tienes que ir indagando cuáles son las cosas que necesita el joven; vas conversando con tu triada también cuáles son las luces que te van dando ellos para trabajar.

(Pausa)

28. Estábamos conversando del modo de intervenir de ustedes.

Básicamente cómo uno tomaba el proceso de… como de psicoterapia. Entonces desde ahí Karla, eh… con el sujeto tú vas construyendo cuáles son las necesidades y de qué manera se pueden ir potenciando. No partimos de una cosa como de un supuesto, sino que ellos nos van guiando cuáles son las cosas que van requiriendo y cómo uno se va desarrollando. No hablamos de un proceso más clínico, sino que él mismo te va entregando cuáles van a ser…

29. ¿Cuál es la diferencia que tú haces de un proceso más clínico con lo que hacen ustedes?

Con el proceso más clínico trabajas tú sólo con él o con la familia. En la terapia estamos integrados. A diferencia de lo clínico como algo más ortodoxo. Aquí se hace un trabajo clínico, pero más integrado.

30. ¿Podrías ahondar un poquito más en el concepto de clínico integrado?

Tú haces un proceso terapéutico, pero también va otro referente u otros actores que están potenciando este camino: el tutor, el trabajador social, talleres.

31. ¿Cómo tú por ejemplo lo podrías complementar o quizás comparar con un proceso psicológico – comunitario?

¿Qué entiendes tú por psicología comunitaria como para poder ir desde ahí?

32. Hago de nuevo la pregunta, ¿qué es para ti un proceso comunitario?

Es que para mí, un proceso comunitario tiene que ver que el sujeto está inmerso en una comunidad y esa comunidad está dentro de un sistema y tú trabajas transversalmente desde las problemáticas desde el sistema, la comunidad al sujeto, como a nivel macro, no con el sistema chico sino con todos los subsistemas y los sistemas aledaños al chiquillo, que no tiene que ver con la clínica en un box, sino que tú te planteas desde un, por ejemplo un taller y en ese taller tú trabajas como toda la problemática social barrio, cómo se genera esa problemática, la reconstrucción histórica, por ejemplo, y ese para mí es un proceso comunitario.

Por eso te pregunto, cuando tú me hablas de una clínica integral

33. ¿Cómo tú diferencias esa clínica integral con un proceso comunitario?

Mira, nuestra intervención está en tres áreas: individual, familiar, reticular institucional o comunitaria, entonces cruzan, cruzamos esas variables, entonces ésa es como la plasticidad que tiene la intervención de cierta forma. ¿Queda claro?

34. Es que me gustaría más que me lo especificaras como si tú ves diferencias o no ves diferencias en la intervención clínica integral y en una intervención comunitaria, como desde el área psicológica.

Es que la intervención está más allá del nombre que se le ponga.

35. Es que yo necesito esa especificación desde ustedes, si ustedes notan la diferencia o es lo mismo, pero con distinto rótulo.

Es que mira, se puede conceptualizar, no obstante la intervención está. Podemos ponerle mil nombres, pero el trabajo que nosotros desarrollamos acá es a nivel individual, es a nivel familiar y es a nivel institucional. Si a eso le ponemos clínica integral o le ponemos comunitario, elige tú el nombre, pero esa es la intervención donde se va a ir desarrollando la intervención.

36. Yo te puedo decir ya, yo elijo el nombre, pero a mí no me sirve eso porque si no sería totalmente mi visión…

Ya, pero yo digo que más que ponerle un nombre, es la intervención que está en tres niveles, llámese integral, llámese comunitario, da lo mismo, pero la intervención está tomando esas tres áreas o temáticas.

37. ¿Cómo describirías la función y el rol del psicólogo dentro del programa PIE?

Bueno, primero realizar entrevistas, hacer diagnóstico, trabajar en el plan de intervención especializado, acotar intervención específica, sujeto, familia o institución o trabajo de red, como a grandes rasgos más que específicos.

38. ¿Y la Función?

Acompañar la conducción desde la triada, es un trabajo integral más que… volvemos a lo mismo, en un trabajo que se vaya co-construyendo, las intervenciones se van haciendo según el caso y las necesidades que se vayan dando.

39. Ya entendí que es un trabajo integral…

Sí, es que cuando leí la pauta me pareció como ¡ah! Le faltaba como esa, como tratar de parcializar mucho, cosa que no en la práctica no…

40. Es que esa es la idea. Por ejemplo si acá no se trabaja la parcialización del psicólogo, que quede claro que no se trabaja la parcialización del psicólogo, pero puede ocurrir que en otro programa sí se trabaje la parcialización del psicólogo, como por ejemplo el psicólogo está a cargo solamente de las bases diagnósticas del área Psicológica

Mira, acá nosotros hacemos desde el… cuando vamos a conocer al chico en la primera entrevista, desde que le vamos a hacer la primera visita hasta el proceso de cierre. Acompañamos en todo el proceso, no es que exista sólo en las bases, sino que la intervención está en todo.

41. ¿No hay una estratificación de profesionales?

No, no.

42. Me pudieras poner en un mapa conceptual el orden de los profesionales que trabajan en este programa, por ejemplo, no sé, en una pirámide, si hay jerarquía…

En una pirámide invertida, el modelo que utiliza el programa, es una pirámide invertida. Abajo van tutores que son la primera intervención, después siguen trabajadores sociales, psicólogos y esa es como la intervención, pero centrado como

desde la estructura acá, con una intervención primero desde el chico o la chica, la familia.

Porque este es un modo tutorial y lo tutorial se… de cierta forma todos somos tutores, independiente del cargo. ¿Me sigue?

Ésa es la diferencia. Más allá del nombre que nosotros usemos al menos acá en Joven Red, así nosotros trabajamos; nosotros hacemos las primeras visitas, hablamos con la familia y le contamos del proceso…

43. ¿Y cómo se diferencia la labor tutorial del área psicológica?

Es que el trabajo de acá es tutorial.

44. Pero tú trabajas acá como psicólogo y no como tutor. Entonces ¿cuál es la diferencia entre el tutor y el psicólogo?

Básicamente en ciertas intervenciones que salen desde el diagnóstico, pero se acompaña todo el proceso.

45. Entonces, cuando ustedes hacen esa diferencia que entiendo que tiene que ver con la particularidad de cada caso, la intervención en función de las necesidades del chiquillo, ¿cómo tú me la podrías describir o definir a nivel macro?, pero no necesito como que me digas específicamente.

Es que macro, volvemos a las generalizaciones y eso no es así. Probablemente para el papel te puede servir y lo puedas escribir de forma más macro.

46. Pero necesito comprender la diferenciación que tú puedas hacer desde lo psicológico y lo tutorial en el nivel de intervención.

Siento como que no me expliqué bien en ese sentido Karla, porque la intervención es como… te la va dando cada sujeto, entonces algo más allá, más macro…

47. Rafael, eso está súper claro que cada sujeto te da el modo de intervenir, que tiene que ver con la problemática particular, en situaciones particulares. Eso está súper claro. La pregunta va a cómo tú diferencias, tú como psicólogo, tu intervención según las necesidades del sujeto. ¿Me puedes dar una definición que sea como acotada? Yo noto que mi diferencia que soy a un proceso psicoterapéutico (te estoy dando un ejemplo) y el tutor hace un acompañamiento al problema que estoy trabajando yo, por ejemplo.

Sí, mira. Más que lo psico o lo terapéutico, hay una intervención terapéutica. De distintos frentes y los procesos se van dando según cada sujeto y desde ahí uno se estructura, Karla. Algo más macro, no sé, es como para… me complica.

48. Pero como tú haces la diferencia respecto a tu labor, como psicólogo a la del Tutor?

Según las necesidades del chico y por ejemplo el caso que te conté, el caso de abuso, ahí hubo una intervención específica. Mi compañero detecta que hubo la muerte de un hermano cercano, entonces hay que hacer un trabajo de duelo, ahí hay una intervención; o nosotros vemos que hay una integración de poder generar redes, lo hacemos con el tutor y ahí se va de cierta manera, estructurando la intervención.

49. Y ahí se van diferenciando…

Claro, en el hacer, en el hacer… en el hacer…

50. Según las bases técnicas, los PIE tienen que trabajar con la reparación, la resignificación y la restitución de derechos. ¿Cómo tú como psicólogo trabajas con la reparación, la resignificación y la restitución de derecho, entendiendo la particularidad de cada caso?

Entonces ahí está la respuesta.

51. ¿No tienes un mecanismo único de trabajo o una corriente para trabajar?

Sabes que los avances desde la línea sistémica…se ha visto que la intervención tiene que ser, incluso Gallager habla de terapia no convencional y terapia estratégica para cada caso, entonces cómo tú desde el sujeto te vas creando las necesidades de intervención y de conducción de procesos. Entonces desde ahí yo me baso teóricamente, epistemológicamente, pragmáticamente para ir generando el trabajo.

52. ¿Tú cómo entiendes un proceso de reparación?

A ver, te voy a dar un ejemplo. En el caso de estrés post traumático, existe una sintomatología asociada y cuando se logra ver cambios, por ejemplo un cambio considerable es que haya una disminución en la sintomatología asociada al evento. Cuando logras eso y notas que a través del discurso te va dando luces y vas chequeando eso, ahí tú ya notas que estás haciendo un proceso de reparación o más de…mmm... hay una palabra más…

Desde una cosa más resignicativa, por ahí podría ser. Como que vas resignificando el hecho, porque reparación es como algo que queda dañado. Entonces ahí como que el o la sujeto queda dañado.

Desde otra mirada de paradigma, te dice el sujeto de qué manera puedes hacer un nuevo resignificación a la asociación obtenida. Entonces, desde algo que fue negativo, lo tomamos como algo positivo.

El caso que nos llegó de esta chica que tuvo tocaciones… ella tenía una sintomatología de miedo generalizado lo cual le impedía salir a la calle y comenzamos a trabajar cómo esa sintomatología la podemos utilizar. Acá todo sirve,

¿cachai? Acá no existe ni malo ni bueno. Entonces eso fue, se logró introducir en y que ella construyera es un indicador de alerta. A ella le daba miedo salir sola, pero encontraba en sí un recurso que… la bicicleta le daba fortaleza; hasta que un día vino sola sin la mamá y vino en bicicleta para acá. Entonces ella fue creando y condicionando los recursos existentes en ella, dentro de su sistema familiar, dentro de su pauta de interacción relacional que tiene y se va potenciando y amplificando eso.

53. Entiendo que tu no trabajas con procesos reparativos?

No, reparación no.

54. Te pregunto por la reparación, porque en las bases técnicas de los programas de PIE tanto convenio como subvención, se plantea que el rol del psicólogo o la función del psicólogo es realizar procesos reparativos y resignificativos a la vulneración de sus derechos.

Resignificativos.

55. ¿Y tú no trabajas con reparación, directamente?

Es que reparación, Karla como te explicaba, alude como a algo dañado. Entonces esto tiene que ver más con que… más que si trabajas o no trabajas, es cómo tú vas abordando desde la concepción más epistemológica, o sea tú vienes con alguien dañado o tú vienes con alguien que va a tener la oportunidad de resignificar un hecho. ¿Me explico?

56. Sí…

Entonces de ahí más allá de se hace o no se hace, se hace pero desde otro, desde otra parada, de una idea que no sea vulnerador para el o la sujeto, sino que desde una

manera más integral y está guardando el mismo enfoque que dice el papel del convenio

57. Es que hay que entender también que cada psicólogo tiene distintas miradas y distintas paradas epistemológicas, filosóficas, entonces obviamente para ti a lo mejor reparación es un concepto vulnerador y tú trabajas con la resignificación y con el proceso resignificativo haces, valga la redundancia, la reparación. Entonces es bueno también aclararlo porque como de cierta forma se plantea la reparación como un hecho fundamental.

Reparación y…

58. Reparación y resignificación. Pero no es y/o es "y" resignificación.

59. Con respecto a la intervención que ustedes hacen. ¿Cuál es el análisis que tú puedes hacer?

¿Análisis de qué?

60. De la intervención a nivel psicológico. Como un FODA.

A ver. Un FODA a nivel de intervención psicológica. Teniendo en cuenta que trabajamos en una modalidad integral: fortaleza, la mirada integral a un mismo caso individual, familiar y reticular, comunitario o institucional. Una oportunidad, que te da la posibilidad de generar distintas intervenciones, ya sea una cosa más de átomo por ejemplo, específicamente con el chico y una persona; la oportunidad de incidir desde el colegio con el profesor; incidir con los amigos, que vengan para acá y conozcan y sean parte o derechamente hacer algo en el medio ambiente en el cual se desarrollan.

Dificultad, que las redes específicamente no están preparadas para la intervención. La Organización Panamericana de la Salud sacó una ficha CLAPS, ¿la conoces?

61. No.

La ficha CLAPS es una ficha que te va tomando todos los factores médicos psicosociales, los cuales van teniendo chicos de 12 a 16 años, los hacen ir al consultorio, toman todos los exámenes (de sangre, orina, desarrollo fisiológico, entrevista con un psicólogo dentro de la institución) y se va desarrollando un trabajo a largo plazo.

Acá nosotros tenemos muchos consultorios de los cuales uno solamente y por iniciativa propia está queriendo desarrollar un espacio para jóvenes. Faltan… dentro de la red espacios más para la prevención. Hay programas más para curar que para lo más preventivo.

Entonces, ésa es como una dificultad que hemos encontrado a nivel educacional, dado que tampoco los establecimientos educacionales no están pensados para este tipo de chiquillos, ¿cachai? Entonces, desde ahí hemos tenido que generar lazos, muy buenos lazos con ciertos organismos que nos han permitido amplificar la interacción que nosotros logramos hacer porque si entramos a nivel de salud podemos meter al hermano, ¿te das cuenta?, amplifica y estás amplificando la interacción que estás haciendo. Entonces esa es una de las dificultades que hay.

Y amenaza, sabes que el tiempo de intervención y las condiciones que se han dado contractuales de este año son una amenaza y han influido en el trabajo con los casos, con los chiquillos y sus familias. Hubo un quiebre acá, casos que teníamos un muy buen vínculo, pero tú sabes que tiene que ser constante, y si ellos notan que hay un

doble estándar, se bajan dado los factores de riesgo, son más fuertes en el ambiente en que se desarrollan.

Eso y la continuidad del proyecto, ¿te das cuenta?, eso te daría un poder tener un mayor seguimiento puntualmente para poder asegurar el desarrollo que se logró con el…

62. ¿Cómo trabajas el tema de la adherencia y voluntariedad con los chiquillos?

Básicamente en alianza y vínculo.

63. ¿Cómo visualizas tú el tema de la vinculación con los chiquillos?, ¿qué es para ti la vinculación con los chiquillos?

La manera en que el chico o la chica te permitan entrar a tu mundo y desde ahí poder interacción, sin prejuicio sino que entrar desde la mirada de él.

64. Como para terminar, ¿cuál es la percepción que tú tienes de los programas PIE?

Puede ser que en el FODA te lo dije ¿o no?

65. Sí, pero es que quiero lograr diferenciar tu pega como psicólogo a la visión del programa. ¿Logras hacer una diferencia?

No, es que siento que estamos como un poquito redundantes, pero… las amenazas que salían, por ejemplo una cosa específica, cómo las instituciones que generan estos programas no se comprometen a poder desarrollar más y no visualizar los cambios y logros que se lograron de estos 5 programas que partieron hace 3 años atrás. Eso en cierta manera influye en las políticas sociales, en las políticas de intervención.

Probablemente ahora se va a rigidizar más la intervención con estos jóvenes, va a caer en un sistema más punitivo de control y sin importar el proceso, sino que yendo más

al resultado, lo cual afecta el proceso. Nosotros trabajamos en base a los procesos de los jóvenes, no actuamos en base al resultado, sino cómo ellos logran resignificar, cómo logran tener un nuevo discurso, nuevas herramientas para poder desenvolverse. Eso afecta a nivel macro.

Otra cosa a nivel macro son los sistemas o redes que todavía tienen un discurso, pero que en la práctica no existen acciones específicas. Más en lo macro, socializar más la forma de intervenir que cambia todo tipo de paradigma que se está haciendo en trabajo con jóvenes. Es mucho más fácil y más asegurado que sea derivado de tribunal; vas a hacer la intervención, pero ¿vas a medir la calidad?

Porque acá tú trabajas desde otro paradigma, desde la motivación del chico, de cómo tú logras encantar a la familia, de cómo se van a encantar con el proceso y cómo ellos trabajan con lo que ellos van trayendo. Acá nada es obligatorio. Ayer se impartió un taller y 4 chicos vinieron con lluvia, ¿cachai? Entonces eso, todo depende del compromiso que van generando; es su proceso, uno acompaña, no "¡paf!, yo lo cambié"… uno acompaña el proceso. ¿Te das cuenta? Y desde ahí se va retroalimentando este sistema a nivel familiar, de amigos y vas causando un impacto.

¿Qué otra cosa más a nivel macro? Sería muy bueno poder tirar este proyecto, pero más a largo plazo. Que sea todo estudio de campo que se hacen mínimo requiere de 5 años para hacer una evaluación y sistematización del trabajo. Entonces eso es como lo que de cierta manera, va entorpeciendo como producto final como un programa de intervención especializada.

66. Una consulta respecto a la temporalidad que acabas de hablar. ¿Tú encuentras que la base técnica de este programa es distinta a otras? ¿Encuentras

que es pertinente el tiempo de intervención que se plantea de 6 a 8 meses? ¿Es una repercusión real para lograr una resignificación en chiquillos que vienen con problemáticas con alta complejidad?

Se generan cambios, pero podrían extenderse. Sería más óptimo si se pudieran extender. Hay trabajos por ejemplo que desarrollan en libertad vigilada que son más a largo plazo, entonces ahí tú puedes trabajar y abordar más temas.

67. Perfecto. Bueno, esas serían las temáticas. Soy abierta a escuchar cualquier tipo de comentario, si tienes alguna pregunta.

Nada.

Muchas gracias Rafael.

Programa III: PIE Kassia, Recoleta.

Entrevista Estandarizada 6:
Psicólogo Esteban del Rio Toro.

Preguntas para Psicólogos PIE.

1. **Nombre de la Institución y/o Programa PIE:** PIE Kassia; Fundación Tierra de Esperanza
2. **Nombre del Director y/o coordinador**: Dominique del Canto García
3. **Nombre del profesional Psicólogo/a:** Esteban del Río Toro
4. **Edad:** 29 años
5. **Antigüedad laboral en el programa:** 10 meses
6. **Número de casos que a su cargo:** 25
7. **Describa el Cargo del Psicólogo:**

Profesional con al menos 3 años de experiencia comprobada en programas sociales y trabajo en equipo.

Requiere experiencia en trabajo con infancia, adolescencia altamente vulnerada y con enfoque de género.

Debe poseer flexibilidad y adaptabilidad para el trabajo bajo presión y orientación a la calidad. Así mismo juicio crítico y oportuno para la toma de decisiones complejas.

Se requiere también alta tolerancia a la frustración, y manejo de relaciones interpersonales y con figuras de autoridad.

Profesional con orientación al logro, además de énfasis en los resultados de las tareas asignadas.

Se debe poseer capacidad de adaptarse a diversos escenarios (trabajo en terreno y oficina).

Así mismo probidad en las acciones realizadas, siendo responsable, poseer alta motivación y compromiso con el trabajo realizado.

8. Describa la Función/Rol Del psicólogo:

Realiza diagnóstico psicológico, integrando al información recabada por Asistente Social y educadores:

- Áreas social, individual, comunitaria, y factores de riesgo y protectores.

-Diseña en conjunto con equipo los Planes de Intervención Individual (PII). (Elaboración es responsabilidad del psicólogo):

-Objetivos Individuales, familiares, comunitarios; acciones, responsables y plazos.

-Realiza sesiones psicológicas individualizadas.

-Realiza sesiones con familiares.

-Realiza visitas domiciliarias.

-Participa en instancias de planificación, monitoreo y análisis de casos. (Seguimiento de PII, supervisión técnica).

-Realiza talleres psico-educativos. (Talleres familiares, Talleres Grupales)

-Participa en audiencias a requerimiento de tribunales de familia y/o fiscalías.

-Realiza coordinaciones específicas con la red social.

-Interviene en situaciones de crisis.

-Elabora informes psicológicos para derivación de casos y para Tribunales de Familia, según requerimientos.

-Elabora informes de estado de avance por caso solicitados por Tribunal de Familia.

-Aplica instrumentos de medición psicológica (según requerimiento).

-Participa en el seguimiento post-egreso de casos.

-Participa en instancias de capacitación y autocuidado de equipo.

-Mantiene actualizados los registros de información escrita por caso.

-Mantiene actualizados los registros del SENAINFO por caso asignado.

9. Explique en Breves palabras la forma en la que interviene el psicólogo a nivel integral:

En un primer momento de la Intervención, que abarca los 3 primeros meses, se realiza la acogida y el proceso de Diagnóstico y desarrollo de Plan de Intervención Individual. Esta etapa demás se centra en el establecimiento de vínculo terapéutico individual y familiar. Todas las acciones se realizan principalmente en terreno, en las casas de los niños y sus familias, o en sus colegios o lugares que frecuenta. En un menos número de casos estas entrevistas

se realizan en la oficina, debido a la dificultad de que los niños y sus adultos responsables acudan a la oficina, por razones de motivación o lejanía territorial.

El resto del tiempo de la Intervención (máximo 1 año 3 meses, dependiendo de los Objetivos propuestos en el PII) se trabaja individual y familiarmente realizando las acciones planificadas en el PII, las cuales se realizan también en su mayoría en terreno, y en coordinación constante con los educadores, encargados principalmente de fortalecer el vínculo del niño y sus familias con el Programa, y de colaborar en el desarrollo de los Objetivos del PII, aportando saberes, y fortaleciendo los procesos generados.

Todo el proceso de Intervención pone especial énfasis en la participación del niño en la planificación y ejecución de objetivos y acciones, de forma de generar un proceso inclusivo y no impuesto, generando así mayor motivación, disminuyendo las resistencias, y fortaleciendo a la vez capacidades en los niños y sus familias.

10. Comente si el profesional psicólogo adscribe a alguna corriente psicológica para realizar las intervenciones:

A pesar de tener preferencias teóricas, ligadas a la orientación psicoanalítica, en la práctica el trabajo que se realiza es ecléctico y se adapta a las necesidades de cada caso, integrando elementos de distintas posturas teóricas según las necesidades específicas de cada niño o familia. Así la corriente psicoanalítica sirve de fondo comprensivo y en las situaciones que sea factible integrarse se hace.

11. **Comente si el proyecto contempla metodologías específicas de intervención psicológica en sujetos de atención de alta complejidad:**

Todos los casos ingresados al PIE son de alta complejidad, por lo cual todas las metodologías utilizadas contemplan esta variable.

12. **Exponga de qué manera se realizan y/o se abordan los procesos reparatorios y de resignificación enfocados a la restitución de derecho y a la disminución de las infracciones de ley y a la vulneración de derechos:**

13. **Como se aborda desde la perspectiva psicológica los indicadores de alta complejidad:**

14. **Cuál es la mayor dificultad con la que se han encontrado para llevar a cabo procesos psicoterapéuticos durante los procesos de intervención de los NNA y su familia:**

15. **Cuál es su opinión sobre los programas PIE:**

Entrevista en Profundidad 6:
Psicólogo Esteban del Rio Toro.

Entrevista PIE Recoleta "Kassia".

Entrevistado Esteban del Rio, Psicologo.

Se presenta el proyecto de Tesis, resaltando que lo que se busca en esta investigación es indagar sobre las metodologías presentes en las intervenciones del área psicológica.

1. ¿Este programa cuenta con metodologías propias de intervención psicológicas?

Así, como que nosotros hubiésemos creado algún instrumentos?... ehhh…no… no hemos creado nada.

2. ¿Cómo es el ingreso de los usuarios al programa?

Lo primero, una vez que llega la derivación… ehh… se hace las primeras visitas, que son visitas de presentación del programa, de acogida que generalmente la hace la asistente social, a veces en compañía del psicólogo o de algún educador, dependiendo de la disponibilidad. En esas entrevistas se les hace una inducción acerca del programa, se les cuenta quienes somos, se le hace un encuadre de la Fundación, del SENAME… el encuadre de trabajo que tenemos nosotros, un poco los tiempos, cuáles los objetivos generales para todas las intervenciones, esas suelen ser una o dos

entrevistas. Después, ahí los casos se designan para el psicólogo y para el educador, cada caso lo ve un psicólogo, un educador y el asistente social y hay un periodo de tres meses que están establecidos para generar el diagnostico… no… dos meses para el diagnostico y tres meses para el plan de intervención individual (PII), y eso se hace en común con el psicólogo y el educador, ya…visitas domiciliarias, sobre todo trabajamos en visitas domiciliarias, porque hay muy pocos casos que generan adherencia y motivación como para venir al centro, por una cosa de motivación y otra es la dispersión geográfica con la que trabajamos, que en las comunas más lejanas son tremendo piques, por ejemplo para ir a Quilicura son una hora y media en micro, entonces por este motivo hay harta gente que por eso no viene. Además el perfil que tienen estos…son personas que han pasado por varios programas, entonces venir a otro es como…que les da lata.

3. De acuerdo con los datos entregados en le entrevista estandarizada, entiendo que son ustedes los que desarrollan el diagnostico y el PII…

Si… somos nosotros…

4. ¿De qué manera se lleva a cabo el trabajo a nivel psicológico?

Trabajamos harto con las visitas domiciliarias, y durante los tres meses de diagnostico… estos se orientan al fortalecimiento del vinculo y para recabar información para el diagnostico, que tiene información social, individual y… familiar…; social… es como mas en el área comunitaria, más de la vinculación con Redes, si está asistiendo al colegio, si se atiende en consultorio, si participa en otros programas, si la familia esta… si algún otro integrante de la familia se encuentra en otro tipo de programa, si los niños has sido ingresados… mmm… que se yo, a alguno

de los niños han estado internos; en la cuestión familiar… mas es un poco de las dinámicas familiares, con quien vive el niño, dinámicas relacionales, la historia familiar…

5. ¿Y esta labor es a nivel multidisciplinario?

Sí, pero más con el educador.

6. ¿Cómo tú diferencias tu trabajo como psicólogo, del trabajo del educador?

El educador tiene un poco mas de responsabilidad en el trabajo en terreno, ya… por que el tiene que cumplir con cuatro visitas, cuatro intervenciones directas con el chiquillo o su familia, entonces tiene más posibilidades de estar en terreno que el psicólogo, él que tiene que hacer más trabajo administrativo, también, los informes… es él el que escribe el diagnostico, escribe el PII. Pero en el trabajo en terreno en si mismo…ehh… nosotros recabamos un poco mas de información basados en nuestra experticia… se intenciona la información con el fin de obtener información más técnica, y el educador sobre todo trabaja con el fortalecimiento del vinculo, tanto con los profesionales como el vinculo del niño y su familia con el programa, pero igual los educadores tiene un nivel de experticie suficiente, como para indagar en temáticas tales como vulneraciones…ehh…dinámicas familiares, por ejemplo hay un educador que se encuentra estudiando trabajo social, la otra educadora lleva años trabajando en este tipo de programas… ehh… el otro educador es profesor, entonces, ahí… igual tienen niveles de experticia… y también tratamos de intencionar que cada educador de acuerdo a su experticia quede a cargo de ciertos casos.

Hay un educador que se preocupa más de los casos de infracción, otro se enfoca más en los temas educativos y la educadora se centra más en los temas de maltrato, abuso.

Y luego de esos tres mese, una vez que este hecho el PII, empieza el procesos terapéutico, o sea… que dura un año, un año tres meses.

7. ¿Cómo realizas el proceso psicoterapéutico?

Mmm… Bueno con cada chiquillo, se establecen objetivos específicos, para sus necesidades, para las vulneraciones que son detectadas, eh… entonces es como bien especifico para cada caso. Así, como en términos generales lo que se intenta hacer es detener la situaciones de vulneración, sobre todo si son grabes, si el niño está siendo… si hay una negligencia, si hay maltrato, abuso…

8. ¿En este programa se realizan procesos terapéuticos reparatorios?

Ehh… si es que hay una temática, que lo amerite… o este muy presente o muy grave tratamos de derivarlo igual, pero en ciertos casos igual lo hacemos, generalmente con todos los casos cuando hay una temática de mucha gravedad especifica de un área, por ejemplo consumo o alguna patología mental muy grave, tratamos de no verla específicamente nosotros, tratamos de derivarlos a la red; esto por un tema de tiempo, de experticia en algunos casos, pero igual la intervención es transversal, de repente tienes que tratar temas de reparación, temas de consumo, pero por ejemplo nosotros no hacemos la terapia… si hay algún "cabro" muy pegado en la droga, no es nuestra labor especifica realizar la terapia para que deje de consumir, quizás nosotros trabajamos mas el tema de la motivación, de que el "cabro" problematice el consumo, ver un poco cuales fueron los orígenes por los cuales el llego a consumir, tratamos de vincularlo con redes para que vuelva a estudiar, o vincularlo a alguna actividad de entretención, a algún oficio, lo que sea… y quizás paralelamente esto sirve de apoyo para que el "cabro" disminuya su consumo.

9. Me podrías describir el perfil del sujeto de atención que tiene este programa

Yo lo dividiría en dos; adolescentes que son la mayoría infractores con consumo de drogas, que habitan en lugares con riesgo social, así como poblaciones, con bajos recursos, yo creo que todos con algún grado de presencia de negligencia familiar, por colaboración de las familias… y los que son más chicos, también con temas de negligencias y hay que hacer más procesos reparatorios.

Respectos a eso (los procesos reparatorios), en este programa igual se puede hacer, pero son los menos, por ejemplo si hay una madre que trabaja y el niño lleva robando dos semanas, no se puede iniciar un proceso reparatorios porque uno sabe que no lo van a terminar, pero son como el 10% de los casos, si el niño tiene adherencia y asiste al programa se utiliza todo lo psicológico que se pueda ocupar, si es en terreno se hace lo que se pueda.

Las principales vulneraciones que vemos son infracciones, negligencias, desescolarización, consumo de drogas, necesidades básicas no resueltas; en torno a esto nos ha tocado ver casos de familias que tienen el agua y la luz cortada por meses; desnutrición en la mayoría de los casos que atendemos, son familias de bien, bien escasos recursos. Entonces ni siquiera está el tema de plata para que puedan asistir, igual el programa les devuelve la locomoción, pero la prioridad es poder hacer el almuerzo, por ejemplo.

Igual yo creo que hace falta un programa entre nosotros y eso, uno que se encargue de resolver las necesidades básicas, porque si no están resueltas las necesidades básicas es imposible que entre a jugar un psicólogo ahí.

10. ¿Cuál es el modo de ingreso de los NNA?

Por la red y tribunal, o ese no sé como estaremos en términos de porcentaje, no me acuerdo, pero es parejo igual; tenemos 50 cupos, yo creo que es parejo los que están por tribunales y por la red, desde colegios, consultorios, otros programas del Sename y tribunales por medida de protección.

El rango etario es de 0 a 18 años, y tenemos un "cabro"… el más chico…mmm … el Lucas de 9 años… creo de los hombres… y Bethzabe tiene 7 años, pero ella recién fue ingresada.

Y de alta complejidad, eso si el rango etario de este programa, así como la media de los chiquillos ingresados va de los 12 a los 16 aproximada mente.

11. ¿Cómo se realiza la intervención psicológica?

El proceso psicológico propiamente tal, es difícil realizarlo, así como proceso psicoterapéutico propiamente tal, así con todas las de la ley, porque sobre todo trabajamos en terreno, en las casas, en las plazas, en los barrios donde andan los "cabros", y por eso no se da mucho el stting, por que el stting no permite, en estos casos, desarrollar un proceso terapéutico como uno quisiera. Pero igual tratamos de intencionar lo más posibles que ellos vengan para acá, en los casos que tiene mas adherencia, que cuentan con un poco mas de recursos económicos, se les incentiva que vengan para acá, porque acá en el programa, resulta más fácil llevar a cabo una sesión de tipo stting.

Pero mi experiencia, hasta el momento, es que en cada visita vaya orientada a un objetivo específico concreto, por ejemplo, en un caso que es de un chiquillo que es infractor de ley, uno de tus objetivos de PII es que problematice la situación en la que está metido, entonces uno va para allá, que se yo…se hace unos primeros momentos

de indagar las situación actual, eh… y se empieza a conversar entorno a al tema, y ahí uno empieza aplicar un Yo auxiliar, un poco ayudando a que vea sus conductas desde otro punto de vista, fortaleciendo un poco su autoestima, tratando de mostrarle otras opciones para lograr sus objetivos, ehh… pero eso a su vez también es difícil, porque de repente uno llega a la casa con un plan de acción, y llegaste a la casa y esta la embarrada, no se… el papá le pego a la mamá, o el "cabro" se peleo con la mamá porque esta lo pillo consumiendo, entonces uno tiene que trabajar en crisis… entonces resulta difícil trabajar así como psicoterapéuticamente, y por eso mismo nosotros nos plateamos objetivos amplios de trabajo, o sea tratamos de no ser muy ambicioso, de poner … de priorizar bien cuales van a ser nuestros objetivos, cuales son las principales vulneraciones… ehh… entonces, por ejemplo enfocarse en la re-escolarización del "cabro", motivarlo para que se re- escolarice, problematización de conductas de riesgo, y a veces con esos sería… a veces con reducción de daño con algunos casos… y listo… en base a eso se trabaja.

12. Entendiendo que la labor que ustedes realizan no es psicoterapéutico propiamente tal, dado las múltiples dificultades y flexibilizaciones que deben hacer constantemente durante las intervenciones con los usuarios; me gustaría saber, a modo de poder categorizar la labor que ustedes realizan, ¿cómo nombrarías, o bajo que concepto encajonarías tu labor al interior de este programa?

Ehh… es como un proceso motivacional…o de psicoeducación… más bien lo definiría como un proceso Psico-socio-educativo, como algo así…

13. Y ¿Que herramientas utilizas?

Técnicas especificas?... si, entrevistas motivacionales ehh… que mas… harta intervención en crisis, mucha contención, mucho reflejo…ehh...y harto trabajo familiar, en la medida de poder modificar algunos patrones como rigidizados en la familia…

14. ¿De qué manera realizan el trabajo con la familia?

Esto se realiza en terreno, y en la medida de lo posible acá en el programa.

15. ¿Cómo evaluarías la percepción de las familias respecto al programa y a los procesos de intervención?

Sabes que hemos tenido buena experiencia, en general, son los menos casos los que ha habido algún tipo de rechazo por parte de las familias o están muy reacias a la intervención… ehh…por lo menos a mi no me ha tocado ningún caso, hasta el momento, que hayamos tenido que decir sabes que no hemos tenido adherencia y lo tenemos que egresar. A veces esos casos lo que se ha dado es que los hemos tenido que egresar por otras causas… o otras dificultades que no tiene que ver con un rechazo a la intervención o a los profesionales, sino que por ejemplo un "cabro" opto por trabajar entonces, no hemos podido encontrarlo, si pasa todo el día fuera de la casa… pero hay buena recepción de parte de las familias, ellos igual valoran el hecho que uno vaya para allá, que uno se dé el tiempo de ir, ellos saben que a veces nos queda lejos, que nos pegamos los piques para ir a verlos, y si no están les dejamos una nota y a pesar de que hay veces que los "cabros" no quieren, nosotros igual vamos, insistimos e insistimos y muchas veces los chiquillos que están derivados no adhieren mucho al proceso, pero si adhieren sus padre, tías o hermanos… a veces

ellos se motivan mas con el proceso de intervención, por lo que igual seguimos trabajando con ellos.

Y vamos, a través de esto vamos enganchando al "cabro" poco a poco, lo hacemos participe de las entrevistas, y escucharlos por último si no quieren participar.

Pero yo creo que nos reciben bien.

16. ¿y tu intervienes con el o los grupos de pares?

No, con ellos no…

Igual es un tema que hemos conversado a nivel de equipo, que sería súper interesante y útil, pero no se dan los tiempos… no tenemos ni el tiempo ni los recursos… a mi me en cantaría poder hacerlo… pero… sobre todo para "cachar" como el "cabro" se ve inmerso en su grupo de pares, ver que rol cumple, pero no hemos podido hacerlo.

17. En el cuestionario, me comentas que ustedes realizan talleres, te pregunto si ustedes en la implementación de los talleres hacen participe a los grupos de pares?

Lo que pasa es que cuando hacemos los talleres acá, en el programa, solo lo hacemos con el niño y/o sus familias, pero como por ejemplo hace poco realizamos un taller en un colegio, y ahí si se incluyeron a otros agentes, como los alumnos del colegio, quienes a su vez son compañeros de alguno de los chiquillos del programa.

Pero eso, hay esos dos tipos, talleres que son mas comunitarios, y abiertos, o sea coordinados con otras instituciones, como escuelas, o con otros centros, entonces ahí se incluyen a pares. Pero los que hacemos acá son solo para los niños y las familias que están ingresadas.

18. ¿Cuál sería la mayor dificultad que has tenido para llevar a cabo el proceso de intervención psicológica?

Lo que yo observo, es que si bien las familias no se resisten a la intervención pero tampoco se movilizan por si solos, los veo súper poco conscientes de consentir un rol de psicólogo, súper poco conscientes del daño emocional que tienen sus hijos, de las complejidades que están ahí, es como súper naturalizado, y lo que yo he tratado de hacer es mostrar que no es tan natural y que tampoco va a traer buenas consecuencias a futuro, pero el tema del daño y el consumo esta súper naturalizado, como que los papás saben que desde muy pequeños sus hijos consumen pasta base, dejan de ir a la escuela y esta situación es tan normal, puesto que los mismos padres han pasado por eso, sus tíos, hermanos, sus primos… entonces, yo creo que como esa falta de información entre ellos, como una normativización de los patrones, no sé si tienen como la noción de que un psicólogo puede ayudar en algo, si uno no lleva un canasta familiar, no podría hacer nada… es como esa noción la que esta mucho mas instalada, yo creo que nos "pescarían" mucho más si llegamos con regalos, quizás… por eso es importante hacerle ver lo que uno puede hacer frente a estas situaciones.

Yo no veo mucho esfuerzo por parte de las familias, entendiendo que son familias con problemas de bajos recursos, pero al no estar instalada en la consciencia las nociones de enfermedad, trauma o de daño psicológico, etc. O que las cosas podría estar mejor… en cambio cuando están apurados con algo ahí sí que se mueven, se ponen las pilas, pero por un desarrollo sano se mueven poco, porque no saben.

Se puede plantear, así como un desesperanza, como te mencionaba antes, muchas veces han pasado por otros programas y este, por ejemplo, es el cuarto programa que

interviene con el niño y su familia, entonces también ahí también existe un desgaste de la familia por una sobre intervención, muy institucionalizadas entonces también le agarran las mañas al sistema. Por otro lado también hay temas con la complejidad de los casos que dificulta el quehacer, como te decía antes, hay veces que uno llega con un plan de acción para ese día, y no se… a la chiquilla la viste la semana pasada, en la casa de su papa, interviniendo con el núcleo familiar de ese hogar, y fuiste a la semana siguiente a la casa y no encuentras a la joven, pero el papá que te cuenta que un día llego tarde y se pelearon y que la joven se enojo y se mando a cambiar y ahora está viviendo con la madre; entonces te cambia el contexto de intervención, se tienes que re-orientar, porque en la casa de la mamá existen otras problemáticas y es otro estilo relacional.

Pasa mucho eso… yo cero q eso es lo más difícil.

Otro ejemplo, teníamos un chiquillo que estaba con consumo de drogas, el traficaba y consumía, estábamos trabajando súper bien el problematizar eso, y justo tuvo un problema con el traficante que le compraba la droga y el "cabro" desapareció, y ahora llevamos más de un mes sin poder localizarlo… porque, obvio el "cabro" está escondido, tiene miedo, entonces hay cosas de la contingencia de los casos que interrumpen el proceso que estamos llevando a cabo.

19. ¿de qué manera se lleva a cabo la intervención a nivel multidisciplinario, es decir con todos los agentes que trabajan en el caso?

Mira, el asistente social se preocupa de todo el trabajo en red principalmente, y las acogidas de los casos. El trabajo en red tiene que ver con la visualización del proyecto, las labores propias del trabajo en red del proyecto las coordinaciones con la

red de no violencia, de salud mental y también con los casos, es decir la coordinación con la red para ñas derivaciones a otras instituciones, estamentos de salud, etc.

El psicólogo, es el protagonista del proceso terapéutico, nosotros somos los que llevamos las riendas técnicamente de lo que se tiene que hacer con el caso, esto siempre se conversa con el resto de los integrantes de la triada, en este programa existe una comunicación fluida entre los agentes interventores del caso, esto no quiere decir que somos los psicólogos los que tenemos la última palabra respecto a la dirección del caso, pero si tenemos la total responsabilidad de estos. Ehh, entonces somos nosotros los que en terreno les planteamos a los educadores las temáticas a profundizar, tratemos de trabajar, por ejemplo, sobre las dinámicas familiares, tratemos de generar compromiso de la madre a los hijos, generar un poco de empatía y conocimiento.

Nosotros orientamos las entrevistas hacia los objetivos, aplicando algunas estrategias propias de la psicología, y el educador es un apoyo en ese sentido, el educado como te decía igual tiene experticia en el tema, entonces nos ayudan a profundizar en el tema, a que cada vez que se junten con los chiquillos a preguntar por esos temas, ver como están, si han avanzado y a la vez son los educadores los que nos entregan insumos, dado que ellos pasan más tiempo en terreno que nosotros, nos van contando en que están los chiquillos, que está pasando, que es lo que ven en las visitas a las casa…

20. Tienen como bien definidos los role y funciones de cada uno de ustedes…

Si…

21. Es que me asombra ver que tengan tan definido las labores y funciones, puesto que en el otro PIE subvención la distribución es distinta… se nota que dentro de este programa esta mas normado la función del psicólogo, al igual que del resto de los profesionales.

Igual hay algunos casos en que el nivel de intervención es parejo entre los profesionales, hay casos en que en el objetivo del PII, como por ejemplo la re-escolarización, el rol del educador están importante como la del psicólogo, a veces mas… por ejemplo, teníamos un caso de un "cabro" que no quería volver al colegio, pero si quería aprender a leer, ahí el educador que es profesor hiso un proceso educativo con el "cabro", le enseño a leer, a escribir… y como que en eso se centro el proceso de intervención, ahí, claro, el educador fue más de apoyo para trabajar las temáticas familiares, de motivación a la madre, de roles parentales, cosas así, pero el centro del proceso lo llevo el educador. También eso se adecua caso a caso.

22. ¿Tu dispones de algún instrumento o herramienta específica para el diagnostico de alta complejidad?

Ehh… tenemos las entrevistas motivacionales, el espejo… pero especificas creadas por el programa, la verdad es que no, nosotros trabajamos la detección a través del diagnostico, vemos cuales son los tipos de vulneraciones presentes, en qué grado están, cuantos años de desescolarización lleva, que tipo de maltrato hay, si es negligencia o es abuso, si es violencia, que tipo de violencia; si hay consumo, que tipo de consumo. Pero es algo así como más cualitativo, no tenemos instrumentos específicos.

23. Entiendo, entonces que su detección de alta complejidad se basa en la experticia que tiene el profesional…

Claro…

24. ¿Cuál es el análisis que tú le puedes hacer de tu intervención dentro de este programa?

La efectividad de la intervención va como íntimamente ligada al grado de vulneración, los "cabros" que están muy dañados…generalmente es difícil, es difícil lograr los objetivos, por mucho que uno se establezca objetivos, así bien concretos, bien limitados; por ejemplo teníamos un caso, hace poco de un "cabro" que estaba por consumo, desescolarización y el "cabro" estaba muy metido en la pasta, entonces… la mamá estaba metida en temas de tráfico, entonces, había toda una conflictiva familiar y personal que dificultaba el logro de los objetivos. Por mucho que uno se digiera que el objetivo no era insertarlo en alguna escuela, sino que más bien que el "cabro" logre problematizar su consumo y lograr una reducción de daño…con logar eso nosotros estábamos contentos.

25. De qué manera se abordan las problemáticas de vulneraciones severas, como por ejemplo: una madre que se dedica al narcotráfico, que ejerce violencia física hacia sus hijos, se observan conductas de negligencia y abandono…Entendiendo el enfoque de derecho que profesan estos programas…

Mira, ahí se conversa mucho en equipo, dado que hay que ser muy cuidadosos, porque también sabemos que somos el último bastión del área de protección, y después de nosotros no va haber nadie, si nosotros quizás nos apresuramos un poco y decimos que la mamá es así y asá… y luego elevamos una medida de protección,

luego tribuna y se interna al “cabro”, quizás es lo que dice el manual que hay que hacer, pero sabemos que a ese “cabro” lo van a ir a buscar los “pacos”, lo van a llevar internado aun CTD o a una comunidad terapéutica, a lo mas va durar tres días, va a volver a su casa y esto generará una fuerte reticencia en la familia, eso va significar que no vamos a poder ingresar nunca más a ese hogar, y la situación de vulneración no se va a detener… entonces bajo esta panorámica cada caso se evalúa.

Generalmente tratamos de intervenir a través de tribunales cuando la familia es capaz de problematizar el tema a ese nivel, por eso hay todo un trabajo de por medio para que la familia logre problematizar, que logre ver el daño que tiene el hijo… que pasaría si es que no se toma esa medida, y tratamos siempre que el “cabro” o la madre o el adulto significativo este de acuerdo con esa medida.

Si el daño es muy grande, y si se han tratado por diversos métodos, trabajo en red, problematización y el daño sigue y nosotros vemos que pese a todo lo realizado se mantiene las conductas, ahí si se hace la medida de protección.

La decisión también pasa por que si las conductas no se han modificado, pesé a nuestra presencia, se debe realizar alguna acción, porque igual, como tu decías antes estos programas adscriben a un enfoque de derecho, por lo que igual está en juego un tema legal, le cual hay que cumplir.

26. ¿Cuál es la principal falencia que tú le ves a este PIE?

A este programa en especifico, la principal falla que yo le encuentro es que abarca mucho territorio, y e so nos impide de cierta manera ser parte del contexto social donde están los “cabros”. Porque nosotros ir a Quilicura, ir a una población, con

suerte vamos una vez a la semana. De cierta forma, por así decirlo, el programa no se valida en los territorios.

Quizás nos validamos los profesionales, si es que…por que nos reconocen de mirada… "ahí va el Tío que va a ver al "cabro" que vive en ese block"… y ellos suponen que somos de algún programa, pero como programa en sí, en la población, en la comunidad no estamos validados. No somos un organismo de la red a la cual la comunidad pueda acceder libremente.

Yo creo que esa es una de las debilidades… también puede ser…la falta de recursos, tenemos pocos recursos para hacer cosas, se apela mucho a lo que nosotros podemos hacer a través de la inventiva, de la motivación nuestra, pero como para hacer talleres, o actividades con los chiquillos también carecemos de eso. Están los recursos operacionales… y eso sería… ni si quiera contamos con recursos para la compra de Test psicológicos…

Imagina que este programa no cuenta con móvil y abarca más de tres comunas, esto significa un desgaste extra, dado que movilizarse de una comuna a otra, con el fin de cumplir con los acuerdos pactados con el joven o su familia y que muchas veces resulta que estos no se presentan o no se encuentran en su casa, por lo que el tiempo que se perdió en movilizarse hacia el domicilio del chiquillo fue tiempo perdido, te pongo un ejemplo: quede de ver a un chiquillo a las 15 hrs en Conchalí, me demoro alrededor de una hora en llegar a su domicilio, llego y no hay nadie … y luego tengo que visitar a otro chiquillo a las 5 en Quilicura, y me demoro desde Conchalí hasta su casa alrededor de una hora y media… y sucede lo mismo…ya en eso perdí toda la tarde.

27. ¿Tu realizas proceso psicodiagnosticos por caso?

Sí, pero no con Test, con otros métodos personales, como dibujos…ehh…y tampoco se les realiza a la totalidad de los casos.

Solo se realiza con aquellos chiquillos que intuimos que puede haber algún daño severo o algún tema que evaluar y en ese contexto se realiza al psicodiagnostico.

28. Me podrías nombrar alguna fortaleza que tu encuentres que tenga este PIE.

Una de las fortalezas que yo encuentro en este PIE, es el perfil que tiene, el perfil de ingreso, ya que es amplio, ya que no se limita como los PIE's 24 horas solo a temas de infracción, el que esta mas orientado al control social, a que el "cabro" no delinca, por así decirlo a que se porte bien, en cambio nosotras aquí tratamos de ver un tema de vulneración más amplio, por lo que tratamos de ver todo ese tipo de situaciones desde una lógica de vulneración de derecho. Si el cabro esta delinquiendo es por alguna realidad social, o familiar que le ha tocado sufrir.

Y esto nos permite ingresar todo tipo de vulneraciones, niños que no están siendo visualizados por sus padres, que llevan años de negligencia, de maltrato, observadores de violencia… ehh…consumo, socialización callejera, conductas de riesgo, embarazo, todo tipo de vulneraciones.

Y esto es un plus, yo creo que es súper necesario que haya un programas que se encarguen de la alta complejidad y se oriente a la vulneración de derecho y que vea estas situaciones como vulneración de derecho y no pierda ese foco, que no lo oriente hacia un enfoque de seguridad pública, yo creo que esa es una fortaleza de este programa. Creo que hubieran más programas como los PIE's 24 horas pero con este perfil en todas las comunas yo creo que todo resultaría mucho mejor.

29. Ves alguna diferencia entre los jóvenes ingresados por medio de tribunal y los jóvenes que ingresan por medio de alguna institución de la Red a la que este PIE adscribe.

Una diferencia…mmm….no se… ehh…no creo que haya una diferencia significativa, en términos de adherencia al programa, si es que los jóvenes proviene de tribunales o de alguna institución de la Red, yo creo que pasa más por un tema del vinculo que se logra establecer con cada uno de los casos, y de la responsabilización que tenga el adulto responsable del caso.

30. ¿Cuál es tu opinión respecto a este tipo de programas y al proceso de intervención que se realiza en éste? y ¿cuales serian un planteamiento innovador como para mejorar las intervenciones con NNA inmersos en situaciones altamente complejas?

Mira, yo creo que las cosas buenas que hacemos, es el trabajo que tenemos con los educadores, yo creo que tratamos de intencionar que cada caso que ingresa, según obviamente, como están distribuidos los cupos para cada educador, cada educador tiene como diecisiete casos, lo tratamos de intencionar, cuando se puede, según con las vulneraciones con las que llega, sea el educar más educador para tomar el caso, y también el psicólogo más idóneo, ya sea por perspectiva de género como por la naturaleza de las vulneraciones, en base al nivel de experticia, de la comodidad personal que tenga cada profesional con la naturaleza del caso… ehhh… creo que eso nos ha servido harto y ojalá esto se pueda mantener, porque eso también depende de la experiencia previa que tanga cada profesional y cada educador. Eso nos facilita harto el trabajo, puesto que hay veces que los educadores tiene más experticia sobre

algún tema que el psicólogo, por ejemplo en detección de abuso… nosotros podemos saber mucho en lo teórico, pero no llevamos diez años trabajando en la temática, y eso puede generar que pasemos muchas cosas por alto.

Cosas que me gustaría hacer… mmm… lo que hablamos antes, el poder hacer cosas en la comunidad y con la comunidad, en el contexto más comunitario de los "cabros"… ehhh… eso sería como súper importante para cachar en qué contexto se desenvuelven, poder involucrarnos más en el grupo de pares, para que no sea tan invasiva nuestra llegada, para que ellos no se sientan tan amenazados o bien también para que nosotros no nos sintamos tan amenazados, cuando llegamos a un grupo de siete "cabros", y estos se encuentran consumiendo pasta, de repente… eso yo creo que sería un beneficio para el programa, para los profesionales, para los casos.

31. Y de qué forma te gustaría trabajar con la comunidad…

El poder estar más tiempo y mas recurso, poder estar ahí haciendo talleres…ehh… si estuviéramos mas focalizados en un mismo territorio, tendríamos más casos de las mismas poblaciones, entonces estaríamos mas tiempos en esas poblaciones, en los barrios de las poblaciones… nos conocerían mas… Generalmente los casos que llegan, por ejemplo de un determinada población…y estamos trabajando con Juanito, el cual nos presenta a sus amigos y dentro de sus amigos esta Pedrito, el cual perteneció al programa hace un año atrás, entonces ahí uno igual comienza a conocer a los "cabros", pero indirectamente… y ahí empiezan a darse cuenta que uno conoce a otros chiquillos, pero no se da esto de poder compartir con el grupo de pares al mismo tiempo. Y después quizás podre trabajar con agrupaciones vecinales, involucrar a la comunidad de forma más activa, que se yo… juntas de vecinos, que

existan… que hayan… agrupaciones juveniles, realizar actividades recreativas, voluntariados, actividades culturales… como un forma de trabajar objetivos de PII, pero para eso no nos da el tiempo.

32. ¿Cuántas personas conforman este equipo de trabajo?

Ehh… dos psicólogos…

33. ¿Cuántos casos tiene cada psicólogo?

25…

En relación al equipo… somos dos psicólogos, tres tutores, un asistente social, la coordinadora y una secretaria…

34. Eso sería… muchas gracias, si tienes algo más que agregar…

A ver… en términos mas teóricos, como para complementar la entrevista escrita, es que nosotros igual tenemos un back graund teórico, por suerte coincidimos con la Karen (la psicóloga, que lleva un mes en el proyecto) en una orientación mas… yo soy más a fina una orientación psicoanalista, temas comprensivos, y la Karen también… pero en la práctica a mi me han sido súper difíciles de aplicar eso temas, por el setting, el tiempo, la naturaleza del trabajo, entonces a mi me ayuda a veces para temas más compresivos y dentro de lo posible se trabaja algún tema, se logran aplicar quizás algunas herramientas, técnicas, pero yo creo que el trabajo, mi experiencia acá es que es de un enfoque más ecológico, sistémico..por ahí… y esas son las herramientas que mas ocupo… y hay que hacerse la idea de que uno se tiene que adecuar al caso, yo soy de la idea de que la teoría se tiene que adecuar al caso, y no el caso a la teoría.

Ok… muchas gracias…

Programa IV: PIE Amulen; Puente Alto.

Entrevista Estandarizada 7:
Psicóloga Lisolette Sepúlveda.

Preguntas para Psicólogos PIE.

1. **Nombre de la Institución y/o Programa PIE:** PIE AMULEN, Puente alto.
2. **Nombre del Director y/o coordinador:** America Obreque
3. **Nombre del profesional Psicólogo/a:** Lisolett Sepúlveda Schaffhauser
4. **Edad:** 25 años
5. **Antigüedad laboral en el programa:** 6 meses
6. **Número de casos que a su cargo:** El programa atiende a 50 niños, según la distribución de horas, (30 hrs) tengo a mi cargo 21 casos.
7. **Describa el Cargo del Psicólogo:**

Mi cargo se basa específicamente en el psicodiagnóstico de los casos a atender. El que se realiza en conjunto con el tutor a cargo del niño o niña. Luego, en base a este diagnóstico, se comienza a intervenir en las áreas que requiera el niño o niña.

Por otra parte, es fundamental la intervención en crisis y la contención permanente, tanto familiar como individual de cada caso.

8. **Describa la Función/Rol Del psicólogo:**

Fundamentalmente el rol del psicologo (en este pie) es apoyo constante a la gestión del tutor, es decir, llevar un proceso conjunto, en donde el día a día pautea las intervenciones pertinentes.

9. **Explique en Breves palabras la forma en la que interviene el psicólogo a nivel integral:**

En este PIE se trabaja con tres estamentos, lo educacional, lo psicológico y lo social. Todos juntos intervienen conjuntamente en cada caso.

En conjunto se elabora el plan de intervención y el diagnostico, por lo general el que está a cargo de llevar este proceso o mejor dicho de implementar las accione propuesta por el plan de intervención es el tutor, es él en encargado de caso y el psicólogo como el asistente social son apoyos.

10. **Comente si el profesional psicólogo adscribe a alguna corriente psicológica para realizar las intervenciones:**

Esto queda absolutamente de libre criterio al profesional psicólogo. En mi caso en particular, adscribo a la corriente sistémica, pero por supuesto en la práctica uno toma elementos de diversas corrientes, que sean pertinentes al caso y lo más efectivo en la intervención, debido a los tiempos acotados que existen para el trabajo con estos niños.

11. **Comente si el proyecto contempla metodologías específicas de intervención psicológica en sujetos de atención de alta complejidad.**

El proyecto cuenta con dos “patas” por llamarlo así, una de visitas a terreno y otra en atención de oficinas, ambas cuentan con formatos específicos, como encuestas y cuestionarios, a demás de un modelo de intervención psicológico, creado por los

psicólogos antiguos de este proyecto. Este modelo consta de una pauta de detección de factores de riesgo, otra pauta respecto al funcionamiento familiar, una herramienta de detección de factores de lata complejidad, el contenido de estás se vierten en lo que se llama informe de apreciación psicológica, el cual es un insumo para la elaboración del diagnostico integrado. Pero en la práctica no se ocupan mucho, por lo que yo le voy dando prioridad a la contención e intervención en crisis, las cuales también llevan registró escrito en un formato en particular.

12. **Exponga de qué manera se realizan y/o se abordan los procesos reparatorios y de resignificación enfocados a la restitución de derecho y a la disminución de las infracciones de ley y a la vulneración de derechos.**

Estos procesos se abordan, primeramente desde el vinculo y la contención para luego seguir con un proceso, que no llega a ser terapéutico, pero se acerca desde la conseguiría y el seguimiento constante de sus vivencias, invitándolas a reflexionar y abrir y abrirse oportunidades y salidas alternativas según sea caso, apoyado esto con el resto de profesionales del equipo (educación, capacitaciones, trabajos, entre otros)

13. **¿Cómo se aborda desde la perspectiva psicológica los indicadores de alta complejidad?**

14. **¿Cuál es la mayor dificultad con la que se han encontrado para llevar a cabo procesos psicoterapéuticos durante los procesos de intervención de los NNA y su familia?**

Creo que por sobre todas las cosas, la mayor dificultad es el desamparo en que se encuentran muchos de nuestros casos, desamparo familiar, social, estatal, etc.

Por otra parte, es un factor importante la “libertad” o libre albedrio en que se mantienen estos niños, ya que sin apoyo o contención familiar, muchas veces nuestro trabajo es al viento.

Y como siempre, la adherencia a estos programas es problemática y cuestionable, ya que muchos de nuestros niños niñas han sido sobre- intervenidos por el sistema.

15. ¿Cuál es su opinión sobre los programas PIE?

Estoy convencida que con un trabajo de calidad y compromiso del equipo de profesionales insertos en los programas PIE, los resultados que se podrían alcanzar serían óptimos.

Entrevista en Profundidad 7:
Psicóloga Lisolette Sepúlveda.

7 Entrevista PIE Amulen, Puente Ato

Entrevistada Lisolette Sepúlveda.

Se presenta el proyecto de Tesis, resaltando que lo que se busca en esta investigación es indagar sobre las metodologías presentes en las intervenciones del área psicológica.

1. **¿Cómo son los usuarios de este programa?**

Son jóvenes, niños, niñas y adolescentes desde los 13 años hasta los 17 años 11 meses. Los cuales presentan graves situaciones de vulneración de derechos. También con infractores de ley. En muchos casos se dan ambas condiciones.

Estos niños en su mayoría se encuentran desescolarizados hace bastantes años. Otros se preparan para realizar exámenes libre, rara vez con éxito, ya que no son capaces de hacerse cargo de este proceso de estudios por si solos, debido a la grave vulneración sufrida.

Son niños y jóvenes que se enmarcan dentro de factores de alta complejidad.

En la mayoría de los casos existe escaso apoyo familiar. Siendo un importante factor agravante su entorno social y amical. Sus familias muchas veces se desentienden de los problemas vividos por los niños, además de ser el agente vulnerador en muchos casos. Se repite mucho la negligencia por omisión en estos niños por parte de sus

padres.

En otros casos si hay apoyo, pero el entorno social los limita mucho.

2. **¿Cuáles son esos factores de complejidad?**

Bueno…este programa tiene un instrumentos que denominamos el semáforo, el cual nos permite visualizar el grado de complejidad con la que se presente al joven, además nos permite ir visualizando su evolución o la mantención de dichas conductas…

3. **Ok…pero me puedes especificar cuáles son las variables de complejidad con las que trabaja este programa.**

Claro… son seis variables que se entrecruzan con nuestros cuatro niveles de intervención.

Las variables son:

- Infracción de ley.
- Consumo de drogas.
- Socialización callejera o situación de calle.
- Deserción o retraso escolar.
- Vulneración de derechos.
- Perores formas de trabajo.

4. **¿Cuál es la vía de ingreso de los jóvenes?**

Los casos son derivados desde, y únicamente, del programa de seguridad integral PSI 24 horas. Estos nos envían un listado que proviene de la DIPROFAM.

Nuestro programa cuenta con 50 plazas, las cuales son llenadas a través de este listado.

5. ¿Y ustedes no reciben casos de tribunales?

No, si bien muchas veces los casos que nos llegan vienen con alguna medida judicial, estos no son derivados ni de los tribunales de familia, ni de la fiscalía local.

6. **¿De qué manera se interviene a nivel multidisciplinario?**

La intervención se realiza con un equipo multidisciplinario, el cual cuenta con un asistente social, el que se encarga del apoyo familiar, incluyendo el sujeto de atención por supuesto, en cuanto a la comunicación y coordinación con las redes disponibles.

La conformación del equipo de trabajo es la siguiente:

2 psicólogos, que en nuestro caso (Amulen) sus funciones se dividen en intervención individual familiar y psicodiagnostico.

En el ideal de que ambos llevan los 50 casos. Y a la vez, son ambos también los que realizan intervenciones en crisis y contención cada vez que algún niño, niña o joven lo requiera.

También contamos con 4 tutores (distintas profesiones), los cuales son los interventores directos de cada caso, siendo apoyados por los profesionales anteriormente mencionados.

Y finalmente un coordinador, el cual se encarga de temas administrativos que el programa requiere.

7. **Me podrías explicar eso de que son los tutores los responsables del caso, y qué los profesionales son el apoyo.**

Claro, la modalidad que tiene este programa es que el educador o tutor, como quieras llamarlo, es el responsable de la intervención del caso, es él quien desarrolla el diagnostico y el plan de intervención. Ehhh… es… se podría decir, él vinculo

primario.

No se… me explique bien?

8. **Si… pero me surge una duda, ¿Sí es el tutor el encargado de llevar el caso, de intervenir, ¿cuál es la labor del psicólogo en este programa?**

Ehhh… a ver… es más bien como un apoyo diagnostico, e interviene cuando las problemáticas son del ámbito psicológico.

Esto no quiere decir que los psicólogos no realicen procesos de intervención…el tema acá, en particular en este programa, porque no sé cómo se da en otros programas, es que tanto el educador, como el resto de los profesionales del equipo hacemos una labor de acompañamiento y de vinculación, y es por medio de esas instancias que se desarrollan procesos más profundos, dependiendo de la problemática de cada chiquillo.

9. **¿Y cómo se distribuyen los casos?**

Los casos se distribuyen de acuerdo a la profesión de cada profesional en el programa, los tutores tienen aproximadamente 10 casos cada uno, el asistente social tiene a cargo los 50 casos y nosotros los psicólogos va a depender de la carga horaria y de la función, por lo general la proporción es de 2:3 y la coordinadora no ve ningún caso ya que su labor es más bien administrativa.

10. **¿Se trabaja en triada?**

Cuando yo llegue al equipo se planteo una nueva modalidad de trabajo, que era más interdisciplinario. No se dividían los casos en tutor, educador o asistente social, si no que se intento una modalidad de dupla tutorial acompañada por los dos psicólogos y la asistente social. La idea era para que se mantuviera la información fluida entre los

compañeros en torno a los casos.

11. **¿Cómo se confeccionar el diagnostico y el Plan de intervención individual?**

Los encargados de desarrollar el diagnostico y el PII son los tutores, los demás profesionales entregamos los insumos para luego realizar un diagnostico y un PII integrado.

Al ser los tutores los responsables de los casos son ellos los que realizan la labor administrativa, pero esto no quiere decir ehhh… que nosotros no realicemos diagnósticos…no… simplemente que como te mencione antes, acá los psicólogos somos el apoyo a los educadores… son ellos los que realizan la vinculación de los chicos al programa… nosotros intervenimos en la profundización de temáticas que son más del área psicológica.

12. **¿Visualizas alguna diferencia entre la labor que realiza el tutor y el psicólogo?**

En mi caso sí, porque fui contratada para realizar procesos psicodiagnósticos. Ehh… Lo que si me encontré fue que cuesta mucho llevar a cabo este proceso de intervención psicológico constante con estos chicos dada su complejidad y su poca adherencia a los procesos psicológicos, entonces lo que ocurre es que en un rato la labor del psicólogo es similar a la del tutor porque tiene que hacer acompañamiento, las salidas a terrenos… hace procesos educativos a la par con el tutor, pero creo que la diferencia radica en la manera de abordar las problemáticas y de problematizar aquellas conductas que son transgresoras al desarrollo del chico… mmm… eso.

13. **¿De qué manera intervienes psicológicamente con estos chicos?**

La intervención psicológica se base principalmente en contención e intervención en

crisis cada vez que un niño, niña o joven lo requiera.

En ciertos casos, es posible la continuidad de sesiones y es con estos niños con los que se logra llevar a cabo un proceso, no de psicoterapia en sí, pero lo más cercano posible, muchas veces desde la consejería y apoyo contante en las distintas experiencias vividas por los usuarios.

14. **¿De qué manera realizas el proceso de vinculación?**

Ehh… como explicarlo, con mucha escucha, siendo respetuosa con sus historias de vida, empática… yo creo q de esa forma…

Acompañando, y guiando... Creo que muchas veces nuestra labor se en marca más en un proceso de acompañamiento terapéutico…

15. **Llevas a cabo procesos psicoterapéuticos.**

Ehh... Hasta el momento no. No podría llamar psicoterapéutico a lo que he realizado, ya que llevo 5 meses en este proyecto, y recién estoy en proceso de vinculación.

Para mi llevar a cabo un proceso psicoterapéutico, significa una constancia por parte del paciente que acá no existe, acá no hay una demanda directa de una problemática específica. Acá se instala una problemática que no es visible ni por sus familias y difícilmente por los mismos chiquillos. Entonces veo complicado llevar un proceso psicoterapéutico, no digo que sea imposible, pero dado eso y las dificultades que ha tenido este programa durante este año, se hace más difícil.

16. **Como abordas las temáticas de alta complejidad a nivel psicológico.**

Este programa trabaja bajo seis factores de complejidad, los cuales se intenta elaborar un proceso que permita detener la situación de vulneración de derechos del niño.

En la práctica la intervención se hace mediante entrevistas, actividades grupales,

salidas… uhmm… como que la idea de este programa es entregar un espacio protector y significativo para los chicos.

17. **Este programa cuenta con alguna metodología de intervención psicológica.**

Si, cuando ingrese al programa me mostraron un modelo que adscribe a la corriente sistémica constructivista, el cual entrega unas pautas de aplicación… Personalmente creo que la mayoría de las pautas son tediosas y es de puro papeleo.

Las metodologías utilizadas son principalmente visita a terreno, en donde se intenta una entrevista con familia y niño/a, la cual no es siempre lograda.

Por otra parte, se utiliza la cita individual del niño/as en donde se trabajan temáticas específicas de cada caso, siguiendo la urgencia de cada situación o evento ocurrido en la vida del niño, pero difícilmente estas "citas" tienen continuidad debido a lo variable de la asistencia del niño.

18. **¿Qué instrumentos aplican.?**

Yo fui contratada para una labor psicodiagnóstica, lo que aplico en los niños son el test de LUSHER, el ROTCHAT, entrevistas…Ehh…he intentado hacer test psicométricos, pero los chicos no asisten a las evaluaciones ehh pero además este programa cuenta con instrumento de aplicación diagnostica que es el DAC (diagnostico de alta complejidad)… el FPR (factores protectores y de riesgo)… AFF (análisis de funcionamiento familiar)… los cuales intentan de dar cuenta la realidad de los chicos, tanto a nivel individual y familiar y sociocultural.

19. ¿**Realizas intervenciones familiares?**

Hasta el momento no me ha tocado hacer ninguna.

20. ¿**Realizas intervenciones grupales?**

Si… se realizan actividades grupales en donde se intenta trabajar con los chiquillos entorno al respeto, la diversidad, a la aceptación, al reconocimiento de sus pares, pero pensándolo bien… como intervenciones grupales tipo talleres... a mí no me ha tocado ni desarrollar ninguno.

21. ¿**Cómo son los grupos sociales o amicales en que se desenvuelve el niño o niña?**

Este es un de los factores agravantes de las experiencias de estos niños, niñas, ya que viven en espacios muy vulnerados socialmente, con escasas oportunidades y muchas limitaciones, como educacionales, culturales, de salud, entre otras. Además son sectores teñidos de drogadicción y delincuencia, que al crecer ahí, es el ejemplo más cercano y factible de imitar.

22. **Desde que enfoques psicológico realizas las intervenciones.**

Yo adscribo una perspectiva sistémica, pero va a depender de cada caso… hay casos que no encajan, no sirven.. No son atingentes a la problemática y por eso se utilizan una gama amplia de enfoques teóricos para abordar las problemáticas.

23. **Como analizarías tu trabajo en este programa.**

No podría dar una opinión al respecto, por el poco tiempo en el programa. Y han ocurrido situaciones que han entorpecido el proceso de intervención, que son ajenas a la labor del profesional en el programa… Entonces no podría dar un análisis.

24. **¿Cuál es tu percepción de los programas PIEs.**

Creo que los programas PIE desde su base son una buena “idea”, con esto me refiero a que desde sus bases técnicas está bien planteado, claramente todo depende de cómo esto se lleve a la práctica.

Considero fundamente que exista un equipo altamente especializado en las temáticas que aquí se tratan, además de lo técnico o la expertiz de los profesionales, también considero importantísimo el compromiso profesional que se entregue a la gestión, ya que es un trabajo de alto desgaste profesional, ya que conlleva constantes decepciones y frustraciones en el trato con niño, niña o joven y sin compromiso y ética profesional el alcance o logros de estos programas son escasos o nulos.

Por otra parte, pienso que es importante el trabajo en redes, ya que un programa por si sólo en este caso el PIE, no tiene la capacidad de acoger las distintas necesidades y demandas de los usuarios.

Eso sería todo… muchas gracias.

8. Categorización

Segmentación y codificación.

Categorías	Tópicos	Localización
1. Perfil del sujeto de atención	Vía de Ingreso de los Usuarios.	**IIEE5P9-IEP1P9-IEP2P1-IEP2P8-IEP3P2-IIEP4P1-IIEP5P5-IIIEP6P10-IVEP7P4-IVEP7P5**
	Rango de Edad de los Usuarios.	**IEP1P1-IEP1P9-IEP2P1-IEP3P1-IIEP4P2-IIIEP6P10-IVEP7P1**
	Identificación de factores de alta complejidad.	**IEE3P13-IIEE5P13 IEP1P11-IEP2P1-IEP2P13-IIEP4P2-IEP3P9-IIEP4P5-IIEP4P50-IIEP4P54-IIEP5P2-IIEP5P3-IIIEP6P9-IIIEP6P22-IVEP7P1-IVEP7P3**
	Distribución de los casos por profesional.	**IEP1P3-IEP1P4-IEP2P2-IEP2P3-IVEP7P9**
2. Metodologías de Intervención	Número de Plazas que atiende el Programa	**IEP1P2-IEP2P1-IEP3P2-IIEP4P35-IIIEP6P10-IVEE7P6-IVEP7P4**

	Conformación del Equipo de profesionales.	**IEE1P9-IEE2P9-IEP1P4-IEP2P2-IIEP4P35-IIEP5P42-IIIEP6P32-IIIEP6P33-IVEP7P6**
	Estratificación de funciones por profesionales	**IEP1P4-IEP1P8-IEP2P3-IIEP4P32-IIEP4P33-IIEP4P34-IIEP4P35-IIEP4P36-IIEP5P5-IIEP5P6-IIEP5P41-IIEP5P42-IIEP5P44-IIIEP6P2-IIIEP6P19-IIIEP6P21-IVEP7P6-IVEP7P7-IEP3P10**
	Trabajo Multidisciplinario	**IEP1P17-IIEP5P12-IIIEP6P5-IIIEP6P19-IIIEP6P21-IVEE7P9-IVEP7P6**
	Trabajo Interdisciplinario/ Transdisiplinario	**IEP1P2-IEP1P4-IEP1P8-IEP1P17-IEP2P15-IEP3P1-IEP3P5-IEP3P10-IIEP4P4-IIEP4P34-IIEP4P36-IIEP5P4-IIEP5P6-IIEP5P19-IVEP7P10**
	Confección de Diagnósticos y Planes de Intervención.	**IEE1P7-IEE2P13-IEE3P8-IIEE5P13-IIIEE6P8-IIIEE6P9-IEP1P4-IEP1P26-IEP2P3-IEP3P4-IIEP4P28-IIEP4P29-IIEP5P5-IIEP5P6-**

		IIIEP6P2-IIIEP6P3-IVEE7P9-IVEP7P11
3. Intervención Psicológica	Cargo del psicólogo en el Programas PIE.	**IEE1P7-IEE2P7-IEE3P7-IIEE4P7-IIEE5P7-IIIEE6P7-IVEE7P7**
	Rol o Función que desempeña el Psicólogo en programas PIE	**IEE1P8-IEE2P8-IEE3P8-IIEE4P8-IIEE5P8-IIIEE6P8-IVEE7P8-IEP3P12-IIEP4P4-IIEP4P21-IIEP4P51-IIEP5P37-IIEP5P38-IIIEP6P6-IIIEP6P19-IIIEP6P20-IVEE7P8-IVEP7P12**
	Número de casos a su a cargo	**IEE1P6-IEE2P6-IEE3P6-IIEE4P6-IIEE5P6-IIIEE6P6-IVEE7P6-IEP3P3-IIIEP6P33-IVEE7P6**
	Intervención con indicadores e alta complejidad.	**IEE1P12-IEE1P13-IEE2P12-IEE2P13-IEE3P13-IIEE4P12-IIEE4P13-IIEE5P13-IEP1P10-IEP1P14-IEP2P11-IEP3P8-IIEP4P50-IIEP5P3-IIIEP6P25-IVEE7P12-IVEE7P13--IVEP7P16**
	Instrumento de la intervención Psicológica.	**IEE1P11-IIEE4P10-IIEE4P11-IIEE5P11-IEP1P21-IEP1P23-IEP2P26-IEP2P27-IEP2P29-IIEP4P25-**

		IIEP4P48-IIEP5P4-IIEP5P7-IIEP5P9-IIIEP6P13-IIIEP6P22-IVEP7P2-IVEP7P16-IVEP7P18
	Elaboración de metodologías de intervención en el área psicológicas.	**IEE2P11-IEE3P11-IIEE4P11-IIEE5P11-IIIEE6P11-IEP3P13-IEP3P15-IIEP4P24-IIEP4P26-IIEP4P53-IIIEP6P1-IVEE7P11--IVEP7P17**
	Corriente teórica a la que adscribe o realiza la intervención el profesional Psicólogo.	**IEE1P10-IEE2P10-IEE3P10-IIEE4P10-IIEE5P10-IIIEE6P10-IEP1P24-IEP2P30-IEP2P40-IEP3P21-IEP3P14-IIEP4P7-IIEP4P8-IIEP4P10-IIEP4P20-IIEP4P42-IIEP5P27-IIEP5P32-IIEP5P51-IIIEP6P34-IVEE7P10-IVEP7P22**
	Intervención Individual.	**IIEE4P9-IIEE5P9-IIEE5P10-IIEE5P12-IIIEE6P9-IEP1P21-IEP1P26-IEP2P9-IEP2P18-IEP2P19-IEP2P28-IEP2P31-IEP2P32-IEP3P4-IIEP4P6-IIEP4P7-IIEP4P9-IIEP4-P19-IIEP4P23-IIEP4P42-IIEP4P48-IIEP4P51-IIEP5P3-IIEP5P6-IIEP5P8-IIEP5P17-**

		IIEP5P25-IIEP5P27-IIEP5P33-IIEP5P36-IIEP5P46-IIEP5P52-IIIEP6P2-IIIEP6P4-IIIEP6P11-IIIEP6P17-IIIEP6P21-IVEE7P7-IVEP7P13-IVEP7P17
	Intervención Familiar.	**IIIEE5P9-IIIEE6P9-IEP1P25-IEP2P28-IEP2P31-IEP3P14-IEP3P20-IIEP4P7-IIEP4P10-IIEP4P23-IIEP5P33-IIEP5P36-IIIEP6P4-IIIEP6P14-IIIEP6P17-IVEP7P19**
	Intervención Grupal	**IEP3P14-IIEP4P23-IIEP5P9-IIEP5P33-IIEP5P36-IIIEP6P16-IVEP7P20**
4. Enfoques de Psicoterapéuticos	Procesos de Vinculación.	**IIEE5P12-IIIEE6P9-IEP1P4-IEP1P15-IEP1P26-IEP2P6-IEP2P14-IEP2P33-IEP3P10-IIEP4P3-IIEP4P5-IIEP4P6-IIEP4P20-IIEP5P7-IIEP5P62-IIEP5P63-IIIEP6P4-IVEP7P8-IVEP7P14**
	Procesos Psicoterapéuticos.	**IEE1P11-IEP1P6-IEP1P7-IEP1P27-IEP1P28-IEP2P4-IEP2P6-IEP2P34-IEP2P35-IEP2P36-IEP2P38-IEP2P39-**

		IEP2P40-IEP3P7-IEP3P16-IEP3P18-IEP3P20-IIEP4P10-IIEP4P11-IIEP4P12-IIEP4P14-IIEP4P15-IIEP4P18-IIEP4P19-IIEP4P20-IIEP4P44-IIEP4P45-IIEP4P46-IIEP4P48-IIEP4P51-IIEP4P53-IIEP5P21-IIEP5P28-IIEP5P29-IIEP5P30-IIEP5P32-IIEP5P47-IIEP5P51-IIIEP6P7-IIIEP6P8-IIIEP6P11-IIIEP6P12-IIIEP6P34-IVEP7P12-IVEP7P13-IVEP7P15
	Acompañamiento Terapéutico.	**IEP1P8-IEP1P20-IEP2P16-IIEP4P33-IVEP7P8-IVEP7P14**
	Evaluaciones Psicodiagnósticas.	**IEP1P18-IEP1P19-IEP2P16-IEP2P17-IEP2P18-IEP3P11-IIEP4P7-IIEP4P52-IIEP4P53-IIIEP6P27-IVEP7P18**
5. Efectos de la intervención Psicológica	Nivel Individual.	**IEE1P14-IEE2P14-IEE3P14-IEP1P25-IEP2P24-IEP4P53-IIEP5P24-IIEP5P60-IIEP5P61-IIEP5P65-IIIEP6P15-IIIEP6P18-IIIEP6P24-IVEE7P14**
	Nivel Familiar.	**IEE1P14-IEE3P14-IIEE4P14-IIEE5P14-**

		IEP1P25-IEP2P40-IEP3P15-IIEP5P23-IIEP5P60-IIEP5P61-IIIEP6P15-IIIEP6P18-IIIEP6P24-IVEE7P14
	Nivel Reticular (Redes)	**IIEE5P14-IEP2P13-IIEP5P60-IVEE7P14-IVEP7P24**
	Nivel Comunitario.	**IIEP5P60-IIEP5P65**
6. Percepción de los programas PIE	Implementación.	**IIEE5P15-IIEP4P54-IIEP5P60-IIEP5P65-IIIEP6P26-IVEE7P15-IVEP7P24**
	Recursos.	**IEP1P29-IIEP5P24-IIIEP6P26-**
	Fortalezas.	**IEE1P15-IEE3P15-IIEP4P55-IEP3P22-IIEP5P65-IIIEP6P28-IIIEP6P30-IVEP7P24**
	Debilidades.	**IEE2P15-IIEE4P15-IEP1P29-IEP2P41-IEP3P22-IIEP4P55-IIEP5P60-IIEP5P65-IVEP7P23**
7. Sin Categoría	**IEE1P1-IEE1P2-IEE1P3-IEE1P4-IEE1P5-IEE2P1- IEE2P2- IEE2P3- IEE2P4- IEE2P5-IEE3P1- IEE3P2- IEE3P3- IEE3P4- IEE3P5-IIEE4P1- IIEE4P2- IIEE4P3- IIEE4P4-**	

	IIEE4P5- **IIEE5P1- IIEE5P2- IIEE5P3- IIEE5P4-** **IIEE5P5-** **IIIEE6P1- IIIEE6P2- IIIEE6P3-IIIEE6P4-** **IIIEE6P5-IVEE7P1- IVEE7P2- IVEE7P3-** **IVEE7P4- IVEE7P5- IEP1P12-IEP1P13-** **IEP1P22-IEP2P10-IEP2P20-IEP2P21-** **IEP2P22-IEP2P23-IEP2P25-IEP3P17-** **IEP3P19-IIEP4P22-IIEP4P27-IIEP4P30-** **IIEP4P31-IIEP4P39-IIEP4P40-IIEP4P41-** **IIEP4P49-IIEP5P1-IIEP5P10-IIEP5P11-** **IIEP5P12-IIEP5P13-IIEP5P14-IIEP5P15-** **IIEP5P16-IIEP5P18-IIEP5P26-IIEP5P34-** **IIEP5P35-IIEP5P39-IIEP5P40-IIEP5P43-** **IIEP5P48-IIEP5P49-IIEP5P53-IIEP5P54-** **IIEP5P55-IIEP5P56-IIEP5P57-IIEP5P58-** **IIEP5P59-IIEP5P66-IIEP5P67-IIIEP6P23-** **IIIEP6P29- IIIEP6P31-IVEP7P7-IVEP7P21**