

ARTÍCULO CIENTÍFICO

# Trabajo social clínico relacional: un acercamiento a factores que facilitan la alianza terapéutica con familias

Clinical relational social work: an approach to factors that facilitate therapeutic alliance with families

Trabalho social clínico relacional: uma abordagem aos fatores que facilitam a aliança terapêutica com famílias

**XIMENA DE TORO CONSUAGRA**

*Trabajadora Social*

*Msc. in Childhood Studies, University of Edinburgh*

*Dra. en Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile*

*Vicerrectoría de Investigación y Doctorados, Universidad Autónoma de Chile, Santiago, Chile*

*ximenadetoro@gmail.com*

*<https://orcid.org/0000-0002-9147-023X>*

**DARIELA SHARIM KOVALSKYS**

*Psicóloga*

*Doctora en Ciencias Psicológicas, Université Catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Bélgica*

*Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC), Santiago, Chile*

*dsharim@uc.cl*

*<https://orcid.org/0000-0001-8926-3349>*

---

## Resumen

Las familias que son derivadas al sistema de protección infantil en Chile han enfrentado diversas exclusiones sociales y acuden mayoritariamente de manera obligatoria a partir de una medida judicial, lo que genera dificultades específicas al momento de brindar un apoyo efectivo. Este artículo tiene como objetivo revelar cómo un foco en la relación terapéutica puede contribuir a la intervención familiar en contextos de intervención obligada. Para lograr esto, analizaremos qué factores relacionales pueden facilitar u obstaculizar la alianza terapéutica entre trabajadoras sociales y cuidadoras familiares<sup>1</sup> de niños y niñas que asisten al sistema de protección desde una perspectiva relacional y en miras a la consolidación de un enfoque clínico dentro de la intervención. Nuestro estudio es de naturaleza longitudinal, y consistió en seguir a seis díadas de trabajadora

---

1 Se utiliza el genérico trabajadoras sociales para referirse a profesionales de sexo masculino y femenino. Se opta por usar el concepto en femenino en reconocimiento que la mayoría de los y las profesionales de esta disciplina han sido mujeres desde sus orígenes. También se utiliza el genérico cuidadoras para referirse a padres, madres o cuidadores/as consanguíneos o no. Se opta por usar el concepto en femenino en reconocimiento que la mayoría de familiares y cuidadores que asisten al sistema de protección y asumen las tareas de cuidado y crianza son mujeres.

social-cuidadora durante 11 meses utilizando diversas técnicas cualitativas. Como resultados se observó un conjunto de competencias, actitudes y técnicas que adquieren una relevancia distinta según el momento de la intervención. La presencia de estos elementos puede fortalecer la alianza, mientras que su ausencia o presencia opuesta puede dificultarla y por tanto afectar los procesos de cambio. En general estos elementos son coherentes con los planteamientos de los modelos de intervención colaborativos y relacionales. El artículo concluye con un análisis de los resultados, recomendaciones para la formación de trabajadoras sociales y futuras líneas de investigación.

*Palabras clave: intervención familiar, competencias terapéuticas, sistema de protección infantil, enfoque relacional, trabajo social clínico, alianza terapéutica.*

### **Abstract**

Families referred to the child protection system in Chile have faced various social exclusions and typically come in through mandatory measures imposed by court decisions, which pose specific challenges for effective support. This article aims to reveal how a focus on the therapeutic relationship can contribute to family intervention in contexts of mandatory involvement. To achieve this, we will analyze which relational factors can facilitate or hinder the therapeutic alliance between social workers and family caregivers of children involved in the protection system from a relational perspective, aiming to consolidate a clinical approach within intervention. Our study is longitudinal, following six social worker-caregiver dyads over 11 months using various qualitative techniques. The results identified a set of competencies, attitudes, and techniques that acquire varying relevance depending on the stage of intervention. The presence of these elements can strengthen the alliance, whereas their absence or opposing presence can hinder it and thereby affect the change processes. Overall, these elements align with the principles of collaborative and relational intervention models. The article concludes with an analysis of the findings, recommendations for social worker training, and future research directions.

*Keywords: family intervention, therapeutic competencies, child protection system, relational approach, clinical social work, therapeutic alliance.*

### **Resumo**

Famílias encaminhadas ao sistema de proteção à infância no Chile têm enfrentado diversas exclusões sociais e geralmente chegam de maneira obrigatória por meio de medidas judiciais, o que gera dificuldades específicas para oferecer um suporte efetivo. Este artigo tem como objetivo revelar como um foco na relação terapêutica pode contribuir para a intervenção familiar em contextos de intervenção obrigatória. Para alcançar isso, analisaremos quais fatores relacionais podem facilitar ou dificultar a aliança terapêutica entre assistentes sociais e cuidadores familiares de crianças que participam do sistema de proteção, sob uma perspectiva relacional e com vistas à consolidação de uma abordagem clínica na intervenção. Nosso estudo é de natureza longitudinal, seguindo seis díades de assistente social-cuidador ao longo de 11 meses, utilizando diversas técnicas qualitativas. Os resultados identificaram um conjunto de competências, atitudes e técnicas que adquirem relevância variável dependendo do estágio da intervenção. A presença desses elementos pode fortalecer a aliança, enquanto sua ausência ou presença oposta pode dificultá-la e, assim, afetar os processos de mudança. De maneira geral, esses elementos estão alinhados com os princípios dos modelos de intervenção colaborativos e relacionais. O artigo conclui com uma análise dos resultados, recomendações para a formação de assistentes sociais e direções futuras de pesquisa.

*Palavras-chave: intervenção familiar, competências terapêuticas, sistema de proteção infantil, abordagem relacional, trabalho social clínico, aliança terapêutica.*

## Introducción

### Familias en crisis, sistema de protección y trabajo social

Las familias se han visto enfrentadas a un conjunto de demandas frente a las crisis económicas, sociales y medioambientales, sobre todo en países familiarizados (Studsrød et al., 2018) donde la responsabilidad sobre el bienestar de las familias cae principalmente en las familias, cumpliendo el estado un rol más bien subsidiario. Lo anterior implica que las familias tienen que depender en gran medida de soluciones y prácticas basadas en el mercado, acentuando las diferencias socioeconómicas entre aquellos que pueden permitirse el bienestar basado en el mercado y los que no pueden. Como consecuencia el bienestar subjetivo de los sectores más empobrecidos se ve afectado, lo que se cruza con prácticas familiares precarizadas, menos redes de apoyo y patrones más tradicionales de relaciones (Muñoz-Guzmán, 2022). No es casual entonces que la mayoría de las familias que son derivadas al Sistema de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia en Chile por vulneración de derechos sean de contextos de vulnerabilidad social (Observatorio Observa, 2014).

El sistema de protección en Chile cuenta con programas de atención residencial y ambulatoria que dependen del Servicio de Protección Especializada que surge en 2021, y que para la fecha de este artículo refieren que están transformando la oferta de los programas heredados de ex Servicio Nacional de Menores (Mejor Niñez, 2023). Si bien cada programa cuenta con sus orientaciones técnicas, en general se proponen las siguientes fases: ingreso y acogida; profundización del informe diagnóstico y ajuste del plan de intervención; ejecución; sostenibilidad y cierre. Allí los niños/as y sus familias son atendidos por una dupla psicosocial entre otros profesionales. Mientras el profesional psicólogo atiende primordialmente a los niños/as, la trabajadora social atiende a la familia. El modelo de intervención en dupla psicosocial ha sido un referente para otros países de la región (Barría, 2021).

Dicho sistema ha sido seriamente cuestionado con alertas sobre severas vulneraciones que incluyen largas permanencias en el sistema, baja intervención para la reunificación familiar e insuficiente preparación de los funcionarios, entre otras críticas. Lo anterior se explica porque son instituciones subfinanciadas con relación a la complejidad que atienden (CJS,

2021). A ello cabe agregar ciertas barreras vinculadas al sistema profesional que son de interés de este artículo. Específicamente, es de interés lo que sucede en la relación entre trabajadoras sociales y cuidadores de niños/as que son derivados a los programas del sistema de protección en Chile.

De acuerdo con las orientaciones técnicas de los distintos programas (Mejor Niñez, 2023) las trabajadoras sociales intervienen con objetivos tales como: fortalecimiento de las competencias parentales y la resiliencia, promover dinámicas familiares bien tratantes y la revinculación familiar, o abordar la situación de exclusión y vulnerabilidad social que pueda presentar la familia. Se aprecia entonces que estamos ante intervenciones donde el enfoque clínico es altamente pertinente pues buscan reforzar los recursos personales y sociales para un mayor bienestar biopsicosocial y justicia social, que es el horizonte del trabajo social (Ituarte, 2017).

Se concibe al trabajo social clínico como una práctica altamente relacional donde la relación terapéutica se torna como el vehículo principal para el cambio en el funcionamiento sistémico de las personas (Ituarte, 2017). Igualmente, Trevithick (2003) enfatiza la importancia de un enfoque en trabajo social basado en la relación que le permita a los sujetos mediante el establecimiento de un vínculo afectivo co-construir nuevos significados, formas de pensar o de sentir. Lo anterior nos conduce a profundizar en el concepto de alianza terapéutica.

### Alianza terapéutica

Para Bordin (1979), una alianza colaborativa es una relación que se da entre un individuo y un agente de cambio compuesta de tres elementos: el vínculo, un acuerdo con respecto a las metas y un acuerdo en las tareas. La literatura (Escudero & Friedlander, 2017; Horvath, 2018) destaca que la asociación entre una mejor alianza y mayores beneficios del tratamiento no solo adquiere sentido en la psicoterapia individual con adultos, sino que también en otras relaciones de ayuda. Para Bordin (1979), la alianza es genérica a todas las terapias y la diferencia está en las tareas y los objetivos. Así, se ha extendido el estudio de la alianza para su uso con niños, grupos, parejas y familias y en diversas modalidades de intervención, tales como la relación médico-paciente en hospitales o con trabajadoras sociales que pueden o no tener formación en psicoterapia (Cheng & Lo, 2019; Escudero & Friedlander, 2017; Hatcher, 2010; Steens et al., 2018).

En el caso del sistema proteccionista chileno, lo que se da principalmente es lo que la literatura ha denominado la alianza parental, dado que se trabaja con el adulto responsable del niño/a, estando en este último foco de la intervención. Siguiendo a Lamers et al. (2015) y a Kazdin y Whitley (2006), la alianza parental está asociado con una menor tasa de deserción de la intervención y con una mayor satisfacción y compromiso con la terapia. Sin embargo, los limitados estudios en alianza parental han investigado principalmente la alianza de los padres con el terapeuta del niño, no así con un terapeuta distinto al del niño en el mismo programa o con un equipo de intervención. De allí que se sugiera avanzar en conocer qué sucede cuando el cuidador es visto por un profesional distinto al del niño, que es el foco de este artículo.

Si bien la investigación sugiere que ciertas características del usuario y el problema por el cual es referido moderan la relación alianza-resultado, no se ha abordado en profundidad los precursores de la alianza parental, sus trayectorias y los factores relacionados (Kazdin & Whitley, 2006; McLeod, 2011; Steens et al., 2018), siendo de interés de este artículo profundizar en aquellos factores relacionales que facilitan u obstaculizan la alianza terapéutica. Esto es relevante pues las posibilidades de brindar conductas protectoras pueden verse afectada por las experiencias en el sistema de protección. Al respecto, es preocupante los reportes de padres en estudios internacionales (Killian et al., 2017; Kilroy et al., 2014; van Toledo & Seymour, 2013), que refieren reacciones adversas desde los profesionales del sistema (ej. no solidarios, impersonales, molestos, que solicitaban información reiterativamente, de un trato degradante y sin profesionalidad). De allí el aporte que puede entregar la perspectiva relacional al momento de comprender y mirar el trabajo con familias.

## Perspectiva relacional

El modelo relacional nace desde el psicoanálisis y fue introducido por Greenberg y Mitchell (1983) para destacar la importancia del encuentro clínico significativo con un otro, y cómo en ese espacio las dinámicas internas son susceptibles al cambio. Se trata de una perspectiva que ahonda en las maneras en que los contextos relacionales, sociales y culturales de un individuo influyen en las dinámicas de los fenómenos mentales y en cómo la relación terapéutica contribuye al cambio (Moreno, 2009). Para Wachtel (2008), el cambio no se comprende como el final de un proceso de descubrimiento, sino

que el cambio es el proceso y lo que se descubre no es algo que ya estaba ahí, sino algo que surge del propio proceso de exploración e interacción consigo mismo.

Tal modelo se separa de la forma de pensamiento que concibe a un ellos y a un nosotros en la relación terapéutica (Altman, 2007), escisión que alude a la separación sujeto-objeto del positivismo y que inspira una lógica de causa-efecto alejada de lo subjetivo. Por el contrario, cobra importancia la singularidad del individuo, aludiendo a la fenomenología y al constructivismo al reconocer un campo intersubjetivo que determina cada subjetividad y a su vez es determinada por éstas, el tercero intersubjetivo (Jordan, 2008).

Más que una escuela teórica, la perspectiva relacional es una sensibilidad abierta a nuevos y diversos desarrollos teóricos, siendo altamente compatible con la línea clínica del trabajo social pues la mirada fenomenológica ha estado presente por décadas en la disciplina y la relación se ha considerado clave para ayudar a usuarios de diversas poblaciones (Campos-Vidal et al., 2017; Rosenberger, 2014; Tosone, 2004).

Para Rosenberger (2014), desde el punto de vista relacional, fuerzas a nivel del micro, meso y macrosistema interactúan para crear una visión de mundo que se presenta en la práctica del trabajo social. De allí que una orientación hacia la interacción interpersonal y el aprendizaje experiencial antes que la información didáctica es lo que subyace a la postura teórica relacional en el trabajo social clínico, haciendo hincapié que se requiere avanzar hacia una mirada actualizada que valide su centralidad. Bajo dicho enfoque, se busca involucrar al usuario en una exploración de sus significados, incluyendo las impresiones sobre la trabajadora social, enfatizándose que la relación terapéutica es un factor clave en los resultados. La pregunta que surge entonces es sobre que otros factores relacionales impactan en la alianza terapéutica.

## Factores relacionales y sistema de protección

Siguiendo a Smith et al. (2012), uno de los factores que más probablemente neutraliza la negatividad del usuario en un contexto de intervención obligada es el desarrollo de una relación de calidad con las trabajadoras sociales. Desde esta perspectiva relacional (Mitchell, 1988; Rosenberger, 2014), un conjunto de elementos abre las puertas al descubrimiento mutuo

y a la planificación colaborativa de intervenciones clínicas en trabajo social. Por ejemplo: el énfasis en una mutualidad por sobre una relación jerárquica en el espacio clínico; la coconstrucción de significados antes que las suposiciones previas; y la presencia auténtica e interactiva del clínico en lugar de la idea de un terapeuta como una hoja en blanco.

Al respecto, Tosone (2004) reconoce ciertas características asimétricas en la intervención de las trabajadoras sociales, por ejemplo su posición de poder al estar dentro de una institución, factores que no deben desconocerse dado que permean la relación. De allí que Aron (en Tosone, 2004) plantee que la simetría implica más bien paridad de experiencias, proponiendo el concepto de mutualidad. Esto implica reconocer que el usuario es el experto en su propia vida y que las dos partes son impactadas por la interacción, pero no necesariamente en una forma simétrica.

Siguiendo a Escudero y Friedlander (2017), para la consolidación de la alianza debe abordarse la falta de seguridad de la familia o la sensación de confort dentro del espacio terapéutico. Para ello, el terapeuta debe determinar la relación de la familia con la institución y entender cómo ellos ven al terapeuta en relación con ese servicio. Esto es relevante pues en el ámbito proteccional a menudo son derivadas familias que enfrentan variadas adversidades y deprivaciones, lo que se vincularía a las dificultades para iniciar o mantenerse en un espacio terapéutico. Tal dificultad radica en parte en el choque entre el contexto socio-cultural de los usuarios y el contexto profesional.

Escudero y Friedlander (2017) añaden que el optimismo es fundamental cuando se trabaja con familias multiestresadas, quienes tenderían a ver con pesimismo las opciones de cambio frente a un conjunto de dificultades que han tenido que sobrellevar, y más aún cuando en el proceso se pueden ir sumando nuevas frustraciones. Por lo tanto, contar con profesionales que sean calificados y con competencias para construir relaciones colaborativas es clave para alcanzar una mayor permanencia, una menor reincidencia en el sistema, un mayor logro en los planes de fortalecimiento familiar y por ende, un menor número de niños fuera de sus casas (Cheng & Lo, 2018). Tomando estos antecedentes el artículo busca ahondar en aquellos factores relacionales que pueden facilitar u obstaculizar la alianza terapéutica parental a lo largo del proceso de intervención en la práctica de las trabajadoras sociales.

## Metodología

Esta investigación es un diseño de casos múltiples de tipo longitudinal, que involucra una examinación sistemática e intensiva de una cantidad de casos específicos a lo largo del tiempo, mediante la recopilación de datos en profundidad y múltiples fuentes de información, buscando así una descripción detallada del caso o de temas vinculados a los casos (Creswell, 2014). Se comprende un caso como la diada trabajadora social-cuidadora (familiar consanguíneo no o no del niño/a). Los procedimientos usados en esta investigación son cercanos al constructivismo, lo que nos lleva a métodos de investigación cualitativos para obtener a través de las palabras una descripción y comprensión de la complejidad del fenómeno sobre la base de las perspectivas subjetivas de los participantes (Flick, 2007).

## Participantes

La selección de la muestra se acogió a distintos criterios descritos por Flick (2007). Primero se trató de un muestreo por conveniencia pues el trabajo de campo se realizó en la institución con la que la investigadora pudo firmar un acuerdo de colaboración y que cumplía con el requisito de ser una institución ejecutora de programas del sistema de protección de Chile. En los programas de la institución se atienden a niños y cuidadores (familiares) derivados desde el Tribunal de Familia, siendo las trabajadoras sociales las encargadas de trabajar con los adultos en dupla con un profesional de la psicología que trabaja preferentemente con los niños/as.

Para la selección de las trabajadoras sociales se consideró el total de las trabajadoras sociales de la institución con la que se hizo el contacto y que estaban dispuestos a participar voluntariamente en la investigación. Para la selección de los cuidadores, se apeló al criterio de los casos particularmente típicos “es decir, los casos en los que el éxito o el fracaso son realmente característicos para la media o la mayoría de los casos” (Flick, 2007, p. 82). Solo se tomó como criterio de selección el tiempo de intervención dentro de cada uno de los programas, aplicando un criterio de aleatoriedad entre quienes llevan el mismo tiempo de intervención. Esto, pues se buscaba analizar diadas que se encontrasen en diferentes momentos, de manera tal de abarcar una mayor cantidad de tiempo para comprender las trayectorias de la alianza (Tabla 1). El criterio de exclusión fue la capacidad devaluada para consentir por discapacidad mental y ser menor de 18 años. A partir de lo anterior se selecciona-

TABLA 1. MUESTRA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

Tipo de programa	Muestra
Programa de prevención	Trabajadora social 1 - Cuidadora 1 (0 meses de intervención) Trabajadora social 2- Cuidadora 2 (4 meses de intervención) Trabajadora social 3- Cuidadora 3 (8 meses de intervención)
Programa residencial	Trabajadora social 4 – Cuidadora 4 (0 meses de intervención) Trabajadora social 5- Cuidadora 5 (4 meses de intervención) Trabajadora social 6- Cuidadora 6 (8 meses de intervención)
Total participantes	6 trabajadoras sociales y 6 cuidadoras

ron seis cuidadoras mujeres (dos madres, una abuela materna, una tía política y una cuidadora informal), cinco trabajadoras sociales de sexo femenino y uno de sexo masculino.

### Procedimientos

Inicialmente se presentó el estudio a las coordinadoras de la institución, y luego a las trabajadoras sociales en una reunión grupal para indagar quienes estaban interesadas de participar de manera voluntaria. Luego hubo una reunión con cada una de ellas y las coordinadoras de los programas para seleccionar las posibles cuidadoras que cumplieran los requisitos de inclusión al estudio, quienes fueron invitadas a participar por la trabajadora social debido al vínculo previo. Las cuidadoras que aceptaron participar fueron contactadas posteriormente por la investigadora para informarles del estudio e indagar si la aceptación de participar era voluntaria o preferían no hacerlo. A todos los participantes se les solicitó su consentimiento informado. Debido a las restricciones de la pandemia todos estos procedimientos y las técnicas de recolección de datos fueron mayoritariamente en línea o de manera telefónica. El estudio fue la tesis de doctorado en Psicología de la autora principal y contó con la aprobación ética de la Pontificia Universidad Católica de Chile (ID: 210401002).

### Técnicas

Para estudiar la práctica clínica se llevó a cabo una combinación de diferentes métodos a lo largo de 11 meses, acompañados de un proceso de reflexividad continua por parte de la investigadora desde el inicio de la investigación. Entre las técnicas utilizadas están: cuaderno de campo; observación participante a una sesión de cada diada (6 observaciones en total); entrevistas en profundidad separadas entre sí por tres meses (12 entrevistas a cuidadores y 12 entrevistas a trabajadoras sociales, 24 entrevistas en total); en-

tervistas sesión a sesión para cada participante ( 2 contactos mensuales por cada participante aproximadamente, 240 contactos en total); entrevista de cierre con cada participante (12 entrevistas en total); un grupo de discusión de los resultados preliminares con tres trabajadoras sociales participantes; y revisión de los informes entregados a tribunales (6 expedientes familiares). Todas las técnicas contaron con pautas guías de tipo semiestructuradas, es decir, se basaron en un set de preguntas guías, pero la investigadora principal tuvo la libertad de incluir nuevas preguntas/observaciones para precisar conceptos u obtener más información sobre los temas de interés (Hernández et al., 2006).

### Análisis de datos

Se aplicó la técnica de análisis temático de la información mediante la integración y triangulación de los datos producidos en los distintos momentos y a partir de las distintas herramientas. Siguiendo a Braun y Clarke (2006) se comprende el análisis temático como un método para identificar, analizar y reportar patrones a partir de los datos, explorando las congruencias e incongruencias entre los participantes. Las autoras describen seis pasos a seguir en un análisis de contenido, tomando en cuenta que es un proceso iterativo: a) familiarizarse con los datos; b) generar códigos iniciales; c) búsqueda de temas; d) revisar los temas, generando un mapa temático del análisis; e) nombrar y definir cada tema; y f) producir el reporte.

Una vez completada la recopilación y codificación de datos para cada unidad de análisis, se comenzó el análisis longitudinal. En este paso, la atención se centró en cómo las agrupaciones temáticas cambiaron o no con el tiempo, con especial atención a la ausencia de datos. Esto no necesariamente es un déficit en la codificación, sino una variación de la señal a lo largo del tiempo. Posteriormente, se hizo un análisis inter

diadas de manera tal de explorar las experiencias subjetivas comunes e integrar los resultados en un marco comprensivo consecuente con los datos producidos.

## Resultados

Tanto las trabajadoras sociales como las cuidadoras reconocen el proceso de intervención como un espacio de transformación, influencia y aprendizaje mutuo en la medida que impacta a la cuidadora, las dinámicas familiares y al profesional. En el caso de las trabajadoras sociales, ellas manifiestan que pueden sentirse interpeladas, afectadas emocionalmente, pero también obtener satisfacción por haber ayudado a otros:

*“La invitación que hacemos es a transformarnos. Digo transformarnos porque estos procesos son mutuos. Nosotros también nos vamos transformando con las historias de vida, las realidades que vemos, con lo que esa persona nos puede entregar. Yo pretendo vivir así mi proceso de intervención, de un crecimiento mutuo. Creo que eso es algo muy terapéutico”* (Trabajadora social 1).

En la relación dentro de la diada trabajadora social-cuidadora se reconocen distintos factores (actitudes, técnicas o procesos) desplegados por el profesional a lo largo del proceso de intervención, y que mirados desde la perspectiva relacional, pueden tornarse como facilitadores de la alianza terapéutica. Para ordenar los factores, se consideraron las etapas de la intervención descritas por los profesionales en función a las orientaciones vigentes para la fecha del estudio (2022). La tabla 2 describe los factores transmitidos por los profesionales y cuidadoras, que luego son agrupados en la descripción de los resultados.

### Factores relacionales al inicio de la intervención

#### *Brindar seguridad, esperanza y crear concepción de aliados*

Dado que las familias están en una intervención obligatoria, se vuelve significativo crear un clima de confianza y seguridad al inicio del proceso de intervención:

*“El me dio libertad para hablar todo, “intente hablar, dígame todo”... tengo que contarle todo lo que pasa cuando hay problemas con la niña”*. (Cuidadora 2)

Por el contrario, cuando las cuidadoras no se sienten seguras y ven al profesional como uno más de un sistema carente de empatía, no se sienten en confianza de reflexionar en torno a sus dificultades. De allí que algunos profesionales se preocupan de desplegar un esfuerzo consiente para crear un ambiente amoroso, junto con reforzar la idea que son aliados, que la intervención es un camino en conjunto y que no es parte del problema: *“Nosotros dos por un lado y el tribunal por otro”* (Trabajadora social 1).

#### *Personalizar, clarificar roles y funciones*

Dado que se trata de familias que han pasado en su mayoría por distintas intervenciones del sistema social y han debido contar su historia en repetidas ocasiones, se considera relevante tomarse un tiempo para que la cuidadora pueda conocer quién es el profesional, personalizarla, sepa su nombre, cuales son los roles de las trabajadoras sociales y el alcance de la institución. Este encuadre es relevante para diferenciar el rol de apoyo profesional del rol de amiga.

También los profesionales sugieren no partir del problema que generó la vulneración, pero no llegar a la sesión sin haber leído la carpeta familiar previamente. Lo anterior es sugerido para prevenir una re victimización y/o la saturación de la cuidadora por contar el relato muchas veces:

*“Yo hago siempre las sesiones con el genograma a la vista. Son cosas claves cuando uno está empezando a construir un vínculo, pues es muy fácil que se te olvide muchos detalles de cosas que dijeron en la última sesión”* (Trabajadora Social 4).

Por el contrario, entregar expectativas de apoyo que no se pueden cumplir ya sea por el tipo de institución o por la capacidad del profesional es un obstaculizador de la alianza. Esto es relevante pues hay expectativas de apoyo económico y asistenciales hacia el trabajo social que distan de la labor terapéutica que realizan en el sistema proteccional:

*“Yo hoy logro identificar que la dificultad de (nombre cuidadora) para adherir al programa, pasa porque ella no visualiza que este espacio le sirva económicamente, que es lo que siempre ha necesitado. Por eso le cuesta comprender por qué está acá, porque este no es un espacio que le genere un enriquecimiento tangible”* (Trabajadora social 5).

**TABLA 2. FACTORES RELACIONALES QUE FACILITAN EL DESARROLLO DE UNA ALIANZA TERAPÉUTICA.**

Momento	Factores facilitadores
Inicio de la intervención	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Crear clima de confianza y brindar seguridad en el espacio terapéutico</li> <li>-Crear concepción de aliados y reforzar que la intervención es un camino en conjunto</li> <li>-Crear un ambiente amoroso</li> <li>-Tomarse el tiempo para el conocimiento mutuo</li> <li>-Clarificar las funciones del profesional y de la institución.</li> <li>-Diferenciar el rol de apoyo profesional del rol de amiga</li> <li>-Clarificar el apoyo terapéutico que brinda la trabajadora social, diferenciándolo de otros apoyos profesionales y de otros apoyos asistenciales.</li> <li>-No partir del problema que dio origen a la causa</li> <li>-Apoyo en temas sociales y gestión de redes</li> <li>-Disposición a resolver dudas</li> <li>-Brindar un encuadre que permita acordar límites de la relación, frecuencia y modos de contacto</li> <li>-Compartir sobre temas cotidianos al inicio del encuentro</li> <li>-Sintonía visual, escucha activa</li> <li>-Empatía, amabilidad, respeto</li> <li>-Adaptabilidad</li> <li>-Trasmitir y desarrollar una valoración, utilidad y un sentido del espacio terapéutico.</li> <li>- Construir propósito compartido entre los distintos integrantes del grupo familiar</li> </ul>
Diagnóstico y construcción plan de intervención	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Entregar credibilidad a la cuidadora</li> <li>-Moderar la confrontación en caso de relatos disímiles, y utilizar dicha técnica como un acto de transparencia y devolución, no para enjuiciar a la cuidadora.</li> <li>-Comprensión relacional de las dificultades iniciales de las cuidadoras para confiar en el profesional</li> <li>-Seguir desarrollando un ambiente de confianza</li> <li>-Co construir un problema de intervención</li> <li>-Evitar el uso de lenguaje técnico</li> <li>-Comunicación asertiva ante los distintos integrantes del grupo familiar</li> <li>-Ser oportuno en relación al momento de entregar conserjería</li> <li>-Comprensión relacional y contextual de las dinámicas familiares</li> <li>-Evitar juicios e interpretaciones que culpabilizan a las familias</li> <li>-Balancear información de los déficits con las fuerzas de la familia</li> <li>-Romper paradigmas de la paternidad y maternidad ideal</li> <li>-Conocer a las familias más allá de lo que dicen los reportes o los resultados de un instrumento</li> <li>-Dar espacio para acoger el dolor, el malestar y la frustración del usuario</li> <li>-Co construcción de los objetivos de la intervención</li> </ul>
Ejecución del plan de intervención	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Retroalimentación positiva</li> <li>-Celebrar pequeños avances</li> <li>-Animar en caso de adversidades</li> <li>-Clarificar temas y ejemplificar</li> <li>-Compartir interpretaciones para saber si coincide con lo vivido por la cuidadora</li> <li>-Solicitar a la cuidadora devolver lo que ha comprendido</li> <li>-Acordar y explicar objetivos de cada sesión</li> <li>-Iniciar encuentro con temas cotidianos y darse un tiempo para el cierre, sobre todo si es una intervención online con restricción del tiempo en línea.</li> <li>-Mantener a la cuidadora informada del proceso judicial y compartir previamente los reportes enviados a tribunales</li> <li>-Respetar compromisos pactados en términos de frecuencias</li> <li>-Manejo asertivo de las tensiones</li> <li>-Conciencia de los indicadores de las tensiones y comprensión desde una perspectiva relacional</li> <li>-Reconocer responsabilidades mutuas de los conflictos</li> <li>-Manejo de conflictos a nivel intrafamiliar producto de la intervención</li> <li>-Estimular la reflexión por sobre un estilo de conversación más directivo o dirigido por el profesional, tipo charla o entrevista</li> <li>-Conciencia y reflexión sobre las reacciones emocionales hacia la cuidadora para evitar que estas interfieran en el proceso terapéutico</li> <li>-Facilitar procesos de empoderamiento</li> <li>-Equilibrar la función de control con relación de ayuda</li> <li>-Tomar decisiones en conjunto y no por el cuidador, analizar alternativas en vez de plantear soluciones</li> <li>-Brindar apoyo efectivo sin generar dependencia</li> <li>-Promover la participación de los padres en las decisiones que competen a sus hijos</li> <li>-Uso de la creatividad</li> </ul>
Cierre del plan de intervención	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Manejar las tensiones asociadas a las expectativas de egreso</li> <li>-Ofrecer estimaciones realistas de los tiempos de tribunales</li> <li>-Ofrecer continuidad del apoyo posterior al egreso.</li> <li>-Manejar los retrocesos de la intervención</li> <li>-Compartir o acordar sugerencias futuras, sobre todo si se trata de derivaciones a otros programas de la red</li> </ul>

Aunque se trata de un espacio con fines más terapéuticos, apoyar efectivamente en la gestión de redes y subsanar urgencias de primera necesidad, así como tener buena disposición a resolver dudas o atender temas emergentes resultan facilitadores de la alianza:

*“Me gusta su forma de ser, todo. Porque a veces también yo lo llamo por teléfono para preguntarle la hora de la niña, del médico, todo eso, y me responde bien”* (Cuidador 4).

Otro obstaculizador es cuando los límites son difusos o más impuestos que acordados o negociados:

*“A lo mejor soy demasiado dura en establecer el límite y puede que por eso la otra persona no sienta la confianza de recurrir a mí (...)yo dejo bien en claro: si me necesitas estoy, pero yo no voy a estar todo el tiempo preguntándote y ¿cómo estás?, y ¿cómo te sientes?”* (Trabajadora social 3).

Dicho encuadre de roles y límites ha cobrado nuevos matices con el auge de las comunicaciones via whatsapp, pues algunas cuidadoras esperan una respuesta más inmediata de la trabajadora social frente a ciertos temas o una mayor capacidad resolutoria o mediadora en asuntos de la vida familiar, lo que puede tener costos en el bienestar de la profesional al no desconectarse fuera del horario laboral. Por otro lado, algunas profesionales reemplazaron un contacto verbal por una comunicación por mensajería, lo que no siempre es suficiente para la cuidadora. Dicha laxitud, por lo tanto, es un obstáculo pues la cuidadora no tiene claridad de la frecuencia ni el objetivo del contacto. Por el contrario, un facilitador es cuando el encuadre considera la frecuencia, el modo de contacto y los límites de la relación.

### **Sintonía e interacción de temas cotidianos**

Los profesionales destacan que una técnica que les ha ayudado en el contexto presencial es conversar sobre temas cotidianos que no sea de competencias parentales, junto con una interacción desde el primer contacto:

*“Yo los voy a buscar a recepción y todo el trayecto hasta mi oficina nos vamos conversando “cómo has estado”, “vienes toda mojada, que si quieres poner tus cosas” o “como están los chiquillos” “estaba enferma la última vez ¿te mejoraste?. Caminando al ritmo de la persona. Es como decir ahora: estoy con toda mi energía centrada en ti. Son detalles que hay que ir considerando cuando uno está construyendo un vín-*

*culo porque aparte no son gente que viene a buscar un papel, es gente que está con miedo, que viene probablemente muy dañada, que ha sido históricamente vulnerada por el sistema”* (Trabajadora Social 1).

Así como la comunicación verbal es relevante, lo es también la comunicación no verbal y la sintonía visual, lo que se dificulta en un contexto virtual. Independiente de la modalidad, es valorada una escucha activa, es decir, el escuchar sin interrumpir para dar un consejo, no tener un tono plano que aburra a la otra persona y atención plena en el momento de la sesión, sin distracciones como el teléfono u otras urgencias.

### **Inteligencia emocional**

Las cuidadoras valoran la empatía, la amabilidad, el respeto, y una capacidad de adaptarse por parte del profesional. Ello es relevante a partir de las dificultades que pueden tener para responder a las múltiples demandas de un proceso judicial. También los participantes reconocen como un facilitador la adaptabilidad del profesional para cambiar la planificación de la intervención partir de las necesidades emergentes de la cuidadora:

*“Yo creo en la rigurosidad técnica pero las relaciones humanas son impredecibles, espontáneas, genuinas. No puedes controlar todo. Por mucho que quieras aplicarle un montón de tests para ver que esté óptimo, no siempre vas a poder hacerlo”* (Trabajadora Social 5).

*“Se pone en mis zapatos, me entiende: madre soltera, le toca duro con las dos chiquillas, más su vida personal. Ella sabe que los tiempos que tengo son para médico, o si no me voy a quedar sin trabajo, y ahí si vamos a quedar todos peor”* (Cuidadora 3).

*“Los días oscuros me hacen mal, justo ese día yo no estaba bien y ella me escuchó todo lo que yo quería decirle. Estoy segura de que ella cambió su plan de trabajo para escuchar todo lo que tenía que decir, eso para mí es bueno”* (Cuidadora 1).

### **Pasar de la obligatoriedad a la voluntariedad**

La alianza terapéutica se facilita cuando se logra transmitir y co construir una valoración, utilidad y un sentido del espacio terapéutico. También es relevante que haya un propósito compartido entre los distintos integrantes de un grupo familiar cuando se trabaja con más de un cuidador. Se trata de pasar de la obligatoriedad a la voluntariedad en palabras de la profesional. Por el contrario, cuando ello no se desa-

rolla la expectativa es que el proceso termine pronto y “estar libre”:

*“Los objetivos son recuperarme y lograr ganar la batalla que estoy pasando, ganar la pelea y recuperar completamente la tuición de mis hijos”* (Cuidadora 5).

Procesos relacionales en la fase diagnóstica y de construcción del plan de intervención

### **Confiar en las cuidadoras y moderar la confrontación**

Una vez que se empieza a abordar la problemática por la que la familia acude al servicio, un factor que facilita la alianza es entregar credibilidad a la cuidadora cuando relata el problema desde su perspectiva, aunque haya contradicciones en comparación a los relatos de otros familiares. Crear un ambiente de confianza ayuda a la cuidadora a sentirse cómoda para hablar sobre sus problemas o dificultades. Adicionalmente, comprender el hecho de ocultar información u otras reacciones iniciales de las cuidadoras desde una mira más amplia, por ejemplo a partir del temor por las consecuencias judiciales antes que una reacción personal, facilita la construcción del vínculo. Por el contrario, partir de la desconfianza, buscar todo el tiempo triangular la información que entrega la cuidadora, y confrontar las versiones aumenta la desconfianza hacia la trabajadora social:

*“Había momentos como que ocultaba información, nosotros logramos triangular con otras personas. Una muy buena estrategia que utilizamos ahí fue no confrontar, coloquialmente “nos hicimos como los tontos”. Sabemos que esto pasó, pero le vamos a creer. Esto nos ha ayudado y hoy hay un nivel de confianza mucho mayor, ella está con mucha apertura, con harta capacidad de reflexión, de autocrítica, algo que antes no pasaba. Antes era como “me parece”, “sí, está todo bien””* (Trabajadora Social 6).

En otras ocasiones, sobre todo cuando hay una situación de riesgo hacia los niños/as, la confrontación puede ser positiva, siempre cuando se de como un acto de transparencia o de devolución, y no como un juicio o un etiquetamiento.

### **Co- identificación del problema**

Por otro lado, co construir un problema que le haga sentido a las familias es necesario, más aún cuando las cuidadoras presentan una postura inicial de negación de un problema. Sin embargo, el estudio relevó que hay diadas donde no hay una comprensión compar-

tada del problema por el cual se inició la causa. Un obstaculizador para alcanzar ello es el uso de un lenguaje técnico, por ejemplo, el término competencias parentales es un concepto que algunas cuidadoras no pueden incluso verbalizar con facilidad. Cuando hay un problema co compartido, es más fácil para las familias encontrarle un sentido y utilidad al espacio terapéutico, toda vez que se aborda una temática de interés para las familias.

Adicionalmente en esta etapa ayuda una comunicación asertiva con los distintos integrantes de un grupo familiar, manejar la información entregada de forma de no generar más tensiones entre los integrantes, y siendo oportuno en cuanto al momento de plantear una conserjería:

*“Uno tiene que ser estratégico, porque si uno está vinculándose en un comienzo, siento que uno tiene que ser respetuoso, no llegar y opinar, porque no sé cómo se lo va a tomar la persona. Probablemente si nos estamos recién conociendo y yo le digo algo, no le va a hacer para nada sentido”* (Trabajadora social 5).

### **Comprensión relacional y contextual de los problemas**

Al momento del análisis de la información entregada en la fase diagnóstica, se destaca como un facilitador una comprensión relacional y contextual de las dinámicas familiares por parte del profesional. Ello implica considerar los patrones relacionales de las personas a lo largo de su historia de vida y las limitaciones del contexto, en vez de realizar interpretaciones que culpabilizan a las familias o enjuician las actitudes de las cuidadoras. Esto implica ser consciente de la transferencia que puede generar las actitudes de ciertos cuidadores.

### **Balancear la información de los déficits con las fuerzas**

De acuerdo con los transmitido en las entrevistas sesión a sesión, es importante mantener el optimismo, aunque sean causas complejas, y confiar en la posibilidad de cambio desde un comienzo:

*“El habernos dado esperanzas positivas ayudó, me dio esa confianza ella”* (Cuidadora 4).

Lo anterior se dificulta cuando hay opiniones sobre la familia en los reportes anteriores que parten desde una perspectiva deficitaria. Las trabajadoras sociales sugieren darse el tiempo para armarse una visión propia en base al presente y los recursos, escuchando a

los distintos integrantes de la familia, yendo más allá de los reportes y rompiendo el paradigma de una maternidad o paternidad ideal que se aleja de las familias que atienden:

*“Creo que es súper importante que como profesionales vayamos rompiendo con nuestros propios paradigmas respecto a estos ideales de la intervención, ideales de las competencias parentales, ideales del funcionamiento familiar, porque muchas veces pasa que, lo que puede ser negligencia a vista y paciencia de otras personas, nosotros lo vemos como un avance, o como... bueno, quizás le falta un montón de recursos sensibles al papá, pero cumplen con lo básico que a lo mejor necesita su hija”* (Trabajadora social 5).

*“Ellas se encargaron de ver el caso de escucharme primero, de analizar, nunca fue como ya esto dice el papel, esto dice tribunales, porque claro la hoja dice un millón de cosas”* (Cuidadora 3).

*“Si bien esta parte se llama evaluación, el objetivo que tiene es buscar qué recursos tiene la gente para con eso poder trabajar. Es como “ya te enjuiciaron, ya te castigaron lo suficiente; que hizo que llegaras acá”. No sigamos en esa lógica de enjuiciar cómo lo hace cada uno, porque eso ya fue, y eso lo hace un tribunal”* (Trabajadora Social 1).

También sugieren ir más allá de los resultados de un instrumento y focalizarse en los recursos y fortalezas de las familias. Sin embargo, un obstaculizador que se pudo ver en la observación, es cuando el foco en las fortalezas limita el espacio para conversar sobre el dolor o el abuso, resaltando lo positivo en momentos donde cabe acoger el dolor, la frustración o el sufrimiento. A ello se añade la negación de las emociones negativas o reacciones más evitativas de la profesional frente a un malestar subjetivo de la usuaria.

### **Construcción compartida de objetivos**

Se observa que un obstaculizador en el desarrollo de la alianza es que los objetivos y las tareas no son co-construidos, sino más bien impuestos por el profesional a partir de los insumos que le entrega la cuidadora en la fase diagnóstica, para luego ser presentados a la familia. Sin embargo, cuando los objetivos son impuestos, las cuidadoras no logran dar cuenta con claridad del para qué se está allí o cuáles son las tareas para alcanzar dichos objetivos. Lo anterior se puede vincular a las dificultades de los profesionales para co-construir objetivos por la gran cantidad de casos. Esto se complejiza cuando los objetivos son construidos

con un lenguaje técnico que lo que hacen es expandir la diferencia de poder con las familias o marcar una experticia por parte del profesional.

### **Procesos relacionales en la ejecución del plan de intervención**

#### **Retroalimentación positiva y celebrar pequeños avances**

Los participantes destacan que un factor que promueve un enganche con el proceso es dar retroalimentación de los aspectos positivos, animar a la cuidadora en caso de adversidades y celebrar los pequeños avances. También se valora que la trabajadora social reconozca la experticia de las cuidadoras en su propia vida.

*“Yo siento que eso también permite ir resignificando el espacio, más que como un espacio de evaluación o de enjuiciamiento, como también un espacio que tú, en palabras informales, como un espacio en el que tú te vayas y digas como: “chuta, igual como que me sentí bien” o “como que me sentí bien, me hicieron sentir bien”* (Trabajadora social 5).

*“Ella dijo que me admiraba por la forma que yo había enfrentado los problemas (...)Y me gustó, porque me dio más ánimo, más valentía, de tenerme fe a mí misma”* (Cuidadora 5).

#### **Aspectos comunicacionales: clarificar, informar, escuchar**

Distintas técnicas comunicacionales contribuyen al diálogo más fluido y profundo entre las partes. Algunas técnicas son: que el profesional clarifique o ejemplifique ciertos aspectos para acercar un tema particular, que repita como interpreta lo comunicado por la cuidadora para saber si la comprensión coincide con el planteamiento de ella o que se solicite a la cuidadora devolver lo que comprendió de lo conversado. Adicionalmente, en el marco de una atención, se valora partir con temas cotidianos, acordar y explicar los objetivos de cada sesión, y tomarse un tiempo para el cierre (sobre todo si se trata de una intervención on line con tiempo limitado para el uso de las plataformas).

A su vez, para las cuidadoras es importante que los profesionales las mantengan informadas del proceso judicial, que les avisen si van a contactar a otro familiar para una entrevista, y que les compartan previamente los reportes a tribunales. Lo anterior disminuye la ansiedad y la incertidumbre frente al proceso judicial.

*“Ella es un adulto mayor recibiendo un papel del tribunal. Yo le vuelvo a explicar “cada vez que enviamos un informe. Le va a llegar una notificación de aviso que recepcionaron el informe” (Trabajadora social 1).*

Por el contrario, algunos obstaculizadores son no respetar los compromisos pactados con la cuidadora:

*“Saludar, ser cordial, eh cumplir cuando uno le dicen tal día, en tal horario. Eso también es súper importante porque me he encontrado con colegas, que a veces les cambian los horarios a última hora y eso no va favoreciendo el proceso” (Trabajadora Social 4).*

### **Componente reflexivo**

Se observó que un estilo de conversación más bien directivo, tipo charla o entrevista, que no estimula la reflexión, es un componente que dificulta la alianza. En las sesiones con una línea más socioeducativa se pudo observar que las conversaciones eran más bien dirigidas por la trabajadora social, quien era la principal interlocutora y solía interrumpir la conversación. En dichas conversaciones la cuidadora se observaba más aburrida y con menos interés, a diferencia de aquellos espacios donde se daba una conversación. Tampoco ayudaba que el foco del encuentro estuviera en la realización de ciertas tareas de gestión, antes que la reflexión del proceso.

Los límites de las técnicas socioeducativas también son reconocidos por los profesionales:

*“Uno no puede fortalecer las competencias parentales de alguien como que fuera: toma, acá está este manual, apréndetelo, sino que es una transformación personal, porque tú eres persona antes que papá” (Trabajadora Social 3).*

*“Mi lógica es la co- construcción o el trabajo conjunto. Independiente que yo pueda decirle algo, trato como de que ese algo aparezca desde ella más que yo decirle o responsabilizarla en alguna función. Trato de no ser muy directivo, ni usar un rol consejero o de asistente, miré, “yo le voy a decir a usted qué es lo que tiene que hacer”. Creo que eso no tiene el impacto que tiene el hecho de que aparezca desde ella qué es lo que hay hacer frente a una reflexión, de darse cuenta ahí, en una conversación” (Trabajadora social 4).*

Por el contrario, se observa que el uso de técnicas que facilitan la reflexión está vinculado con un mayor interés y enganche de las cuidadoras con la intervención y lo que allí se trabaja. Al respecto, los partici-

pantes destacan el uso de la creatividad y de técnicas lúdicas para estimular la reflexión, como por ejemplo el uso de cuentos o videos.

### **Manejo de las tensiones**

A lo largo del proceso se observa un conjunto de tensiones por expectativas no cumplidas, con indicadores como inasistencias o incumplimiento de compromisos. Se observa que un facilitador es que el profesional invite a conversar sobre las tensiones, las comprenda desde una mirada relacional y reconozca sus responsabilidades en el desarrollo del conflicto, en vez de caer en dinámicas culpabilizadoras hacia la cuidadora. También es importante que pueda tener las competencias para manejar distintos conflictos que pueden surgir a nivel familiar. Especial cuidado, en palabras de una de las profesionales, se debe tener con los sentimientos que le pueden producir ciertas conductas o resistencias de la cuidadora, siendo la autoreflexión y la supervisión externa dos técnicas que le han ayudado a lidiar con aquellos sentimientos de rechazo hacia una cuidadora:

*“Llegó un punto en el que yo me estaba interfiriendo mucho con (nombre cuidadora). Era como: “ay, otra vez, cierre de mes y no tenemos registro de ella, qué vamos a hacer”(…) Como profesionales, cuando tenemos estos casos que no resulta como lo hemos planificado o tienen resistencia, vamos generando ciertas frustraciones o anticuerpos. Creo que eso es súper humano y hay que transparentarlo. La (nombre de cuidadora) me ha implicado un trabajo y un desafío profesional. He aprendido que eso no me interfiera en la objetividad o el deseo de trabajar con ella, a no caer en esa negatividad. Gracias a eso siento que no me he cegado en poder seguir como conociéndola, o si no me hubiese quedado como en la señora que no viene, el caso que no viene” (Trabajadora Social 3).*

### **Facilitar procesos de empoderamiento**

Otro factor relevante durante la intervención es el manejo del poder dentro de la relación, y como se va equilibrando la función de control del trabajador social con la función de ayuda, siendo un obstaculizador cuando prima el rol de control de una nueva vulneración, o se está presente prioritariamente para controlar, pero no para ayudar:

*“Al final como que nuestra sesión es solo controlar, si le pego o no, si lo maltraté, cuántas veces, no es un trabajo profundo de intervención, es puro fiscalizar” (Trabajadora Social 5).*

*“En un minuto yo me sentí ahogada, como que quería puro gritar y que todos se fueran, ¿me entiende? Mucha pregunta, mucha pregunta de repente, y eso me molestaba. No hay que ser tan invasivo, o tratar de ponerse un poco en el lugar del otro. Por ejemplo, nosotros que somos adictos a las drogas, que a uno le estén repitiendo una y otra vez, “la embarraste” “por qué hiciste esto”, si ni siquiera uno lo sabe, ya es molesto” (Cuidadora 5).*

*“Le dimos la confianza, cachai, o sea se va a vivir la (nombre niña) contigo porque creemos en ti que lo vas a hacer bien, y ahí hicimos alianza y desde esa perspectiva ella cambia, modifica conductas y se da cuenta que nosotros creemos en ella” (Trabajadora Social 5).*

Otro factor que destacar es cuando se facilitan procesos de empoderamiento mediante la toma de decisiones en conjunto, esto es, cuando se analizan alternativas en vez de plantear soluciones. También es valorado por las cuidadoras cuando se incentiva su participación en las decisiones que involucran a sus hijos/as. Sin embargo, dado que es una intervención que trasciende el espacio de la sesión, en ocasiones las cuidadoras esperan más intervención o mediación de la trabajadora social en la solución de ciertos problemas cotidianos, lo que desafía al profesional a brindar un apoyo efectivo sin que ello genere dependencia.

### **Procesos relacionales al cierre la intervención**

#### ***Manejo de expectativas, tiempos y tensiones***

En esta etapa resulta importante que la trabajadora social pueda manejar de forma asertiva las tensiones que se dan por las expectativas asociadas al egreso. Puede ser que la cuidadora quiera terminar pronto el proceso para no seguir involucrada al proceso judicial, o estar insegura frente a qué pasará cuando no tenga apoyo de la profesional en aquellos casos donde hay una alianza más fuerte con la trabajadora social. Se observa que un facilitador es ofrecer información clara, entregar estimaciones transparentes de lo que se demora Tribunales de Familia al momento de solicitar un egreso y ofrecer continuidad en el contacto, aunque termine la causa judicial. Por el contrario, un obstaculizador es el manejo poco asertivo de los retrocesos, como por ejemplo las recaídas en el consumo de drogas. También se torna problemático el forzar un cierre de la intervención por cumplir con los tiempos decretados por el sistema de protección, aunque la usuaria no esté preparada.

#### ***Compartir informes y sugerencias futuras***

La alianza se facilita cuando la cuidadora tiene claridad de como la trabajadora social proyecta el proceso o el cierre, y cuando se acuerdan futuras sugerencias a entregar al tribunal. Por el contrario, un obstaculizador es cuando las sugerencias no son acordadas o conversadas previamente, por ejemplo, derivaciones a otros programas de intervención que alargan el tiempo de vinculación con tribunales de familia en circunstancias que la cuidadora tiene expectativas de egreso.

### **Discusión**

En el ámbito de la protección a la infancia diversas variables han sido identificadas como factores que determinan la calidad de la relación entre trabajadoras sociales y familias, variables que a su vez influyen en los resultados terapéuticos. Dado que las barreras para una mejor alianza terapéutica parental han sido identificadas principalmente en cuanto a la institución (Gladstone et al., 2014), vale la pena ahondar en aquellos factores de la relación que pueden ser moldeables por el profesional y que pueden o no facilitar una alianza terapéutica.

Con respecto a los factores relacionales que facilitan u obstaculizan la alianza, los resultados de este estudio dieron cuenta de un conjunto de competencias, actitudes y estrategias que cobran una fuerza distinta dependiendo del momento de la intervención. Algunas facilitan la alianza y otras la obstaculizan, afectando por lo tanto los procesos de cambio. Dichos factores son también reportados en estudios internacionales sobre facilitadores y obstaculizadores de la relación terapéutica en trabajo social. Algunos son genéricos a cualquier intervención profesional, pero otros factores son específicos a un contexto de intervención familiar obligatoria. Ello es relevante pues no se puede considerar una intervención de este tipo como si fuera similar a una intervención en un formato individual y voluntario (Tufford, 2014).

En cuanto a las actitudes profesionales, se destacan factores como la empatía, el respeto, la amabilidad, una actitud exenta de juicio, la transparencia y la honestidad. Entre las competencias se destacan: habilidades de comunicación efectiva, el uso de la creatividad considerando que cada caso requiere un trabajo particular (López-Davalillo, 2021); la inteligencia emocional para reconocer y responder adecuadamente a las emociones de uno mismo y de los demás (Perry et al., 2020; Schreiber et al., 2013); la escucha

activa; habilidades de negociación; sensibilidad hacia la comunicación no verbal; y no utilizar lenguaje técnico (Steens et al., 2018).

En tercer lugar, los resultados de este estudio visibilizaron un conjunto de estrategias que despliega la trabajadora social y que son destacadas por los participantes y la literatura: valorar la experticia de la familia antes que ser el experto en dar soluciones (Madsen, 2007); no partir desde ideas preconcebidas; promover la confianza y la colaboración; ayudar a acceder a información y labores de defensoría. También se destaca el manifestar preocupación por los temas y problemas que acontecen a partir de la cotidianidad de las familias multiestresadas; la construcción y discusión conjunta del problema y los objetivos (Morris et al., 2015; Toros et al., 2018); partir de la idea de aliados y brindar información del proceso. Finalmente, otros facilitadores de la alianza son: entregar retroalimentación positiva; valorar y promover la participación de las familias; tener espacios de conversación sobre otros temas que permiten un acercamiento a la trabajadora social en tanto persona y no solo como profesional; y el apoyo práctico que les permiten mejoras concretas en su situación (e.g.: ayuda con ciertos documentos, apoyo con transporte para una audiencia judicial o para conseguir un cupo en un servicio de cuidado infantil) (Steens et al., 2018).

Un factor a destacar de este estudio, y que es menos considerado en la literatura propia del trabajo social, pero no por eso menos relevante, es el manejo de las tensiones o lo que en psicoterapia se han denominado las rupturas. Dichas tensiones cobran aires distintos en contextos de intervención obligatoria, pues tener el nivel de autoridad para solicitar que un niño sea retirado del hogar causa un nivel de estrés que permea la relación (Toros et al., 2018; de Toro & Sharim, 2023). Por ejemplo, hay prejuicios o ideas asociadas al sistema de protección y a las trabajadoras sociales que pueden generar desconfianza, como por ejemplo cuando se cree que pueden llevarse a los niños, siendo estos prejuicios sustentados por la historia de interacciones que ha tenido el usuario con una trabajadora social o con el sistema de protección, y que deben ponerse en la conversación.

A partir de este estudio se pudo concluir que si bien el modelo de Bordin (1979) puede orientar a las trabajadoras sociales en otros ámbitos de intervención individual, en lo que respecta a intervención con los padres o cuidadores, el modelo de alianza con fami-

lias de Escudero y Friedlander (2017) brinda una perspectiva más pertinente para el contexto del sistema proteccional. Dicho modelo es más apropiado dado que considera la interacción entre distintos integrantes de un grupo familiar y la dimensión seguridad en el sistema de intervención. Se considera que la dimensión seguridad es clave al ser un contexto de intervención obligatoria. Otro elemento es la co-construcción del problema y los objetivos de intervención, siendo preocupante puesto que con el actual modelo del sistema de protección (Mejor Niñez, 2023), lo anterior viene dado por otro programa, y le corresponde al equipo de residencias o de programas ambulatorios ajustarlo, lo que puede limitar la alianza terapéutica. Ahora, si bien la consolidación de la alianza terapéutica es más difícil cuando se asiste presionado por una autoridad de algún tipo (de Toro & Sharim, 2023; Steens et al., 2018), esta no es imposible, siendo un factor clave las competencias relacionales que despliegan los profesionales.

El foco en la relación nos lleva a la perspectiva relacional, comprendida como una sensibilidad que trasciende una perspectiva teórica o un modelo determinado (Rosenberger, 2014), en circunstancias que la elección del modelo ha predominado en la discusión sobre cómo hacer intervención familiar. Dicha perspectiva nos invita a mirar la práctica desde un enfoque que permita construir relaciones colaborativas con las familias, que reconocen al otro en su particularidad (Benjamin, 1990) y nos convoca a crear una relación de ayuda que sea congruente con la realidad social de los usuarios, sin sacrificar la atención necesaria que requiere la subjetividad y las dinámicas internas de los individuos (Rosenberger, 2014). Adicionalmente, llama a reconocer tanto a la persona como a la trabajadora social en su ambiente (Tosone 2004), siendo una postura bidireccional que valida la inclusión, la igualdad y la provisión social, que están en el corazón de todo trabajo social efectivo. Se comprende entonces como una sensibilidad sobre los procesos relacionales a nivel intrapsíquico e interpersonal, más que como una escuela teórica, siendo una postura abierta a nuevos desarrollos que informan la relación terapéutica, con implicancias para la práctica, pero también para los espacios de formación y supervisión.

Si bien el foco en la relación ha estado presente desde los inicios del trabajo social, siguiendo a Ornstein y Ganzer (2005), la perspectiva relacional contribuye a llenar un vacío en la disciplina en términos teóricos, toda vez que se ha carecido de un marco conceptual

para potenciar más plenamente el uso de la relación terapéutica como catalizador del cambio. La contribución de la perspectiva relacional en este ámbito es la inclusión y el valor explícito de la participación de la trabajadora social, ya no desde un rol de experta que privilegia el anonimato o la neutralidad, sino desde un rol más interactivo y participativo, que busca validar las complejas y multifacéticas experiencias del usuario. Adicionalmente, busca colaborar con el usuario para la co-construcción de un amplio rango de posibles explicaciones o comprensiones de su problemática, junto con ayudar a las personas a identificar y utilizar sus fortalezas para negociar más eficazmente el mundo interpersonal. Esto eleva la importancia de las experiencias del sujeto en la relación, ya que el profesional ya no tiene todas las respuestas, sino que debe escuchar atentamente las percepciones y preocupaciones del usuario, incluidas las opiniones sobre la trabajadora social. También se destaca la pertinencia de reforzar la perspectiva relacional en la formación profesional, ya que las trabajadoras sociales deben tener un amplio repertorio de conocimientos y habilidades para atender las tensiones que pueden terminar en rupturas. Además, se necesita reforzar la comprensión de patrones relacionales inconscientes en juego en cada interacción.

Dicha perspectiva nos mueve a prácticas más colaborativas con las familias mediante “la indagación apreciativa desarrollada por un aliado apreciativo (el trabajador o la trabajadora social)” (Cardona & Campos, 2019, p. 35) que se interesa por las otras historias de las familias donde las personas ponen de manifiesto sus capacidades, recursos y resiliencia. Lo anterior es destacado por Madsen (2007) y Freedberg (2015) que dan cuenta de cómo el cambio en intervención familiar es posible en contextos terapéuticos no tradicionales o en intervenciones obligadas, enfatizando la importancia de una perspectiva relacional y colaborativa en intervención familiar. Ello implica encontrar nuevos caminos de transformación, donde las familias tengan un rol de experta, mientras que los profesionales son los expertos en facilitar los procesos de cambio. Se trata así que el protagonista sea la familia y de compartir espacios de poder, al tiempo que el cambio se comprende como un proceso que se da cuando las personas o familias pueden tener las condiciones para tomar decisiones en relación con la vida preferida que desean. Dicha perspectiva implica una tolerancia a la incertidumbre y la apertura a múltiples posibilidades desde una posición de curiosidad genuina y de un no saber que permite una indagación apreciativa y deconstructiva (Tosone, 2004). También

implica confiar en las competencias y las capacidades de las personas por encima de las dificultades y problemas a los que se enfrentan, lo que es altamente pertinente para el contexto proteccional.

Sin embargo, no se pueden desconocer las dificultades que tienen las familias para atender el conjunto de sus necesidades y que afectan la crianza, lo que debe ser considerado en el quehacer profesional. Dicha mirada contextual es necesaria o de lo contrario demandaremos a los usuarios la responsabilidad de cambiar situaciones, pero sin brindarles las oportunidades que facilitan el cambio. Siguiendo a Gladstone et al. (2014) para una alianza de trabajo se requieren competencias relacionales, pero también competencias para construir una relación cooperativa y antiopresiva con las familias para desafiar las condiciones opresivas a un nivel macro, como también a un nivel micro mediante la reflexión profesional que nos lleve a cuestionar nuestros prejuicios y las dinámicas de poder en la relación. Esto implica no dejar de lado el rol de advocacy o defensoría, ni el horizonte de justicia social propio del trabajo social. Esta dimensión específica de la práctica clínica del trabajo social cobra mayor auge sobre todo cuando se trabaja con usuarios que presentan múltiples dolencias, carencias y vulneraciones del sistema que pueden mermar las posibilidades de desarrollar un proceso de reflexión, por lo que el trabajo con las familias puede y debe considerar el contexto que interfiere en el bienestar subjetivo. El desafío está entonces en conducir una práctica a la luz de los valores de las familias, las circunstancias de vida y el rango de oportunidades, lo que se ha vuelto un aspecto básico en el trabajo social contemporáneo (Rosenberger, 2014).

## Conclusiones

### *Aportes para la formación de trabajadoras sociales*

Los resultados de este estudio son de utilidad para las trabajadoras sociales, quienes manifiestan su deseo de contar con mayor formación técnica y sistematización sobre aquellos procesos vinculados a experiencias favorables o lo que se conoce como factores comunes en psicoterapia (Cuijpers et al., 2019)., observándose que las profesionales despliegan un conjunto de competencias y técnicas que facilitan u obstaculizan la relación terapéutica, pero sin tener claridad sobre lo que están haciendo apunta en una línea o en otra. Por lo tanto, estos resultados tienen implicancias para la construcción de las mallas cur-

riculares, recomendándose que existan más espacios de entrenamiento de aquellos factores que facilitan la relación, más allá de un modelo determinado.

También se observa que es fundamental que las trabajadoras sociales puedan adquirir mayor conciencia sobre como la obligatoriedad impacta la intervención. Junto a ello, es relevante que tengan mayor conocimiento de los indicadores de rupturas, de sus responsabilidades en las rupturas, sobre cómo comprenderlas desde una perspectiva relacional, y estrategias para enfrentarlas. A ello Barth (2014) añade que hay algunas reacciones problemáticas frente a la vulnerabilidad del otro, tales como ansiedad, sobreidentificación con el cliente, negación de la gravedad de los síntomas, preocupación excesiva por los síntomas, simplificación excesiva o complicación excesiva de un trastorno, frustración, enojo, impaciencia, confusión o enjuiciamientos, que también se vieron en este estudio, siendo importante reflexionar sobre como esos sentimientos pueden impactar o ser incorporados al trabajo. Por último, los resultados sustentan la importancia de brindar seguridad como un paso fundamental e inicial dentro del proceso de intervención (Escudero & Friedlander, 2017).

Otro desafío es fortalecer una comprensión relacional de los problemas, considerando las dificultades para confiar de los cuidadores debido al historial de malos tratos, y el abandono a nivel familiar y sistémico (Escudero & Friedlander, 2017). En este sentido, la perspectiva relacional nos lleva a mirar críticamente nuestra interacción y a velar por que esta se conciba como una oportunidad de modelar nuevas relaciones de los usuarios en su familia, es decir, como una experiencia restaurativa.

### ***Aportes a la política pública***

Los resultados de este estudio son igualmente relevantes para los operadores de políticas públicas y profesionales que están en espacio de toma de decisiones, pues no deben desconocerse las barreras contextuales que afectan la posibilidad de un profesional de brindar una intervención de calidad, como la gran cantidad de casos o de carga laboral. Se observa que el sistema de protección puede restringir la relación terapéutica a través de un conjunto de burocracias y condiciones laborales desfavorables que limitan por ejemplo la posibilidad de co construir objetivos con mayor tiempo (de Toro et al., 2023). De esta manera los profesionales se exponen a una disyuntiva: cen-

trarse en responder las obligaciones institucionales o centrarse en la relación.

Se precisa necesario promover aquellas condiciones contextuales que permitan a los profesionales el despliegue de estas competencias que contribuyen a una mejor alianza (de Toro et al., 2023). Por ejemplo, se sugiere promover los espacios de supervisión reflexiva, siendo este artículo de utilidad para futuros supervisores, en la medida que les ayuda a visualizar qué factores relaciones son pertinentes de acentuar dependiendo del momento de la intervención.

### ***Sugerencias para futuros estudios***

Se sugiere seguir profundizando en los factores comunes para la práctica clínica del trabajo social y su impacto en los procesos de cambio. Se recomienda además que futuros estudios puedan evaluar los espacios de formación en técnicas relacionales para trabajadoras sociales, de manera tal de evaluar su efectividad y plantear nuevas alternativas. Finalmente, un desafío está en como desplegar estos factores relacionales en un contexto de intervención virtual, dado que las intervenciones sociales mediante los medios de comunicación virtual han tomado más fuerza a partir de la pandemia.

### ***Agradecimientos***

Este artículo fue realizado con el apoyo de ANID (Chile), Beca de Doctorado 2019, folio 21190814.

### ***Referencias***

- ALTMAN, N. (2007). Integrating the Transpersonal with the Intersubjective. *Contemporary Psychoanalysis*, 43(4), 526–535. <https://doi.org/10.1080/00107530.2007.10745930>
- BARTH, F. D. (2014). An Integrative Approach to Therapeutic Relationships. En F. D. Barth (Ed.), *Integrative Clinical Social Work Practice: A Contemporary Perspective* (pp. 93–105). Springer New York. [https://doi.org/10.1007/978-1-4939-0351-1\\_7](https://doi.org/10.1007/978-1-4939-0351-1_7)
- BARRIA, J. (2021). En defensa del Trabajo Social Clínico. El giro pragmático y la contribución de la Terapia Familiar Sistémica en la práctica con personas y familias. *Itinerarios de Trabajo Social*, 1, 79–86. <https://doi.org/10.1344/its.v0i1.32041>
- BENJAMIN, J. (1990). An outline of intersubjectivity: The development of recognition. *Psychoanalytic Psychology*, 7, 33–46. <https://doi.org/10.1037/h0085258>
- BORDIN, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy*:

- Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- BRAUN, V., & CLARKE, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- CAMPOS-VIDAL, J. F., CARDONA-CARDONA, J., & CUARTERO-CASTAÑER, M. E. (2017). El diagnóstico relacional colaborativo (I). *Alternativas de Trabajo Social*, 24, 67. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2017.24.05>
- CARDONA, J., & CAMPOS, J. (2019). *La dimensión relacional del trabajo social: una perspectiva colaborativa*. <http://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/148733>
- CHENG, T., & LO, C. (2018). Do social work education, job description, and cultural competence foster child-welfare caseworkers' therapeutic alliances? *Child and Family Social Work*, 23(3), 435–442. <https://doi.org/10.1111/cfs.12434>
- CHENG, T., & LO, C. (2019). Collaborative Alliance of Parent and Child Welfare Caseworker. *Child Maltreatment*, 25(2), 152–161. <https://doi.org/10.1177/1077559519865616>
- CJS. (2021). *Estudio de transición a la vida adulta de adolescentes en el sistema de protección en Chile*. <https://www.observaderechos.cl/wp-content/uploads/2021/10/2021-Informe-Hallazgos-Estudio-transicion-VidaAdultaUC-HdC.pdf>
- CRESWELL, J. W. (2014). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th. ed.). SAGE.
- CUIJPERS, P., REIJNDERS, M., & HUIBERS, M. J. H. (2019). The Role of Common Factors in Psychotherapy Outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 207–231.
- DE TORO, X., & SHARIM, D. (2023). La alianza terapéutica en tensión: una aproximación a partir de la práctica clínica del trabajo social. *European Journal of Education and Psychology*, 16(1), 1–21. <https://doi.org/10.32457/ejep.v16i1.2133>
- DE-TORO, X., SHARIM, D., PUIG-CRUELLS, C., & MUÑOZ-GUZMÁN, C. (2023). The therapeutic alliance in context: Institutional factors that impact social work with families. *Child & Family Social Work*, 28(4), 1139–1149. <https://doi.org/10.1111/cfs.13033>
- ESCUADERO, V., & FRIEDLANDER, M. (2017). *Therapeutic Alliances with Families Empowering Clients in Challenging Cases*. Springer.
- FLICK, U. (2007). Introducción a la investigación cualitativa. In *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Morata.
- FOSSHAGE, J. (2011). El uso y el impacto de la subjetividad del analista con la perspectiva empática y otras perspectivas de escucha/experiencia. *Aperturas Psicoanalíticas: Revista de Psicoanálisis En Internet*, 38. <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000708>
- FREEDBERG, S. (2015). *Relational Theory for Clinical Practice*. Taylor & Francis. <https://books.google.cl/books?id=NHkcBgAAQBAJ>
- GLADSTONE, J., DUMBRILL, G., LESLIE, B., KOSTER, A., YOUNG, M., & ISMAILA, A. (2014). Understanding worker–parent engagement in child protection casework. *Children and Youth Services Review*, 44, 56–64. <https://doi.org/10.1016/J.CHILD-YOUTH.2014.06.002>
- GREENBERG, J., & MITCHELL, S. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Harvard University Press.
- HATCHER, R. L. (2010). Alliance Theory and Measurement. In C. Muran & J. Barber (Eds.), *The Therapeutic Alliance: An Evidence-Based Guide to Practice* (pp. 7–28). The Guildford Press.
- HERNÁNDEZ, R., FERNÁNDEZ, C., & BAPTISTA, P. (2006). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill Interamericana Editores.
- HORVATH, A. (2018). Research on the alliance: Knowledge in search of a theory. *Psychotherapy Research*, 28(4), 499–516. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1373204>
- ITUARTE, A. (2017). Actualidad y pertinencia del Trabajo Social Clínico. In A. Ituarte (Ed.), *Prácticas del trabajo social clínico* (pp. 19–44). Nau Llibres.
- JORDAN, J. (2008). Intersubjetividad: el giro fenomenológico en el psicoanálisis. *Revista Chilena de Psicoanálisis*, 25(1), 6–16.
- KAZDIN, A., & WHITLEY, M. (2006). Pretreatment Social Relations, Therapeutic Alliance, and Improvements in Parenting Practices in Parent Management Training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 346–355. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.2.346>
- KILLIAN, M., FORRESTER, D., WESTLAKE, D., & ANTONOPOULOU, P. (2017). Validity of the Working Alliance Inventory Within Child Protection Services. *Research on Social Work Practice*, 27(6), 704–715. <https://doi.org/10.1177/1049731515596816>
- KILROY, S. J., EGAN, J., MALISZEWSKA, A., & SARMA, K. M. (2014). Systemic trauma: The impact on parents whose children have experienced sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23(5), 481–503. <https://doi.org/10.1080/10538712.2014.920458>
- LAMERS, A., DELSING, M., WIDENFELT, B., & VERMEIREN, R. (2015). A Measure of the Parent-Team Alliance in Youth Residential Psychiatry: The Revised Short Working. *Child & Youth Care Forum*, 44(6), 801–817. <https://doi.org/10.1007/s10566-015-9306-1>

- LÓPEZ-DAVALILLO, L. U. (2021). *La dimensión terapéutica del Trabajo Social: Guía práctica para el desarrollo del Trabajo Social Clínico, volviendo a su origen humanista y relacional*. Nau Llibres.
- MADSEN, W. C. (2007). *Collaborative Therapy with Multi-stressed Families*. Guilford Publications.
- MCLEOD, B. (2011). Relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(4), 603–616. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.02.001>
- MEJOR NIÑEZ. (2023). *Orientaciones Técnicas*. <https://www.mejorninez.cl/orientaciones-tecnicas.html>.
- MITCHELL, S. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis: an integration*. Harvard University Press.
- MORENO, A. (2009). Teoría relacional y la práctica de la psicoterapia [Wachtel, P., 2008]. *Aperturas Psicoanalíticas: Revista de Psicoanálisis En Internet*, 31.
- MORRIS, K., BRANDON, M., & TUDOR, P. (2015). Rights, Responsibilities and Pragmatic Practice: Family Participation in Case Reviews. *Child Abuse Review*, 24(3), 198–209. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/car.2272>
- MUÑOZ-GUZMÁN, C. (2022). Implicancias de las transformaciones en las prácticas familiares y avances hacia la desfamiliarización. In M. Cillero, E. Valenzuela, & J. P. González (Eds.), *Familias, infancia y Constitución*. Thomson Reuters.
- OBSERVATORIO OBSERVA. (2014). *Caracterización de los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en el sistema de acogimiento alternativo*. [https://www.observaderechos.cl/site/wp-content/uploads/2013/12/documento\\_estudio\\_sename.pdf](https://www.observaderechos.cl/site/wp-content/uploads/2013/12/documento_estudio_sename.pdf).
- ORNSTEIN, E., & GANZER, C. (2005). Relational Social Work: A Model for the Future. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 86, 565–572. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.3462>
- PERRY, M. A., CREAHEY, K., ARTHUR, E., CHANCE HUMER, J., LUNDGREN, P. J., & RIVERA, I. (2020). Cultivating emotional intelligence in child welfare professionals: A systematic scoping review. *Child Abuse & Neglect*, 110, 104438. <https://doi.org/10.1016/j.CHIA-BU.2020.104438>
- RELVAS, A., & SOTERO, L. (2014). *Familias obligadas, terapeutas forzosos: la Alianza Terapéutica en Contextos Coercitivos*. Ediciones Morata.
- ROSENBERGER, J. B. (2014). Introduction. In J. B. Rosenberger (Ed.), *Relational Social Work Practice with Diverse Populations* (pp. 3–12). Springer New York LLC.
- SCHREIBER, J. C., FULLER, T., & PACELEY, M. S. (2013). Engagement in child protective services: Parent perceptions of worker skills. *Children and Youth Services Review*, 35(4), 707–715. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.01.018>
- SMITH, M., GALLAGHER, M., WOSU, H., STEWART, J., CREE, V. E., HUNTER, S., EVANS, S., MONTGOMERY, C., HOLIDAY, S., & WILKINSON, H. (2012). Engaging with involuntary service users in social work: Findings from a knowledge exchange project. *British Journal of Social Work*, 42(8), 1460–1477. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcr162>
- STEENS, R., HERMANS, K., & VAN REGENMORTEL, T. (2018). Building a working alliance between professionals and service users in family preservation. A multiple case study. *Child and Family Social Work*, 23(2), 230–238. <https://doi.org/10.1111/cfs.12405>
- STUDSRØD, I., ELLINGSEN, I. T., GUZMÁN, C. M., & ESPINOZA, S. E. M. (2018). Conceptualisations of Family and Social Work Family Practice in Chile, Mexico and Norway. *Social Policy and Society*, 17(4), 637–649. <https://doi.org/10.1017/S1474746418000234>
- TOROS, K., DINITTO, D. M., & TIKO, A. (2018). Family engagement in the child welfare system: A scoping review. *Children and Youth Services Review*, 88, 598–607. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.03.011>
- TOSONE, C. (2004). Relational Social Work: Honoring the Tradition. *Smith College Studies in Social Work*, 74(3), 475–487. <https://doi.org/10.1080/00377310409517730>
- TREVITHICK, P. (2003). Effective relationship-based practice: A theoretical exploration. *Journal of Social Work Practice*, 17(2), 163–176. <https://doi.org/10.1080/026505302000145699>
- TUFFORD, L. (2014). Repairing Alliance Ruptures in the Mandatory Reporting of Child Maltreatment: Perspectives from Social Work. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 95(2), 115–121. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.2014.95.15>
- VAN TOLEDO, A., & SEYMOUR, F. (2013). Interventions for caregivers of children who disclose sexual abuse: A review. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 772–781. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.006>
- WACHTEL, P. (2008). *Relational theory and the practice of psychotherapy*. Guilford Press.