



UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA  
CARRERA DE PSICOLOGÍA

**PROBLEMAS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES  
EN  
NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES QUE HAN SIDO  
VÍCTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES: UN ESTUDIO  
DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO**

**MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGA**

**Autora:**

Francisca Carrasco Maldonado

**Profesora Patrocinante:**

Claudia Capella Sepúlveda

**Profesor Guía:**

Andrés Antivilo Bruna

Santiago, 2017

# ÍNDICE

1. RESUMEN	6
2. INTRODUCCIÓN	7
3. MARCO TEÓRICO	11
Agresiones sexuales en niños, niñas y adolescentes	11
Perspectiva Jurídica	11
Perspectiva Psicosocial	13
Fenomenología de las Agresiones Sexuales infantojuveniles	14
Prevalencias	16
Consecuencias psicológicas de las agresiones infantojuveniles	18
Consecuencias psicológicas a corto plazo	20
Consecuencias psicológicas a largo plazo	24
Factores asociados a los efectos de la agresión sexual	26
Trastornos psicológicos asociados	31
Efectividad del tratamiento psicológico en niños/as y adolescentes con antecedentes de agresión sexual	33
Instrumentos para medir efectividad de psicoterapia en ASI	35
4. OBJETIVOS	39
Objetivo general	39
Objetivos específicos	39
5. HIPÓTESIS	41
6. METODOLOGÍA	42
1. Diseño de investigación	42
2. Participantes	42
3. Instrumentos	47
Cuestionario de fortalezas y debilidades: Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	47
Cuestionario de resultado terapéutico para adolescentes: Youth Outcome Questionnaire (YO-Q- S.R 2.0)	50

Cuestionario Child PTSD Symptom Scale (CPSS)	51
4. Procedimiento	52
5. Análisis	56
7. RESULTADOS	58
8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	82
9. REFERENCIAS	90
10. ANEXOS	99

## AGRADECIMIENTOS

A lo largo de la realización de este trabajo varias personas e instituciones han colaborado para poder dar fruto a la presente investigación.

En primer lugar, quisiera agradecer a los niños, niñas y adolescentes y sus familias que apoyaron esta investigación compartiendo parte de su intimidad con el fin de ayudar a otros a recibir una mejor atención psicológica.

También, quisiera agradecer a las instituciones que abrieron sus puertas, haciendo posible la obtención de la muestra:

A los centros especializados Cenim Peñalolén, CAVAS Metropolitano, PRM Maipú, Cepij La Florida, Cepij Lo Espejo y Cepij Santiago

Al Centro de Atención Psicológica CAPs, de la Universidad de Chile.

Y a los colegios Cristiano Belén, Principado de Asturias y El Sembrador.

Al equipo Fondecyt, por su empatía, transmisión del cariño al trabajo desempeñado y por la cooperación en la obtención de la muestra y en la entrega de ideas.

A Claudia Capella, por la paciencia, por su trabajo minucioso, por darme ánimos y por su incansable buen corazón.

A Andrés Antivilo, por su gran ayuda metodológica y estadística.

A Victoria por su gran cooperación para la realización de esta memoria.

A mis amigos, Gonzalo, Catalina y Francisca, por sus ánimos, risas y por ayudar en la obtención de la muestra.

A mis amigas, Paz, Javiera, Damaris, Susana y Marianela, por ser grandes pilares, algunas desde que era niña.

A mi familia, que me da apoyo día a día, especialmente, a mi madre que me ha entregado mucha fuerza para realizar esta memoria.

A Tella, por su excepcional cariño, apoyo y por darme un hogar por muchos años, y a mi abuelo que le hubiera gustado estar presente en este último paso de mi carrera.

A mis hermanos, que son parte importante de mi corazón.

A Marcia y Rosa quienes ayudaron cuidando a mis hijas.

A Antonia, por ser mi musa inspiradora y por agregar una infinidad de colores a mi vida.

A Elena, por la alegría que me entrega cada día y la satisfacción de poder ser su madre.

Y, finalmente, a mi pareja y amor de mi vida, Jesús, quien me da fuerzas y felicidad, y me apoya en cada paso que doy.

## RESUMEN

Este estudio está inserto en la investigación Fondecyt “Cambio psicoterapéutico en agresiones sexuales: perspectiva de los niños/as y adolescentes que han sido víctimas, sus padres y sus psicoterapeutas” y busca determinar de qué manera se presentan los problemas emocionales y conductuales en niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de agresión sexual, en comparación con población que no ha sufrido esta experiencia. Para esto se aplicaron los cuestionarios SDQ en versión autorreporte y versión para padres, YOQ y CPSS. Fueron estudiados 106 sujetos que conforman los grupos de niños/as y adolescentes que han sido víctimas de ASI, grupo clínico sin antecedentes de ASI y población general.

Los resultados apuntan a que el grupo clínico y el grupo con antecedentes de ASI presentan mayores niveles de problemas conductuales y emocionales, teniendo diferencias significativas con la población general. Sin embargo, lo que caracteriza la presentación de los síntomas en el grupo con antecedentes de ASI, del grupo clínico sin antecedentes de ASI, no es la intensidad, sino que la forma en la que se presenta, puesto que se observaron mayores niveles de sintomatología internalizante.

En el grupo con antecedentes de ASI no se observaron diferencias en la sintomatología ni por sexo, ni por ciclo vital. A nivel clínico, se encontraron diferencias en la sintomatología, según características de la agresión (frecuencia de la agresión, figura del agresor y tipo de agresión).

Se observó que el cuestionario SDQ autorreporte no obtuvo tanta efectividad en el grupo con antecedentes de ASI. Y se sugiere una mayor representatividad de la muestra en futuras investigaciones.

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha observado una alta prevalencia de trastornos de la salud mental en niños y adolescentes (Costello, Mustillo, Erkanli, Kecler y Angold, 2003; De La Barra, 2009a). En Chile se ha reportado una incidencia de un 25,4% de trastornos psicológicos en población de niños y adolescentes en la ciudad de Santiago (De la Barra, 2009b).

Más aún, investigaciones han mostrado que en niños que presentan dificultades en su desarrollo psicológico, a pesar de no presentar propiamente un trastorno, pueden ser vulnerables a desarrollarlo en el futuro (Cicchetti y Toth, 2009; De La Barra, Toledo y Rodríguez, 2002), existiendo una continuidad de los trastornos en la infancia, de manera que niños con antecedentes psicológicos tendrían una mayor propensión a un diagnóstico de psicopatología en etapas posteriores de la vida (Costello et al., 2003; De la Barra, 2009b).

En el caso de los niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales infanto juveniles (ASI), por lo menos un 80% de ellos sufren consecuencias psicológicas negativas (Echeburúa y Corral, 2006). Cantón y Cortés (2004), plantean que éstos tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas psicológicos que niños/as y adolescentes de su misma edad sin antecedentes de ASI, identificando ciertas consecuencias psicológicas que pueden presentarse a cualquier edad, y otras que aparecen, principalmente, en un rango etario determinado.

Brière y Elliot (1994, 2003) señalan que cuando los niños han sido abusados, desarrollan un modelo interno en el que ven el mundo como un lugar peligroso, considerando que han sido impotentes en el pasado, podrían sobrestimar el peligro y la adversidad en su entorno actual. Esto puede hacer que esta población, en su adultez, subestimen su propio sentido de auto-eficacia y autoestima con respecto al peligro real. También, pueden tener percepciones crónicas de impotencia, y el peligro, dando paso a una alta probabilidad de presentar problemas psicológicos en la etapa adulta. En este sentido, Hetzel-Riggin, Brausch y Montgomery (2007) señalan que es mejor que niños/as y

adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales reciban terapia psicológica a no recibirla, puesto que quienes no reciben tratamiento, en general, continúan presentando dificultades psicológicas.

De esta manera, es preciso definir y caracterizar a la población infantil y adolescente víctima de ASI, para poder orientar de mejor manera los procedimientos psicoterapéuticos, con el fin de mitigar las consecuencias psicológicas en el corto plazo, pero también, de forma preventiva a nuevos trastornos psicológicos que pudieran desarrollarse a largo plazo. Esto resulta relevante, por una parte, como un deber de retribución social, ante el maltrato por el cual han sido víctimas estos niños/as y adolescentes, es poder entregar un servicio psicoterapéutico de calidad y pensado específicamente para esta población en consideración de sus particularidades (Barudy y Dantagnan, 2005). Y, por otra parte, es importante debido la alta prevalencia de este fenómeno a nivel internacional y nacional (Cantón y Cortés, 2004; Ministerio del Interior y Seguridad Pública, 2013; SENAME, 2010, 2014) y al constante incremento de denuncias en torno a las ASI a nivel nacional (MINSAL, 2011; Ministerio Público, 2015).

Adicionalmente, es necesario promover la concepción de niños y adolescentes como sujetos de derechos, respetando el derecho a poder expresarse libremente, a ser escuchados y a que su opinión se tome en cuenta (Unicef, 2016), en consecuencia, a tener la posibilidad de enunciar y denunciar su propio malestar, dando espacio a la necesidad de comunicación que los hace afirmarse como sujetos parte de la sociedad (Barudy y Dantagnan, 2005). Sin embargo, contradictoriamente, los instrumentos de pesquisa de psicopatología infanto juvenil han puesto énfasis en el reporte de los adultos responsables, probablemente, porque ellos cuentan con mayores habilidades en cuanto a expresión verbal y lectoescritura.

Aun así, investigaciones han visualizado que, en general, los propios niños y adolescentes son mejores reportando síntomas internalizantes (como síntomas depresivos, ansiosos, etc.), mientras que los adultos, como padres y profesores, reportan de mejor manera síntomas externalizantes (como problemas de conducta, hiperactividad, etc.) (Elander y Rutter, 1995). En esta línea parece relevante potenciar aquellas mediciones



autoadministradas en los que los propios niños/as y adolescentes puedan expresar su malestar psicológico.

Por otra parte, si bien existe una amplia gama de problemas psicológicos a corto plazo en niños y niñas víctimas de ASI, las investigaciones muestran que hay ciertas dificultades psicológicas que aparecen en mayor medida (Echeburúa y Corral, 2006; ; Finkelhor, 2005; Finkelhor y Browne, 1985; Pereda, 2009), además, se presentan altos índices de sintomatología internalizante asociada, principalmente, a depresión, estrés postraumático y ansiedad (Echeburúa y Guerricaecheverría, 2000; Guerra y Farkas, 2015). Además, se ha visto que la manera en que se presenta la sintomatología, está mediada por diversos factores, de este modo, influyen factores individuales como de la etapa evolutiva en la que se encuentre el sujeto, del género y de la capacidad de afrontamiento; factores relacionados con la agresión, como la cronicidad e intensidad de la agresión; factores de relación con el agresor, como el vínculo con éste y su edad; y factores relacionados con los efectos de la revelación de la agresión, como credibilidad y cambios a nivel familiar o social (Cantón y Cortés, 2004; Echeburúa y Corral, 2006).

Aun cuando en nuestro país se han realizado estudios que describen las dificultades psicológicas en niños/as y adolescentes con antecedentes de ASI (Gómez, Cifuentes y Sieverson, 2010; Navarro, Carrasco y Aliste, 2003), y también, se la ha comparado con población general (Guerra y Farkas, 2015; Pinto y Silva, 2013), aún no existen investigaciones en Chile que contrasten los problemas psicológicos de niños/as y adolescentes con antecedentes de ASI con población que asista a psicoterapia. De esta forma, no se ha podido esclarecer si existen problemas psicológicos específicos de la población víctima de ASI, en nuestro país y, por esto, es que esta investigación pretende entregar aportes en cuanto a la caracterización clínica de esta población.

Esta investigación se encuentra inserta dentro del proyecto Fondecyt 11140049 “Cambio psicoterapéutico en agresiones sexuales: perspectiva de los niños/as y adolescentes que han sido víctimas, sus padres y sus psicoterapeutas” y se focaliza en la etapa inicial de este proyecto, de forma tal, que entrega información acerca de la

caracterización de la sintomatología inicial en esta población que asiste a psicoterapia por ASI, la cual se utilizará en el proyecto para comparar con la sintomatología presentada al final del tratamiento psicológico y evaluar las variaciones sintomatológicas durante el tratamiento.

De forma paralela, se está llevando a cabo la validación del cuestionario Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) en su versión de autorreporte, para población chilena, el cual mide problemas emocionales y conductuales en niños/as y adolescentes. De manera que esta memoria entrega aportes metodológicos acerca del uso de este cuestionario en población que ha sido víctima de ASI y en la estimación de evidencias de validez del éste.

Conforme a lo anterior, es que el propósito de esta investigación es caracterizar los problemas conductuales y emocionales asociados a agresiones sexuales en niños/as y adolescentes que han sido víctimas de esta experiencia y compararlos con los problemas conductuales y emocionales en población clínica y población general sin antecedentes de agresiones sexuales. Dando importancia al autorreporte de los niños/as y adolescentes, potenciando así, la posibilidad de expresar síntomas internalizantes que predominan en esta población.

De este modo, se pretende responder a la pregunta ¿De qué manera se presentan los problemas emocionales y conductuales en niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de agresión sexual, en comparación con población que no ha sufrido esta experiencia? Y, de esta forma, entregar información inicial acerca de la sintomatología en esta población, que pueda complementarse luego con otros resultados de la investigación en la que se inserta este trabajo con el fin de conocer cómo se vive esta experiencia, de qué forma están ayudando los tratamientos terapéuticos y cómo éstos podrían mejorar.

## MARCO TEÓRICO

### **Agresiones sexuales en niños, niñas y adolescentes**

El fenómeno de las agresiones sexuales es posible de comprender desde un marco jurídico, como también, desde un marco psicosocial (Capella y Miranda, 2003). De esta manera, se expondrá, primeramente, la definición y clasificación desde un marco jurídico, para luego comprenderlo desde el marco psicosocial.

#### Perspectiva Jurídica

Desde la perspectiva jurídica, según la legislación chilena, las agresiones sexuales se denominan delitos sexuales y el bien jurídico que se busca proteger es la Libertad Sexual, esto quiere decir que es “el derecho que cada uno de nosotros tiene de elegir cómo, cuándo, dónde y con quién ejercer nuestra sexualidad o tener relaciones sexuales” (CAVAS, 2011, pág. 25). Sin embargo, en los menores de edad el bien jurídico que se protege es la Indemnidad Sexual, debido a que se considera que no cuentan con un desarrollo psicosexual adecuado para poder ejercer libremente su sexualidad y, por ende, no cuentan con las facultades para expresar su voluntad en torno al ejercicio de su sexualidad (CAVAS, 2011).

Los delitos sexuales se encuentran contenidos en el Libro Segundo del Código Penal Chileno, específicamente, en el Título VII denominado “Crímenes y delitos contra el orden de las familias, contra la moralidad pública y contra la Integridad sexual” (Biblioteca del Congreso Nacional, 2016).

De esta manera, la transgresión a la Indemnidad Sexual está penada por el Código Penal chileno y, a continuación, se presentan las tipificaciones de los delitos más relevantes en este ámbito:

- **Violación:** Existen dos tipos de Violación, la Violación propia y la Violación impropia. En cuanto a la violación propia, el Código Penal en su artículo 361 refiere: *“Comete violación el que accede carnalmente, por vía vaginal, anal o bucal, a cualquier persona mayor de catorce años, en algunos de los casos siguientes:*

*1° Cuando se usa la fuerza o intimidación*

*2° Cuando la víctima se halla privada de sentido, o cuando se aprovecha de su incapacidad para oponer resistencia.*

*3° Cuando se abusa de la enajenación o trastorno mental de la víctima.”*

(Biblioteca del Congreso Nacional, 2016)

Sin embargo, en cuanto a la Violación impropia, se comete al acceder carnalmente, vía vaginal, anal o bucal, a cualquier persona menor de catorce años, aunque no se cumplan los tres criterios anteriormente descritos.

- **Estupro:** Este delito indica que se accede carnalmente, vía vaginal, anal o bucal, a una persona menor de edad, pero mayor a catorce años, en cualquiera de las siguientes circunstancias:

1° Abuso de anomalía o perturbación mental, aún transitoria de la víctima, que por su menor entidad no sea constitutiva de enajenación o trastorno.

2° Abuso de una relación de dependencia de la víctima.

3° Abuso del grave desamparo en que se encuentre la víctima.

4° Engaño a la víctima, debido a su inexperiencia o ignorancia sexual.

- **Abuso Sexual:** Se define el delito de abuso sexual cuando ocurre una acción sexual abusiva, distinta al acceso carnal. Esta acción sexual puede consistir en cualquier tipo de acto de significación sexual y de relevancia, que se lleva a cabo mediante el contacto físico con la víctima, o que hubiese afectado los genitales, ano o boca de la víctima, aún sin que se haya realizado contacto corporal.

Al igual que el delito de violación, el abuso sexual se puede tipificar en abuso sexual propio e impropio, dependiendo de la edad de la víctima, de esta manera, se comete abuso sexual propio cuando ocurre una acción sexual abusiva, distinta al acceso carnal, con una persona mayor de 14 años; y se comete abuso sexual impropio cuando este delito se comete con una persona menor a los 14 años.

### Perspectiva psicosocial

Las agresiones sexuales poseen de manera importante un carácter relacional, siendo este fenómeno imprescindible de comprenderlo desde una perspectiva psicosocial (Capella y Miranda, 2003; Cavas, 2011). De esta manera, es relevante la terminología utilizada para este fenómeno y se sugiere en psicología utilizar el término Agresión Sexual, ya que esta denominación abarca todo el espectro de transgresión en la esfera sexual, caracterizada por una asimetría de poder; a diferencia del término Abuso Sexual, en el cual se dialoga constantemente con los términos utilizados por la perspectiva jurídica, debida a que éste constituye un delito específico (CAVAS, 2011).

La definición de agresión sexual infantil ha tenido dificultades en llegar a un consenso unánime por parte de los investigadores, debido a la complejidad para delimitar conceptos como infancia, abuso y relación sexual (O'Donohue, 1992, en Cantón y Cortés, 2004). Sin embargo, diversos autores han planteado que estas agresiones poseen características comunes, sobre todo en cuanto a su carácter relacional (Cantón y Cortés, 2004). En este sentido, ASI implica, asimetría de edad entre víctima y victimario, acciones de índole sexual hacia un niño, niña o adolescente, incapacidad de discernimiento o ausencia de consentimiento por parte del niño o niña, invasión a la privacidad de un niño, niña o adolescente que viene dada desde una posición de poder (Álvarez, 2012).

De esta manera, el abuso sexual infantil no implica necesariamente la utilización de coerción explícita, también se ha visto que puede existir coerción implícita, lo cual es propenso a darse en una relación de asimetría de edad, puesto que existen diferencias en la

madurez sexual, experiencia sexual y en las expectativas que conlleva una relación sexual, lo cual constituye, por consiguiente, una conducta sexual impuesta hacia el niño o adolescente (Finkelhor y Browne, 1986, en Álvarez, 2012). Esta explicación también considera, por tanto, que el agresor puede ser no tan sólo un adulto, sino que también un menor de edad con mayor experiencia que la víctima, de esta manera, estos autores plantean que se considera agresión sexual cuando existe una diferencia de 5 años de edad o más entre víctima y victimario.

### Fenomenología de las Agresiones Sexuales Infantojuveniles

En la literatura, se ha descrito la presencia de dinámicas complejas y progresivas en las ASI asociadas a una relación asimétrica de poder, a actos sexuales transgresores e impuestos sin la consideración de las necesidades del niño y a la exposición sexual inadecuada para el desarrollo psicosexual de éste (Barudy, 1998). En conjunto con esto, es posible distinguir variados elementos de las ASI que permiten una comprensión fenomenológica de éstas.

Estos elementos que se distinguen, generalmente utilizados, son: relación con el agresor, las estrategias de victimización utilizadas por el agresor, cronicidad de las agresiones sexuales, y las características del proceso de develación (Rodríguez, 2014). A continuación, se especifica cada uno de estos elementos:

- Según la relación que tiene la víctima con el agresor, se puede distinguir si la agresión es **Intrafamiliar o Extrafamiliar**.

En cuanto a las ASI intrafamiliares, se describe que quien abusa utiliza su rol con el fin de manipular el vínculo con el niño, de esta manera, la victimización se realiza en un proceso graduado, dando lugar frecuentemente, a abusos reiterados y bajo una dinámica del secreto (Barudy, 1998; CAVAS, 2011). Además, dentro de la categoría Intrafamiliar, se puede definir la agresión como *incestuosa*, si es que el agresor se configura como una figura paterna (Salinas, 2006, en Rodríguez, 2014).

Dentro de la categoría Extrafamiliar, se diferencia de la agresión llevada a cabo por *Conocidos* o *Desconocidos* (Cavas, 2011). Las ASI por conocidos se caracterizan por la existencia de un vínculo de confianza previo con el niño, el cual se manipula con métodos coercitivos como el cariño, la mentira y la persuasión, o bien, con amenazas y presión psicológica; lo cual es vivido de manera confusa por el niño, sintiendo frecuentemente culpa y/o vergüenza ante la situación (Barudy, 1998). Por otra parte, las ASI por desconocidos suelen darse de forma más explícita y primando la violencia física. En la mayoría de los casos, la agresión sucede como evento único, sin embargo, se presentan mayores índices de estrés postraumático (Barudy, 1998; Navarro, et. al, 2003).

- En cuanto a las estrategias de victimización utilizadas por el agresor, éstas pueden ser *explícitas* o *implícitas*. Las primeras se caracterizan por la utilización de métodos directos de violencia como el llevar a cabo la fuerza física, amenazas, uso de armas, etc. Mientras que las estrategias implícitas, son aquellas estrategias en las que prima el abuso de la relación de confianza o de dependencia de la víctima, por lo cual este tipo de estrategias suelen darse en contextos de agresión sexual Intrafamiliar o por conocidos; estas estrategias, por tanto, son engaños, seducción, intercambio de privilegios, chantaje emocional, etc. (CAVAS, 2011; Rodríguez, 2014).

- La cronicidad de las agresiones sexuales refiere a la frecuencia y duración del abuso. Pueden clasificarse en episodio único, reiteradas o crónicas. Las agresiones de episodio únicos son aquellas que han ocurrido en sólo una ocasión, mientras que las reiteradas, CAVAS (2011) refiere que son aquellas agresiones sexuales que se han repetido durante semanas o meses, pero que se constituyen como episodios de carácter aislados y diferenciables entre sí. Por otra parte, las agresiones sexuales crónicas son aquellas que perduran durante meses o años y se presentan como una dinámica instalada constitutiva de la relación entre la víctima y el agresor (Capella, 2011; Rodríguez, 2014).

- Finalmente, la develación consiste en la instancia primera en la cual se da a conocer el acto abusivo a personas ajenas a la situación abusiva, es decir, distintas al agresor y la víctima (Capella, 2010; Gutiérrez y Steinberg, 2012). Capella (2010) propone la siguiente clasificación en cuanto a la develación:

**Según la forma que se inicia la develación del niño o adolescente**, la develación puede ser premeditada y espontánea, elicitada por eventos precipitantes, provocadas a partir de preguntas de adultos, circunstancial o accidental, y sospecha/no revelada.

**Según la persona a la cual se dirige la develación**, ésta puede realizarse a un *adulto intrafamiliar*, a un *adulto extrafamiliar* o a un *par*.

**Según la latencia entre el inicio de los hechos abusivos y la develación**, puede clasificarse en *inmediata* o *tardía*.

### Prevalencias

Las agresiones sexuales son consideradas como uno de los delitos que más preocupa a la población chilena, obteniendo un 29% de las menciones en la Encuesta Nacional de Opinión Pública 2010, seguido por tráfico de drogas (26%) y violencia intrafamiliar (19%) (Maffioletti y Huerta, 2011).

Entre enero y diciembre del año 2015 fueron ingresados 19.193 casos de delitos sexuales a Fiscalías del país (Ministerio Público, 2016) y, se ha observado que, del total de denuncias, aproximadamente un 70% corresponde a delitos contra menores de edad (Maffioletti y Huerta, 2011). En cuanto a la población general de niños/as y adolescentes, se estima que entre un 5% y un 11% de ésta ha sido víctima de ASI (Ministerio del interior y seguridad pública, 2013).



Según SENAME (2014), 43.292 fueron los niños y adolescentes ingresados al sistema de protección de Derechos por la causal de abuso sexual y maltrato durante ese año. Esta cifra corresponde casi al 39% del total de los casos ingresados a nivel nacional, convirtiéndose en la principal causa por la que ingresan al sistema.

Estas cifras concuerdan con la literatura que refleja que los principales agresores son familiares o conocidos de la víctima, estimándose entre el 70% y el 89 % de los casos (Maffioletti y Huerta, 2011).

En cuanto a las diferencias por género, a nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud, en el año 2002 (en Maffioletti y Huerta, 2011) refirió que al menos un 20% de las mujeres ha sido víctima de algún tipo de agresión sexual durante su vida, mientras que un 5% de los hombres reportan. En lo que refiere a las cifras nacionales, se observa que las niñas y adolescentes mujeres reportan mayor números de atentados de agresión sexual, así, del total de ataques, un 73,5% corresponde a mujeres en contraste con el género masculino, en las bases de SENAME para el año 2014 (SENAME, 2014).

Por otra parte, en cuanto a diferencias etarias, a nivel internacional, Unicef (2012) llevó a cabo un estudio sobre maltrato infantil e incluyó por primera vez la variable de ASI, y en el cual se estimó que la edad promedio de las víctimas de este delito era de 8,5 años. A nivel nacional, se ha visto que el rango de edad con mayor prevalencia de ASI es entre los 7 y los 13 años de la víctima (Unicef, 2012).

En el estudio nacional de Pinto y Silva (2013) se muestra que las ASI principalmente ocurren en la misma casa del niño o adolescente con un 42,1% de los casos, seguido por la casa del agresor con un 34,2% de los casos. Además, en la mayoría de los casos, las agresiones fueron reiteradas con un 66% de los casos. En cuanto a las estrategias utilizadas por los agresores, las más utilizadas fueron el engaño, con un 26% de los casos, y el abuso de confianza, con un 28,9%; adicionalmente, se observó que las mujeres fueron quienes reportaron una mayor utilización de estrategias explícitas por parte de su agresor.

## Consecuencias psicológicas de las agresiones sexuales infanto juveniles

La psicopatología se entiende, desde una mirada evolutiva, como una desviación en el curso normal del desarrollo (Rutter, 1985). Desde la teoría piagetiana es posible distinguir tres criterios de psicopatología (Rychlak, 1988, en Sepúlveda y Capella, 2012): Desequilibrio, fijación y criterio de realidad.

Se comprende el *desequilibrio* como patológico cuando éste se constituye como duradero al generarse conflictos o contradicciones que no pueden ser incorporadas por la persona debido a que estos conflictos son excesivos para la persona o porque sus esquemas son insuficientes, impidiéndose el equilibrio entre las estructuras psíquicas y el medio. También, se debe considerar la *fijación*, la cual consiste en el estancamiento de las estructuras cognitivas y afectivas en etapas anteriores del desarrollo. Por último, en el *criterio de realidad* se considera que la imagen del sí mismo debiese coincidir con la realidad, puesto que, de lo contrario, una imagen sobrevalorada o subvalorada, genera desequilibrios con el entorno (Sepúlveda y Capella, 2012).

Si bien lo esperable es que constantemente ocurran desequilibrios y re-equilibraciones (Piaget, 1991), hay situaciones que por ser amenazantes para el sujeto o que éste no cuente con los recursos psicológicos necesarios para comprenderlas y darles un significado, en este sentido, ocurre una ruptura a nivel psíquico que, al no poder incorporar la situación, ésta se expresa en síntomas, generando desequilibrios duraderos. De esta manera, se conformaría un trauma que, por una parte requiere de un evento disruptivo externo y, por otra, la significación de la experiencia como traumática, al superar las capacidades de adaptación al medio de los esquemas previos del sujeto, causando desequilibrio (Capella, 2011).

Un evento se puede configurar como traumático cuando provoca alteración en las creencias centrales acerca del sí mismo, el mundo y otros; con lo cual se genera gran angustia en el momento del evento o en momentos posteriores (Erbes, 2004, en Capella,

2011). La experiencia traumática, a su vez, estaría compuesta por tres elementos: primero, está la situación externa disruptiva; segundo, la vivencia subjetiva acerca de esta situación; y tercero, la existencia de un interjuego entre los elementos anteriores (Benyakar y Lezica, 2005, en Capella, 2011).

Una agresión sexual, puede ser significada de manera traumática, además, es un factor de riesgo de psicopatología, tanto en el corto como en el largo plazo. De esta manera, diversos autores han encontrado que personas que han sufrido abuso sexual tienen más probabilidades de consultar a servicios de salud mental y de presentar algún tipo de psicopatología (Cutajar, Mullen, Ogloff, Thomas, Wells y Spataro, 2010; Lev-Wiesel y Markus, 2013; Pereda, 2010; Rincón, Cova, Bustos, Aedo y Valdivia, 2010).

Las consecuencias psicológicas a corto plazo son aquellas que se presentan hasta dos años desde ocurrido el evento abusivo, mientras que aquella sintomatología que se presente luego de dos años desde el evento abusivo, se considera como consecuencias a largo plazo (Pereda, 2010). Además, es relevante señalar que en la literatura las consecuencias psicológicas han sido las más descritas (Finkelhor y Browne, 1985; Kendall-Tackett, Meyer y Finkelhor, 1993; Noll, 2008; entre otros).

Lo que se ha estudiado como consecuencias psicológicas de las ASI alude a la sintomatología psicopatológica presentada por esta población, por esta razón, es que en esta investigación se utiliza como principal instrumento de medición un cuestionario de tamizaje de psicopatología. Este instrumento es el SDQ, el cual se detallará más adelante, y provee una cobertura acerca de las dificultades de niños/as y adolescentes y, en este sentido, evalúa la existencia de problemas emocionales y conductuales (Goodman, 1997; Goodman, Lamping, Ploubidis, 2010, en Goodman, 2012).

Para efectos de esta investigación se utilizará como término problemas emocionales y conductuales. Los problemas emocionales hacen referencia a sintomatología internalizante, mientras que los problemas conductuales refieren a sintomatología externalizante (Goodman, 1997; Goodman, Lamping, Ploubidis, 2010, en Goodman, 2012).

## Consecuencias psicológicas a corto plazo

En la literatura acerca de la sintomatología a corto plazo de ASI, no es posible encontrar un patrón de síntomas único en los niños/as y adolescentes, incluso hay niños/as y adolescentes que no presentan sintomatología, esto podría ocurrir debido a que existen consecuencias que se presentan más tardíamente, en una etapa evolutiva más avanzada, éstos son llamados “efectos dormidos” (Kendall-Tacket, et.al, 1993; Noll, 2008). Esto dificulta establecer un síndrome que defina y englobe los problemas emocionales, cognitivos y sociales relacionados con la agresión sexual (Kendall-Tacket, et.al, 1993; Glasser, 2008, en Rincón, et.al., 2010).

Aun así, es posible encontrar ciertos síntomas que se presentan en mayor medida en esta población, pero teniendo en consideración que, por tratarse de etapas del desarrollo en las que el cambio en el individuo es más profundo, se debe dar gran relevancia a la etapa evolutiva en la que se encuentre el niño/a o adolescente. En este sentido, es importante destacar que, si bien existen consecuencias que podrían presentarse en cualquier etapa, hay efectos que son más específicos de un determinado período (Cantón y Cortés, 2004).

Para comprender de mejor forma cómo se van configurando las consecuencias que trae la experiencia abusiva en los niños/as y adolescentes, Finkelhor y Browne (1985) desarrollaron un modelo basado en cuatro dinámicas traumatogénicas: Sexualización traumática, traición, estigmatización y pérdida de poder o indefensión.

Estos autores señalan la *sexualización traumática* como aquella en que el niño/a o adolescente tienen un comportamiento sexual y/o una preocupación sexual, ya sea de evitación o de interés, que resultan inapropiados para su edad, dando lugar a concepciones distorsionadas acerca de las relaciones sexuales. En cuanto a la *traición*, refieren que es una reacción ante la experiencia de haber perdido una figura significativa que anteriormente era de confianza y se puede expresar, por una parte, en una intensa búsqueda de relaciones de confianza y seguridad, o bien, en hostilidad, agresividad, aislamiento y un rechazo a las

relaciones íntimas. En lo que refiere a la *estigmatización*, los autores hacen alusión al sentimiento que experimentan los niños/as y adolescentes al sentirse solos, culpables y con vergüenza por la/s situación/es abusiva/s ocurrida/s. finalmente, en cuanto a la *indefensión*, mencionan que ocurre cuando los niños/as y adolescentes se creen incapaces de controlar situaciones que les son dañinas, dando lugar a miedo y ansiedad y, de esta forma, mermando las habilidades de afrontamiento y el sentido de autoeficacia (Finkelhor y Browne, 1985).

En este escenario, diversos autores han planteado las consecuencias que puede conllevar la experiencia de agresión sexual (Cantón y Cortés, 2004; Echeburúa y Corral, 2006; Finkelhor y Browne, 1985; Noll, 2008; Pereda, 2009). De esta manera, es posible encontrar en la literatura que las consecuencias a corto plazo más comunes son:

- Sintomatología emocional: Miedos, fobias, síntomas depresivos o ansiosos, baja autoestima, sentimiento de culpa, estigmatización, trastorno de estrés postraumático, ideación suicida, hostilidad, rechazo del propio cuerpo, desconfianza y rencor hacia los adultos, vergüenza y/o culpa con respecto a la situación de abuso, disociación ideo afectiva (Álvarez, 2003; Cutajar, et.al., 2010; Echeburúa y Corral, 2006; Finkelhor y Browne, 1985; Pereda, 2009).
- Sintomatología conductual: Conductas autolesivas, conductas suicidas, hiperactividad, huidas del hogar, conducta disruptiva y disocial, conformidad compulsiva, consumo de drogas y/o alcohol, sentimientos de rabia (Cutajar, et.al., 2010; Echeburúa y Corral, 2006; Finkelhor y Browne, 1985; Pereda, 2009;).
- Sintomatología social: déficit en habilidades sociales, retraimiento social, conductas antisociales (Álvarez, 2003; Echeburúa y Corral, 2006; Pereda, 2009).
- Conducta sexualizada: Conocimiento sexual precoz o inapropiado para su edad, masturbación compulsiva, excesiva curiosidad sexual, conductas exhibicionistas,

problemas de identidad sexual (Echeburúa y Corral, 2006; Finkelhor y Browne, 1985).

- Sintomatología funcional/fisiológica: Problemas de sueño (pesadillas, insomnio), trastorno de la conducta alimentaria, quejas somáticas, pérdida de control de esfínteres, hipervigilancia, flashbacks (Álvarez, 2003; Echeburúa y Corral, 2006; Finkelhor y Browne, 1985; Pereda, 2009).
- Sintomatología cognitiva: Problemas de atención y concentración, bajo rendimiento académico, TDAH (trastorno de déficit atencional con hiperactividad), incapacidad para recordar eventos del trauma (Álvarez, 2003; Cantón y Cortés, 2004; Pereda, 2009).

En este sentido, las consecuencias a corto plazo de una agresión sexual, generalmente, tienen una gran influencia negativa para el funcionamiento psicológico tanto para los niños/as, como para los adolescentes que han sido víctima (Lameiras, 2002, en Echeburúa y Corral, 2006).

Del mismo modo, se ha observado que los niños/as y adolescentes que han sido víctimas pueden presentar una alteración de la imagen de sí mismos, sentimientos de impotencia, vulnerabilidad, pérdida progresiva de confianza en sí mismo y en los otros, presentándose problemas en la sociabilidad e identidad (Finkelhor y Browne, 1985).

Sin embargo, hay distinciones en la sintomatología dependiendo de la etapa evolutiva en la que se encuentre el niño/a o adolescente (Cantón y Cortés, 2004; Echeburúa y Corral, 2006).

Siguiendo esta línea, se han visto diferencias de cierta sintomatología, dependiendo de la etapa evolutiva (Echeburúa y Corral, 2006; Cantón y Cortés, 2004):

- En cuanto a los efectos emocionales, el miedo generalizado suele darse en la infancia, sin embargo, hostilidad y agresividad, culpa y vergüenza, depresión, ansiedad, baja autoestima y sentimientos de estigmatización, rechazo del propio cuerpo, desconfianza y rencor hacia los adultos y trastorno de estrés postraumático, suelen darse tanto en la infancia como en la adolescencia.
- En cuanto a los efectos conductuales, en la infancia consiste en hiperactividad, la mayoría de las veces, en tanto consumo de drogas o alcohol, huidas del hogar y conductas autolesivas o suicidas corresponden a la adolescencia.
- En lo que referente a los efectos sociales que generalmente se dan en la infancia son déficit en habilidades sociales, mientras que en la adolescencia, las conductas antisociales son más comunes.
- El efecto fisiológico que, generalmente, se presenta en la infancia es la pérdida del control de esfínter, mientras que los problemas de sueño y cambios en los hábitos de comida suelen darse tanto en la infancia, como en la adolescencia.
- Finalmente, los efectos sexuales en la infancia son conductas exhibicionistas, mientras que en la adolescencia suelen presentarse problemas en la identidad sexual.

En cuanto a la sintomatología a corto plazo en investigación nacional, el Centro de Atención a Víctimas de Agresiones Sexuales (CAVAS, 2003) realizó una caracterización acerca de esta temática. De esta manera, se encontró que la mayor prevalencia dentro de la muestra fue la sintomatología ansiosa (85% de los casos presentaron esta sintomatología), luego, los síntomas depresivos (57% de los casos presentaron este síntoma), con lo cual, es posible decir, que en esta población, la sintomatología más relevante en este estudio en nuestro país tiene relación con la sintomatología a nivel emocional.

Luego, en menor proporción, se encontró que entre un 39% y un 20% se presentaban los síntomas de trastornos del sueño, dificultades en la atención/concentración, alteración de la conducta sexual, auto y heteroagresión, distorsiones cognitivas, alteración de la conducta alimentaria y síntomas disociativos. Si bien, en este estudio se consideraron estos síntomas como problemas de la conducta, Cantón y Cortés (2004) y Pereda (2009) categorizan algunos de estos síntomas como fisiológicos o cognitivos (p.ej. trastornos del sueño, trastornos de la conducta alimentaria, dificultades de atención/concentración, distorsiones cognitivas).

### Consecuencias psicológicas a largo plazo

Se considera como sintomatología a largo plazo, aquella que se presenta a partir de dos años siguientes a la situación abusiva (Finkelhor y Browne, 1986, en Pereda, 2010; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

Los efectos a largo plazo son, comparativamente, menos frecuentes que las consecuencias iniciales, sin embargo el abuso sexual infantil constituye un importante factor de riesgo para el desarrollo de una gran diversidad de trastornos psicopatológicos en la edad adulta, especialmente, depresión y sintomatología postraumática (Flitter, Elhai y Gold, 2003, en Pereda, 2010; Lev-Wiesel y Markus, 2013).

Los efectos a largo plazo del abuso sexual infantil han sido considerados especulativos ya que el estudio de éstos implica una dificultad que se relaciona, principalmente, con la interacción con otros tipos de factores relacionados con el paso del tiempo (Pereda, 2010). Por otra parte, en ciertas víctimas de abuso sexual en la infancia, pudiesen presentarse los “efectos dormidos”, es decir, que los efectos sólo se hacen presentes a largo plazo, manifestándose secuelas sólo en la adolescencia o adultez, y que son gatillados por experiencias asociadas a la etapa del desarrollo que se esté viviendo (Kendall-Tacket, et.al.,1993; Noll, 2008).



Si bien las consecuencias iniciales causan malestar por sí mismas a los niños/as y adolescentes, Briere y Elliot (1994) señalan que cuando los niños son abusados, desarrollan un modelo interno en el que ven el mundo como un lugar peligroso, considerando que han sido impotentes en el pasado, podrían sobrestimar el peligro y la adversidad en su entorno actual. Esto puede hacer que esta población, en su adultez, subestime su propio sentido de auto-eficacia y autoestima con respecto al peligro real. Asimismo, pueden tener percepciones crónicas de impotencia, y el peligro, lo cual puede contribuir a una angustia emocional y, además, aumenta el riesgo de depresión.

En la literatura se pueden encontrar diversos autores que han descrito la sintomatología a largo plazo de niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresión sexual, sin embargo, a modo de ordenar la información, se expondrán los síntomas según la categorización que proponen Echeburúa y Corral (2006):

- Síntomas emocionales: Trastorno depresivo, bipolar, sintomatología ansiosa, baja autoestima, trastorno de estrés postraumático, ideación suicida, trastorno límite de la personalidad, dificultad para expresar o recibir sentimientos de ternura y de intimidad (Cutajar, et.al., 2010; Denov, 2004; Echeburúa y Corral, 2006; Finkelhor, 2005; Pereda, 2010).
- Síntomas de conducta y de adaptación: Intentos de suicidio, trastorno disociativo de identidad, consumo de drogas y/o alcohol, trastornos de conducta (Cutajar, et.al., 2010; Denov, 2004; Echeburúa y Corral, 2006; Pereda, 2010).
- Síntomas de relación: Aislamiento, ansiedad social, dificultad en la relación de pareja, dificultad en la crianza de los hijos/as, desconfianza de los hombres (Denov, 2004; Echeburúa y Corral, 2006; Finkelhor, 2005; Noll, 2008; Pereda, 2010).
- Síntomas sexuales: Fobias o aversiones sexuales, falta de satisfacción sexual, alteraciones en la motivación sexual, trastornos de la activación sexual, creencia de ser valorado por los demás únicamente por sexo, conductas sexuales de riesgo

(como promiscuidad), revictimización (Echeburúa y Corral, 2006; Denov, 2004; Pereda, 2010).

- Síntomas funcionales: Trastorno de la conducta alimentaria, dolores físicos, crisis convulsivas no epilépticas, trastorno disociativo, trastornos de somatización, hipocondría, abuso de sustancias (Echeburúa y Corral, 2006; Finkelhor, 2005; Pereda, 2010).

La sintomatología a nivel emocional destaca por su alta prevalencia en esta población, los trastornos depresivos y bipolares; también, son de alta probabilidad de aparición los síntomas ansiosos y trastornos de ansiedad, los cuales se presentan con frecuencia, puesto que forman parte de la sintomatología vinculada al trastorno por estrés postraumático (Pereda, 2010).

Otro aspecto que resulta relevante son los síntomas en cuanto a las relaciones interpersonales ya que, por una parte, ésta es una de las áreas que suele quedar más afectada, tanto en el corto plazo como a largo plazo (Pereda, 2010); y, por otra parte, son de gran importancia las dificultades en la crianza de los hijos, puesto que se ha visto que las dinámicas abusivas se transmiten generacionalmente y es muy complejo cambiar esta forma de relacionarse (Noll, 2008).

#### Factores asociados a los efectos de la agresión sexual

Diversos autores plantean que los efectos de las ASI no son iguales en todas las víctimas y que su aparición y gravedad dependen de múltiples factores (Barudy, 1998; Cantón y Cortés, 2010; Echeburúa y Corral, 2006, Kendall-Tackett, et. al, 1993; Navarro, et. al, 2003; Pereda, 2009).

Por una parte, se ha descrito que el sexo, la edad y el nivel socioeconómico son factores que influyen en el desarrollo de psicopatología (Alarcón y Bárrig, 2015; Almonte, 2012).

Se ha visto que desde la niñez hasta la adolescencia media, los hombres son quienes consultan en mayor medida a servicios de salud mental. Sin embargo, en la adolescencia tardía, los sexos tienden a equipararse y en la adultez son las mujeres quienes consultan en mayor medida (Almonte, 2012).

Los hombres tienden a presentar sintomatología externalizante, tanto en la infancia como en la adolescencia, por ejemplo, en la infancia los trastornos más frecuentes son déficit de atención con hiperactividad motora y trastornos de lenguaje y, en la adolescencia, los trastornos más comunes son los de conducta y los disociales (Almonte, 2012). Las mujeres, en cambio, tienden a presentar sintomatología internalizante como ansiedad, depresión, quejas somáticas o dificultades de integración social (Alarcón y Bárrig, 2015; Almonte, 2012).

En cuanto al factor nivel socioeconómico, Almonte (2012) destaca a la pobreza, nivel sociocultural de los padres, la marginalidad y el aislamiento social como los factores socioculturales de riesgo más influyentes en el desarrollo psicopatogénico, y puede derivar en diferentes tipos de trastornos.

Por otra parte, Echeburúa y Corral (2006), plantean que el impacto emocional de una agresión sexual está modulado por cuatro variables: el perfil individual de la víctima; las características del acto abusivo; la relación existente con el agresor; y, por último, las consecuencias asociadas al descubrimiento del abuso.

### 1. Perfil individual

Un factor importante a nivel individual es la **edad** del niño/a o adolescente, puesto que, si bien, no se ha logrado determinar si hay una etapa etaria en que se produzcan

más efectos negativos, sí es posible definir que existen diferencias en la forma de significar la experiencia, dado por los recursos evolutivos alcanzados, especialmente, cognitivos (Cantón y Cortés, 2004; Finkelhor, 2005). De esta manera, los adolescentes son capaces de otorgar un mayor entendimiento a la situación de abuso y sus consecuencias (como un posible embarazo), por tanto, es posible que presenten síntomas más graves, en este sentido, se puede encontrar que adolescentes tienen un mayor riesgo de presentar un trastorno de personalidad (Cutajar, et.al, 2010). Además, en esta línea, Plaza, Beraud y Valenzuela (2014) en su investigación con población chilena, muestran que existe una correlación directa entre edad y los niveles de culpa y estigmatización, por tanto, a una mayor edad, se esperaría que, probablemente, las dinámicas traumatogénicas de culpa y estigmatización estuvieran mayormente interferidas.

Otro aspecto importante a considerar en el perfil individual es el **sexo** del niño/a o adolescente. En este punto se ha visto que las niñas, habitualmente, muestran reacciones ansioso-depresivas, mientras que los niños tienden a presentar fracaso escolar, dificultades inespecíficas de socialización y comportamientos sexuales agresivos (Cantón y Cortés, 2010).

También, se ha visto como relevante el **contexto familiar**, pues se asocian mayores efectos negativos con dificultades en las relaciones familiares previas a la situación de abuso y, del mismo modo, con situaciones de negligencia y apego inseguro (Capella y Miranda, 2003; Echeburúa y Corral, 2006). En adolescentes, se ha observado que la disfunción familiar es una variable predictora de depresión y malestar (Meyerson, Long, Miranda y Marx, 2001).

Finalmente, un factor importante en esta población son las **estrategias de afrontamiento**, ya que se ha estudiado que contar con estrategias de afrontamiento más activas se asocian con una mayor resolución de conflictos y con una menor puntuación en sintomatología (Bal, Crombez, De Bourdeaudhuij y Van Oost, 2009).

De esta forma, Phanichrat y Townshend (2010) plantean que es posible observar que las estrategias de afrontamiento centrados en el problema son más beneficiosas que otros tipos de estrategias, aunque, también se debe considerar que las víctimas muestran un curso de afrontamiento gradual, pasando primeramente por la adopción de estrategias de evitación antes de pasar a estrategias centradas en el problema, estas últimas consisten en buscar apoyo, tener un pensamiento optimista y la auto-aceptación.

## 2. Características del acto abusivo

Se ha descrito que la **frecuencia y cronicidad** del abuso es un factor relevante que influye en la sintomatología del niño/a o adolescente, pues mientras más alta es la frecuencia y crónico se asocia con más efectos psicológicos negativos (Bal, et.al., 2009; Echeburúa y Corral, 2006). Se observa que a mayor frecuencia del abuso, mayor es el impacto negativo en la dinámica de estigmatización (Plaza, et.al., 2014).

Por otra parte, se ha señalado que el **tipo de agresión sexual** es otro factor que se asocia con las consecuencias psicológicas, en este sentido, se ha visto que hay sintomatología más grave cuando ha habido violación, dando lugar a sentimientos de indefensión y vulnerabilidad (Echeburúa y Corral, 2006) y siendo más probable el desarrollo de psicosis y de abuso de alcohol, en comparación con otras vulneraciones sexuales menos invasivas (Cutajar, et.al., 2010).

Por último, la presencia de **violencia** en el acto abusivo se asocia con síntomas más graves en el corto plazo, con un trauma más profundo y, generalmente, se presenta con estrés postraumático (Noll, 2008; Navarro, et.al, 2003). Sin embargo, las ASI en las que se emplean estrategias implícitas, suelen ser abusos reiterados que crean confusión y sentimientos contradictorios en el niño, creando alteraciones en las relaciones interpersonales de éste y pudiendo darse alteraciones a nivel de la personalidad (Álvarez, 2003; Pereda, 2010).

### 3. Consecuencias de la revelación

Una vez que se ha revelado la situación abusiva, es muy importante la **credibilidad y apoyo** que se da al niño/a o adolescente y a su relato, puesto que se espera un mejor pronóstico cuando se le da credibilidad, se le apoya y, también, se le protege (Echeburúa y Corral, 2006). Así, se ha descrito que el apoyo familiar ante la revelación se relaciona de manera inversa con los sentimientos de estigmatización e indefensión, por lo cual, ante un menor apoyo, se esperaría que las consecuencias en las dinámicas de estigmatización e indefensión fueran más profundas (Plaza, et.al., 2014).

Otros factores que pueden influir en los efectos del abuso, son las **consecuencias contextuales** que pudiera traer la revelación, como por ejemplo, el tener que dejar el hogar como medida protectora, encarcelamiento de la figura paterna, implicación en un proceso judicial, etc., afectan negativamente en el pronóstico de las consecuencias psicológicas del niño/a o adolescente (Echeburúa y Corral, 2006).

### 4. Relación con el agresor

Se ha señalado que la **edad del agresor** influye en las consecuencias psicológicas, pues los efectos son más graves cuando la figura del agresor es un adulto ya que involucra una mayor diferencia de poder y autoridad (Echeburúa y Corral, 2006; Huerta, Maric y Navarro, 2002, en Capella, 2011). Adicionalmente, cuando quien abusa es un adulto, la relación de poder ejercida es tal que los niños/as aprenden a adaptarse a formas de dominio-control, sintiendo incapacidad para defenderse o cambiar la situación vivida (Álvarez, 2003).

También, se ha observado que el **tipo de vínculo** con el agresor es un factor importante para las consecuencias en el niño/a o adolescente. Si el agresor vive con el niño/a o adolescente, se asocia con niveles de sentimientos de traición más altos (Plaza, et.al., 2014), además, mientras más cercano sea el grado de cercanía del

vínculo, mayor será la sintomatología presentada (Echeburúa y Corral, 2006). Por otra parte, las niñas víctimas de abuso incestuoso se ha descrito que tienen una imagen negativa de su cuerpo, que se encuentran sin protección y con la sensación de daño irreparable (Barudy, 1998), viéndose un deterioro de la autoestima, en un 70-80% mayor cuando quien abusa es el padre o una figura paterna sustituta (López, et al 1995, en Álvarez, 2003).

### Trastornos psicológicos asociados

A partir de los estudios realizados en Chile se ha visto que los trastornos asociados a las agresiones sexuales con mayores prevalencias son el Trastorno Adaptativo y el Trastorno de Estrés Postraumático (CAVAS, 2003; Almonte, Insunza y Ruiz, 2002).

En cuanto al *Trastorno Adaptativo*, se define como respuestas de intensidad patológica que se presentan frente a un acontecimiento estresante identificable, que sobrepasa la capacidad de adaptación del individuo para su edad ante experiencias potencialmente perturbadoras. Estas respuestas patológicas pueden ser excesivas o, también, una falta de respuesta (Correa, 2012). Este trastorno puede presentarse con síntomas emocionales, conductuales o mixtos.

Por otra parte, los factores estresantes pueden ser únicos o múltiples, el curso de trastorno puede ser, breve, recurrente o persistente. La intensidad puede ser, leve a severa, dependiendo de su intensidad y cronicidad; y debe existir una relación temporal entre el evento estresor y la respuesta. También, se ha visto que en población con antecedentes de ASI, la prevalencia de este trastorno se distribuye equitativa en hombres y mujeres (Correa, 2012).

En tanto, el Trastorno de Estrés postraumático es uno de los trastornos más estudiados a nivel internacional en relación a la temática de agresiones sexuales (Echeburúa y Corral, 2006; Elklit, Christiansen, Palic, Karsberg y Eriksen, 2014; Finkelhor, 1987).

Según APA (2014), este cuadro se caracteriza por el desarrollo de sintomatología reactiva a la experiencia personal y directa de una vivencia traumática. Existe una situación estresante reconocible, la reacción emocional experimentada debe implicar una respuesta de temor, desesperanza u horror intensos, y evoca los siguientes síntomas centrales: re-experimentación, evitación e hiperalerta. Éstos deben prolongarse por más de un mes desde la vivencia del evento traumático y debe causar malestar clínico o deterioro en áreas importantes de la vida de la persona (Bustos, Rincón y Aedo, 2009; Finkelhor, 1987).

El trastorno de estrés post-traumático tiene una alta prevalencia en el largo plazo (Echeburúa y Corral, 2006), al igual que en el corto plazo (Rincón, Cova, Bustos, Aedo y Valdivia, 2010). De este modo, un estudio nacional con población adulta distinguió una alta relación entre experiencias de victimización sexual y la presencia de trastorno de estrés post-traumático (TEP), siendo la agresión sexual el evento traumático más relacionado a TEP, y especialmente en mujeres. Además, quienes habían sufrido acontecimientos traumáticos en la infancia, presentaban mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos en la adultez (Pérez Benítez Vicente, Zlotnick, Kohn, Johnson, Valdivia y Rioseco, 2009).

En el estudio nacional realizado por Rincón, et.al. (2010), con población infanto juvenil sexualmente abusada, se encontró que el 21,3% cumplía con los criterios para el diagnóstico de TEP y un 16% adicional cumplía con los criterios de subsíndrome de estrés postraumático. Esto último cobra aún más relevancia al considerar que el subsíndrome puede convertirse en TEP en un mes y esta probabilidad aumenta significativamente cuando ha transcurrido un mayor período de tiempo (Rincón, Labrador, Arinero y Crespo, 2004, en Rincón, et.al., 2010). Además, los síntomas de TEP con mayores prevalencias fueron: el malestar psicológico intenso al recordar algún aspecto relacionado con la situación de abuso; el evitar pensar, sentir o hablar acerca del suceso; la irritabilidad; insomnio; y respuestas de sobresalto exageradas.



## **Efectividad del tratamiento psicológico en niños/as y adolescentes con antecedentes de agresión sexual**

Debido a las importantes consecuencias que trae consigo la experiencia de ASI, resultan relevantes los tratamientos a seguir, puesto que debiesen incluir la esfera biopsicosocial que abarca esta temática (Barudy, 1998; Navarro, et. al, 2003). En este sentido, es de importancia que este estudio se centre en la sintomatología inicial, al comienzo de la psicoterapia, puesto que así, puede orientar de mejor manera el curso a seguir.

En la literatura es posible encontrar diversas investigaciones realizadas con el fin de conocer la efectividad de diferentes tipos de psicoterapias, en los casos de niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales, y también, qué variables son las principales que influyen en el tratamiento.

En este sentido, las investigaciones se basan en la disminución de sintomatología para considerar la efectividad de la psicoterapia, evaluando diversos estudios. Sánchez-Meca, et.al. (2011) clasifican la sintomatología que han utilizado las investigaciones para evaluar efectividad en conducta sexualizada y pensamientos o sentimientos de la agresión sexual, ansiedad y estrés, depresión, autoestima y autoconcepto, problemas conductuales y de adaptación en general, y otros resultados (como trastornos emocionales, síntomas de TEP).

En relación a esta sintomatología, en los estudios y meta-análisis sobre efectividad en psicoterapia con población con antecedente de ASI se ha encontrado que, si bien existen diferencias en cuanto a efectividad en cuanto a enfoque y metodología, es mejor recibir tratamiento psicológico que no recibirlo, ya que todos los tipos de psicoterapia favorecen la disminución de síntomas (Harvey y Taylor, 2010; Hetzel-Riggin, Braush y Montgomery, 2007).

Sin embargo, a nivel de sintomatología general, se ha visto que el tipo de psicoterapia que tiene una mayor efectividad en estos casos es la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma (Cohen, Mannarino y Kudson, 2005; Habigzang, Damasio y Koller, 2013). En esta misma línea, Sánchez-Meca, Rosa-Alcázar y López-Soler (2011), en su meta análisis destacan que este tipo de terapia combinada con terapia de apoyo y con elementos psicodinámicos (como, por ejemplo, terapia de juego), es la que se ha visto con mayor efectividad para niños/as y adolescentes víctimas de agresiones sexuales.

De esta forma, también hay autores que destacan la terapia de juego como efectiva en el tratamiento de ASI. Reyes y Asbrand (2005) refieren que luego de 6 meses de terapia de juego, los niños mostraban una disminución en su sintomatología general de trauma, esto implicaba una merma en su sintomatología ansiosa, depresiva, de estrés postraumático y de malestar sexual. Del mismo modo, Hetzel-Riggin, et.al. (2007) destacan la terapia de juego como el tipo de intervención con mejores resultados en cuanto al funcionamiento social de los niños y niñas.

Asimismo, autores han señalado la efectividad de la terapia grupal en los casos de ASI. En este sentido, en un estudio realizado por Habigzang, Damasio y Koller (2013) se puede observar que al finalizar la terapia de grupo, la sintomatología de ansiedad, estrés y del TEP habían disminuido, e incluso, estos índices se mantenían bajos luego de 12 meses finalizado el proceso psicoterapéutico. Del mismo modo, Capella y Miranda (2003) en su estudio sobre el pilotaje de una intervención psicoterapéutica grupal, refieren la terapia de grupo como efectiva, en tanto se observa que es posible percibir cambios positivos en las niñas participantes en esta intervención en los constructos de autoconcepto social, autoconcepto corporal, sentimiento del propio poder y sentimiento de confianza relacional.

Si bien se ha visto que tener un proceso psicoterapéutico favorece un cambio positivo y se puede observar en la disminución de sintomatología psicológica asociada, también se han señalado factores que influyen negativamente en el proceso. En este sentido, Habigzang, et.al. (2013) señalan que factores como una edad de inicio temprana de la agresión sexual, violación como tipo de agresión sexual, la no penalización del

agresor, una experiencia de desprotección hacia las instituciones que deberían proteger y la persistencia de culpa y ansiedad; podrían influir en el proceso terapéutico, dificultando el cambio.

Por otra parte, Lanktree y Briere (1995) refieren que el factor de un mayor tiempo entre la última agresión sexual y el inicio de la psicoterapia, afecta negativamente la disminución de sintomatología en el transcurso de la terapia, encontrándose que estos niños/as y adolescentes puntúan más alto en síntomas relacionados con el enojo, depresión y tienden a utilizar más la disociación, en comparación con niños/as y adolescentes con menor tiempo entre la última agresión y el inicio de su terapia.

Por esto, es que también se ha encontrado en la literatura que, finalmente, el mejor tipo de psicoterapia depende de las características particulares de cada niño/a o adolescentes tanto particulares, como contextuales y de su historia (Harvey y Taylor, 2010), ya que, si bien los estudios de evaluación de cambio en la sintomatología son relevantes, también pueden presentarse otros tipos de cambios no evaluados por éstos.

#### Instrumentos para medir efectividad de psicoterapia en ASI

Es común que los estudios que evalúan efectividad en psicoterapia lo hagan a través de un diseño pretest y posttest, es decir, que por medio de un instrumento estandarizado se mida cierta sintomatología al inicio de la terapia y al finalizar el proceso y se comprueba, de esta manera, la disminución de sintomatología en el niño/a o adolescente (Sánchez-Meca, et.al., 2011).

En esta investigación se evaluará sintomatología psicopatológica con instrumentos estandarizados, por esto, a continuación se revisarán los instrumentos más utilizados en este ámbito:

*Child Behavior Checklist (CBCL)*: Creado por Achenbach y Edelbrock en 1983. Es un instrumento que mide una variedad de dificultades emocionales y conductuales de niños

y adolescentes entre 6 y 18 años aproximadamente. Está construido en base a 8 escalas: ansioso/depresivo, depresivo, complicaciones somáticas, problemas de socialización, problemas en el pensamiento, problemas de atención, conducta disruptiva y conducta agresiva. Y mide cuatro factores de orden superior que son Competencias Sociales, Problemas conductuales, Internalizantes y Externalizantes. Consta de 113 preguntas y se responde con modalidad Likert (ausente, a veces o frecuente). Existe en versión para padres, para profesores (TRF) y, en versión de autorreporte para adolescentes (YSR) (Cohen, et.al, 2005; Lanktree y Briere, 1995; Centre for Addiction and Mental Health, 2009).

Fue validado en Chile la versión anterior, el Inventario de problemas conductuales y destrezas sociales (IPCDS), en 1983 por Montenegro y colaboradores (Montenegro, et. al, 1983 en Brown, 2014).

*Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C)*: Creado por Briere en 1995. Es un instrumento de autorreporte que fue diseñado para evaluar sintomatología de experiencia traumática. Se ha observado que es sensible para medir síntomas de trauma de abuso sexual. Está basado en 6 escalas de análisis de factores, los cuales son Ansiedad, Trastorno de Estrés Postraumático, Depresión, Problemas sexuales, Disociación y Rabia. Consta de 54 ítems que utilizan respuestas modo Likert (nunca me ocurre, a veces, muchas veces, casi todo el tiempo) (Cohen, et.al, 2005; Lanktree y Briere, 1995; Reyes y Asbrand, 2005). Este cuestionario no cuenta con validez para población chilena.

*Children's Depression Inventory (CDI)*: Fue creado por Kovacs en 1992. Este instrumento evalúa presencia e intensidad de Depresión en niños y adolescentes entre 7 y 17 años, consiste en una adaptación del *Beck Depression Inventory (BDI)* para adultos. CDI mide anhedonia, síntomas vegetativos, autoevaluación negativa y conducta depresiva. Se ha visto correlación entre un alto puntaje del CDI con la experiencia de abuso sexual. Contiene 27 ítems, con tres alternativas de respuestas cada uno, de tipo Likert (Habigzang, et.al., 2013; Cohen, et.al, 2005; Lanktree y Briere, 1995).

En Chile se encuentra validada la versión para adolescentes (desde los 13 años) por Melipillán, Cova, Rincón y Valdivia, desde el año 2008 (Melipillán, Cova, Rincón y Valdivia, 2008). No se ha validado en su versión para niños en nuestro país, sin embargo, sí se han llevado a cabo investigaciones con este instrumento (Caqueo-Urizar, Urzúa y De Munter, 2014).

*Child Stress Scale (CSS)*: Diseñada por Lipp y Lucarelli en 1998. Es una escala desarrollada para evaluar estrés en niños y adolescentes entre 6 y 14 años, para esto mide el estrés expresado en síntomas físicos, psicológicos, psicológicos con componentes depresivos y reacciones psicofisiológicas (Habigzang, et.al, 2013). Esta escala no cuenta con validación para población chilena.

*State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAI-C)*: Fue desarrollado por Spielberger en 1973. Consiste en dos escalas (De rasgo y De estado) de autorreporte para niños, las cuales evalúan ansiedad. Cada escala consta de 20 ítems, cada ítem tiene tres afirmaciones señalando diferentes intensidades de un síntoma (Habigzang, et.al, 2013; Cohen, et.al, 2005). Esta escala se encuentra validada en Chile en su versión para adultos, desde los 18 años (Burgos y Gutiérrez, 2013).

*Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad (SUDS)*: Esta escala fue diseñada por Wolpe en 1958. Evalúa respuestas ansiosas ante estímulos aversivos, en términos operativos, mide la sensación subjetiva de ansiedad ante una situación determinada. No cuenta con validación para población chilena, sin embargo, ha sido utilizada en estudios de nuestro país (Guerra y Plaza, 2009).

Los instrumentos que se utilizan en este estudio son: el Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) en su versión para padres y versión para niños y adolescentes, este cuestionario fue creado por Robert Goodman en 1994 y evalúa problemas conductuales y emocionales en niños/as y adolescentes; el Youth Outcome Questionnaire (Y-OQ- SR 2.0), creado por Lambert y cols. en 1996, para evaluar progresos en psicoterapia en adolescentes y mide sintomatología psicopatológica; y, se utiliza también, el Child PTSD Symptom

Scale (CPSS), diseñado por Foa, Johnson, Feeny y Treadwell en 2001, y evalúa sintomatología postraumática en niños/as y adolescentes con historia conocida de trauma. Estos instrumentos serán descritos con mayor detalle en la metodología.

## OBJETIVOS

### Objetivo general:

Establecer si existen diferencias en el nivel de problemas emocionales y conductuales, entre niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales y asisten a psicoterapia derivados por esta experiencia, población clínica sin antecedentes de agresiones sexuales y población general.

### Objetivos específicos:

1. Caracterizar los problemas conductuales y emocionales en niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales.
2. Identificar diferencias en problemas conductuales y emocionales en población que ha sido víctima de agresión sexual, según características de la agresión (tipo y frecuencia de agresión, y figura del agresor).
3. Describir variaciones en el nivel de problemas conductuales y emocionales en población que ha sido víctima de agresión sexual, según características personales (sexo y ciclo vital) y dependencia escolar.
4. Comparar el nivel de problemas conductuales y emocionales entre población que ha sido víctima de agresión sexual, población clínica sin antecedentes de agresiones sexuales y población general sin antecedentes de agresión sexual.
5. Comparar el nivel de problemas conductuales y emocionales entre población que ha sido víctima de agresión sexual, población clínica sin antecedentes de agresiones sexuales y población general sin antecedentes de agresión sexual, según características personales (sexo y ciclo vital) y dependencia escolar.
6. Comparar niveles de problemas conductuales y emocionales de las subescalas problemas conductuales, síntomas emocionales, hiperactividad, problemas con pares y conducta prosocial, del cuestionario SDQ (versión autorreporte y para padres), entre población que ha sido víctima de agresión sexual, población clínica

sin antecedentes de agresiones sexuales y población general sin antecedentes de agresión sexual.

7. Comparar los niveles de funcionalidad de las subescalas malestar intrapersonal, síntomas somáticos, relaciones interpersonales, problemas sociales, problemas conductuales e ítems críticos, del cuestionario YOQ, entre población que ha sido víctima de agresión sexual, población clínica sin antecedentes de agresiones sexuales y población general sin antecedentes de agresión sexual.



## HIPÓTESIS

1. Existen diferencias entre los problemas emocionales y conductuales que presentan niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales, con los que presenta la población clínica y la población general sin antecedentes de agresiones sexuales.
2. Existen diferencias entre los problemas conductuales y emocionales presentados por hombres y los presentados por mujeres.
3. Existen diferencias entre los problemas conductuales y emocionales presentados por niños/as y los presentados por adolescentes.
4. Existen diferencias en los problemas conductuales y emocionales, asociados al tipo de agresión sexual vivido por los niños/as y adolescentes, frecuencia de la agresión y figura del agresor.
5. Los niños/as y adolescentes con antecedentes de ASI, de dependencia escolar que alude a situación socioeconómica más baja presentan niveles más altos de problemas conductuales y emocionales, que quienes correspondan a una dependencia escolar que aluda a una situación socioeconómica más alta.
6. Los niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresión sexual presentan problemas conductuales y emocionales asociados, principalmente, a síntomas internalizantes como síntomas emocionales, problemas con pares y trastorno de estrés postraumático.

# METODOLOGÍA

## 1. Diseño de investigación:

Se realiza un estudio con enfoque cuantitativo, diseño ex post facto (Sarriá Sánchez y Brioso 2010), ya que la medición se realiza luego de ocurrido los hechos, es decir, luego de ocurrida la variable independiente: Situación de agresión sexual; y, además, es de alcance descriptivo relacional (Hernández, Fernández y Baptista, 2010), ya que se pretende caracterizar el contexto y los factores personales, con los cuales se presenta la sintomatología de los niños/as y adolescentes que han sido víctimas, estableciendo relaciones entre la variable dependiente: sintomatología; y las variables independientes: sexo, edad, situación socioeconómica y experiencia de agresión sexual. Por otra parte, se utiliza un método comparativo, ya que se contrastan los resultados de la sintomatología de los tres grupos con las variables independientes que presentan. Esta investigación es transversal, puesto que se basa en una única medición en el tiempo.

Al realizar la comparación entre población víctima de agresiones sexuales con población general se podría distinguir los resultados del primer grupo de lo normativo. Y la comparación con población que asista a psicoterapia podría esclarecer si los resultados están relacionados con la experiencia específica de abuso.

## 2. Participantes

Los participantes de este estudio, seleccionados mediante muestreo no probabilístico (por conveniencia), corresponden a tres grupos de niños y adolescentes, cada uno compuesto por un mínimo de 25 a 30 participantes, entre los 8 y los 17 años. Se considerarán niños en etapa escolar a los sujetos que tengan entre 8 y 11 años, y se considerarán adolescentes a los sujetos que tengan entre 12 y 17 años (Piaget, 1991). La perspectiva evolutiva sugiere que el desarrollo psicológico alude a un proceso dinámico que implica la reestructuración de la organización psíquica de cada sujeto y, de este modo, la forma en que éste se adapta a su entorno. Esto implica que, a medida que el sujeto se va

desarrollando, va cumpliendo con ciertos logros que dan lugar a una organización psíquica de mayor complejidad (Sepúlveda y Capella, 2012). De esta forma, es que la adolescencia se diferencia de la etapa escolar en la adquisición del pensamiento formal, de la personalidad y la preparación para la inserción en la vida adulta, lo cual aparece alrededor de los 12 años (Piaget, 1991).

El primer grupo se constituye por niños/as y adolescentes que tengan antecedentes de agresión sexual y que se encuentren comenzando una psicoterapia, derivados/as a raíz de esta experiencia desde Tribunales de Familia, Centro de Medidas Cautelares, Fiscalía, Sistema de Salud y de Laboratorio Bagó; el segundo grupo está compuesto por niños/as y adolescentes que no presenten antecedentes de agresión sexual y que estén iniciando una psicoterapia, mientras que el tercer grupo está compuesto por niños/as y adolescentes que no presenten antecedentes de agresión sexual ni estén en proceso de psicoterapia. Esta muestra es de tipo selectiva, puesto que se obtuvo según conveniencia y posibilidades del acceso a ésta.

La muestra constituida por los niños/as y adolescentes con antecedentes de agresiones sexuales fue contactada de centros especializados de reparación de maltrato de la Región Metropolitana, los cuales son subvencionados por SENAME, y es facilitada por el proyecto Fondecyt 11140049 “Cambio psicoterapéutico en agresiones sexuales: perspectiva de los niños/as y adolescentes que han sido víctimas, sus padres y sus psicoterapeutas”. Los centros de los cuales se obtuvo la muestra son: Cenim Peñalolén, CAVAS Metropolitano, PRM Maipú, Cepij La Florida, Cepij Lo Espejo y Cepij Santiago.

La muestra clínica (en psicoterapia, sin antecedentes de ASI) se obtiene del Centro de Atención Psicológica CAPs, de la Universidad de Chile.

La muestra de población general (sin psicoterapia ni antecedentes de ASI) se obtiene de tres colegios de la Región Metropolitana, de dependencia particular subvencionada. Los colegios participantes son: Colegio Principado de Asturias, Colegio Cristiano Belén y Colegio El Sembrador.

En relación a las principales características de los participantes, el total de casos de niños/as y adolescentes y sus padres es de 106. Esta muestra está compuesta por 31 casos pertenecientes al grupo con antecedentes de ASI, 26 casos que pertenecen al grupo clínico sin antecedentes de ASI y 49 casos que corresponden al grupo que alude a la población general.

En la tabla 1 se describe la frecuencia de casos según sexo por cada grupo. Se observa que la mayor parte de los participantes en cada grupo, son personas de sexo femenino. Además, la tabla muestra que el grupo general es quien posee un mayor porcentaje de participantes, en comparación con el grupo clínico y ASI.

**Tabla 1 Frecuencia de casos según sexo y grupo**

Sexo		Grupo			Total
		ASI	Clínico	General	
Femenino	Frecuencia	22	16	29	<b>67</b>
	Porcentaje	20,8%	15,1%	27,4%	<b>63,2%</b>
Masculino	Frecuencia	9	10	20	<b>39</b>
	Porcentaje	8,5%	9,4%	18,9%	<b>34%</b>
Total	Frecuencia	<b>31</b>	<b>26</b>	<b>49</b>	<b>106</b>
	Porcentaje	<b>29,2%</b>	<b>24,5%</b>	<b>46,2%</b>	<b>100%</b>

A continuación, en la tabla 2 se describe la frecuencia de casos según ciclo vital por cada grupo. Se observa que, a nivel general, hay más niños/as que adolescentes. Sin embargo, este porcentaje asciende debido al alto número de participantes en esta etapa de ciclo vital en el grupo general, ya que tanto en el grupo ASI, como en el grupo clínico, son los adolescentes quienes conforman un mayor número de participantes, en comparación con niños y niñas.

**Tabla 2 Frecuencia de casos según ciclo vital y grupo**

Ciclo vital		Grupo			Total
		ASI	Clínico	General	
Niño/a	Frecuencia	14	8	37	<b>59</b>
	Porcentaje	13,2%	7,5%	35%	<b>55,7%</b>
Adolescente	Frecuencia	17	18	12	<b>47</b>
	Porcentaje	16%	17%	11,3%	<b>44,3%</b>
Total	Frecuencia	<b>31</b>	<b>26</b>	<b>49</b>	<b>106</b>
	Porcentaje	<b>29,2%</b>	<b>24,5%</b>	<b>46,2%</b>	<b>100%</b>

A continuación, en la tabla 3, se muestra la frecuencia de casos según dependencia económica escolar por cada grupo. Como es posible observar, un alto porcentaje de la muestra corresponde a niños/as y adolescentes que asisten a establecimientos educacionales no municipales. Además, se observa que ningún participante del grupo general asiste a establecimientos educacionales municipalizados y que un bajo porcentaje de participantes del grupo clínico asiste a este tipo de establecimientos. Por esto, es que no se podrá realizar una comparación entre grupos según dependencia económica escolar, lo cual es una limitación de este estudio. Sin embargo, sí se podrá llevar a cabo la comparación de niveles de problemas emocionales y conductuales según dependencia económica escolar, dentro del grupo ASI.

**Tabla 3 Frecuencia de casos según dependencia económica escolar y grupo**

Dependencia económica escolar		Grupo			Total
		ASI	Clínico	General	
Municipal	Frecuencia	11	5	0	<b>16</b>
	Porcentaje	10,4%	4,7%	0%	<b>15,1%</b>
No Municipal	Frecuencia	20	21	49	<b>90</b>
	Porcentaje	18,9%	19,8%	46,2%	<b>85%</b>
Total	Frecuencia	<b>31</b>	<b>26</b>	<b>49</b>	<b>106</b>
	Porcentaje	<b>29,2%</b>	<b>24,50%</b>	<b>46,2%</b>	<b>100%</b>

A continuación, en la tabla 4, se da a conocer las características de la muestra del grupo con antecedentes de ASI. Esta información fue entregada por los terapeutas de los casos de los centros especializados. Se observa que la mayor parte de la muestra está

conformada por casos en que la agresión fue abuso sexual, en comparación con los casos de violación. Esta frecuencia está acorde con lo planteado en la literatura (CAVAS, 2011; Ministerio del Interior y Seguridad Pública, 2013), puesto que se ha visto que los casos de abuso sexual son más frecuentes que los de violación.

**Tabla 4. Tipo de agresión sexual – Grupo ASI**

	Frecuencia	Porcentaje
Abuso sexual	24	77,4%
Violación	7	22,6%
Total	31	100%

En cuanto a la figura del agresor, es posible observar en la Tabla 5, que la mayor parte de los participantes sufrieron agresión sexual por parte de un familiar, resultando que en un 74,2% de los casos, la figura del agresor es intrafamiliar paterna o intrafamiliar no paterna. No se registraron casos de agresión sexual por parte de desconocidos. Esta distribución concuerda con lo encontrado en la literatura (Barudy, 1998; CAVAS, 2011; Ministerio del Interior y Seguridad Pública, 2013), ya que la mayor parte de los casos de agresión sexual se presentan con un familiar o un conocido como figura agresora.

**Tabla 5. Figura del agresor – Grupo ASI**

	Frecuencia	Porcentaje
Se desconoce	1	3,2%
Intrafamiliar paterna	8	25,8%
Intrafamiliar no paterna	15	48,4%
Extrafamiliar conocido	7	22,6%
Total	31	100%

En la tabla 6 se puede observar que la frecuencia de la agresión con mayor porcentaje de casos es la frecuencia reiterada, seguida por la frecuencia episodio único.

**Tabla 6. Frecuencia de la agresión – Grupo ASI**

	Frecuencia	Porcentaje
Se desconoce	2	6,5%
Episodio único	11	35,5%
Reiterado	12	38,7%
Crónico	6	19,4%
Total	31	100%

Se observa en la tabla 7 que la mayor parte de los casos del grupo ASI asiste a establecimientos educacionales de tipo no municipal, en comparación con los que asisten a establecimientos educacionales de tipo municipal.

**Tabla 7. Dependencia económica escolar – Grupo ASI**

	Frecuencia	Porcentaje
Municipal	11	35,5%
No municipal	20	64,5%
Total	31	100%

### **3. Instrumentos**

#### *Cuestionario de fortalezas y debilidades: Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*

El SDQ fue desarrollado por Robert Goodman (1994) basándose en los síntomas del DSM IV, y proporciona un registro de conductas, emociones y relaciones de niños y adolescentes, constituyendo una serie de indicadores que representan tanto fortalezas como dificultades del evaluado, agrupados en cinco escalas: problemas conductuales, síntomas emocionales, hiperactividad, problemas con pares y conducta prosocial. Cada escala se compone de cinco reactivos sumando un total de 25 ítems, y la escala conducta prosocial está compuesta únicamente por indicadores de fortalezas por lo cual no se considera en el puntaje total de dificultades. Cada ítem es puntuado de 0 a 2 según tres categorías de respuesta (No es cierto, es cierto, absolutamente cierto). Presenta una versión para padres,

otra para profesores y una de autorreporte. Entre las ventajas que se destacan de este instrumento se hace hincapié en su brevedad, exhaustividad, facilidad de aplicación, cobertura de un amplio rango de edad, similitud entre sus versiones (Brown, Capella y Antivilo, 2014) y no menor, la inclusión de fortalezas, cualidad que aumentaría la aceptabilidad del instrumento al informante de la carga de registrar únicamente dificultades (Brown, 2012).

Posee tres versiones, siendo idénticas la versión para padres y para profesores, diseñadas para evaluar niños de 4-17 años, y similar la versión de autorreporte pensada para edades desde los 11 a 17 años. Algunos autores, como Muris, Meesters, Eijkelenboom y Vincken (2004) han reportado que, si bien el SDQ de autorreporte fue diseñado para ser respondido por niños desde los 11 años, los datos sugieren que la escala podría proveer información útil respecto de síntomas psicopatológicos desde niños de 8 años. De esta forma, esta investigación está dirigida a niños desde los 8 años. En Chile, este instrumento ha sido validado en su versión para padres (Brown, 2012), y en su versión para profesores (Rivera, 2013).

La versión SDQ para niños y adolescente se encuentra actualmente en proceso de validación en una investigación realizada por Sánchez (2016), sin embargo, esta investigación ha dado cuenta de que esta versión posee una fiabilidad adecuada en todas las subescalas, también, se encontró que en niños/as inferiores a 11 años (entre 8 y 10 años) el cuestionario entrega tanta información como en niños de 11 años o más, y además, se hallaron diferencias significativas según sexo, de modo que las mujeres tendieron a presentar niveles más altos de problemas internalizantes (Problemas con pares y Síntomas emocionales), pero también, de Conducta prosocial (Sánchez, 2016).

Para la presente investigación se utilizan las versiones para padres y versión para niños y adolescentes (Ver anexos 7 y 8).

La forma de obtener el puntaje total del SDQ es sumando todos los ítems, excepto aquellos que conforman la subescala Conducta Prosocial, pudiéndose tener un puntaje que



va desde 0 a 40 puntos. De este modo, en la versión para padres, la escala total se interpreta de la siguiente manera (Goodman, 1997):

- Puntaje de 0 a 13 se considera **normal**, es decir, ausencia de psicopatología.
- Puntaje de 14 a 16 se considera **límite**, es decir, que no es posible pesquisar la presencia o ausencia de psicopatología en este instrumento, sugiriéndose una evaluación posterior.
- Puntaje de 17 a 40 se considera **anormal**, es decir, que implica presencia de psicopatología.

La escala total del SDQ de padres resulta confiable para la población chilena, sin embargo, las subescalas por separado no cuentan con confiabilidad en este país (Brown, 2012).

Mientras que la interpretación de la escala total del SDQ en su versión para niños y adolescentes se considera de la siguiente manera (Goodman, 1997):

- Puntaje de 0 a 15 se considera **normal**, es decir, ausencia de psicopatología.
- Puntaje de 16 a 19 se considera **límite**, es decir, que no es posible pesquisar la presencia o ausencia de psicopatología en este instrumento, sugiriéndose una evaluación posterior.
- Puntaje de 20 a 40 se considera **anormal**, es decir, que implica presencia de psicopatología.

Las subescalas, por otra parte, van de puntaje 0 a 10 y se interpretan de la siguiente forma (Goodman, 1997):

Subescala Síntomas Emocionales (SE): De 0 a 5 se considera *normal*; 6 se considera *límite*; y de 7 a 10 se considera *anormal*.

Subescala Hiperactividad (H): De 0 a 5 se considera *normal*; 6 se considera *límite*; y de 7 a 10 se considera *anormal*.

Subescala Problemas Conductuales (PC): De 0 a 3 se considera *normal*; 4 se considera *límite*; y de 5 a 10 se considera *anormal*.

Subescala Problemas con Pares (PP): De 0 a 3 se considera *normal*; 4 y 5 se considera *límite*; y de 6 a 10 se considera *anormal*.

Subescala Conducta Prosocial (CP): De 6 a 10 se considera *normal*; 5 se considera *límite*; y de 0 a 4 se considera *anormal*.

Las subescalas Problemas conductuales e Hiperactividad, corresponden a la categoría de Problemas externalizantes; las subescalas Problemas con pares y Síntomas emocionales corresponden a la categoría Problemas internalizantes; y, finalmente, la subescala Conducta prosocial corresponderá a la categoría de Conducta prosocial (Rivera, 2013; Sánchez, 2016).

Para esta investigación se decide utilizar el SDQ debido a la utilidad de reporte de sintomatología psicopatológica, a su simplicidad y a su amplia utilización tanto a nivel nacional (Brown, 2012; Rivera, 2013; Sánchez, 2016) como internacional (Goodman, 1997; Goodman, Meltzer y Bailey, 1998; Matsuisshi, Nagano, Araki, Takana, Iwasaki, Yamashita y Kakuma, 2008; Muris, meesters y Vanden Bergm, 2003; Smedje, Broman, Hetta y Von Knorring, 1999).

Cuestionario de Resultado Terapéutico para Adolescentes: Youth Outcome Questionnaire (Y-OQ- SR 2.0)

El YOQ es un cuestionario de tamizaje que mide sintomatología psicopatológica, creado para evaluar progresos en psicoterapia, a través de mediciones sucesivas. Fue diseñado por Lambert y colaboradores en 1996, y se encuentra en proceso de adaptación y validación en Chile por Valdés, Fernández, et.al (2015). Este cuestionario se encuentra validado en Chile en su versión para adultos, llamado OQ-45, por De la Parra y Von Bergen en el 2001 (De la Parra, Von Bergen y Del Río, 2002; Fernández, 2013).

Se utiliza en adolescentes entre 12 a 18 años, con modalidad autoadministrada. Consta de 64 ítems que miden 6 áreas que consisten en: Malestar Intrapersonal, Síntomas

Somáticos, Relaciones Interpersonales, Ítems críticos, Problemas Sociales y Problemas de conducta (Ver cuestionario en anexo 9). Se opta por utilizar este cuestionario en esta investigación con el fin de contrastar con los resultados obtenidos por el cuestionario SDQ.

Cada ítem se responde marcando una alternativa: nunca, casi nunca, a veces, con frecuencia o casi siempre; y se puntúa 0, 1, 2, 3 ó 4, respectivamente, excepto los ítems 7, 16, 24, 32, 45, 47, 53, 60, que se puntúan de manera inversa dando puntajes de -2, -1, 0, 1 ó 2.

El puntaje total se obtiene sumando todos los ítems, éste puede ir de -16 a 240 puntos, en donde un mayor puntaje indica una mayor perturbación personal. Se considera que un **puntaje igual o superior a 47 demuestra alta sintomatología psicopatológica**, mientras que un **puntaje inferior a 47 demuestra baja sintomatología patológica** (Lambert, et.al, 1996).

Para las subescalas, los puntajes de corte para establecer una alta sintomatología en cada área, son (Lambert, et. al, 1996):

Malestar Intrapersonal (ID): 17 puntos

Síntomas Somáticos (S): 6 puntos

Relaciones Interpersonales (IR): 3 puntos

Problemas Sociales (SP): 3 puntos

Problemas Conductuales (BD): 11 puntos

Ítems Críticos (CI): 6 puntos

#### Cuestionario Child PTSD Symptom Scale (CPSS)

CPSS es una escala diseñada para evaluar sintomatología postraumática en niños y adolescentes entre los 8 y los 18 años, con una historia conocida de trauma. Este cuestionario fue elaborado por Foa, Johnson, Feeny y Treadwell (2001) y está validado para la población chilena por Bustos, Rincón y Aedo (2009), mediante un estudio en niños/as y

adolescentes entre 8 y 18 años, de la Región del Bío-Bío, que han sido víctimas de agresión sexual. Su modalidad es heteroaplicado, es decir, que el encuestador es quien pregunta y marca la respuesta dada por el entrevistado. Contiene 17 ítems que van dirigidos a preguntar acerca de los tres grupos sintomáticos del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM IV, que son: Reexperimentación, Evitación y Aumento de la activación. De esta manera, los primeros 5 ítems refieren a Reexperimentación, los siguientes 7 ítems a Evitación y los 5 últimos ítems a Aumento de la activación. Los ítems tienen modalidad Likert, eligiendo una de las alternativas: nunca, sólo una vez, entre 2 y 3 veces, entre 4 a 8 veces, ó 9 veces o más (ver cuestionario en anexo 10).

La interpretación se realiza en cuanto a la escala total, de esta manera, el puntaje total puede ir desde los 0 puntos a los 68 puntos. Si se obtiene **un puntaje igual o mayor a 24 puntos, se interpreta con un alto Estrés Postraumático**, si el **puntaje es inferior a 24 puntos, se interpreta con un bajo Estrés Postraumático**. Además, para considerarse un alto Estrés Postraumático, es necesario obtener al menos 1 punto en la escala de Reexperimentación, 3 puntos en la escala de Evitación y 2 puntos en la escala de Aumento de la activación, puesto que se requieren síntomas en las 3 dimensiones para considerarse EPT, según el DSM IV (Rincón, et.al, 2014).

En esta investigación se elige utilizar este cuestionario debido a su especialización en experiencias traumática, simplicidad y validez en nuestro país. De esta forma, es posible contrastar los niveles de estrés postraumático con los resultados generales de niveles de psicopatología en la muestra con antecedentes de agresiones sexuales.

#### **4. Procedimiento**

Para acceder al contacto con los participantes, se realizaron procedimientos diferentes para cada grupo. Para el primer grupo, de niños/as y adolescentes con antecedentes de ASI, cabe señalar que la muestra se obtiene desde el proyecto Fondecyt 11140049 “Cambio psicoterapéutico en agresiones sexuales: perspectiva de los niños/as y adolescentes que han sido víctimas, sus padres y sus psicoterapeutas”. Esta muestra

consiste en niños/as y adolescentes, y sus padres, entre 6 a 17 años, que han sido víctimas de ASI y que estén iniciando una psicoterapia a raíz de esta experiencia (máximo de un mes desde iniciada la terapia). Para efectos del presente estudio, se utilizará la muestra a partir desde los 8 años de edad.

Las integrantes de esta investigación, en coordinación con los ya mencionados centros especializados de reparación de maltrato de la Región Metropolitana y con el terapeuta de cada niño/a o adolescente, establecían un horario y se consultaba al niño/a o adolescente y a su familia acerca de la participación en la investigación. Esto se realizaba en el centro de atención en un lugar cerrado y privado por parte del equipo de investigación, sin la presencia del terapeuta. En caso de acceder a participar se firman consentimientos y asentimientos (ver Anexo 3, Anexo 4 y Anexo 5), y luego, se solicita contestar los cuestionarios. Los padres o representantes legales contestan el SDQ en su versión para padres (ver Anexo 8) y se les pide que lo hagan en la sala de espera del recinto, para que el niño/a o adolescente pueda responder sus cuestionarios con tranquilidad. Todos los niños y adolescentes responden el SDQ versión para niños y adolescentes (ver Anexo 7) y el CPSS (ver Anexo 10), mientras que los mayores de 12 años de edad contestaron adicionalmente el YOQ (ver Anexo 9). La persona a cargo durante la aplicación responde las preguntas que tenga el entrevistado acerca de los cuestionarios autoaplicados (SDQ e YOQ) y apoya al entrevistado en el cuestionario heteroaplicado (CPSS).

Al finalizar, se le pregunta al entrevistado cómo estaba, para asegurar su estabilidad emocional, puesto que si mostraba señales de perturbación emocional se realizan actividades para aminorar la perturbación (como pintar mandalas). Para terminar, se lleva al niño o adolescente con su padre, madre o representante y se le pregunta a éste último si tuvo dudas con respecto al cuestionario, si la respuesta es afirmativa, se resuelven las dudas, y si la respuesta es negativa, se agradece la participación de ambos. Los datos relevantes del niño/a o adolescente se obtienen mediante la información que entrega el terapeuta, en privado con el entrevistador, completando una ficha de caracterización (ver ficha en Anexo 1). Cabe señalar que este procedimiento fue realizado por distintos miembros del equipo Fondecyt, que procedían de acuerdo a una pauta (ver pauta en Anexo

2). De esta manera, a través de la ficha completada por el terapeuta, se corrobora la información de antecedentes de ASI.

El siguiente cuadro grafica los cuestionarios administrados para este grupo, según edades:

**Tabla 8. Aplicación de instrumentos para el grupo ASI según edades**

	SDQ padres	SDQ niños y adolescentes	YOQ	CPSS
Entre 8 a 11 años	x	x		x
Entre 12 a 17 años	x	x	x	x

En el caso del segundo grupo, de niños/as y adolescentes en psicoterapia sin antecedentes de ASI, se coordinó con el Centro de Atención Psicológica (CAPs) de la Universidad de Chile y, específicamente, con el Equipo infanto juvenil, un horario y se consultaba al niño/a o adolescente y a su familia acerca de la participación en la investigación. Esto se realizaba en el centro de atención en un lugar cerrado y privado por parte del equipo de investigación, sin la presencia del terapeuta. Las edades de los niños/as y adolescentes oscilan entre los 8 y los 17 años, y debían estar iniciando una psicoterapia, con un máximo de un mes de inicio de este tratamiento.

A todos los casos, se les explicó la investigación y se les invitó a participar después de su sesión con el terapeuta, en un lugar privado. En caso de acceder, el niño/a o adolescente y su representante firman el asentimiento y el consentimiento (Ver Anexo 11 y 12), respectivamente; luego, contestaban los cuestionarios. A los representantes se les pide que contesten el SDQ de padres y una ficha de información general (ver ficha en Anexo 6), en la sala de espera, para que el niño/a o adolescente responda tranquilamente sus cuestionarios. Éste último contesta el cuestionario SDQ versión para niños y adolescentes y,

en caso de tener 12 años o más, responde también el cuestionario YOQ. Al finalizar, se acompaña al niño o adolescente hacia su padre, madre o representante y se asegura que éste no tenga dudas con respecto al cuestionario o la ficha. Si hay dudas, éstas son contestadas, y en caso que no queden dudas, se agradece la participación y se da por terminado el proceso.

Cabe señalar que tanto a este grupo, como al grupo que no asiste a terapia ni tiene antecedentes de ASI, no se les fue aplicado el cuestionario CPSS, debido a que está diseñado exclusivamente para niños/as y adolescentes con una historia conocida de trauma. Además, con el fin de confirmar que no existan antecedentes de ASI, en la ficha completada por los padres se les pregunta acerca de la existencia de experiencias traumáticas vividas por su hijo/a.

En el cuadro, se distinguen los instrumentos aplicados para este grupo, según edades:

**Tabla 9. Aplicación de instrumentos para el grupo clínico según edades**

	SDQ padres	SDQ niños y adolescentes	YOQ	CPSS
Entre 8 a 11 años	x	x		
Entre 12 a 17 años	x	x	x	

Finalmente, con el tercer grupo, de niños/as y adolescentes que no asisten a terapia ni tienen antecedentes de agresión sexual, es relevante señalar que estas dos variables son confirmadas por los padres al responder la ficha de información general, en la cual se les pregunta si están asistiendo a una terapia psicológica, y si es que su hijo/a ha vivido alguna situación traumática o especialmente estresante (ver ficha en Anexo 6). Este grupo es obtenido en diversos colegios de la Región Metropolitana de dependencia particular

subvencionada.

En coordinación con la administración del colegio, se envían comunicaciones (ver Anexo 13) con los consentimientos, el SDQ para padres y la ficha de información general, a los padres de los alumnos. Los niños/as y adolescentes que sus padres aceptan participar, y por ende, devuelven los documentos, son reunidos en grupos de alrededor de 5 alumnos, a los cuales se les explica la investigación y se los invita a participar de ella. Quienes aceptan firman el asentimiento informado y responden los cuestionarios en un lugar cerrado y privado establecido por la administración del colegio, en el horario acordado con ellos. Tanto niños como adolescentes responden el cuestionario SDQ para niños y adolescentes, mientras que los adolescentes desde los 12 años responden igualmente el cuestionario YOQ.

En el siguiente cuadro es posible distinguir los instrumentos aplicados para este grupo, según edades:

**Tabla 10. Aplicación de instrumentos para población general según edades**

	SDQ padres	SDQ niños y adolescentes	YOQ	CPSS
Entre 8 a 11 años	x	x		
Entre 12 a 17 años	x	x	x	

## **5. Análisis**

Debido a que esta investigación pretende caracterizar los problemas conductuales y emocionales iniciales de niños/as y adolescentes que han sufrido experiencia de agresión sexual, para lo cual, se realiza un análisis con estadísticos descriptivos. Principalmente, se



obtuvieron tablas de frecuencias para las variables categóricas, mientras que se calculó la media aritmética y desviación estándar para los puntajes obtenidos en los cuestionarios SDQ de autorreporte, SDQ de padres, YOQ y CPSS.

Además, se realizan comparaciones entre características personales, sociales y de la agresión, de los sujetos, para lo cual se utiliza tanto la prueba t de Student para muestras independientes (cuando se contrastan los puntajes de dos grupos), como Análisis de varianza de un factor (cuando se presentan más de dos grupos). El objetivo, en ambos análisis, es establecer si la diferencia de medias observada resulta estadísticamente significativa. Finalmente, para establecer si existe asociación entre variables categóricas, se calculó el estadístico chi cuadrado.

## RESULTADOS

Los resultados que se presentan a continuación se encuentran en orden según los objetivos específicos que guían esta investigación (ver página 39).

### **OE 1: Caracterización de los problemas conductuales y emocionales en niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales.**

En la tabla 11 es posible observar que, en general, en el SDQ los padres puntúan un mayor nivel de problemas conductuales y emocionales que sus hijos/as, pudiéndose categorizar la media del SDQ de padres como anormal, es decir, con presencia de psicopatología. Por el contrario, la media del puntaje obtenido en el SDQ de autorreporte se considera en un rango normal.

En el cuestionario YOQ se observa que, en promedio, los adolescentes de este grupo obtienen un puntaje que indica una alta sintomatología psicopatológica, lo que implica que la media de este grupo se ubica en un rango disfuncional.

Asimismo, el cuestionario CPSS muestra que los niños/as y adolescentes con antecedentes de ASI, en promedio, obtienen un puntaje que los clasifica en la categoría de presentar una alta sintomatología de Estrés postraumático.

**Tabla 11 Estadísticos descriptivos de respuestas de los cuestionarios – Grupo ASI**

	N	Puntaje Mínimo	Puntaje Máximo	Puntaje promedio	DS
Total SDQ autorreporte	31	3	26	14,7	5,5
Total SDQ padres	31	4	32	18,2	6,6
Total YOQ	17	28	118	64,1	24,6
Total CPSS	31	3	64	28,9	15,5

A continuación se presenta la frecuencia de sujetos en cada categoría, en los cuestionarios aplicados.

En la tabla 12.1 se observa que los resultados entre el SDQ autorreporte y los resultados del SDQ de padres no se condicen, puesto que en la versión autorreporte más de la mitad de los sujetos se encuentra en la categoría normal (ausencia de psicopatología), mientras que en el SDQ de padres, la mayor parte de los sujetos se encuentra en la categoría Anormal (presencia de psicopatología). Esto queda demostrado al obtener Chi cuadrado (Chi cuadrado= 4,86; sig= 0,3), el cual apunta a que no existe asociación entre los resultados de ambos SDQ. Además, al obtener los resultados de una prueba t para muestras relacionadas ( $t = -4,998$ ; sig= 0,00), se observa que las diferencias encontradas entre los resultados del SDQ autorreporte y SDQ de padres, son significativas.

**Tabla 12.1 Frecuencia por categorías en SDQ – Grupo ASI**

Categoría	SDQ autorreporte		SDQ padres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Normal	18	58,1%	5	16,1%
Límite	6	19,4%	6	19,4%
Anormal	7	22,6%	20	64,5%
Total	31	100%	31	100%

En la tabla 12.2 se observa que más de la mitad de los sujetos se encuentra en la categoría Alta sintomatología. Además, al obtener Chi cuadrado (Chi cuadrado= 4,9; sig=0,03) se observa que sí existe asociación entre los resultados presentados por el YOQ y el CPSS.

**Tabla 12.2 Frecuencia por categorías en YOQ y CPSS – Grupo ASI**

Categoría <sup>1</sup>	YOQ		CPSS	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Baja sintomatología	6	35,3%	14	45,2%
Alta sintomatología	11	64,7%	17	54,8%
Total	17	100%	31	100%

A continuación, se presenta la frecuencia de sujetos en cada rango, según subescalas del SDQ autorreporte.

**Tabla 13 Frecuencia por categorías en subescalas de SDQ autorreporte – Grupo ASI**

	Categorías						Total Frec.	Total Porc.
	Normal		Límite		Anormal			
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.		
Problemas Conductuales	25	<b>80,6%</b>	2	6,5%	4	12,9%	31	100%
Síntomas Emocionales	22	<b>71%</b>	1	3,2%	8	25,8%	31	100%
Hiperactividad	21	<b>67,7%</b>	5	16,1%	5	16,1%	31	100%
Problemas con Pares	17	<b>54,8%</b>	10	32,3%	4	12,9%	31	100%
Conducta Prosocial	26	<b>83,9%</b>	3	9,7%	2	6,5%	31	100%

*Nota: en negrita se destaca la categoría más frecuente para cada subescala del SDQ*

Si bien, la mayoría de los niños/as y adolescentes obtuvieron un puntaje que los clasifica en un rango normal en todas las subescalas del SDQ autorreporte, es posible

<sup>1</sup> Las categorías que corresponden al cuestionario YOQ son: Funcional y Disfuncional. Mientras que las categorías correspondientes al cuestionario CPSS son: Bajo Estrés postraumático y Alto Estrés postraumático. Sin embargo, con el objeto de simplificar el análisis, el documento se referirá a Baja sintomatología y Alta sintomatología para ambos cuestionarios.

observar que la subescala que presenta mayores niveles de síntomas psicopatológicos es la relacionada con Síntomas Emocionales, es decir, se reporta una alta sintomatología a nivel internalizante. También, se observa que la subescala Problemas con Pares es la que tiene un mayor porcentaje de sujetos en categorías no Normal (Límite y Anormal), subescala que se considera, también, que alude a problemas de tipo internalizantes.

Posteriormente, se presenta la frecuencia de sujetos en cada rango de las subescalas del cuestionario SDQ de padres.

**Tabla 14 Frecuencia por categorías en subescalas de SDQ de padres – Grupo ASI**

	Categorías						Total Frec.	Total Porc.
	Normal		Límite		Anormal			
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.		
Problemas Conductuales	10	32,3%	5	16,1%	16	<b>51,6%</b>	31	100%
Síntomas Emocionales	9	29%	3	9,7%	19	<b>61,3%</b>	31	100%
Hiperactividad	17	<b>54,8%</b>	5	16,1%	9	29%	31	100%
Problemas con Pares	9	29%	5	16,1%	17	<b>54,8%</b>	31	100%
Conducta Prosocial	26	<b>83,9%</b>	3	9,7%	2	6,5%	31	100%

*Nota: en negrita se destaca la categoría más frecuente para cada subescala del SDQ*

Es posible percibir que los padres reportan menores niveles de sintomatología en sus hijos/as en la subescala Hiperactividad, la cual se encuentra en un rango normal. Además, se observa una alta proporción de padres que, a partir de sus respuestas, se clasifica a sus hijos/as en el rango normal para la subescala de Conducta Prosocial. Al contrario, se observa la subescala Síntomas Emocionales como la que muestra mayores

niveles de sintomatología psicopatológica, de este modo, se indica una alta afectación en síntomas internalizantes en sus hijos/as. Otras subescalas que se distinguen con una alta de proporción de sujetos en rangos anormales son Problemas con Pares y Problemas conductuales, las cuales muestran que más de la mitad de los padres puntúan para rangos anormales.

De este modo, se observa que los niños/as y adolescentes que han sido víctimas de ASI se sitúan en la categoría Normal en el SDQ autorreporte, sin embargo, en el SDQ de padres se sitúan en la categoría Anormal para las subescalas Problemas Conductuales, Problemas con Pares y Síntomas Emocionales.

A continuación se presenta la frecuencia de sujetos en cada categoría, en las subescalas del cuestionario YOQ. Es posible observar que todas las subescalas presentan a más de la mitad de los sujetos con Alta Sintomatología. Además, se puede visualizar que las subescalas con mayor porcentaje de sujetos en la categoría Alta Sintomatología, son Malestar Intrapersonal e Ítems Críticos, en esta última, la alta puntuación está dada, principalmente, por las preguntas relacionadas con estrés postraumático, como por ejemplo, *“me preocupo y no puedo sacar algunos pensamientos de mi mente”*. Las subescalas Relaciones Interpersonales y Problemas Conductuales son las siguientes con mayor número de sujetos con alta sintomatología, mostrando más de un 70% de los casos en ese rango. Mientras que la subescala Síntomas Somáticos es la que muestra una menor frecuencia de sujetos con alta sintomatología.

**Tabla 15 Frecuencia por categorías en subescalas de YOQ – Grupo ASI**

	Baja Sintomatología		Alta Sintomatología		Total Frec.	Total Porc.
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Malestar Intrapersonal (ID)	4	23,5%	13	<b>76,5%</b>	17	100%
Síntomas Somáticos (S)	7	41,2%	10	<b>58,8%</b>	17	100%
Relaciones Interpersonales (IR)	5	29,4%	12	<b>70,6%</b>	17	100%
Problemas Sociales (SP)	6	35,3%	11	<b>64,7%</b>	17	100%
Problemas Conductuales (BD)	5	29,4%	12	<b>70,6%</b>	17	100%
Ítems Críticos (CI)	4	23,5%	13	<b>76,5%</b>	17	100%

*Nota: en negrita se destaca la categoría más frecuente para cada subescala del SDQ*

**OE 2: Diferencias en problemas conductuales y emocionales en población que ha sido víctima de agresión sexual, según características de la agresión: tipo de agresión, frecuencia de agresión y figura del agresor**

Para el siguiente análisis de resultados se utilizó una prueba t de Student, para comparar muestras independientes. De este modo, se presentan los resultados según tipo de agresión en la siguiente tabla.

En la tabla, es posible observar que, según el tipo de agresión sexual, el SDQ de padres es el único cuestionario que presenta una diferencia significativa en sus promedios ( $t=2.491$ ;  $sig.=0.019$ ), mostrando que los padres de niños/as y adolescentes que experimentaron abuso sexual reportan mayores niveles de sintomatología psicopatológica que los padres de quienes tienen antecedentes de violación. En este cuestionario se observa

que el grupo que sufrió, como tipo de agresión, violación clasifica en la categoría normal, mientras que los del grupo de tipo de agresión abuso sexual, clasifica en el rango anormal.

Adicionalmente, en términos descriptivos, aun cuando las diferencias no son significativas estadísticamente, en todos los cuestionarios, quienes reportan mayores niveles de sintomatología psicopatológica es el grupo de padres de quienes han experimentado abuso sexual, en comparación con los que han experimentado violación.

**Tabla 16 Comparación sintomatológica según tipo de agresión**

Cuestionario	Tipo de agresión	N	Media	t	Sig.
SDQ autorreporte	Abuso sexual	24	15,17 (D.S: 5,5)	0,91	0,368
	Violación	7	13,00 (D.S: 5,4)		
SDQ padres	Abuso sexual	24	19,63 (D.S: 6)	2,491	0,019
	Violación	7	13,14 (D.S: 6,2)		
YOQ	Abuso sexual	12	68,33 (D.S: 26,3)	1,10	0,289
	Violación	5	54,00 (D.S: 18,6)		
CPSS	Abuso sexual	24	30,13 (D.S: 15,6)	0,79	0,438
	Violación	7	24,86 (D.S:15,6)		

A continuación, se presentan los resultados de comparación de medias según Frecuencia de la agresión, utilizando un análisis de un factor. Se observa que, al igual que en los resultados por Tipo de agresión, los únicos resultados que presentaron una diferencia significativa entre los grupos son los que están dados por el cuestionario SDQ de padres (sig.=0.049), sin embargo, al realizar una prueba Post Hoc, se muestra que esta diferencia sólo está dada entre el grupo crónico y el grupo en que se desconoce la frecuencia de la agresión, el cual fue eliminado debido a que los sujetos pueden pertenecer a cualquier otro grupo.

En términos descriptivos, aun cuando las diferencias no son significativas estadísticamente, se observa que los que describen mayores niveles de psicopatología son



quienes han sufrido frecuencias de agresión de mayor complejidad (agresión sexual crónica y reiterada), según el SDQ de padres, YOQ y CPSS.

**Tabla 17 Comparación sintomatológica según frecuencia de la agresión<sup>2</sup>**

Cuestionario	Frecuencia de la agresión	N	Media	F	Sig.
SDQ autorreporte	Episodio único	11	16,27 (D.S: 4,7)	1,1	0,382
	Reiterado	12	14,17 (D.S: 5,7)		
	Crónico	6	14,67 (D.S: 5,7)		
SDQ padres	Episodio único	11	17 (D.S: 6,4)	3	0,049
	Reiterado	12	17,08 (D.S: 6,1)		
	Crónico	6	24,33 (D.S: 5,4)		
YOQ	Episodio único	6	62,33 (D.S: 26,7)	0,1	0,915
	Reiterado	7	67,29 (D.S: 27,5)		
	Crónico	4	61,25 (D.S:22,2)		
CPSS	Episodio único	11	27,64 (D.S: 16,9)	1	0,397
	Reiterado	12	29 (D.S: 15,9)		
	Crónico	6	36 (D.S: 12,7)		

Para el análisis comparativo según Figura del agresor, igualmente, se utiliza análisis de un factor y se presenta en la siguiente tabla. En ella, es posible observar que no hubo diferencias significativas entre los grupos en ninguno de los instrumentos utilizados.

<sup>2</sup> En la tabla 17, el número total de sujetos es distinto a 31 debido a que se eliminaron los casos en que la frecuencia de la agresión se desconocía.

**Tabla 18 Comparación sintomatológica en grupo ASI según figura del agresor<sup>3</sup>**

Cuestionario	Figura del agresor	N	Media	F	Sig.
SDQ autorreporte	Intrafamiliar paterna	8	15 (D.S: 5)	1,9	0,148
	Intrafamiliar no paterna	15	15,73 (D.S: 5,6)		
	Extrafamiliar conocida	7	13,71 (D.S: 4,7)		
SDQ padres	Intrafamiliar paterna	8	17 (D.S: 6,7)	0,2	0,896
	Intrafamiliar no paterna	15	18,67 (D.S: 7,5)		
	Extrafamiliar conocida	7	18,86 (D.S: 5,3)		
YOQ	Intrafamiliar paterna	7	65 (D.S: 18,1)	0,4	0,669
	Intrafamiliar no paterna	5	70,8 (D.S: 34,2)		
	Extrafamiliar conocida	5	56,2 (D.S:25,2)		
CPSS	Intrafamiliar paterna	8	32,1 (D.S:17,1)	0,5	0,704
	Intrafamiliar no paterna	15	27,1 (D.S:14,2)		
	Extrafamiliar conocida	7	31,1 (D.S: 18)		

**OE 3: Descripción de variaciones en el nivel de problemas conductuales y emocionales en población que ha sido víctima de agresión sexual, según características personales (sexo y ciclo vital) y dependencia escolar**

En el siguiente análisis se utiliza una prueba t de Student para comparar medias independientes, según el sexo del sujeto. Se observa en la tabla 19 que no existen diferencias significativas entre los promedios de sujetos de sexo femenino y sujetos de sexo masculino en ninguno de los cuestionarios aplicados.

**Tabla 19 Comparación sintomatológica en grupo ASI según sexo**

Cuestionario	Sexo	N	Media	t	Sig.
SDQ autorreporte	Femenino	22	14,64 (D.S: 5,5)	-0,064	0,95
	Masculino	9	14,78 (D.S: 5,9)		
SDQ padres	Femenino	22	18,09 (D.S: 6,1)	-0,092	0,93
	Masculino	9	18,33 (D.S: 8)		
YOQ	Femenino	22	65,73 (D.S: 24,4)	0,355	0,73
	Masculino	9	61,17 (D.S: 27,1)		
CPSS	Femenino	22	29,27 (D.S: 17,5)	0,187	0,85
	Masculino	9	28,11 (D.S: 9,7)		

<sup>3</sup> En la tabla 18, el número total de sujetos es distinto a 31 debido a que se eliminaron los casos en que la figura del agresor se desconocía.

A continuación se utiliza la prueba t de Student para comparar medias según el ciclo vital de los sujetos. La tabla 20 muestra que no existen diferencias significativas entre los promedios de los cuestionarios de niños y los de adolescentes.

**Tabla 20 Comparación sintomatológica en grupo ASI según ciclo vital**

Cuestionario	Ciclo vital	N	Media	t	Sig.
SDQ autorreporte	Niño/a	14	15,21 (D.S: 6,1)	0,487	0,63
	Adolescente	17	14,24 (D.S: 5,1)		
SDQ padres	Niño/a	14	20,14 (D.S: 6,6)	1,562	0,129
	Adolescente	17	16,53 (D.S: 6,2)		
CPSS	Niño/a	14	27,64 (D.S: 14,2)	-0,416	0,68
	Adolescente	17	30 (D.S: 16,8)		

La tabla siguiente presenta los resultados según Dependencia escolar, realizando una comparación mediante una prueba t de Student. Se observa que sólo en el caso del CPSS existe una diferencia significativa entre los grupos. Por tanto, es posible observar que los sujetos que asisten a establecimientos educacionales municipales tienen menores niveles de sintomatología psicopatológica sólo en CPSS, en comparación con los sujetos que asisten a establecimientos no municipales, en esta muestra.

**Tabla 21 Comparación sintomatológica en grupo ASI según dependencia escolar**

Cuestionario	Dependencia escolar	N	Media	t	Sig.
SDQ autorreporte	Municipal	11	13,73 (D.S: 4,3)	-0,708	0,283
	No Municipal	20	15,2 (D.S: 6,1)		
SDQ padres	Municipal	11	16,45 (D.S: 7)	-1,077	0,97
	No Municipal	20	19,1 (D.S: 6,3)		
YOQ	Municipal	7	54,86 (D.S: 18,3)	-1,327	0,23
	No Municipal	10	70,6 (D.S: 27,3)		
CPSS	Municipal	11	25,73 (D.S: 9,8)	-0,852	0,017
	No Municipal	20	30,7 (D.S: 17,9)		

**OE 4: Comparación del nivel de problemas conductuales y emocionales entre población que sido víctima de agresión sexual, población clínica sin antecedentes de agresiones sexuales y población general sin antecedentes de agresión sexual**

A continuación, la tabla muestra los resultados de un análisis de un factor para comparar medias entre el grupo que ha sido víctima de agresión sexual, el grupo clínico sin antecedentes de ASI y el grupo general. Cabe mencionar que el cuestionario CPSS se excluye en las siguientes comparaciones, ya que éste fue aplicado sólo en el grupo con antecedentes de ASI debido a que está diseñado para sujetos con una historia conocida de trauma.

Se observa que los grupos presentan diferencias significativas entre las medias en todos los cuestionarios contestados. El grupo con antecedentes de ASI muestra mayores niveles de problemas conductuales y emocionales en los cuestionarios SDQ de autorreporte y de padres, seguido por el grupo clínico y, finalmente, por el grupo general. Sin embargo, en el cuestionario YOQ son los sujetos del grupo clínico quienes reportan mayores niveles de disfuncionalidad, seguido por el grupo con antecedentes de ASI y, luego, el grupo general. Además, se observa que en los SDQ, en los tres grupos, los padres reportan mayores niveles de problemas conductuales y emocionales en sus hijos/as en comparación con los autorreportes de éstos.

**Tabla 22 Comparación sintomatológica entre Grupo ASI, Clínico y General**

Cuestionario	Grupo	Media	F	Sig.
SDQ autorreporte	ASI	14,68 (D.S: 5,5)	9,3	0,000
	Clínico	13,85 (D.S: 5,7)		
	General	9,65 (D.S: 5,6)		
SDQ padres	ASI	18,16 (D.S: 6,6)	15,3	0,000
	Clínico	15,62 (D.S: 6,8)		
	General	10,47 (D.S: 5,9)		
YOQ	ASI	64,12 (D.S: 24,6)	3,8	0,011
	Clínico	67,59 (D.S: 35,2)		
	General	39,25 (D.S: 25)		

La tabla 23 muestra los resultados del test post hoc con el fin de determinar de qué manera se diferencian los grupos entre sí, utilizando un método Tukey al asumir varianzas iguales, y un método Games-Howell al no asumir varianzas iguales.

Es posible observar que las diferencias de las medias entre el grupo con antecedentes de ASI y el grupo clínico, no son significativas para ninguno de los cuestionarios.

La tabla muestra que la diferencia de las medias entre el grupo con antecedentes de ASI y el grupo General es significativa para todos los cuestionarios, presentando en todos los casos el grupo con antecedentes de ASI, mayor reporte de sintomatología.

Se observa que la diferencia de medias entre el grupo clínico y el grupo general es significativa en todos los cuestionarios, presentando en todos los casos el grupo clínico mayor reporte de sintomatología.

De esta manera, se observa que tanto el grupo con antecedentes de ASI y el grupo clínico tienen diferencias significativas de medias con el grupo general, en todos los cuestionarios. Sin embargo, no existen diferencias significativas entre el grupo con antecedentes de ASI y el grupo clínico.

**Tabla 23 Detalle de comparación sintomatológica entre Grupo ASI, Clínico y General**

Cuestionario	Grupo		Diferencia de medias	Sig.
SDQ autorreporte	ASI	Clínico	0,831	0,841
		General	5,024*	0,000
	Clínico	ASI	-0,831	0,841
		General	4,193*	0,007
	General	ASI	-5,024*	0,000
		Clínico	-4,193*	0,007
SDQ padres	ASI	Clínico	2,546	0,287
		General	7,692*	0,000
	Clínico	ASI	-2,546	0,287
		General	5,146*	0,003
	General	ASI	-7,692*	0,000
		Clínico	-5,146*	0,003
YOQ	ASI	Clínico	-4,216	0,899
		General	28,663*	0,033
	Clínico	ASI	4,216	0,899
		General	32,879*	0,011
	General	ASI	-28,663*	0,033
		Clínico	-32,879*	0,011

**OE 5: Comparación del nivel de problemas conductuales y emocionales entre población que sido víctima de agresión sexual, población clínica sin antecedentes de agresiones sexuales y población general sin antecedentes de agresión sexual, según sexo, ciclo vital y dependencia escolar**

La siguiente tabla muestra los resultados comparativos de medias, según el sexo de los sujetos, mediante un análisis de un factor.

Es posible observar que la diferencia de medias de los tres cuestionarios no es significativa entre sexo femenino y masculino, para los tres grupos (ASI, Clínico y General). Además, se observan promedios similares en los resultados de los cuestionarios.

Se observa que la media de los cuestionarios SDQ de padres y SDQ autorreporte, entre hombres y mujeres difiere de menor forma que la media del cuestionario YOQ, donde se presenta que las mujeres obtienen un mayor puntaje que refiere a una mayor sintomatología, que la reportada por los grupos de sexo masculino en este cuestionario.

**Tabla 24 Comparación sintomatológica según sexo**

Grupo	Cuestionario	Sexo	N	Media	t	Sig.
ASI	SDQ autorreporte	Femenino	22	14,64 (D.S: 5,5)	-0,64	0,939
		Masculino	9	14,78 (D.S: 5,9)		
	SDQ padres	Femenino	22	18,09 (D.S: 6,1)	-0,92	0,586
		Masculino	9	18,33 (D.S: 8)		
	YOQ	Femenino	11	65,73 (D.S: 24,4)	0,36	0,503
		Masculino	6	61,17 (D.S: 27,1)		
Clínico	SDQ autorreporte	Femenino	16	13,69 (D.S: 5,8)	-0,2	0,704
		Masculino	10	14,1 (D.S: 5,7)		
	SDQ padres	Femenino	16	14,81 (D.S: 6,4)	-0,6	0,619
		Masculino	10	16,9 (D.S: 7,5)		
	YOQ	Femenino	13	68,83 (D.S: 31,1)	0,2	0,423
		Masculino	5	64,6 (D.S: 47,8)		
General	SDQ autorreporte	Femenino	29	9,66 (D.S: 5,4)	0,003	0,977
		Masculino	20	9,65 (D.S: 6)		
	SDQ padres	Femenino	29	10,31 (D.S: 6,1)	-0,2	0,752
		Masculino	20	10,7 (D.S: 5,6)		
	YOQ	Femenino	5	44,5 (D.S: 33,3)	0,7	0,116
		Masculino	6	34 (D.S: 14)		

A continuación, la tabla describe los resultados comparativos de las medias presentadas entre los grupos ASI, clínico y general, por ciclo vital.

Se observa que no existen diferencias significativas por ciclo vital en los cuestionarios SDQ de padres y de autorreporte, para los tres grupos. También, se aprecia que, en general, el grupo ASI es el que presenta mayores niveles de problemas conductuales y emocionales, seguido por el grupo clínico y, luego, el grupo general, sin embargo, los adolescentes del grupo clínico, en su autorreporte, presentan un mayor nivel de problemas conductuales y emocionales que los grupos ASI y general, además, éstos son

los únicos que muestran un promedio mayor en su autorreporte en comparación con lo reportado por sus padres.

**Tabla 25 Comparación sintomatológica según ciclo vital**

Grupo	Cuestionario	Ciclo vital	N	Media	t	Sig.
ASI	SDQ autorreporte	Niño/a	14	15,21 (D.S: 6,1)	0,49	0,392
		Adolescente	17	14,24 (D.S: 5,1)		
	SDQ padres	Niño/a	14	20,14 (D.S: 6,6)	1,56	0,25
		Adolescente	17	16,53 (D.S: 6,2)		
Clínico	SDQ autorreporte	Niño/a	8	11,38 (D.S: 5,5)	-1,52	0,317
		Adolescente	18	14,94 (D.S: 5,5)		
	SDQ padres	Niño/a	8	18,75 (D.S: 6,4)	1,62	0,073
		Adolescente	18	14,22 (D.S: 6,6)		
General	SDQ autorreporte	Niño/a	37	10,08 (D.S: 6)	0,94	4,483
		Adolescente	12	8,33 (D.S: 3,7)		
	SDQ padres	Niño/a	37	10,57 (D.S: 5,5)	0,2	1,466
		Adolescente	12	10,17 (D.S: 7,3)		

La comparación de sintomatología según dependencia escolar no fue llevada a cabo debido a falta de variabilidad, puesto que la muestra del grupo general fue extraída exclusivamente de colegios no municipales, específicamente, de colegios particulares subvencionados.

**OE 6: Comparación de niveles de problemas conductuales y emocionales de las subescalas problemas conductuales, síntomas emocionales, hiperactividad, problemas con pares y conducta prosocial, de los cuestionarios SDQ, entre población que ha sido víctima de agresión sexual, población clínica sin antecedentes de agresiones sexuales y población general sin antecedentes de agresión sexual.**

Mediante el análisis de varianza de un factor, se presenta en la tabla 26, los resultados de las subescalas de SDQ de autorreporte y SDQ de padres, comparando grupo ASI, grupo clínico y grupo general.



En las tablas se puede apreciar que en todas las subescalas del SDQ de padres se presentan diferencias significativas entre las medias de los grupos. El SDQ autorreporte presenta diferencias significativas entre las medias de los grupos, en las subescalas Síntomas emocionales y Problemas con pares, subescalas que corresponden a problemas internalizantes.

Se observa que en el SDQ de autorreporte no existe una diferencia significativa entre los grupos en las subescalas Problemas conductuales, Hiperactividad y Conducta prosocial.

**Tabla 26 Comparación de Subescalas de SDQ**

<b>Cuestionario</b>	<b>Subescala</b>	<b>Media - grupo ASI</b>	<b>Media - grupo Clínico</b>	<b>Media - grupo General</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
SDQ autorreporte	Problemas conductuales	2,32 (D.S: 1,6)	2,19 (D.S: 1,6)	1,67 (D.S: 1,6)	1,84	0,164
	Síntomas emocionales	4,74 (D.S: 2,6)	4,77 (D.S: 2,1)	2,86 (D.S: 2,3)	8,78	0,000
	Hiperactividad	4,26 (D.S: 2,4)	4,65 (D.S: 2,4)	3,31 (D.S: 2,4)	3,19	0,045
	Problemas con pares	3,35 (D.S: 2,1)	2,23 (D.S: 2)	1,82 (D.S: 1,7)	6,43	0,002
	Conducta prosocial	6,68 (D.S: 1,3)	6,42 (D.S: 1,3)	6,55 (D.S: 1,5)	0,24	0,791
SDQ padres	Problemas conductuales	3,55 (D.S: 2)	2,92 (D.S: 1,8)	1,86 (D.S: 1,7)	8,9	0,000
	Síntomas emocionales	5,39 (D.S: 3)	4,96 (D.S: 2,3)	2,76 (D.S: 2,4)	12,36	0,000
	Hiperactividad	5,06 (D.S: 2,1)	4,58 (D.S: 2,7)	3,63 (D.S: 2,6)	3,42	0,037
	Problemas con pares	4,16 (D.S: 2,5)	3,15 (D.S: 2,4)	2,22 (D.S: 2,4)	5,97	0,004
	Conducta prosocial	7,87 (D.S: 2)	7,42 (D.S: 2)	8,59 (D.S: 1,5)	3,94	0,022

En la tabla 27 se muestran los resultados de un análisis post hoc, con una prueba de Tukey al asumir varianzas iguales y una prueba de Games-Howell al no asumir varianzas iguales y, adicionalmente, se realiza una prueba de homogeneidad de las varianzas. En la subescala Síntomas emocionales del SDQ de autorreporte se observa que el grupo que alude a población general tiene diferencias significativas con respecto a los

grupos ASI y clínico, mientras que entre el grupo ASI y grupo clínico no existen diferencias significativas en esta subescala.

Se observa que en la subescala Problemas con pares del SDQ de autorreporte el grupo ASI con el grupo población general existe una diferencia significativa entre las medias de sus resultados, sin embargo, el grupo clínico no muestra diferencias significativas con respecto al grupo ASI y grupo población general.

Se distingue que, en el SDQ autorreporte, el grupo con antecedentes de ASI presenta un mayor puntaje en Problemas conductuales y Problemas con Pares, en comparación con los otros dos grupos, sin embargo, también es el grupo que reporta un mayor puntaje en la escala Conducta Prosocial.

En tanto, en el SDQ para padres, la subescala Síntomas emocionales presenta diferencias significativas entre las medias del grupo general tanto con respecto al grupo clínico como con respecto al grupo ASI, sin embargo, no se observa una diferencia significativa entre el grupo ASI y el grupo clínico.

Se observa que existe una diferencia significativa entre el grupo ASI y el grupo general en las subescalas Problemas conductuales, Hiperactividad y Problemas con pares, mientras que el grupo clínico no presenta diferencias significativas en estas subescalas, con ninguno de los grupos.

En la subescala Conducta prosocial se observan diferencias significativas entre el grupo general y el grupo clínico, en tanto, no se observan diferencias significativas en el grupo ASI con respecto a los otros grupos.

En el SDQ para padres, el grupo con antecedentes de ASI presenta el más alto promedio en todas las subescalas, excepto en la subescala Conducta Prosocial. En estas cuatro subescalas (Problemas conductuales, Síntomas emocionales, Hiperactividad y Problemas con pares) el grupo clínico es el segundo quien presenta medias con más altos puntajes, mientras que es el grupo general el que presenta más alto puntaje promedio para la subescala Conducta Prosocial.

**Tabla 27 Detalle de comparación de Subescalas de SDQ**

Cuestionario	Subescala	Grupo		Diferencia de medias	Sig.
SDQ autorreporte	Problemas Conductuales	ASI	Clínico	0,130	0,950
			General	0,649	0,185
		Clínico	ASI	-0,130	0,950
			General	0,519	0,378
		General	ASI	-0,649	0,185
			Clínico	-0,519	0,378
	Síntomas Emocionales	ASI	Clínico	-0,270	0,999
			General	1,885*	0,004
		Clínico	ASI	0,270	0,999
			General	1,912*	0,002
		General	ASI	-1,885*	0,004
			Clínico	-1,912*	0,002
	Hiperactividad	ASI	Clínico	-0,396	0,806
			General	0,952	0,194
		Clínico	ASI	0,396	0,806
			General	1,348	0,055
		General	ASI	-0,952	0,194
			Clínico	-1,348	0,055
	Problemas con Pares	ASI	Clínico	1,124	0,068
			General	1,539*	0,003
		Clínico	ASI	-1,124	0,068
			General	0,414	0,637
		General	ASI	-1,539*	0,003
			Clínico	-0,414	0,637
Conducta Prosocial	ASI	Clínico	0,254	0,773	
		General	0,126	0,918	
	Clínico	ASI	-0,254	0,773	
		General	-0,128	0,925	
	General	ASI	-0,126	0,918	
		Clínico	0,128	0,925	
SDQ padres	Problemas Conductuales	ASI	Clínico	0,479	0,395
			General	0,413*	0,001
		Clínico	ASI	-0,625	0,395
			General	1,066	0,440
		General	ASI	-1,691*	0,001
			Clínico	-1,066	0,440
	Síntomas Emocionales	ASI	Clínico	0,426	0,804
			General	2,632*	0,000

		Clínico	ASI	-0,426	0,804
			General	2,206*	0,001
		General	ASI	-2,632*	0,000
			Clínico	-2,206*	0,001
	Hiperactividad	ASI	Clínico	0,488	0,740
			General	1,432*	0,023
		Clínico	ASI	-0,488	0,740
			General	0,944	0,263
		General	ASI	-1,432*	0,023
			Clínico	-0,944	0,263
	Problemas con Pares	ASI	Clínico	1,007	0,275
			General	1,937*	0,003
		Clínico	ASI	-1,007	0,275
			General	0,929	0,267
		General	ASI	-1,937*	0,003
			Clínico	-0,929	0,267
Conducta Prosocial	ASI	Clínico	0,448	0,617	
		General	-0,721	0,192	
	Clínico	ASI	-0,448	0,617	
		General	-1,169*	0,035	
	General	ASI	0,721	0,192	
		Clínico	1,169*	0,035	

A continuación se presentan los resultados de las subescalas de los cuestionarios SDQ, según sexo. Es posible observar que existe una diferencia significativa en la subescala Problemas conductuales del SDQ de autorreporte, obteniendo los hombres mayores niveles de sintomatología presentada en esta subescala.

Se observa, también, que en el SDQ de padres existe una diferencia significativa en la subescala Problemas con pares, siendo los hombres quienes presentan los mayores niveles de sintomatología.

La última subescala con diferencias significativas entre los resultados entre hombres y mujeres es Conducta prosocial, la cual muestra que las mujeres puntúan con mayores niveles en esta subescala.

Cabe destacar que en el SDQ autorreporte las mujeres obtuvieron mayores niveles de sintomatología internalizante (Síntomas emocionales y Problemas con pares) que los hombres, sin embargo, en el SDQ de padres, fueron los hombres quienes obtuvieron mayores niveles de sintomatología en Problemas con pares.

**Tabla 28 Comparación de subescalas SDQ según sexo**

Cuestionario	Subescala	Media – Mujeres	Media - Hombres	t	Sig.
SDQ autorreporte	Problemas conductuales	1,81 (D.S:1,3)	2,31 (D.S: 2)	-1,56	0,003
	Síntomas emocionales	4,15 (D.S: 2,5)	2,463 (D.S:2,5)	1,48	0,777
	Hiperactividad	4,03 (D.S: 2,4)	3,72 (D.S:2,4)	0,64	0,788
	Problemas con pares	2,27 (D.S: 2,1)	2,27 (D.S: 2,1)	-0,68	0,442
	Conducta prosocial	6,72 (D.S: 1,3)	6,28 (D.S: 1,5)	1,57	0,477
SDQ padres	Problemas conductuales	2,75 (D.S:1,9)	2,38 (D.S: 2)	0,93	0,443
	Síntomas emocionales	4,19 (D.S:2,8)	3,85 (D.S: 2,8)	0,62	0,921
	Hiperactividad	4,27 (D.S: 2,7)	4,31 (D.S: 2,3)	-0,08	0,279
	Problemas con pares	2,73 (D.S: 2,1)	3,51 (D.S: 3,2)	-1,52	0,020
	Conducta prosocial	8,37 (D.S: 1,6)	7,62 (D.S: 2,1)	2,07	0,009

A continuación se presentan los resultados de las subescalas de los cuestionarios SDQ, según ciclo vital. Al comparar las subescalas de los cuestionarios SDQ según ciclo vital, no se observan diferencias significativas entre las medias de sus resultados. Aun así, resulta llamativo que en el SDQ de autorreporte, son los adolescentes quienes obtienen mayores niveles de sintomatología en todas las subescalas que apuntan a problemas emocionales y conductuales, en comparación con niños y niñas.

Por el contrario, son los niños quienes obtienen mayores niveles de conducta prosocial tanto en el SDQ de autorreporte, como en el SDQ de padres.

**Tabla 29 Comparación de subescalas SDQ según ciclo vital**

Cuestionario	Subescala	Media – Niños/as	Media - Adolescentes	t	Sig.
SDQ autorreporte	Problemas conductuales	1,93 (D.S: 1,6)	2,06 (D.S: 1,7)	-0,42	0,951
	Síntomas emocionales	3,51 (D.S:2,5)	4,34 (D.S: 2,4)	-1,72	0,701
	Hiperactividad	3,83 (D.S: 2,5)	4,02 (D.S: 2,3)	-0,4	0,783
	Problemas con pares	2,20 (D.S: 1,7)	2,57 (D.S: 2,2)	-0,96	0,067
	Conducta prosocial	6,64 (D.S: 1,3)	6,45 (D.S: 1,5)	0,73	0,401
SDQ padres	Problemas conductuales	2,46 (D.S:1,8)	2,81 (D.S: 2,1)	-0,93	0,348
	Síntomas emocionales	4,10 (D.S: 3)	4,02 (D.S: 2,6)	0,15	0,237
	Hiperactividad	4,58 (D.S:2,6)	3,91 (D.S: 2,4)	1,34	0,315
	Problemas con pares	2,81 (D.S: 2,3)	3,28 (D.S: 2,9)	-0,92	0,243
	Conducta prosocial	8,44 (D.S:1,7)	7,66 (D.S: 1,9)	2,21	0,255

**OE7: Comparación de los niveles de funcionalidad de las subescalas malestar intrapersonal, síntomas somáticos, relaciones interpersonales, problemas sociales, problemas conductuales e ítems críticos, del cuestionario YOQ, entre población que ha sido víctima de agresión sexual, población clínica sin antecedentes de agresiones sexuales y población general sin antecedentes de agresión sexual.**

A continuación se presenta la tabla comparativa de los resultados de medias de las subescalas del YOQ. Se observa en la tabla 30 que las subescalas con diferencias significativas entre los grupos son Malestar Intrapersonal y Problemas Conductuales. En las subescalas Síntomas somáticos e Ítems críticos no aparecen diferencias significativas entre los grupos.

Se observa que el grupo con antecedentes de ASI presenta la más alta media en Relaciones interpersonales e Ítems críticos, en comparación con los otros dos grupos. Mientras que el grupo clínico presenta el más alto promedio en Malestar intrapersonal, Síntomas somáticos, Problemas sociales y Problemas conductuales.

**Tabla 30 Comparación de Subescalas YOQ**

Cuestionario	Subescala	Media - grupo ASI	Media - grupo Clínico	Media - grupo General	F	Sig.
YOQ	Malestar intrapersonal	24,65 (D.S:10,2)	27,95 (D.S: 14,3)	13,73 (D.S: 11,3)	3,96	0,011
	Síntomas somáticos	7,94 (D.S:4,6)	8,11 (D.S: 3,72)	5,36 (D.S:5)	0,65	0,209
	Relaciones interpersonales	5,59 (D.S:5,8)	4,11 (D.S: 7,5)	0,91 (D.S: 2,6)	1,87	0,135
	Problemas sociales	4,00 (D.S: 3,5)	4,21 (D.S:5,5)	1,18 (D.S: 2,4)	1,87	0,136
	Problemas conductuales	13,35 (D.S: 5,5)	14,32 (D.S: 7,2)	8,18 (D.S: 4,2)	3,85	0,026
	Ítems críticos	10,71 (D.S: 5,5)	9,89 (D.S: 6,3)	7,27 (D.S: 5,2)	0,77	0,295

A continuación, se muestran los resultados de un análisis post hoc de este cuestionario, con una prueba de Tukey al asumir varianzas iguales y una prueba de Games-Howell al no asumir varianzas iguales, y se realiza una prueba de homogeneidad de las varianzas, con el fin de determinar entre cuáles grupos aparecen las diferencias significativas.

En el cuestionario YOQ, se observa que en las subescalas Problemas conductuales y Malestar Intrapersonal, el grupo general presenta diferencias significativas entre las medias con respecto al grupo ASI y al grupo clínico, mientras que entre el grupo ASI y el grupo clínico no se observan diferencias significativas.

Se observan diferencias significativas entre las medias del grupo ASI y el grupo general en las subescalas Relaciones interpersonales y Problemas sociales, sin embargo, no se observan diferencias significativas en el grupo clínico con respecto a los grupos ASI y general, en esta subescala.

**Tabla 31 Detalle de comparación de Subescalas de YOQ**

Cuestionario	Subescala	Grupo		Diferencia de medias	Sig.
YOQ	Malestar Intrapersonal	ASI	Clínico	-3,300	0,690
			General	10,92*	0,036
		Clínico	ASI	3,300	0,690
			General	14,22*	0,012
		General	ASI	-10,92*	0,036
			Clínico	14,22*	0,012
	Síntomas Somáticos	ASI	Clínico	-0,164	0,993
			General	2,578	0,279
		Clínico	ASI	0,164	0,993
			General	2,742	0,224
		General	ASI	-2,578	0,279
			Clínico	-2,742	0,224
	Relaciones Interpersonales	ASI	Clínico	1,483	0,736
			General	4,679*	0,019
		Clínico	ASI	-1,483	0,736
			General	3,196	0,339
		General	ASI	-4,679*	0,019
			Clínico	-3,196	0,339
	Problemas Sociales	ASI	Clínico	-0,211	0,987
			General	2,818*	0,045
		Clínico	ASI	0,211	0,987
			General	3,029	0,146
		General	ASI	-2,818*	0,045
			Clínico	-3,029	0,146
	Problemas Conductuales	ASI	Clínico	-0,963	0,878
			General	5,171*	0,026
		Clínico	ASI	0,963	0,878
			General	6,134*	0,015
		General	ASI	-5,171*	0,026
			Clínico	-6,134*	0,015
Ítems Críticos	ASI	Clínico	0,811	0,905	
		General	3,433	0,277	
	Clínico	ASI	-0,811	0,905	
		General	2,622	0,453	
	General	ASI	-3,433	0,277	
		Clínico	-2,622	0,453	



A continuación se presentan los resultados de las subescalas del cuestionario YOQ, según sexo. Se puede observar, al comparar a hombres y mujeres, en las subescalas del YOQ que la única subescala con diferencia significativa entre los resultados es Síntomas somáticos, en la cual las mujeres presentan niveles mayores de sintomatología.

Además, las mujeres puntúan con mayores niveles de sintomatología en casi todas las subescalas, en comparación con los hombres, ya que sólo en la subescala Problemas sociales, son los hombres quienes obtienen un promedio más alto.

Cabe recordar que este cuestionario fue administrado sólo a los adolescentes, por tanto, los análisis del YOQ no refiere a la sintomatología presentada por los niños y niñas.

**Tabla 32 Comparación de Subescalas YOQ según sexo**

<b>Cuestionario</b>	<b>Subescala</b>	<b>Media - Mujeres</b>	<b>Media - Hombres</b>	<b>t</b>	<b>Sig.</b>
YOQ	Malestar intrapersonal	25,83 (D.S:13,1)	19,56 (D.S:12,3)	1,64	0,795
	Síntomas somáticos	8,07 (D.S: 4,7)	6,33 (D.S: 3,6)	1,34	0,032
	Relaciones interpersonales	4,45 (D.S: 6)	3,00 (D.S: 6,3)	0,79	0,926
	Problemas sociales	3,38 (D.S:3,8)	3,50 (D.S:5,1)	-0,09	0,868
	Problemas conductuales	13,24 (D.S:6,8)	11,39 (D.S: 5,5)	0,98	0,405
	Ítems críticos	9,72 (D.S:5,5)	9,33 (D.S: 6,3)	0,22	0,560

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Esta investigación tuvo por objetivo principal establecer si existen diferencias en el nivel de problemas emocionales y conductuales, entre niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales y asisten a psicoterapia debido a esta experiencia, población clínica sin antecedentes de agresiones sexuales y población general.

En cuanto a la primera hipótesis, se planteó que existen diferencias entre los problemas emocionales y conductuales que presentan niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales, con los que presenta la población clínica y la población general sin antecedentes de agresiones sexuales.

De acuerdo a lo presentado por los cuestionarios SDQ en su versión autorreporte y versión para padres, y el cuestionario YOQ, es posible concluir que, tanto del grupo con antecedente de ASI, como el grupo clínico, sí tienen diferencias significativas en los niveles de problemas emocionales y conductuales, en contraste con el grupo de población general.

Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en los niveles de problemas emocionales y conductuales entre el grupo con antecedentes de ASI y el grupo clínico sin antecedentes de ASI, aunque sí se hallaron diferencias entre los grupos al momento de comparar los resultados de las subescalas de los cuestionarios.

Por lo tanto, ya que hubo diferencias significativas entre los grupos clínicos y ASI con el grupo general, pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo clínico con el grupo ASI, es posible decir que la primera hipótesis es parcialmente aceptada.

Si bien los problemas emocionales y conductuales presentados por el grupo con antecedentes de ASI no tiene diferencias significativas con los del grupo clínico en términos generales, sí se observa que el grupo con antecedentes de ASI reporta más altos niveles de sintomatología en cuestionarios que indagan con mayor profundidad y que contienen ítems que apuntan a sintomatología asociada al trauma experimentado. Esto podría suceder ya que los niños/as y adolescentes con experiencia de ASI, ponen mayor

resistencia para mostrar sintomatología debido a la experiencia traumática vivida, ya que, tal como mencionan Guerra y Farkas (2015) en su estudio realizado con población chilena, la sintomatología que apunta a Trastorno de Estrés Postraumático es la más característica y predominante en quienes han sufrido una experiencia de ASI.

De esta forma, los resultados dan cuenta que lo que caracteriza la sintomatología presentada por el grupo con experiencia de ASI es la forma en que ésta se presenta, puesto que, en cuanto a la intensidad de sintomatología psicopatológica presentada no se hallaron diferencias con el grupo clínico sin antecedentes de ASI.

Se observó que el SDQ para padres presenta diferencias significativas entre la población general y el grupo con antecedentes de ASI, y con el grupo clínico, en todas las subescalas, apuntando a mayores niveles de problemas emocionales y conductuales en comparación con el SDQ autorreporte. En tanto el SDQ autorreporte mostró que existen diferencias significativas entre los grupos en las subescalas que aluden a síntomas internalizantes. Esto puede darse debido a que, como se ha descrito en la literatura, los niños/as y adolescentes son mejores reportando sus propios síntomas de tipo internalizante, que síntomas de tipo externalizante, y, a su vez, los síntomas externalizantes pueden ser captados de mejor manera por cercanos del niño/a o adolescente, como sus padres o profesores (Elander y Rutter, 1995), de forma que los padres del grupo clínico y grupo ASI pudiesen estar observando síntomas que los propios niños/as o adolescentes no han notado.

Esto puede ocurrir ya que, al ser el SDQ autorreporte un cuestionario de tamizaje de psicopatología en general y con un formato breve, de poca profundización, podría no captar la sintomatología en el grupo ASI debido a la evitación hacia aquello que se relacione con el evento traumático, que suele presentar este grupo, puesto que es frecuente que los niños/as y adolescentes que han vivido una experiencia de agresión sexual la asuman de forma traumática (Finkelhor y Browne, 1985; Núñez, 2010), conformándose un Trastorno de Estrés Postraumático, el cual está constituido por sintomatología evitativa (APA, 2014). Si bien el cuestionario SDQ autorreporte no aborda la experiencia traumática en sí, los niños/as y adolescentes del grupo ASI respondieron el cuestionario en el Centro en que reciben atención psicológica, derivados por haber sido víctimas de ASI y, por ende, se

encontraban en un contexto que aludía indirectamente a esa experiencia, lo cual podría haber influido en el surgimiento de sintomatología evitativa.

Por otra parte, también es posible que los padres del grupo clínico y del grupo ASI perciban una mayor sintomatología psicopatológica que la que realmente presenta su hijo/a. En esta línea, también es posible que, en el caso del grupo que ha sido víctima de ASI, la experiencia de abuso haya sido asumida como traumática no sólo por los niños/as y adolescentes, sino que también por sus padres y que, de esta forma, atribuyan una mayor sintomatología en sus hijos/as, que éstos/as en su autorreporte, este planteamiento concuerda con lo expuesto en la literatura (Draucker, et. al., 2009; Dussert, 2014), que señala que cuando ocurre un evento abusivo, suele ser configurado como un evento traumático a nivel familiar, siendo frecuente que los padres presenten trastorno de estrés postraumático.

En cuanto a la hipótesis 2, que refiere que existen diferencias entre los problemas conductuales y emocionales presentados por hombres y los presentados por mujeres, se observó que los niveles de problemas emocionales y conductuales, en general, entre hombres y mujeres no mostraron diferencias significativas entre ellos. Pero, aun cuando las diferencias de los resultados de la comparación por sexo a nivel general no fueron significativas, sí se hallaron diferencias al comparar por subescalas. Por lo tanto, esta hipótesis es parcialmente aceptada.

De esta forma, los hombres reportaron, de forma significativa, mayores niveles de sintomatología en la subescala Problemas conductuales del SDQ autorreporte, mientras que las mujeres mostraron mayores niveles de sintomatología internalizante en el SDQ autorreporte, los Síntomas somáticos en el YOQ fueron significativamente más altos que en hombres y obtuvieron más altos niveles en Conducta Prosocial. Estos hallazgos se condicen con lo descrito en la literatura (Alarcón y Bárrig, 2015; Almonte, 2012), que describe que los hombres suelen presentar sintomatología externalizante, mientras que lo más frecuente en mujeres es que presenten sintomatología internalizante, además de una mayor frecuencia de síntomas somáticos y con mayor interés en las relaciones sociales que los hombres.

Sin embargo, difiere con lo descrito en investigaciones anteriores (Alarcón y Bárrig, 2015; Almonte, 2012), el resultado mostrado por el SDQ de padres, el cual apunta a que los

hombres presentan una mayor sintomatología en Problemas con pares, subescala que conforma la dimensión de problemas internalizantes. Esto puede ocurrir, por una parte, debido a que esta subescala apunta hacia un aspecto relacional y, por tanto, tiene un componente que es externo y observable por terceros, pero también es interno y es el mismo sujeto quien mejor puede describir y reportar la sintomatología asociada. De este modo, en el caso del SDQ de padres es un agente externo quien evalúa y, por tanto, podría dar cuenta tan sólo de lo mostrado exteriormente, invisibilizando los aspectos internalizantes de esta subescala.

Por otra parte, se ha visto que la versión para padres del SDQ, es la escala con menor confiabilidad en población chilena, en comparación con la versión para profesores y autorreporte (Brown, 2012; Rivera, 2013; Sánchez, 2016), por lo cual, los resultados de la subescala Problemas con Pares en el SDQ de padres podrían no ser tan certeros como los resultados de esta subescala en el SDQ autorreporte.

Respecto a la hipótesis 3, que plantea que existen diferencias entre los problemas conductuales y emocionales presentados por niños/as y los presentados por adolescentes, no se obtuvieron evidencias de diferencias significativas entre niños/as y adolescentes, ni tampoco se encontraron diferencias significativas al comparar las subescalas de los cuestionarios. Por lo tanto, esta hipótesis es rechazada.

De todas formas, fue posible observar que los adolescentes muestran niveles más altos niveles de sintomatología en todas las subescalas del SDQ de autorreporte. Si bien estos resultados podrían mostrar que los adolescentes efectivamente poseen más altos niveles de sintomatología, también podría ocurrir que estos resultados estén dados porque los adolescentes son mejores reportando su propia sintomatología, sin embargo, estas diferencias no son significativas. Sánchez (2016) en su investigación para validar el SDQ autorreporte en población chilena, demuestra que los adolescentes son mejores reportando sus síntomas, sin embargo, a pesar de esta diferencia, este instrumento también es efectivo para medir sintomatología psicopatológica en niños.

Llama la atención que no hubo diferencias significativas en conducta prosocial entre los tres grupos y que, por tanto, la capacidad de tener comportamientos prosociales no se ve mermada a pesar de los problemas emocionales y conductuales y/o la presencia de trauma.

Más aún, son los niños/as y adolescentes con antecedentes de ASI quienes obtuvieron mayores puntajes en esta subescala en el SDQ autorreporte.

En cuanto al grupo con antecedentes de ASI, los niños/as y adolescentes de este grupo mostraron mayores niveles de sintomatología psicopatológica en los casos de abuso sexual en comparación con los casos en que sufrieron violación, al contrario de lo descrito en la literatura (Echeburúa y Corral, 2006), que describe que una agresión sexual de mayor gravedad, como sería una violación, en comparación con abuso sexual, tendería a derivar en mayor sintomatología, aunque estas diferencias no fueron significativas. Esta diferencia podría explicarse debido a que los casos de esta muestra que sufrieron abuso sexual, suelen presentar agresiones con mayores frecuencias (de tipo reiterado y crónico), y de esta forma, mayores niveles de sintomatología psicopatológica. Aun cuando las frecuencias de agresión más complejas (reiterada y crónica) obtuvieron mayores niveles de sintomatología, cabe destacar que no se observaron diferencias significativas entre agresiones de episodio único, reiterado y crónico.

Si bien no hubo diferencias significativas por figura del agresor, los cuestionarios de autorreportes en general (SDQ autorreporte, YOQ y CPSS), mostraron que obtuvieron mayores niveles de sintomatología quienes sufrieron agresiones por parte de un familiar (figura intrafamiliar paterna y no paterna), lo cual se condice con lo descrito en la literatura (Barudy, 1998; Echeburúa y Corral, 2006).

De esta manera, se acepta parcialmente la hipótesis 4 que plantea que existen diferencias en los problemas conductuales y emocionales, asociados al tipo de agresión sexual vivido por los niños/as y adolescentes, frecuencia de la agresión y figura del agresor, ya que estadísticamente no se observaron diferencias significativas, pero a nivel clínico, se observaron diferencias por tipo de agresión, frecuencia de la agresión y figura del agresor.

Así, al ser el tipo de agresión discordante con lo planteado en la literatura (Echeburúa y Corral, 2006) y no hallarse diferencias significativas por frecuencia de la agresión y figura del agresor, estos resultados se asocian a los hallazgos de Guerra y Farkas (2015) en población chilena, en el cual, en la mayoría de los resultados, no se encontraron diferencias según gravedad de la agresión y cuestionan la idea de “objetivar” estos factores para medir la gravedad o intensidad de síntomas.

Para el grupo con antecedentes de ASI no se encontraron diferencias significativas por sexo a diferencia de otros estudios en Chile en que se señala que mujeres han presentado mayores niveles de sintomatología (Guerra y Farkas, 2015), sin embargo, este estudio fue realizado sólo en adolescentes, lo que podría influir en los resultados.

Tampoco se encontraron diferencias significativas según ciclo vital en esta investigación, aunque hay estudios que señalan que habrían diferencias entre niños/as y los adolescentes (Plaza, et. al., 2014), se señala que los adolescentes tienen mayores niveles de estigmatización y las niñas mayores niveles de culpabilización, la forma de análisis fue diferente a la realizada en la presente investigación, ya que el estudio de Plaza, et. al. (2014) se realizó según las dinámicas traumatogénicas.

Sólo se encontraron diferencias en lo que a la dependencia escolar refiere, de este modo, para el grupo con antecedentes de ASI se observó que quienes obtuvieron mayores niveles de problemas emocionales y conductuales fueron quienes asisten a un establecimiento no municipal y que, por tanto, alude a un establecimiento de nivel económico más alto, al contrario de lo planteado por la literatura que describe que existe mayor riesgo de psicopatología al pertenecer a sectores socioeconómicamente más vulnerables (Almonte, 2012). Sin embargo, este factor de riesgo fue estudiado para población general y no específicamente para población que ha sido víctima de ASI, por lo tanto, podría ocurrir que el impacto de una agresión sexual no presente diferencias según factores socioeconómicos.

Por lo tanto, en cuanto a la hipótesis 5 que plantea que los niños/as y adolescentes con antecedentes de ASI, de dependencia escolar que alude a situación socioeconómica más baja presentan niveles más altos de problemas conductuales y emocionales, que quienes correspondan a una dependencia escolar que aluda a una situación socioeconómica más alta, es rechazada.

Finalmente, en cuanto a la hipótesis 6, es posible decir que es aceptada ya que los resultados del grupo con antecedentes de ASI mostraron que la principal sintomatología presentada por este grupo fue de tipo internalizante, sobre todo, en los cuestionarios de autorreportes (SDQ autorreporte, YOQ y CPSS), aunque los padres también reportaron altos niveles de sintomatología en sus hijos/as en esta línea. Los síntomas observados se

asocian a estrés postraumático y a la línea depresiva y ansiosa. Estos resultados se condicen con otros estudios realizados en Chile y con la literatura (CAVAS, 2003; Navarro, et. al., 2003; Pereda, 2010).

### PRINCIPALES APORTES Y LIMITACIONES DE ESTA INVESTIGACIÓN

Los principales aportes de esta investigación son, primeramente, que coopera dando una mirada en la sintomatología inicial de niños/as y adolescentes que han sido víctimas de ASI a una investigación más amplia y profunda acerca del proceso psicoterapéutico en esta población.

Por otra parte, da cuenta de las particularidades de la población que ha sido víctima de ASI, pudiendo ser útil en el ámbito jurídico y, también, en el clínico.

Para el ámbito jurídico, se entregan directrices que ayuden a recoger la perspectiva del niño/a o adolescente que ha sido víctima, acerca del daño que ha generado a partir de la conducta abusiva.

En cuanto al ámbito clínico, esta investigación entrega información acerca de las particularidades de la sintomatología presentada por la población que ha sido víctima de ASI y las consideraciones que se deben tener en cuenta al momento de diagnosticar y planificar un tratamiento, como por ejemplo, los principales síntomas presentados son de tipo internalizante, o bien, que existe un alto porcentaje que presenta estrés postraumático. En este sentido, también es importante reflexionar sobre la importancia de los psiquiatras en este ámbito, puesto que podrían aportar en las particularidades de esta población y, sin embargo, existe muy poca especialización de psiquiatras en temáticas de ASI.

También, se destaca la utilidad en el quehacer clínico de la conservación de habilidades prosociales de los niños/as y adolescentes que han sido víctimas de ASI. De tal forma de reforzar estos aspectos positivos y dando importancia y prioridad en las intervenciones, como por ejemplo, potenciando la utilización de terapias grupales, puesto que sus beneficios también han sido destacados en otras investigaciones realizadas en Chile (Capella y Miranda, 2003).



Esta investigación, finalmente, muestra los beneficios de la utilización del cuestionario SDQ de autorreporte desde los 8 años, al ser un cuestionario breve y sencillo, sin embargo, esta investigación ha mostrado no tener la misma efectividad en niños/as y adolescentes que han sido víctima de ASI, en comparación con población general o con otros grupos clínicos, por lo que se sugiere utilizar instrumentos que indaguen en mayor medida acerca de la sintomatología y, también, de forma más directa hacia sintomatología postraumática, en esta población.

La presente investigación tuvo como limitante que la muestra se realizó por conveniencia, resultando poco representativa. Por tanto, los resultados presentados, podrían no estar acorde a lo presentado por el resto de la población.

Además, la poca variabilidad en el tipo de establecimiento educacional entre grupo ASI, clínico y general, derivó en que no se pudo realizar una comparación de los niveles de problemas emocionales y conductuales, según la dependencia económica del establecimiento educacional.

Por tanto, se sugiere que en futuras investigaciones se considere indagar en la comparación de población que ha sido víctima de ASI, población clínica y población general, con muestras con mayor representatividad.

También se sugiere indagar en futuras investigaciones acerca de la evolución de la sintomatología en víctimas de ASI que se encuentran en psicoterapia, en comparación con otras poblaciones clínicas que también estén llevando a cabo psicoterapia. De esta forma, se conocerá más profundamente, la forma más asertiva de realizar un trabajo psicoterapéutico, dependiendo del momento de la terapia.

## REFERENCIAS

- Alarcón, D. y Bárrig, P. (2015). Conductas internalizantes y externalizantes en adolescentes. *Liberabit*, 21(2), 253-259.
- Almonte, C. (2012). Características generales de la psicopatología infantil y de la adolescencia. En Almonte, C., Montt, M.E. (editores) (2012). *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*. (pp. 114-125). Santiago, Chile: Mediterraneo.
- Almonte, C., Insunza, C. y Ruiz, C. (2002). Abuso sexual en niños y adolescentes de ambos sexos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(1), 22-30.
- Álvarez, K. (2003). Una comprensión eco-sistémica, co-activa y de trauma en abuso sexual infanto-juvenil intrafamiliar. ¿Es posible? *Boletín Sociedad de psiquiatría y neurología de la infancia y la adolescencia*, 14(1), 14-30.
- Álvarez, K. (2012). Abuso sexual en la niñez y adolescencia. En Almonte, C., Montt, M.E. (editores). *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia* (pp. 274-292). Santiago, Chile: Mediterraneo.
- Asociación Americana de Psiquiatría, APA. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Extraído de <http://www.adaptacionescurriculares.com/Teoria%20%20DSMV.pdf>
- Bal, S., Crombez, G., De Bourdeaudhuij, I. y Van Oost, P. (2009). Symptomatology in adolescents following initial disclosure of sexual abuse: the roles of crisis support, appraisals and coping. *Child abuse and neglect*, 33(10), 717-727.
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia: una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Barcelona: Paidós.
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia*. Gedisa: España
- Biblioteca del Congreso Nacional (2016). *Código penal de Chile*. Extraído el 10 de marzo de 2016 de <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1984>
- Briere, J. y Elliot, D. (1994). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *The Future of Children*, 4, 54-69.

- Briere, J. y Elliot, D. (2003). Prevalence and symptomatic sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1205-1222.
- Brown, P. (2012). *Propiedades psicométricas y estandarización de la versión para padres del Strengths and difficulties questionnaire (SDQ) en niños/as de 4 a 11 años de la región Metropolitana*. Tesis para optar al título de Psicóloga. Universidad de Chile, Chile.
- Brown, P., Capella, C. y Antivilo, A. (2013). *Revista de Psicología*, 23(2), 28-44. <http://dx.doi.org/10.5354/07190581.2014.36146>
- Burgos, P. y Gutiérrez, A. (2013). *Adaptación y validación del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) en población universitaria de la provincia de Ñuble*. Tesis para optar al Título de Psicóloga. Universidad del Bío-Bío, Chile.
- Bustos, P., Rincón, P. y Aedo, J. (2009). Validación preliminar de la escala infantil de síntomas del trastorno de estrés postraumático (Child PTSD Symptom Scale, CPSS) en niños/as y adolescentes víctimas de violencia sexual. *PSYKHE*, 18 (2), 113-126
- Cantón, J. y Cortés, M. (2004). *Malos tratos y abuso sexual infantil: Causas, consecuencias e intervención*. Siglo XXI Editores: Madrid.
- Caqueo-Urizar, A., Urzúa, A. y De Munter, K. (2014). Mental health of indigenous school children in Northern Chile. *BMC Psychiatry*, 14,11.
- Capella, C. (2010). Develación del Abuso Sexual en Niños y Adolescentes: Un artículo de Revisión. *Revista Chilena de psiquiatría y neurología de la infancia y adolescencia*, 21(1), 44-56
- Capella, C. (2011). *Hacia narrativas de superación: El desafío para la psicoterapia con adolescentes de integrar la experiencia de agresión sexual a la identidad persona*. Tesis para optar al grado de Doctora en Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Capella, C. y Miranda, J. (2003). *Diseño, implementación y evaluación piloto de una intervención psicoterapéutica grupal para niñas víctimas de abuso sexual*. Memoria para optar al Título de Psicóloga, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

- CAVAS (2003). *Centro de atención a víctimas de atentados sexuales CAVAS Metropolitano: 16 años de experiencia*. Santiago: Policía de investigaciones de Chile.
- CAVAS (2011). *Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales: Una revisión de la experiencia*. Santiago: Policía de Investigaciones de Chile
- Centre for Addiction and Mental Health. (2009). Child Behavior Checklist (CBCL) Extraído el 2 de noviembre del 2015 desde: [http://knowledgex.camh.net/amhspecialists/Screening\\_Assessment/screening/screen\\_CD\\_youth/Pages/CBCL.aspx](http://knowledgex.camh.net/amhspecialists/Screening_Assessment/screening/screen_CD_youth/Pages/CBCL.aspx)
- Cicchetti, D. y Toth, S. (2009). The past achievements and future promises of developmental psychopathology: The coming of age of a discipline. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(1-2), 16-25
- Cohen, J., Mannarino A. y Knudsen, K. (2005). Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Child abuse and neglect*, 29(2), 135-45
- Correa, A. (2012). Trastornos de adaptación. En Almonte, C., Montt, M.E. (editores) (2012). *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*. Mediterráneo: Santiago.
- Costello, E., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. y Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of general Psychiatry*, 60(8), 837-44
- Cutajar, M., Mullen, P., Ogloff, J., Thomas, S., Wells, D. y Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child abuse and neglect*, 34(11), 813-22
- De la Barra, F. (2009a). Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: estudios de prevalencia. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 47(4), 303-314
- De la Barra, F. (2009b). Editorial: salud mental de niños y adolescentes. ¿Por qué es necesario investigar? *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 47(3), 175-177.

- De La Barra, F., Toledo, V. y Rodríguez, J. (2002). Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago occidente. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 40, 9-21
- De la Parra, G., Von Bergen, A. y Del Río, M. (2002). Primeros hallazgos de la aplicación de un instrumento que mide resultados psicoterapéuticos en una muestra de pacientes y de población general. *Revista chilena neuro-psiquiátrica*, 40(3), 201-9.
- Denov, M. (2004). The long-term effects of child sexual abuse by female perpetrators: a qualitative study of male and female victims. *Journal of interpersonal violence*, 19 (10), 1137-1156.
- Draucker, C., Martsof, D., Ross, R., Cook., Stidham, A., y Mweemba, P. (2009). The essence of healing from sexual violence: A qualitative metasynthesis. *Research in Nursing & Health*, 32, 366-378.
- Dussert, D. (2014). *Significaciones en torno al proceso de superación de agresiones sexuales: Acercamiento a narrativas de padres de niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas*. Memoria para optar al Título de Psicóloga. Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12, 43-44
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores*. Barcelona, España: Ariel.
- Elander, J. y Rutter, M. (1995). Use and development of the Rutter parents and teachers scales. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 5, 1-16
- Elklit, A., Christiansen, D., Palic, S., Karsberg, S. y Eriksen, S. (2014). Impact of traumatic events on posttraumatic stress disorder among Danish survivors of sexual abuse in childhood. *Journal of Child sexual abuse*, 23(8), 918-34
- Fernández, O. (2013). *Alianza terapéutica, acciones comunicacionales e indicadores de cambio genéricos en la fase inicial de la terapia con adolescents y su relación con resultados y adherencia al tratamiento*. Tesis doctoral. Universidad Católica de Chile.

- Finkelhor, D. (2005). *El abuso sexual al menor: causas, consecuencias y tratamiento psicossocial*. México: Pax México.
- Finkelhor, D. y Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530-541.
- Finkelhor, D. (1987). The trauma of child sexual abuse: two models. *Journal of interpersonal violence*, 2, 348-366
- Finkelhor, D. & Berliner, L. (1995). Research on the treatment of sexually abused children: A review and recommendations. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(11), 1408-23.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Goodman, R. (2012). *What is the SDQ?* Extraído el 20 de marzo de 2017 de <http://www.sdqinfo.com/a0.html>
- Gómez, E., Cifuentes, B. y Sieverson, C. (2010). Características asociadas al abuso sexual infantil en un programa de intervención especializada en Santiago de Chile. *SUMMA Psicológica UST*, 7(1), 91-104.
- Guerra, C. y Farkas, C. (2015). Sintomatología en víctimas de abuso sexual: ¿son importantes las características “objetivas” del abuso? *Revista de Psicología Universidad de Chile*, 24(2), 1-19.
- Guerra, C. y Plaza, H. (2009). Tratamiento cognitivo-conductual del estrés postraumático en un caso de violación infantil. *Revista de psicología*, 18(1), 103-129.
- Gutiérrez, C. y Steinberg, M. (2012). *Caracterización del proceso de develación de niños, niñas y adolescentes chilenos víctimas de agresiones sexuales*. Memoria para optar al Título de Psicóloga. Universidad de Chile.
- Habigzang, L., Damasio, B. y Koller, S. (2013). Impact evaluation of a cognitive behavioral group therapy model in brazilian sexually abused girls. *Journal of child sexual abuse*, 22(2), 173-190.

- Harvey, S. y Taylor, J. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with sexually abused children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 30, 517-535
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. Quinta edición. Mexico: McGraw Hill
- Hetzel-Riggin, M., Brausch, A. y Montgomery, B. (2007). A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: An exploratory study. *Child Abuse & Neglect*, 31, 125-141.
- Kendall-Tackett, K., Meyer, L. y Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological bulletin*. 113(1), 164-180
- Lanktree, C. y Briere, J. (1995). Outcome of therapy for sexually abused children: A repeated measures study. *Child abuse and neglect*, 19, 1145-1155.
- Lev-Wiesel, R. y Markus, L. (2013). Perception vs. Circumstances of the Child Sexual Abuse Event in Relation to Depression and Post-traumatic Stress Symptomatology. *Journal of child Sexual Abuse*, 22, 519-533
- Maffioletti, F. y Huerta, S. (2011). Aproximación fenomenológica de los delitos sexuales en Chile. La realidad Nacional. *Revista jurídica del Ministerio Público de Chile*, 47, 1-15.
- Melipillán, R., Cova, F., Rincón, P. y Valdivia, M. (2008). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en adolescentes chilenos. *Terapia psicológica*, 26, 59-70
- Meyerson, L., Long, P., Miranda, R. y Marx, B. (2001). The influence of childhood sexual abuse, physical abuse, family environment, and gender on the psychological adjustment of adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 26, 387-405
- Ministerio del Interior y Seguridad Pública (2013). *Principales resultados "Encuesta nacional de victimización por violencia intrafamiliar y delitos sexuales"*. GFK Adimark

- Ministerio Público (2015). *Áreas de persecución. Delitos sexuales*. Extraído el 3 de Noviembre de 2015 de <http://www.fiscaliadechile.cl/Fiscalia/areas/sexuales.jsp>
- Ministerio Público (2016). Resumen estadístico de delitos sexuales. Extraído el 4 de abril de 2016 de <http://www.fiscaliadechile.cl/Fiscalia/areas/sex-resumen.jsp>
- Ministerio de Salud, MINSAL (2011). Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años víctimas de abuso sexual. *Guía clínica*. Extraído el 20 de enero de 2016 de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/aaa27720f363a745e04001011e011120.pdf>
- Navarro, C., Carrasco, E. y Aliste, M. A. (2003). Diagnóstico psicosocial de menores víctimas de agresiones sexuales: Un estudio descriptivo. *Anales del V Congreso Iberoamericano de Psicología Jurídica*, 89-108.
- Noll, J. (2008). Sexual abuse of children: Unique in its effects on development. *Child abuse and neglect*, 32, 603-5.
- Núñez, L. (2010). *Evaluación de daño psicológico en niños preescolares que han sido víctimas de agresión sexual a partir del test de apercepción infantil CAT-A*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología, mención Psicóloga Infanto juvenil, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Pereda, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30(2), 135-144.
- Pereda, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31(2), pp. 191-201.
- Pérez Benitez, C., Vicente, B., Zlotnick, C., Kohn, R., Johnson, J., Valdivia, S. y Rioseco, P. (2009). Estudio epidemiológico de sucesos traumáticos, trastorno de estrés post-traumático y otros trastornos psiquiátricos en una muestra representativa de Chile. *Salud Ment (Mex)*, 32(2), 145-153.
- Phanichrat, T. y Townshend, J. (2010). Coping strategies used by survivors of childhood sexual abuse on the journey to recovery. *Journal of Child Sexual Abuse*, 19(1), 62-78.



- Piaget, J. (1991). *Seis estudios de psicología*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Planeta Argentina.
- Pinto, C. y Silva, G. (2013). Prevalencia y características psicosociales del abuso sexual en Chile: Un estudio retrospectivo en el norte del país. *Señales*, 6 (11), 26-42.
- Plaza, H., Beraud, C. y Valenzuela, C. (2014). Procesamiento traumático del abuso sexual infantil en niñas y su relación con variables victimológicas. *Summa psicológica UST*. 11(2), 35-44
- Reyes, C. y Asbrand, J. (2005). A longitudinal study assessing trauma symptom in sexually abused children engaged in play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 14(2), 25-47.
- Rincón, P., Cova, F., Bustos, P., Aedo, J. y Valdivia, M. (2010). Estrés postraumático en niños y adolescentes abusados sexualmente. *Revista Chilena de Pediatría*, 81 (3), 234-240.
- Rodríguez, L. (2014). *Narrativas de cambios y fortalecimiento: Una aproximación al proceso de superación de experiencias de agresión sexual en niños y niñas*. Memoria para optar al Título de Psicóloga. Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Rutter, M. (1985). *Child and adolescent psychiatry: modern approaches*. Oxford: Blackwell.
- Sánchez, V. (2016). *Estimación de propiedades psicométricas del Strengths and difficulties questionnaire (SDQ) en su versión autoadministrada en población de niños y adolescentes de la ciudad de Santiago de Chile*. Memoria para optar al título de Psicóloga. Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A. & López-Soler, C. (2011). The psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: A meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), 67-93
- Sarriá Sanchez, E., Brioso, A. (2010). *Metodología Observacional*. En Navas, M. (Coordinadora). (2010) *Métodos, diseños y técnicas de investigación psicológica*. Madrid: Unidad didáctica UNED.

SENAME (2010). *Anuario estadístico 2010*. Ministerio de Justicia. Extraído el 10 de marzo de 2016 de [http://www.sename.cl/wsename/otros/estudios\\_2012/ANUARIO\\_2010.pdf](http://www.sename.cl/wsename/otros/estudios_2012/ANUARIO_2010.pdf)

SENAME (2014). *Anuario estadístico 2014*. Ministerio de Justicia. Extraído el 10 de marzo de 2016 de <http://www.sename.cl/anuario-estadistico2014/ANUARIO-2014.pdf>

Sepúlveda, G. y Capella, C. (2012). Desarrollo psicológico del escolar y sus trastornos: Lo evolutivo y lo psicopatológico. En Almonte, C., Montt, M.E. (editores) (2012). *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia* (pp. 33-48). Santiago, Chile: Mediterraneo.

Unicef (2012). *Cuarto estudio de maltrato infantil*. Extraído el 10 de marzo de 2016 de <http://unicef.cl/web/cuarto-estudio-de-maltrato-infantil/>

Unicef (2016). Convención sobre los derechos del niño. Extraído el 4 de abril del 2016 de <http://unicef.cl/web/convencion-sobre-los-derechos-del-nino/>

# ANEXOS

## Anexo 1

### Ficha de caracterización de caso

<b>Paciente</b>
Nombre
Edad /Ciclo vital
Fecha de Nacimiento
Sexo
Fecha de Ingreso
Fuente de derivación
<b>Agresión sexual</b>
Tipo agresión (Abuso o violación)
Figura del agresor
Frecuencia
<b>Adulto Responsable</b>
Nombre
Relación con el niño
Sexo
Edad
Teléfono contacto:
<b>Terapeuta</b>
Nombre
Sexo
Edad
Años de experiencia (Clínica/ ASD)
Enfoque teórico
Mail de contacto:

## Anexo 2

### Protocolo para contactos con casos de grupo ASI

Proyecto FONDECYT de Iniciación N°11140049  
Cambio Psicoterapéutico en Agresiones Sexuales

#### Protocolo Fase inicial

##### 1. Presentación:

(Pasar con adulto a cargo y niño)

Hola, soy X, psicóloga de un equipo de investigación de la Universidad de Chile, y quiero invitarlos a participar de una investigación que se está llevando a cabo con niños/as y adolescentes, sus padres y terapeutas, que vienen a éste Centro u otros parecidos.

Los queremos invitar a participar porque ustedes están iniciando un proceso de tratamiento en este Centro.

Si ustedes deciden participar, esto nos ayudará mucho a entender como apoyar mejor a los niños/as y adolescentes (y sus familias) que asisten a estos Centros. Esta es una investigación muy importante para mejorar los tratamientos.

##### 2. Características de la investigación

Esta investigación busca conocer cómo ven los niños y sus familias que vienen a estos centros, sus procesos de terapia en distintos momentos.

Es por eso, que la participación en esta investigación, consta de 4 momentos o fases.

Primero hoy, además de invitarlos a participar, les voy a pedir que contesten unos breves cuestionarios. Este primer encuentro demorará alrededor de media hora. Luego los contactaremos en momentos distintos de su terapia a los 6 meses, 12 meses y al final de la terapia, para entrevistarlos. Al final, les volveremos a pedir que llenen los cuestionarios. También entrevistaremos en estos distintos momentos al psicólogo/a a cargo del tratamiento.

Las entrevistas son bastantes breves, y les preguntaremos sobre el proceso de terapia, y no por la situación que los hace asistir a este Centro. Estas entrevistas serán grabadas en audio. Con los niños y adolescentes, les pediremos también que puedan hacer unos dibujos o escribir algo, para hacer más amena la entrevista.

### 3. Aspectos Éticos

La participación en la investigación es totalmente voluntaria, y pueden decidir dejar de participar en cualquier momento, sin ninguna consecuencia para ustedes. Si

deciden no participar, eso no afectará en nada la atención que reciben en este centro.

Todos los datos que ustedes entreguen son confidenciales y anónimos, eso significa que en ningún lugar va a aparecer su nombre, ya que los datos son identificados por número. La información solo va a ser conocida por el equipo de investigación, y podría ser compartida con el psicólogo, solo en el caso que ustedes lo autoricen.

### 4. Firma consentimiento

Ahora les pido que si acceden a participar, por favor puedan firmar estas cartas que les entregamos, que respaldan su autorización a participar. En esta carta, está descrito en mayor detalle lo que les comenté, si quieren leerla en mayor profundidad. Yo les entregaré una copia de ésta carta, en la cual están los datos de contacto en caso de cualquier duda o consulta que tengan de su participación en la investigación.

Una es para que firme usted, y la otra es para que firme el niño/a y adolescente. Es necesario que ambos estén de acuerdo con la participación.

Cuando estén firmando el consentimiento, fijarse que padres marquen si están de acuerdo o no que información sea entregada a terapeuta. Al niño/a o adolescente, preguntarle verbalmente cuando esté firmando el consentimiento si él está de acuerdo que información sea transmitida al terapeuta (si no está de acuerdo, consignarlo-en ficha de caracterización de caso)

*(Responder todas las dudas en función de lo que dice el consentimiento, nada que se escape de él)*

### 5. Cuestionarios

	Niños/as (6 y 7 )	Niños/as (8-11)	Adolescentes (12-18)
1.SDQ padres	X	X	X
2.SDQ (niños y adolescentes)		X	X
3.YOQ			X
4.CPSS		X	x

*(El orden de aplicación es el mismo que el anterior expuesto en tabla: SDQ, YOQ, CPSS)*

a) Con adultos a cargo

Para responder estos cuestionarios, les pediremos que lo puedan responder en la sala de espera, mientras nosotros nos quedamos con el niño para ayudarlo a responder los cuestionarios. Si tiene alguna duda, nos puede preguntar al finalizar con el niño.

*(Si es niño de 6 a 7 años, que se queden todos, pedir contestar dentro de la sala)*

b) Con el niño/a o adolescente:

Te pediremos que respondas unos cuestionarios. Estos buscan conocer cómo se sienten los niños/as y adolescentes.

Para ello, se te harán varias preguntas y algunas de ellas tendrán que ver con cosas que tú piensas y otras no.

Primero te voy a pedir este o estos (depende edad) que contestes tu solo (SDQ e YOQ), y luego vendrá otro en el cual yo te haré las preguntas (CPSS).

-SDQ: este es el primero, (leer el encabezado en voz alta junto con el niño y luego decirle : ahora puedes leerlo e ir contestando tu solo, yo estaré aquí para que me puedas hacer alguna consulta si es que lo necesitas).

-YOQ: este es el segundo, (leer el encabezado en voz alta junto con el adolescente y luego decirle: ahora puedes leerlo e ir contestando tu solo, yo estaré aquí para que me puedas hacer alguna consulta si es que lo necesitas).

Te voy a pasar una hoja en blanco y así puedes usarla para irte guiando en contestar las preguntas (mostrar cómo)

***Siempre es el niño el que marca.*** *(Si niño o adolescente está muy complicado, se puede ir leyendo juntos). Quieres que lo leamos juntos? (especialmente en el YOQ), O vas tu sólo respondiendo?.*

-CPSS:

Este último cuestionario, busca conocer cómo te has sentido respecto de la situación que te trae a este centro. También tiene preguntas que pueden tener que ver con cosas que tu piensas y otras no, y no hay problema con eso.



#### Forma de aplicación:

- Uno leer (pregunta y opciones de respuesta), ellos responden, y aplicador marca respuesta
- (Si el niño tiene dificultades para identificar el número de veces, dar como opción: Nunca (0)- Solo una vez (1) -De vez en cuando (2) - La mitad del tiempo (3) - Casi siempre (4)).

*(Leer consigna instrumento)*

#### 6. Cierre

Como te sientes luego de responder los cuestionarios? (depende de como se sienta, se da paso a ofrecer alternativas antes de irse). Te sientes bien para salir, o te gustaría hacer algo como un mandala o juego antes de irte? Tengo estas dos cosas, qué te gustaría hacer.

- (MANDALA). Nos quedan 5 minutitos, lo que alcances a pintar en este rato, si no terminamos te lo puedes llevar a la casa.

- Jugar (UNO) (5 minutitos también)

*(Evitar hablar o profundizar en temas al cierre. Si sale algo importante, decirle: sería importante que este tema lo puedas hablar con tu psicólogo en la próxima sesión)*

#### 7. Agradecimiento

Te agradezco mucho por aceptar participar, estoy segura nos ayudará a conocer mucho mejor la visión de los niños y adolescentes que vienen a terapia. Tal como te comentamos, nos vamos a seguir viendo en 3 oportunidades más, voy a intentar ser yo, sino vendrá una de mis compañeras.

Al salir, solicitar cuestionario a padre (responder si hay alguna duda) y señalarles: le agradezco mucho por aceptar participar, estoy segura nos ayudará a conocer mucho mejor la visión de los niños y adolescentes y sus familias que vienen a terapia. Tal como le comentamos, nos vamos a seguir viendo en 3 oportunidades más, voy a intentar ser yo, sino vendrá una de mis compañeras.

#### Situaciones especiales

Si no accede a participar (para niño/a, adolescente o padre):

- Antes poder preguntarle si tiene alguna duda o reparo respecto de la investigación, y responder las dudas: Es muy importante que nos plantee sus dudas para poder mejorar nuestra labor.
- Si rechaza: Nos quiere contar por qué?
- Consignar: Quien? Por qué? (se registran estos datos en la planilla)

Si niño se siente mal:

- Te sientes cómodo para seguir? Darle opciones, por ejemplo que pueda pintar mandala mientras responde (o pintar mandala y luego seguir respondiendo). Si no, invitar a adulto y que acompañe mientras termina de

responder (como última opción).

- Si niño muy afectado: Se cancela, “el resto lo podemos terminar en la próxima sesión” (decirle a padres que lleguen 20 minutos antes de sesión con terapeuta). Como re última opción

<b><i>Lista de verificación: Datos a verificar antes de terminar entrevista inicial con niños/as y padres por parte del entrevistador a cargo</i></b>	
	<b>Verificado</b>
1. Verificar Instrumento (según corresponda)	
SDQ NNA	
SDQ padres	
YOQ	
CPSS	
2. ¿Están todas las preguntas contestadas? (verificar antes de que niño salga y papá se vaya)	
3. Consentimientos firmados (ambos) y copias entregadas, y fijarse que padres marcaron autorización de información a terapeuta)	

**Posterior a contacto inicial**

4. Entregar documentos a Loreto (en reunión posterior de realizado contacto inicial)	
---	--



## Anexo 3

### Carta de consentimiento y consentimiento de padres para grupo ASI



Departamento de Psicología

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada/o padre, madre o Representante Legal:

Mediante esta carta nos dirigimos a usted con la intención de solicitar su colaboración en la realización de un estudio que está siendo desarrollado por el Departamento de Psicología de la Universidad de Chile, y que ha sido adjudicado en el concurso FONDECYT de Iniciación 2014 por la psicóloga Claudia Capella en calidad de investigadora responsable. A través de esta carta queremos informarle de las características de la investigación con el propósito de ayudarlo/a a tomar una decisión respecto de la invitación a participar.

El estudio se denomina "Cambio psicoterapéutico en agresiones sexuales: perspectiva de los niños/as y adolescentes que han sido víctimas, sus padres y sus psicoterapeutas", y tiene como objetivo caracterizar el contenido y fases en que se produce el cambio psicoterapéutico en niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales, desde la perspectiva de los diversos actores involucrados.

El estudio busca conocer la perspectiva de los niños/as y adolescentes, sus padres y sus psicoterapeutas, sobre este proceso terapéutico que están llevando a cabo. Los resultados de esta investigación, se espera nos ayude a conocer cómo les podemos entregar un mejor apoyo a los niños que han sido víctimas.

Para esto, requerimos de su colaboración a través de la autorización para que su representado/a sea incorporado a este estudio, así como invitarlo a usted personalmente a participar. Usted y su representado han sido seleccionados a participar debido a que están iniciando un proceso de tratamiento psicoterapéutico, en un Centro especializado en ésta temática.

Su participación implicaría la realización de 3 entrevistas de una hora aproximadamente, con usted y su representado por separado. Adicionalmente, a los niños/as y adolescentes, durante las entrevistas, se les solicitará la realización de una producción (dibujo o narrativa). En paralelo, también se realizarán 3 entrevistas con el psicoterapeuta de su representado.

Para llevar esto a cabo, se realizará una primera entrevista a los 6 meses de iniciada la intervención en el Centro al cual asiste su representado, luego una segunda entrevista a los 12 meses de intervención, y posteriormente una tercera entrevista al terminar el proceso, aproximadamente a los 18 meses de intervención. Así, se contemplan 3 momentos de entrevistas. Además se pediría responder dos breves cuestionarios al inicio y final del proceso psicoterapéutico, tanto a usted como a su representado.

Las entrevistas serán realizadas por miembros del equipo de investigación con formación avanzada en psicología, debidamente capacitados para ello. Además, estas tendrán como contenido los cambios en la psicoterapia, realizándose preguntas abiertas al respecto, tales como qué sienten que ha cambiado, qué les

---

Avenida Capitán Ignacio Carrera Pinto 1045 \*Ñuñoa \*Código Postal 685 033 1 \*Santiago \*Chile  
Fono: 9787878 \*Fax: 9787819 \*email: dptopsic@uchile.cl \* Casilla 10.115 Correo Central  
www.facso.uchile.cl/psicologia

---

ha servido de la psicoterapia, cómo se han sentido con la atención en el centro, etc., no realizando en ningún momento preguntas directas respecto de la situación sufrida por su hijo/a. Usted no recibirá ningún beneficio directo por participar en esta investigación. Sin embargo, su participación puede ser beneficiosa para usted, pues le permitirá reflexionar acerca del proceso que se está llevando a cabo.

De igual manera, su participación no presenta ningún riesgo para usted. No se le hará ninguna pregunta respecto de la situación que ha vivido su hijo(a) o representado(a). Sin embargo, si se presentara cualquier situación de desestabilización emocional durante las entrevistas, el profesional a cargo de éstas podrá contenerlo(a) en ese momento. Asimismo, si requiere apoyo adicional, la Investigadora Responsable conversará con los profesionales del Centro la mejor manera de llevarlo a cabo. De no poder proveerse el apoyo adicional por parte del Centro, la Investigadora Responsable coordinará la realización de las sesiones de tratamiento necesarias, las cuales serán realizadas por un profesional del equipo de investigación, en las dependencias de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.

Su participación y la de su representado/a serán totalmente voluntarias y podrán decidir en cualquier momento dejar de participar sin tener que dar explicaciones de ningún tipo y sin que ello tenga ninguna consecuencia para usted o su representado/a. En caso de que usted y su representado decidan no participar, esto no influirá en la atención que se les entrega en el Centro. Con posterioridad a haber recibido su consentimiento, su representado/a será igualmente informado/a y se le solicitará su asentimiento mediante un formulario semejante a éste. Sin embargo, la participación de su representado/a será absolutamente voluntaria y no dependerá de que usted lo/a haya autorizado.

Las entrevistas serán grabadas en audio, y dicha información será usada exclusivamente para los fines de esta investigación. Si usted accede a participar se resguardará estrictamente el anonimato y la confidencialidad de la información que usted y su representado nos entreguen, la que será almacenada y resguardada en la oficina de la Investigadora Responsable durante el tiempo que dure la investigación, bajo su cuidado y sin que nadie ajeno al estudio tenga acceso a los datos. Eso implica que ni sus nombres ni las grabaciones, así como ningún dato de identificación suya aparecerán en las publicaciones o presentaciones resultantes de este estudio. Los productos realizados por su representado (dibujo o narrativa), podrían ser utilizados en la difusión de los resultados de la presente investigación. Sin embargo, la información obtenida será identificada con números, por lo cual no se podrán reconocer los nombres de ninguno de los participantes. En el caso que se quiera utilizar alguno/s de los dibujo/s realizado/s por su representado en las presentaciones o publicaciones de la investigación, se les contactará para mostrarles el dibujo y solicitar su autorización.

La información recabada durante las entrevistas a usted y su representado/a podría ser transmitida a los terapeutas a cargo, lo que podría favorecer el tratamiento que reciben en el centro. Si usted autoriza que se informe de los contenidos de su entrevista o la de su pullo(a) a su Terapeuta, por favor indíquelo en el formulario de consentimiento que se presenta a continuación.

Le informamos además, que el Comité de Ética de la Investigación en Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, aprobó la realización de este proyecto de investigación. Cualquier consulta que pudiese tener los aspectos éticos de este proyecto o sobre los derechos que le competen a Ud. como participante del estudio, puede formularse directamente a su Presidenta, la profesora Marcela Ferrer (Av. Capitán Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa; F. (56-2)29789726; email: [comite.etica@facso.cl](mailto:comite.etica@facso.cl)).

De mismo modo, en caso que usted tenga alguna duda o pregunta respecto de esta investigación, previa a decidir su participación o posteriormente en cualquier momento durante el proceso, o quiera recibir los resultados de la investigación, se puede comunicar con la investigadora principal, Psicóloga Claudia Capella Sepúlveda, al fono (56-2) 29787790 o al correo electrónico [ccapella@u.uchile.cl](mailto:ccapella@u.uchile.cl).

Finalmente quisiéramos señalarle que su consentimiento para su participación y la de su representado/a en este estudio, será una contribución relevante al desarrollo de lineamientos para la intervención de los niños/as y adolescentes que han sido víctimas y sus familias, entregándoles un mejor apoyo.

En caso que su respuesta sea positiva, y con el fin de completar los datos de la investigación, le solicitamos que por favor firme el Formulario de Consentimiento que se adjunta. Se le entregará una copia idéntica de este mismo documento.

Desde ya agradecemos su disposición.

Saluda atentamente,

Claudia Capella  
Investigadora Responsable

**CONSENTIMIENTO**

Yo, \_\_\_\_\_, representante legal de \_\_\_\_\_, señalo que yo y mi representado hemos sido invitados/as a participar en la investigación "Cambio psicoterapéutico en agresiones sexuales: perspectiva de los niños/as y adolescentes que han sido víctimas, sus padres y sus psicoterapeutas", que desarrolla el Departamento de Psicología de la Universidad de Chile. He leído y comprendido la información del documento de consentimiento y mis dudas han sido aclaradas.

Acepto voluntariamente participar y a la vez autorizo, que mi representado/a participe en dicha investigación, pudiendo terminar nuestra participación en cualquier momento. Finalmente, doy fe de que he firmado dos ejemplares de este consentimiento, quedando uno en mí poder.

Autorizo que la información recabada en las entrevistas conmigo y con mi representado sea transmitida a los profesionales a cargo de nuestro tratamiento en el centro. SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ (favor marcar)

\_\_\_\_\_  
Firma representante legal

\_\_\_\_\_  
Firma Investigador

Santiago, \_\_\_\_\_  
Fecha

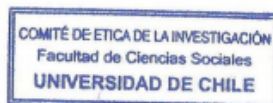


## Anexo 4

### Carta de asentimiento y asentimiento de niños/as o adolescentes para grupo ASI



**FACSO**  
Facultad de Ciencias Sociales  
Universidad de Chile



**Departamento de Psicología**



#### CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO

Estimado/a niño, niña o adolescente:

Mediante esta carta te invitamos a colaborar con una investigación que está realizando el Departamento de Psicología de la Universidad de Chile, y que ha sido adjudicado en el concurso FONDECYT de Iniciación 2014 por la psicóloga Claudia Capella en la calidad de investigadora responsable.

El estudio se trata del cambio durante el proceso de terapia de los niños/as y adolescentes que han vivido experiencias de agresiones sexuales, y se te ha invitado a participar ya que busca conocer la perspectiva de los niños/as y adolescentes, sus padres y psicoterapeutas, que asisten a terapia en éste Centro. Se espera que los resultados de esta investigación, nos ayuden a conocer cómo les podemos entregar un mejor apoyo a los niños que han sido víctimas.

Para esto, requerimos de tu colaboración. Tú participación implicaría la realización de tres entrevistas breves en diferentes momentos de tú terapia, sobre cómo ha sido el proceso hasta el momento, y cómo entiendes el cambio que has vivido durante este tiempo. Además, durante la entrevista, te solicitaremos que realices un dibujo o escribas algo que te pueda ayudar a contarnos tu experiencia en la terapia.

También entrevistaremos a tú adulto a cargo y a tu psicólogo/a. Las entrevistas se realizarán en el Centro al cual asistes a psicoterapia. También te pediremos responder a unos breves cuestionarios al principio y al final del tratamiento.

Se espera que las entrevistas tengan un efecto beneficioso para ti, ya que te pueden ayudar a pensar sobre el proceso que estas llevando en éste Centro. Si se presenta como potencial riesgo cualquier situación en la que te sientas mal o triste durante las entrevistas, la persona que te vaya a entrevistar, te ayudará a sentirte mejor, porque está capacitada para ello, y si se necesitara, conversaremos con tu psicólogo y tu adulto a cargo acerca de la mejor manera de apoyarte. La persona adulta a cargo de ti, ya está enterada de esto y ha aceptado lo que le hemos propuesto.

Tu participación es totalmente voluntaria y puedes decidir en cualquier momento dejar de participar, sin tener que darnos ninguna explicación y sin que esto tenga ninguna consecuencia para ti. En caso que decidas no participar, esto no influirá de ninguna manera en la atención que se te entrega en el Centro.

Las conversaciones serán grabadas en audio, lo que será usado sólo para el análisis de esta investigación. Lo que conversemos será parte de los resultados del estudio, que tu podrás conocer una vez que éste haya concluido, para lo cual hemos informado a la persona adulta responsable de ti, el modo en que le entregaremos ésta información.

Si accedes a participar, los datos que tú entregues, serán manejados de manera estrictamente confidencial, lo que significa que, ni tú nombre, ni tu voz, ni ningún dato de identificación tuyo aparecerán nunca en las publicaciones o presentaciones que se deriven de éste estudio, y que nadie ajeno a la investigación

Avenida Capitán Ignacio Carrera Pinto 1045 \*Ñuñoa \*Código Postal 685 033 1 \*Santiago \*Chile  
Fono: 9787878 \*Fax: 9787819 \*email: dptopsic@uchile.cl \* Casilla 10.115 Correo Central  
[www.facso.uchile.cl/psicologia](http://www.facso.uchile.cl/psicologia)

conocerá lo que contaste en las entrevistas. Los dibujos que realices o lo que escribas durante las entrevistas, te solicitamos queden para el equipo de la investigación, y podrían ser utilizados al presentar los resultados del estudio, sin embargo se resguardará estrictamente que no aparezca ningún dato que permita identificarte. En el caso que quisiéramos utilizar alguno/s de los dibujo/s que realizaste en las presentaciones o publicaciones de la investigación, se te contactará a ti y tu adulto a cargo, para mostrarles el dibujo y solicitar su autorización.

La información obtenida será almacenada e identificada con números, por lo cual no se podrán reconocer los nombres de los participantes, y será resguardada por la investigadora responsable en sus oficinas de trabajo durante el tiempo que dure la investigación, evitándose que personas ajenas a la investigación tengan acceso a ella.

La información recabada durante las entrevistas podría ser transmitida a tú psicólogo/a, lo que podría favorecer el tratamiento que recibes en el Centro. Sin embargo, para esto, le pediremos la autorización a tú adulto a cargo.

Si aceptas participar, por favor firma al final de esta carta. También le hemos pedido a la persona adulta que está a cargo de ti, que dé su autorización, para respaldar tú decisión. De todas maneras, aunque la persona adulta haya autorizado tú participación, finalmente sólo tu debes decidir si participas o no. Para ello eres completamente libre.

Cualquier consulta que pudieses tener sobre estos aspectos y sobre los derechos que le competen a ti como participante del estudio, puede formularse al Comité de Ética que aprobó este estudio, directamente a su Presidenta, la profesora Marcela Ferrer (Av. Capitán Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa; F. (56-2)29789726; email [comite.etica@facso.cl](mailto:comite.etica@facso.cl)).

Del mismo modo, en caso que tengas alguna duda o pregunta respecto de esta investigación, previa a decidir su participación o posteriormente en cualquier momento durante el proceso, o quieras recibir los resultados de la investigación, te puedes comunicar con la Investigadora Responsable, Psicóloga Claudia Capella Sepúlveda, al fono (56-2) 29787790 o al correo electrónico [ccapella@u.uchile.cl](mailto:ccapella@u.uchile.cl).

Te entregaremos una copia idéntica de ésta carta una vez que la firmes.

Agradeciendo tu disposición, te saluda,

Claudia Capella  
Investigadora Responsable



**FACSO**  
Facultad de Ciencias Sociales  
Universidad de Chile



**Departamento de Psicología**



---

**ASENTIMIENTO**

Yo, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ años de edad acepto participar de esta investigación.

He leído (o se me ha leído) este documento, y he podido entender su contenido.

Me han explicado y he entendido que el estudio es sobre el proceso de cambio durante el tiempo de terapia, de niños/as y adolescentes que han vivido experiencias de agresiones sexuales.

También me han asegurado que todo lo que diga será confidencial y que si quiero puedo negarme a participar o retirarme cuando lo desee, sin tener que dar explicaciones y sin consecuencias para mí.

He podido hacer todas las preguntas que me han surgido y se me ha respondido como yo necesitaba. Finalmente, doy fe de que he firmado dos ejemplares de este consentimiento, quedando uno en mí poder.

Sabiendo todo esto, acepto voluntariamente participar.

\_\_\_\_\_  
Firma niño/a o adolescente

\_\_\_\_\_  
Firma Investigador

Santiago, \_\_\_\_\_  
Fecha

---

Avenida Capitán Ignacio Carrera Pinto 1045 \*Ñuñoa \*Código Postal 685 033 1 \*Santiago \*Chile  
Fono: 9787878 \*Fax: 9787819 \*email: dptopsic@uchile.cl \* Casilla 10.115 Correo Central  
[www.facso.uchile.cl/psicologia](http://www.facso.uchile.cl/psicologia)

## Anexo 5

### Carta de consentimiento y consentimiento de terapeutas para grupo ASI



Departamento de Psicología

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada/o psicólogo/a:

Mediante esta carta nos dirigimos a usted con la intención de solicitar su colaboración en la realización de un estudio que está siendo desarrollado por el Departamento de Psicología de la Universidad de Chile, y que ha sido adjudicado en el concurso FONDECYT de Iniciación 2014, por la psicóloga Claudia Capella en la calidad de Investigadora Responsable. A través de esta carta queremos informarle de las características de la investigación con el propósito de ayudarlo/a a tomar una decisión respecto de la invitación a participar.

El estudio se denomina "Cambio psicoterapéutico en agresiones sexuales: perspectiva de los niños/as y adolescentes que han sido víctimas, sus padres y sus psicoterapeutas", y tiene como objetivo caracterizar el contenido y fases en que se produce el cambio psicoterapéutico en niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales, desde la perspectiva de los diversos actores involucrados.

El estudio busca conocer la perspectiva de los niños/as y adolescentes, sus padres y sus psicoterapeutas, sobre este proceso de cambio psicoterapéutico que están llevando a cabo, sin pretender valorar la labor de un terapeuta en particular. Los resultados de esta investigación, se espera nos ayude a conocer cómo les podemos entregar un mejor apoyo a los niños que han sido víctimas.

Para esto, requerimos de su colaboración como psicoterapeuta de un niño/a o adolescente. Su participación implicaría la realización de 3 entrevistas de una hora aproximadamente con usted respecto del proceso psicoterapéutico que se está llevando a cabo con su paciente. Para esto, se realizará una primera entrevista a los 6 meses de iniciada la intervención del caso en el Centro, luego una segunda entrevista a los 12 meses de intervención, y posteriormente una tercera entrevista al terminar el proceso, aproximadamente a los 18 meses de intervención. También se entrevistará a su paciente y su figura a cargo.

Las entrevistas serán realizadas por miembros del equipo de investigación con formación avanzada en psicología, debidamente capacitados para ello. Además, estas tendrán como contenido los cambios en el proceso de psicoterapia llevado a cabo, siendo preguntas abiertas al respecto. En este sentido, se espera que la participación en la investigación tenga un efecto beneficioso, en la medida que permitan reflexionar respecto de este tema. Esta actividad no conlleva riesgo para usted. Del mismo modo, ella tampoco considera ningún beneficio o compensación asociada, ni para usted ni para los demás participantes.

Su participación es totalmente voluntaria y puede negarse a participar o decidir en cualquier momento dejar de participar sin tener que dar explicaciones de ningún tipo y sin que ello tenga ninguna consecuencia para usted.

Las entrevistas serán grabadas en audio, y dicha información será usada exclusivamente para los fines de esta investigación, cuyos resultados serán publicados y/o presentados. Si accede a participar se resguardará estrictamente el anonimato y la absoluta confidencialidad de la información, la que será manejada

---

Avenida Capitán Ignacio Carrera Pinto 1045 \*Ñuñoa \*Código Postal 685 033 1 \*Santiago \*Chile  
Fono: 9787878 \*Fax: 9787819 \*email: dptopic@uchile.cl \* Casilla 10.115 Correo Central  
[www.facso.uchile.cl/psicologia](http://www.facso.uchile.cl/psicologia)



exclusivamente por los investigadores. La información obtenida será almacenada e identificada con números, por lo cual no se podrán reconocer de ninguna manera los nombres ni otros datos que permitieran identificar a los participantes. En las publicaciones o presentaciones de la investigación no se incluirá ningún dato que permita identificar a un centro o terapeuta en específico. La información será resguardada por la Investigadora Responsable, en sus oficinas de trabajo, evitándose que personas ajenas a la investigación tengan acceso a ella. La información recolectada será guardada durante el tiempo que dure la investigación.

Los resultados finales de ésta investigación estarán a su disposición, para lo cual usted podrá contactar a la Investigadora Responsable del estudio, y acordar el procedimiento mediante el cual se le hará llegar la información.

Le informamos además, que el Comité de Ética de la Investigación en Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, aprobó la realización de este proyecto de investigación. Cualquier consulta que pudiese tener sobre los aspectos éticos de este proyecto o sobre los derechos que le competen a Ud. como participante del estudio, puede formularse directamente a su Presidenta, la profesora Marcela Ferrer (Av. Capitán Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa; F. (56-2)29789726; email: [comite.etica@facso.cl](mailto:comite.etica@facso.cl)).

Del mismo modo, en caso que usted tenga alguna duda o pregunta respecto de esta investigación, previa a decidir su participación o posteriormente en cualquier momento durante el proceso, o quiera recibir los resultados de la investigación, se puede comunicar con la Investigadora Responsable, Psicóloga Claudia Capella Sepúlveda, al fono (56-2) 29787790 o al correo electrónico [ccapella@u.uchile.cl](mailto:ccapella@u.uchile.cl).

Finalmente quisiéramos señalarle que su consentimiento para la participación, será una contribución relevante a la formulación de lineamientos para la intervención de los niños/as y adolescentes que han sido víctimas, lo que puede contribuir a entregarles un mejor apoyo.

En caso que su respuesta sea positiva, y con el fin de completar los datos de la investigación, le solicitamos que por favor firme el Formulario de Consentimiento que se adjunta. Se le entregará una copia idéntica de este mismo documento.

Desde ya agradecemos su disposición.

Saluda atentamente,

Claudia Capella  
Investigadora Responsable

**CONSENTIMIENTO**

Yo, \_\_\_\_\_, he sido invitado/a a participar en la investigación "Cambio psicoterapéutico en agresiones sexuales: perspectiva de los niños/as y adolescentes que han sido víctimas, sus padres y sus psicoterapeutas", que desarrolla el Departamento de Psicología de la Universidad de Chile. He leído y comprendido la información del documento de consentimiento y mis dudas han sido aclaradas.

Acepto voluntariamente participar en dicha investigación, sabiendo que puedo terminar mi participación en cualquier momento, sin dar explicaciones y sin consecuencias para mí. Finalmente, doy fe de que he firmado dos ejemplares de este consentimiento, quedando uno en mí poder.

\_\_\_\_\_  
Firma participante

\_\_\_\_\_  
Firma Investigador

Santiago, \_\_\_\_\_  
Fecha

## Anexo 6

### Documento de caracterización del participante

En caso de aceptar participar, a continuación se le solicita completar un formulario con algunos datos de su hijo/a (representado), que permitan caracterizar de mejor manera a la población de estudio. Cabe recalcar que los datos solicitados serán tratados de forma confidencial de manera que la solicitud del nombre es únicamente para poder ligar los datos entregados al cuestionario que vaya a contestar su hijo/a. Una vez ingresada la información en una base de datos, los nombres serán remplazados por un código de identificación.

<b>NOMBRE DE PADRE, MADRE O REPRESENTANTE:</b>	
<b>NOMBRE DE HIJO/A:</b>	
<b>ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL:</b>	
<b>CURSO:</b>	
<b>EDAD DEL HIJO/A:</b>	
<b>SEXO:</b>	
<b>SU HIJO/A: ¿HA ASISTIDO A PSICOTERAPIA U OTRO PROFESIONAL DE SALUD MENTAL, EN EL ÚLTIMO AÑO?</b>	
<b>SU HIJO/A: ¿RECIBE ALGÚN TIPO DE TERAPIA PSICOLÓGICA, ACTUALMENTE?</b>	
<b>SU HIJO/A: ¿HA VIVIDO ALGUNA SITUACIÓN ESPECIALMENTE ESTRESANTE O EXISTEN ANTECEDENTES DE VIVENCIAS TRAUMÁTICAS?</b>	

## Anexo 7

### SDQ versión autorreporte

#### Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ-Cas)

Por favor coloca una cruz en el cuadro que creas que mejor responde a cada una de las preguntas: No es cierto, Un tanto cierto, Absolutamente cierto. Es importante que respondas a todas las preguntas lo mejor que puedas, aunque no estés completamente seguro/a de la respuesta, o te parezca una pregunta rara. Por favor, responde a las preguntas pensando como fueron tus cosas en los últimos seis meses.

Nombre .....

Varón/Mujer

Fecha de nacimiento .....

	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
Intento ser agradable con los demás. Tengo en cuenta los sentimientos de las otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soy inquieto/a, hiperactivo/a, no puedo permanecer quieto/a por mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suelo tener muchos dolores de cabeza, estómago o náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalmente comparto con otros mis juegos, galletitas, lápices, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando me enojo, me enojo mucho y pierdo el control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soy más bien solitario/a y tiendo a jugar solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general soy obediente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo estoy preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayudo si alguien está enfermo, disgustado o herido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy todo el tiempo moviéndome, me muevo demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo un/a buen/a amigo/a por lo menos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peleo mucho. Puedo hacer que los demás hagan lo que yo quiero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento a menudo triste, desanimado o con ganas de llorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general caigo bien a la otra gente de mi edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me distraigo con facilidad, me cuesta concentrarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me pongo nervioso/a con las situaciones nuevas, fácilmente pierdo la confianza en mí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trato bien a los niños/as más pequeños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo me acusan de mentir o de hacer trampa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros chicos de mi edad se meten conmigo o se burlan de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo ofrezco mi ayuda (a padres, profesores, niños)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pienso las cosas antes de hacerlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomo cosas que no son mías de casa, la escuela o de otros sitios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me llevo mejor con adultos que con otros de mi edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo muchos miedos, me asusto fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Termino lo que empiezo, tengo buena concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma .....

Fecha .....

**Muchas gracias por tu ayuda**

© Robert Goodman, 2005

## Anexo 8

### SDQ versión para padres

#### Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ-Cas)

Por favor, coloque una cruz en el cuadro que usted cree que mejor responde a cada una de las preguntas: No es cierto, Un tanto cierto, Absolutamente cierto. Nos sería de gran ayuda si responde a todas las preguntas lo mejor que pueda, aunque no esté completamente seguro/a de la respuesta, o le parezca una pregunta rara. Por favor, responda a las preguntas basándose en el comportamiento del niño/a durante los últimos seis meses o durante el presente año escolar.

Nombre del niño/a .....

Varón/Mujer

Fecha de nacimiento .....

	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comparte frecuentemente con otros niños/as galletitas, juegos, lápices, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frecuentemente tiene rabietas o mal genio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado, o enfermo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está continuamente moviéndose y es revoltoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene por lo menos un/a buen/a amigo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pelea con frecuencia con otros niños/as o se mete con ellos/ellas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se siente a menudo infeliz, desanimado o lloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general cae bien a los otros niños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es nervioso/a o dependiente ante situaciones nuevas, fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trata bien a los niños/as más pequeños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo miente o engaña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los otros niños/as se meten con él/ella o se burlan de él/ella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños/as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piensa las cosas antes de hacerlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Termina lo que empieza, tiene buena concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma .....

Fecha .....

Madre / Padre / Profesor / Otros (indique, por favor:)

**Muchas gracias por su ayuda**

© Robert Goodman, 2005

# Anexo 9

## YOQ<sup>4</sup>

### Youth Outcome Questionnaire – Self Report (Y-OQ-SR 2.0 Chilean)

Nombre: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M F Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Este cuestionario está diseñado para describir una amplia gama de situaciones, comportamientos, y estados de ánimo problemáticos comunes entre los adolescentes. Podrías encontrar que algunos de los ítems no se aplican a tu situación actual; de ser así, no los dejes en blanco y marca la opción "Nunca o Casi nunca". Cuando comiences a completar este cuestionario, verás que es muy sencillo hacerte parecer tan sano o enfermo como desees, por favor no lo hagas. Si eres lo más preciso posible, es más probable que puedas recibir la ayuda que buscas. **Instrucciones:** Lee cada afirmación con calma. Decide qué tan cierta es la afirmación tomando en cuenta los últimos 7 días. Marca la casilla que describa con mayor precisión la semana pasada. Marca solo una respuesta para cada afirmación y borra las marcas no deseadas de manera clara.

#### COMPLETA AMBOS LADOS

	Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre	No Escriba Dentro de Este Cuadro					
						ID	S	IR	SP	BD	CI
1) Quiero estar a solas más que los(las) demás jóvenes de mi edad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
2) Tengo dolores de cabeza o mareos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	XXX					
3) No participo en actividades que antes me divertían.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
4) Discuto o soy irrespetuoso(a) con los demás.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
5) Tengo más miedo que los(las) demás jóvenes de mi edad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
6) Falto a clases o no voy al colegio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
7) Cumpro con las reglas y con lo que los adultos esperan de mí.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
8) Me resulta difícil cumplir con mis deberes o los hago de manera descuidada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
9) Me quejo de cosas que son injustas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
10) Tengo problemas intestinales como diarrea o estreñimiento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
11) Me peleo a puñetazos, patadas, mordidas o rasguños con familiares o personas cercanos a mi edad...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
12) Me preocupo y no puedo sacar algunos pensamientos de mi mente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
13) Robo o miento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
14) Me cuesta estar quieto(a) o tengo demasiada energía.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
15) Me siento ansioso(a) o nervioso(a).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
16) Hablo con los demás de forma amigable.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	XXX					
17) Estoy tenso(a) y me sobresalto fácilmente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
18) Me orino o me defeco involuntariamente [despierto(a) o dormido(a)].....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
19) Me peleo a golpes con adultos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
20) Veo, escucho o creo en cosas que no son reales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
21) Me he hecho daño a propósito [por ejemplo, me he cortado, rasguñado o he intentado suicidarme]...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
22) Consumo alcohol o drogas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
23) Soy desordenado(a) o me cuesta organizarme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
24) Disfruto las relaciones que tengo con mis familiares y amigos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
25) Estoy triste o me siento desdichado(a).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
26) Tengo dolor o debilidad muscular o en las articulaciones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
27) Me cuesta confiar en mis amigos, en mi familia o en otros adultos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
28) Creo que algunas personas tratan de lastimarme aún cuando sé que esto no es verdad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<b>Subtotales</b>											

<sup>4</sup> Las dimensiones reales del cuestionario YOQ han sido modificadas para efectos de su inclusión en Anexos, debido a que su formato original se encuentra en posición horizontal.










## Anexo 10

### CPSS

#### ESCALA INFANTIL DE SÍNTOMAS DEL TEP (CPSS)

Te voy a leer una lista que contiene algunas situaciones que a veces les pasan a los niños, niñas o adolescentes después de que han tenido algún problema como el tuyo, es decir, lo que te pasó (situación). Cuando lea cada una de las situaciones de la lista, tú me dirás cuantas veces te ha pasado esto en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS.

En las últimas 2 semanas.....	 0 Nunca	 1 Solo una vez	 2 Entre 2 y 3 veces	 3 Entre 4 y 8 veces	 4 9 veces y más
1. ¿Has tenido pensamientos o imágenes molestas acerca de lo que te pasó y que vienen a tu mente aunque tú no hayas querido recordarlas?	0	1	2	3	4
2. ¿Has tenido sueños malos o pesadillas?	0	1	2	3	4
3. ¿Has tenido la sensación como si lo que te pasó estuviera ocurriendo de nuevo, como si estuvieras ahí otra vez? (por ejemplo, al escuchar o ver algo que te recuerde lo que a ti te pasó).	0	1	2	3	4
4. ¿Te has sentido mal cuando piensas acerca de lo que te pasó o cuando escuchas hablar acerca de lo que te pasó? (por ejemplo, sintiéndote asustado, enojado, triste, culpable, con miedo, etc.).	0	1	2	3	4
5. ¿Has tenido sensaciones en tu cuerpo cuando piensas o escuchas acerca de lo que te pasó? (por ejemplo, transpirando repentinamente o latiendo muy rápido el corazón).	0	1	2	3	4
6. ¿Haces esfuerzos para no pensar, no hablar o de no tener sentimientos acerca de lo que te pasó?	0	1	2	3	4
7. ¿Has tratado de evitar actividades, personas o lugares que te recuerden lo que te pasó?	0	1	2	3	4
8. ¿Has olvidado una parte importante de lo que te pasó?	0	1	2	3	4
9. ¿Has tenido muy pocas ganas de hacer cosas que antes acostumbrabas hacer?	0	1	2	3	4
10. ¿Has tenido dificultades para sentirte cercano(a) a tus seres queridos?	0	1	2	3	4
11. ¿Te cuesta mucho tener sentimientos fuertes? (por ejemplo, te cuesta mucho llorar o sentirte feliz).	0	1	2	3	4
12. ¿Has sentido que tus planes futuros o tus esperanzas no se harán realidad? (por ejemplo, has sentido que no terminarás la escuela, que no te casarás o que no tendrás hijos).	0	1	2	3	4
13. ¿Has tenido problemas para quedarte dormido(a) o para permanecer dormido(a) en la noche?	0	1	2	3	4
14. ¿Te enojas más fácilmente que antes de vivir lo que te pasó?	0	1	2	3	4
15. ¿Has tenido dificultades para concentrarte? (por ejemplo, perdiendo el hilo de una historia en la televisión, olvidando lo que lees, no poniendo atención en clases).	0	1	2	3	4
16. ¿Has estado demasiado vigilante? (por ejemplo, estás muy atento(a) de que personas están a tu alrededor).	0	1	2	3	4
17. ¿Te asustas más fácilmente que antes? (por ejemplo, cuando alguien se acerca por detrás de ti).	0	1	2	3	4

Bustos, Rincón y Acdo



## Anexo 11

### Carta de asentimiento y asentimiento para grupo clínico y población general



#### **CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO**

Estimado/a niño/a o adolescente:

Mediante esta carta, queremos invitarte a participar en una investigación del Departamento de Psicología de la Universidad de Chile, realizado por las estudiantes Francisca Carrasco y Victoria Sánchez. Queremos informarte de las características de esta investigación para ayudarte a tomar una decisión en tu participación.

El proyecto se titula "Estimación de propiedades psicométricas del cuestionario SDQ en su versión autoadministrada en población de niños y adolescentes chilenos" y pretende validar el cuestionario *Strengths and Difficulties* (SDQ) para niños y adolescentes chilenos estudiantes y pacientes en consulta psicológica. Este cuestionario es un test que mide capacidades y dificultades del niño y el adolescente. El Investigador Responsable de este estudio es el Prof. Andrés Antivilo Bruna, Docente de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.

Has sido invitado a participar debido a que este estudio busca trabajar con niños y adolescentes entre 8 y 16 años. Tu participación consistirá en completar este breve cuestionario, el cual demora 10 minutos aproximadamente. Las respuestas del cuestionario son autoadministradas, es decir, tú leerás y completarás el cuestionario; sin embargo, puedes consultar a las evaluadoras en caso de que lo requieras. El desarrollo de los cuestionarios se realizará en el horario en que asistas al establecimiento educacional o tu centro donde recibes atención psicológica. Además, podrías ser seleccionado al azar para completar otro cuestionario, llamado YOQ, el cual evalúa malestar psicológico.

No recibirás ningún tipo de perjuicio o beneficio directo por participar de este estudio, sin embargo, si deseas conocer los resultados, tú y tu adulto responsable pueden ponerse en contacto para consultarlos al finalizar el estudio. Tu participación será totalmente voluntaria y podrás decidir dejar de participar en cualquier momento sin tener que dar explicaciones de ningún tipo y sin ninguna consecuencia. El adulto responsable de ti ha firmado un consentimiento que te permite participar, sin embargo, tú puedes decidir participar o no.

Si accedes a participar se protegerá el anonimato y la confidencialidad de la información nos entregues, la que será almacenada y resguardada en la oficina del Investigador Responsable durante el tiempo que dure la investigación, sin que nadie ajeno al estudio tenga acceso a los datos. Esto significa que ni el nombre ni ningún dato de identificación tuyo aparecerán en publicaciones o presentaciones de este estudio.

Te informamos además, que el Comité de Ética de la Investigación en Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, aprobó la realización de este proyecto de



investigación. Cualquier consulta que pudieses tener acerca de tus Derechos, puedes hacerla a su Presidenta, la profesora Marcela Ferrer (Av. Capitán Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa; F. (56-2)29789726; email: [comite.etica@facso.cl](mailto:comite.etica@facso.cl)).

Asimismo, si tienes dudas de esta investigación, en cualquier momento del proceso o quieras recibir los resultados de la investigación, tu adulto responsable tiene los datos de las personas a quienes pueden contactar.

En caso que aceptes, te solicitamos que por favor firmes el Formulario de Asentimiento que se adjunta. Se te entregará una copia idéntica de este mismo documento.

Desde ya agradecemos tu disposición.

Atentamente,

Andrés Antivilo Bruno

Investigador Responsable



**ASENTIMIENTO**

Yo, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ años de edad, acepto participar en la investigación "Estimación de propiedades psicométricas del cuestionario SDQ en su versión autoadministrada en población de niños y adolescentes chilenos".

He leído (o se me ha leído) este documento y he comprendido las condiciones de mi participación en este estudio.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

\_\_\_\_\_  
Firma Participante

\_\_\_\_\_  
Firmas Investigador/a

Santiago, \_\_\_\_\_  
Fecha

## Anexo 12

### Carta de consentimiento y consentimiento para grupo clínico y población general



#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado/a padre, madre o Representante Legal:

Mediante esta carta nos dirigimos a usted con la intención de solicitar su consentimiento para que su representado/a participe en una investigación que está siendo llevada a cabo desde el Departamento de Psicología de la Universidad de Chile por las estudiantes memoristas Francisca Carrasco y Victoria Sánchez. A través de esta carta queremos informarle de las características de la investigación con el propósito de ayudarlo/a a tomar una decisión respecto de la invitación a que su representado/a participe.

El proyecto se titula "Estimación de propiedades psicométricas del cuestionario SDQ en su versión autoadministrada en población de niños y adolescentes chilenos" y tiene por objetivo aportar evidencias de validez al cuestionario *Strengths and Difficulties* (SDQ) tanto en población general de niños y adolescentes chilenos (estudiantes) como también en población clínica (pacientes en consulta psicológica). El cuestionario corresponde a un test que evalúa tanto capacidades y dificultades del niño y el adolescente. El Investigador responsable de este estudio es el Prof. Andrés Antivilo Bruna, Docente de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.

Su representado/a ha sido invitado a participar debido a que el estudio busca trabajar con niños y adolescentes entre 8 y 16 años. Su participación consiste en completar un documento acerca de características generales de su representado/a. La participación que se espera de su representado/a es únicamente responder a un breve cuestionario correspondiente al SDQ, lo cual tomará unos 10 minutos. La modalidad de respuesta del cuestionario es autoadministrada, con posibilidad de consultar a las evaluadoras en caso de que lo requiera. El desarrollo de los cuestionarios, en el caso de los alumnos/as contactados a través de su colegio, se realizará en el horario en que asistan al establecimiento; por otra parte, aquellos que sean contactados a través del centro en donde lleven a cabo su psicoterapia, se les realizará los cuestionarios en las dependencias del mismo centro en un horario acordado entre las evaluadoras y el consultante. Además, su representado/a podría ser seleccionado/a al azar para completar otro cuestionario, llamado YOQ, el cual evalúa malestar psicológico.

Cabe mencionar que usted no recibirá ningún tipo de perjuicio o beneficio directo por participar de este estudio. Sin embargo, si desea conocer los resultados, puede ponerse en contacto con el Investigador Responsable y consultarlos al finalizar el estudio. La participación de su representado/a será totalmente voluntaria y podrá decidir en cualquier momento dejar de participar sin tener que dar explicaciones de ningún tipo y sin que ello tenga ninguna consecuencia para usted. Con posterioridad a haber recibido su consentimiento, su representado/a será igualmente informado/a y se le solicitará su asentimiento mediante un formulario semejante a



éste. Sin embargo, la participación de su representado/a será absolutamente voluntaria y no dependerá de que usted lo/a haya autorizado.

Si usted accede a participar se resguardará estrictamente el anonimato y la confidencialidad de la información que usted y su representado nos entreguen, la que será almacenada y resguardada en la oficina del Investigador Responsable durante el tiempo que dure la investigación, bajo su cuidado y sin que nadie ajeno al estudio tenga acceso a los datos. Eso implica que ni sus nombres ni ningún dato de identificación suyo aparecerán en las publicaciones o presentaciones resultantes de este estudio.

Le informamos además, que el Comité de Ética de la Investigación en Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, aprobó la realización de este proyecto de investigación. Cualquier consulta que pudiese tener los aspectos éticos de este proyecto o sobre los derechos que le competen a Ud. como participante del estudio, puede formularse directamente a su Presidenta, la profesora Marcela Ferrer-Lues (Av. Capitán Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa; F. (56-2)29789726; email: comite.etica@facso.cl).

De mismo modo, en caso que usted tenga alguna duda o pregunta respecto de esta investigación, previa a decidir su participación o posteriormente en cualquier momento durante el proceso, o quiera recibir los resultados de la investigación, se puede comunicar el investigador responsable con Andrés Antivilo Bruna al teléfono: 229787878; o al correo electrónico: fantivil@uchile.cl.

En caso que su respuesta sea positiva, y con el fin de completar los datos de la investigación, le solicitamos que por favor firme el Formulario de Consentimiento que se adjunta. Se le entregará una copia idéntica de este mismo documento.

Desde ya agradecemos su disposición.

Atentamente,

Andrés Antivilo Bruna

Investigador Responsable



### CONSENTIMIENTO

Yo, \_\_\_\_\_, representante legal de \_\_\_\_\_, señalo que yo y mi representado hemos sido invitados/as a participar en la investigación "Estimación de propiedades psicométricas del cuestionario SDQ en su versión autoadministrada en población de niños y adolescentes chilenos". He leído y comprendido la información del documento de consentimiento y mis dudas han sido aclaradas.

Acepto voluntariamente participar y a la vez autorizo, que mi representado/a participe en dicha investigación, pudiendo terminar nuestra participación en cualquier momento. Finalmente, doy fe de que he firmado dos ejemplares de este consentimiento, quedando uno en mí poder.

\_\_\_\_\_  
Firma Participante

\_\_\_\_\_  
Firmas Investigador/a

Santiago, \_\_\_\_\_  
Fecha

## **Anexo 13**

### **Carta para apoderados de los colegios participantes**

Estimado apoderado/a:

Mediante la presente carta, queremos invitarlos a participar de una investigación llevada a cabo por un equipo del departamento de Psicología de la Universidad de Chile, llamada "Propiedades Psicométricas de la versión de autorreporte del cuestionario SDQ niños y adolescentes chilenos y estudio comparativo con población clínica". Este proyecto tiene como objetivo dar validez en Chile al cuestionario SDQ, el cual evalúa problemas emocionales y conductuales en niños.

Para esto, le solicitamos leer y firmar el consentimiento informado, completar el Documento de caracterización y responder el cuestionario adjunto. Lo anterior debe ser devuelto al colegio para, posteriormente, solicitarles a su hijo/a (representado) completar el cuestionario correspondiente. Si accediera a participar, usted debe quedarse con uno de los consentimientos, ya que en él se encuentra la información más detallada sobre la investigación y los datos de contacto del Investigador responsable, para comunicarse en caso de cualquier duda.

Si no desea participar, puede rechazar esta invitación sin tener que dar explicación y, además, puede retirarse de ella en el momento en que deseen, sin tener ningún tipo de consecuencia para ustedes.

Su colaboración es muy importante para nosotros, ya que nos permite tener nuevas y más efectivas herramientas para detectar malestar psicológico en niños/as y adolescentes.

De antemano, muchas gracias.

Atentamente,

Andrés Antivilo Bruna

Investigador responsable