



**Universidad de Chile**  
**Facultad de Ciencias Sociales**  
**Departamento de Psicología**

**Evolución de la Alianza Terapéutica y su dimensión**  
**Vincular en psicoterapia infantil:**  
**Explorando la perspectiva de niños, niñas y**  
**psicoterapeutas**

*Memoria para optar al Título de Psicóloga*

**Autoras**

Fernanda Mundaca Torres  
Nicole Muñoz Morales

**Profesora Guía**

Lucía Núñez Hidalgo

**Profesora Patrocinante**

Claudia Capella Sepúlveda

**Santiago, marzo 2022**

## Índice

<b>1. Resumen</b>	4
<b>2. Introducción</b>	6
<b>3. Antecedentes teóricos</b>	11
3.1. Psicoterapia y alianza terapéutica	11
3.2. Alianza terapéutica en niños/as y adolescentes	15
3.3. El vínculo terapéutico como una relación de apego	20
3.4. Investigación en psicoterapia desde la perspectiva de niños/as	24
3.5. Los dibujos en la investigación de apego en niños/as	30
<b>4. Objetivos e Hipótesis</b>	35
4.1. Objetivo general	35
4.2. Objetivos específicos	35
4.3. Hipótesis	35
<b>5. Metodología</b>	36
5.1. Diseño de investigación	36
5.2. Participantes	36
5.3. Procedimientos y Aspectos Éticos	37
5.4. Instrumentos	39
5.4.1. Therapeutic Alliance Scale for Children-revised (TASC-r) (Creed & Kendall, 2005; Shirk & Saiz, 1992)	39
5.4.2. Dibujo 'Mi psicólogo y yo' (Núñez, 2021)	41
5.4.3. Escala de Clasificación Global (Fury, Carlson y Sroufe, 1997)	41
5.5. Procedimiento de análisis de datos	44
<b>6. Resultados</b>	46
6.1. Caracterización de la muestra	46
6.2. Análisis descriptivos de los instrumentos	47
6.2.1. Análisis descriptivo Therapeutic Alliance Scale for Children-revised para niños/as (TASC-N) y para psicoterapeutas (TASC-T)	47

6.2.2.	Análisis descriptivo Escala de Clasificación Global	48
6.3.	Análisis comparativos y correlacionales de los datos	49
6.3.1.	Análisis de pruebas no paramétricas para medidas repetidas – Test de Friedman	49
6.3.1.1.	Resultados Test de Friedman para diferencia de medias entre TASC-N y TASC-T en momento 1 y 2	50
6.3.1.2.	Resultados Test de Friedman comparación entre momentos TASC-N y TASC-T	50
6.3.1.3.	Resultados Test de Friedman para la Escala de Clasificación Global de Fury	51
6.3.2.	Análisis Correlacionales	51
6.3.2.1.	Correlaciones momento 1	52
6.3.2.1.1.	<i>Correlaciones intraescalares de la Escala de Clasificación Global</i>	52
6.3.2.1.2.	<i>Correlaciones interesescalares entre la Escala de Clasificación Global y Therapeutic Alliance Scale for Children-revised para niños/as (TASC-N) y psicoterapeutas (TASC-T)</i>	53
6.3.2.2.	Correlaciones momento 2	54
6.3.2.2.1.	<i>Correlaciones intraescalares de la Escala de Clasificación Global</i>	54
6.3.2.2.2.	<i>Correlaciones interesescalares entre la Escala de Clasificación Global y Therapeutic Alliance Scale for Children-revised para niños/as (TASC-N) y psicoterapeutas (TASC-T)</i>	56
<b>7.</b>	<b>Discusión y conclusiones</b>	<b>57</b>
7.1.	Alianza terapéutica   TASC-N – TASC-T	57
7.2.	Vínculo terapéutico   Escala de Clasificación Global	60
7.3.	Correlaciones	64
7.3.1.	Correlaciones intraescalares e interesescalares   TASC-N – TASC-T – Escala de Clasificación Global	64
7.4.	Conclusiones	69
7.5.	Limitaciones, oportunidades y alcances de la investigación	70
<b>8.</b>	<b>Referencias</b>	<b>74</b>
<b>9.</b>	<b>Anexos</b>	<b>81</b>
9.1.	Anexo nº1: Consentimiento Informado para padres/cuidadores de los niños/as	81

9.2.	Anexo nº2: Asentimiento informado para niños/as	83
9.3.	Anexo nº3: Consentimiento informado psicoterapeutas	85
9.4.	Anexo nº4: TASC versión niños	87
9.5.	Anexo nº5: TASC versión terapeuta	89
<b>9.6.</b>	<b>Anexo nº6: Adaptación al español de la Escala de clasificación Global de Fury et al. (1997) para su aplicación en la relación niño/a y terapeuta</b>	<b>91</b>

## Índice de tablas

<b>Tabla 1.</b>	<b>Resumen de la Adaptación al español de la Escala de Clasificación Global de Fury et al. (1997) para su aplicación en la relación niño/a y terapeuta</b>	<b>43</b>
<b>Tabla 2.</b>	<b>Caracterización de la muestra</b>	<b>46</b>
<b>Tabla 3.</b>	<b>Estadísticos descriptivos   Therapeutic Alliance Scale for Children versión Niños (TASC-N) y Terapeuta (TASC-T) Momento 1 y 2</b>	<b>47</b>
<b>Tabla 4.</b>	<b>Estadísticos descriptivos   Escala de Clasificación Global Momento 1</b>	<b>48</b>
<b>Tabla 5.</b>	<b>Estadísticos descriptivos   Escala de Clasificación Global Momento 2</b>	<b>49</b>
<b>Tabla 6.</b>	<b>Test de Friedman - Diferencia de medias   TASC-N - TASC-T Momento 1 y 2</b>	<b>50</b>
<b>Tabla 7.</b>	<b>Test de Friedman - Medidas Repetidas   TASC-N - TASC-T</b>	<b>51</b>
<b>Tabla 8.</b>	<b>Test de Friedman - Medidas Repetidas   Escala de Clasificación Global</b>	<b>51</b>
<b>Tabla 9.</b>	<b>Análisis Correlacionales   Escala de Clasificación Global Momento 1</b>	<b>53</b>
<b>Tabla 10.</b>	<b>Análisis Correlacionales   TASC-N - TASC-T - Escala de Clasificación Global Momento 1</b>	<b>54</b>
<b>Tabla 11.</b>	<b>Análisis Correlacionales   Escala de Clasificación Global Momento 2</b>	<b>55</b>
<b>Tabla 12.</b>	<b>Análisis Correlacionales   TASC-N - TASC-T - Escala de Clasificación Global Momento 2</b>	<b>56</b>

## 1. Resumen

La presente investigación se sustenta en la importancia del estudio de los factores inespecíficos como elementos claves para lograr resultados positivos en los procesos psicoterapéuticos. Dentro de estos factores se encuentra la alianza terapéutica, elemento transversal a cualquier lineamiento teórico, y por ello ampliamente estudiado dada su base indispensable en psicoterapia. Su estudio ha sido particularmente con adultos, pero se ha observado que constituye un elemento esencial en la psicoterapia infantil.

Sin embargo, los estudios disponibles para esta población son desde el reporte adulto acerca de la mirada de los niños/as, invisibilizando la perspectiva de éstos como protagonistas de sus propios procesos psicoterapéuticos, limitando significativamente el avance en el conocimiento de la clínica infantil. Aún más si se consideran las múltiples perspectivas existentes dentro de la psicoterapia. Por lo que se vuelve necesario realizar investigaciones acerca de la temática que incluyan la perspectiva de los niños/as como también de sus psicoterapeutas.

De este modo, esta memoria buscó profundizar en el ámbito de la alianza terapéutica y en su dimensión más relevante: el vínculo terapéutico. Su objetivo fue analizar la relación entre la alianza y el vínculo terapéutico desde la perspectiva de niños/as y psicoterapeutas al inicio y luego de tres meses de psicoterapia, a través de nuevas metodologías evolutivamente sensibles a las etapas del desarrollo infantil.

Para lograr este cometido, se optó por la utilización de un diseño de investigación cuantitativo, de carácter exploratorio y longitudinal, con elementos de tipo descriptivo, comparativo y correlacional. Estudiando una muestra de 14 niños/as y 14 psicoterapeutas en dos momentos diferentes, al inicio y luego de tres meses de psicoterapia, a través de instrumentos de autoreporte y dibujos. Este último a través de la adaptación y traducción de una escala del dibujo de la familia a una escala que pudiese ser utilizada para la relación entre niño/a y psicoterapeuta.

Como resultado, se obtuvo, por un lado, que la calidad de la alianza terapéutica y su dimensión vincular no cambiaron significativamente luego de tres meses de psicoterapia. Y, por otro lado, se dio cuenta de diferencias significativas acerca de la alianza terapéutica entre las perspectivas de la díada psicoterapéutica.

De este modo, se concluyó que el estudio de la alianza y su dimensión vincular son importantes para avanzar en el conocimiento de los procesos psicoterapéuticos en la clínica infantil, incentivando la inclusión de nuevas metodologías de investigación que den cuenta de las diferentes perspectivas en diferentes fases de la psicoterapia.

## 2. Introducción

En el marco de la salud pública, se estima que las acciones que pueden mejorar la salud de la población incluyen la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la discapacidad, y el tratamiento y rehabilitación de los afectados (OMS, 2018). Dentro de este último, específicamente en el área de salud mental, se halla como una de las intervenciones posibles el *tratamiento psicoterapéutico* (MINSAL, 2017), con el que se ha evidenciado importantes beneficios para aquellas personas que presentan alguna psicopatología (Lambert y Bergin, 1994; Lambert, 2015), por lo que parece relevante estudiarlo en mayor profundidad.

Existen diferentes estudios que demuestran su eficacia en diversos contextos, condiciones y poblaciones, encontrando significativa mejoría en aquellas personas tratadas en contraposición a aquellos que no recibieron tratamiento (Lambert, 2015). En comparación con otras intervenciones, tales como la psicofarmacológica, los resultados de psicoterapia han demostrado mayor duración a lo largo del tiempo, presentando menores tasas de recaídas, dado que durante el tratamiento han adquirido nuevos conocimientos y habilidades útiles que se conservan posterior a la intervención (Lambert, 2015). Incluso, estudios enfocados en la población infantil han obtenido conclusiones similares acerca de su eficacia medida a través de la reducción de síntomas en el niño/a (Fonagy et al., 2015).

Dentro de la psicoterapia, se encuentran diversos abordajes psicoterapéuticos, los cuales presentan una serie de similitudes y diferencias tanto en sus fundamentos como en la práctica clínica (Lambert, 2015). En cuanto a los *factores comunes* presentes en las diferentes líneas destaca la alianza terapéutica (Abrishami, 2013; Opazo, 2017), la que es comprendida como una relación positiva y estable entre paciente y terapeuta que permite el desarrollo del proceso psicoterapéutico (Fossa, 2012; Zetzel & Meissner, 1974). Al mismo tiempo, Rossetti y Botella (2017), señalan que la *alianza terapéutica* contribuye, sustancial y consistentemente, a los resultados psicoterapéuticos independiente del lineamiento del tratamiento, existiendo correlación significativa entre alianzas fuertes y resultados positivos en psicoterapia.

En relación con el estudio de la alianza, se debe hacer hincapié no solo en su importancia en cuanto a la relación contingente del paciente con su terapeuta en psicoterapia, sino que también en el desarrollo de esta, es decir, considerarla como un proceso de *carácter*

*evolutivo* en una dinámica relacional (Abrishami, 2013), constituyéndose como una construcción gradual entre los actores participantes dentro de la alianza y que requiere tiempo para crecer (Núñez et al., *in press*). De este modo, el propósito del estudio de la evolución de la alianza refiere a mostrar las diferencias existentes entre los distintos momentos del proceso psicoterapéutico y así poder trabajarlos, puesto que a medida que ésta avanza, se favorecen diversos cambios psicoterapéuticos, y, como consecuencia, se va facilitando el proceso (Karver et al., 2006; Núñez, 2021; Núñez y Gómez, 2019).

Es así como es posible dar cuenta de la importancia del estudio de la alianza terapéutica. Sin embargo, los datos disponibles han sido en su mayoría proporcionados por estudios realizados en población adulta, desconociéndose en mayor medida qué es lo que ocurre en la *población infantil* (Abrishami, 2013; Horvath, Del Re, Fluckiger & Symonds, 2011). A la vez, limita de alguna manera un avance significativo en el conocimiento de la clínica psicológica infantil, quedando así en irreprochable desventaja, lo que da cuenta de la urgencia investigativa de la temática. Sobre todo, considerando la etapa evolutiva en la que se encuentran los niños/as, en la que pueden encontrarse resistentes a entrar a psicoterapia, no tener un motivo de consulta claro, no reconocer su problemática, entre otras dificultades (Shirk & Karver, 2011), diferenciándose aún más de la población adulta. Esto, sin mencionar la necesidad de construir alianzas con los padres (Abrishami, 2013), debiendo considerar múltiples perspectivas a la hora de comprender la alianza terapéutica y los procesos de cambio, terrenos aún no explorados y cruciales para el desarrollo investigativo en la psicoterapia infantil (Núñez, 2021).

Ahora bien, siguiendo a Bordin (1979), la alianza terapéutica es comprendida como el producto de una relación de ayuda que enfatiza el rol colaborativo del paciente orientado al cambio, presentando *tres componentes fundamentales* que definen tanto la calidad como la fuerza de la alianza (Fossa, 2012), entre los que se encuentra el *vínculo terapéutico*, siendo el más destacable (Rossetti y Botella, 2017). Este es concebido como un impulsor que promueve el trabajo terapéutico y que da paso a ocuparse con mayor firmeza en el proceso (Shirk & Karver, 2011), dado que provee al paciente una *base segura* en momentos de necesidad, permitiendo la exploración segura de sí mismos y del entorno (Smith, Msetfi & Golding, 2010), todo esto por condiciones relacionales como la empatía, la autenticidad y la consideración positiva presente a lo largo del proceso (Shirk & Karver, 2011). Esta noción de base segura que surge en la relación entre paciente y terapeuta puede entenderse como una relación de apego, en tanto presenta características similares a las

figuras primarias de apego, constituyéndose como un sistema relacional activo a lo largo de toda la vida de los sujetos (Rossetti y Botella, 2017). Considerando todo lo anterior, es que surge el interés de estudiar y comprender la alianza terapéutica en la población infantil, en específico la calidad del vínculo terapéutico a través de la noción de apego.

Asimismo, resulta importante el ocuparse en aportar conocimiento reciente acerca de la temática con el fin de mejorar los abordajes terapéuticos en la infancia, que, si bien ha evidenciado un desarrollo investigativo en los últimos años (Schmidt & Schimmelmann, 2019), sigue siendo escasa al contrastar con la población adulta (Carlberg et al., 2009; Midgley, 2004). Es así como, profundizar en la indagación desde la perspectiva de niños/as, y no desde la perspectiva de los adultos, supone un importantísimo material de análisis, dado que trabaja desde el autoreporte del paciente niño/a, escapando así, del adultocentrismo encontrado en diferentes investigaciones (Driessnack, 2005). Y de paso, hacer hincapié en estudios que se enfoquen en el reporte del niño/a, dado que proporcionan una preciada información respecto a sus propios procesos psicoterapéuticos y de cambio (Álamo, 2019; Carlberg et al., 2009), y de este modo, explorar a través de la vivencia del paciente considerándolo como el protagonista de sus propias vivencias (Capella et al., 2015).

Sin embargo, no se debe hacer caso omiso de la importancia de considerar la perspectiva tanto de los padres como de los terapeutas acerca de la alianza terapéutica (Núñez, 2021), siempre y cuando no se invisibilice el rol del niño/a como protagonista de su propia experiencia del proceso. Esto porque, en el caso de los psicoterapeutas, requieren de establecer alianzas sólidas para lograr una adherencia al tratamiento con el paciente (Wampold, 2015). Además, el establecimiento de la alianza también estaría sujeto a las características propias del psicoterapeuta (Muran & Barber, 2010), tales como su presencia, regularidad y empatía (Holmes, 2015); su dedicación necesaria y genuina para atender la problemática del paciente (Núñez, 2021; Wampold, 2015); y sus años de experiencia (Accurso & Garland, 2015; Campbell & Simmonds; Wampold, 2015).

Una de las metodologías que ha permitido el acceso a las perspectivas de los niños/as corresponde al dibujo, técnica ideal para el abordaje infanto-juvenil, que supone un medio diferente de expresión y construcción subjetiva que ayuda a reflejar la observación que los niños/as hacen de la realidad (Álamo, 2019; Capella et al., 2015; Carlberg et al., 2009; Sepúlveda, Alcaíno y García, 2012). Además de ser un medio de comunicación no amenazante (Malchiodi, 1998), por el cual se accede a un saber acerca del paciente, difícil

de ser comunicado a través del lenguaje verbal oral (Fury, Carlson y Sroufe, 1997); sobre todo cuando se considera la etapa del desarrollo en la que se encuentra esta población, convirtiéndose así, en una metodología evolutivamente sensible (Álamo, 2019; Capella et al., 2015; Carlberg et al., 2009). Si bien es cierto, este recurso ha sido utilizado, tanto en el ejercicio clínico como en el terreno investigativo, para el estudio de las relaciones familiares del niño/a, su uso se ha expandido en terrenos más allá de estos, siendo utilizados en investigaciones de psicoterapia infantil (Álamo, 2019; Capella et al., 2015; Núñez, 2021), de ahí el especial interés en su aplicación en la presente Memoria. Por otra parte, también existen estudios que utilizan la herramienta del dibujo para analizar las relaciones de apego en los niños/as (Fury, Carlson y Sroufe, 1997; Harrison, Clarke & Ungerer, 2006; Procaccia, Veronese & Castiglioni, 2014).

De este modo, y considerando las limitadas investigaciones en el área de la psicoterapia infantil y el desafío que implica a nivel metodológico evaluar la calidad del vínculo terapéutico desde la perspectiva de niños/as, el foco de interés del presente estudio corresponde a la exploración de la evolución tanto de la alianza terapéutica como de la calidad del vínculo terapéutico en niños/as. Para llevar a cabo lo anterior, la muestra fue recopilada a través de la Tesis doctoral *'The Therapeutic Relationship as a change facilitator in child psychotherapy: A multiple perspective study of children, parent and therapists'* elaborada por Núñez (2021), dentro de los que se estudiaron 14 casos correspondientes a niños/as entre 6 y 9 años en quienes se midió la alianza terapéutica en dos momentos determinados, es decir, al inicio de la psicoterapia y luego de tres meses de ésta.

Dicha etapa etaria de los niños/as es denominada como etapa escolar o infancia intermedia, que presenta metas importantes respecto a lograr un pensamiento de carácter lógico; una integración social cooperativa, en donde se desarrolla la socialización, la incorporación de normas y roles, la regulación emocional y los impulsos; todos aspectos del desarrollo posibles de trabajar en el contexto psicoterapéutico si estos constituyesen un desequilibrio o psicopatología (Sepúlveda y Capella, 2019). A su vez, los niños/as en esta etapa poseen una actitud realista y objetiva capaz de reflejarse en sus dibujos, en los cuales plasman lo que observan de la realidad, dando como resultado que los dibujos presenten mayor dominio de proporciones, mejores relaciones espaciales y formas constantes (Sepúlveda, 2020).

Tras los antecedentes expuestos, la pregunta que guía el presente estudio corresponde a *¿Cómo evoluciona la alianza terapéutica, en específico el vínculo terapéutico desde la*

*perspectiva de los niños/as y de los psicoterapeutas al inicio y luego de tres meses de psicoterapia?*

Para lograr lo propuesto, se utilizaron diferentes metodologías para evaluar tanto la alianza terapéutica como la calidad del vínculo terapéutico. En cuanto a los instrumentos utilizados para la alianza, esta fue evaluada mediante la utilización de una escala denominada *Therapeutic Alliance Scale for Children-revised (TASC-r)* (Creed & Kendall, 2005; Shirk & Saiz, 1992) en su versión para niños/as (TASC-N) y su versión para terapeutas (TASC-T), con el objetivo de dar cuenta de la perspectiva de los niños/as acerca de la alianza terapéutica reportada por ellos mismos y por el psicoterapeuta. Mientras que, para dar cuenta de la calidad del vínculo de la alianza terapéutica desde la perspectiva de los niños/as, se utilizó el dibujo de la alianza terapéutica denominado *'Mi psicólogo y yo'* (Núñez, 2021), el cual fue analizado a través de la *Escala de Clasificación Global* para la medición de la relación de apego (Fury, Carlson y Sroufe, 1997), siendo necesario realizar una adaptación, por parte de las presentes autoras, para valorar la alianza terapéutica como parte de la presente Memoria. Estos instrumentos fueron utilizados para la medición de ambos momentos del proceso psicoterapéutico, es decir, al inicio y luego de tres meses de psicoterapia.

La relevancia de realizar lo propuesto en este estudio, radica en la posibilidad de indagar en instrumentos que permitan medir la calidad de la alianza terapéutica con niños/as, así como la calidad del vínculo terapéutico, elemento central de la alianza. Así, se busca fomentar la exploración donde no solo se considere la mirada de los padres y/o psicoterapeutas para la descripción de la alianza terapéutica, sino a partir de la mirada de los niños/as, indagando en maneras de favorecer sus procesos terapéuticos y, por consiguiente, mejorar sus intervenciones.

### 3. Antecedentes teóricos

#### 3.1. Psicoterapia y alianza terapéutica

Para comenzar, es preciso hacer referencia a qué se entiende por psicoterapia. Siguiendo a Lambert (2015), ésta corresponde a una colaboración que surge entre un profesional clínico capacitado y un paciente, cuyo objetivo es alcanzar la disminución de síntomas conflictivos y ayudar a prevenir recaídas, constituyéndose incluso, como un apoyo para trabajar en el cambio de personalidad deseado, mejorar la adaptación en las relaciones y en diferentes contextos, entre otros beneficios. Además, los pacientes podrían adquirir nuevos conocimientos y habilidades que posterior a la finalización del tratamiento continuarían utilizando.

Estudios realizados a través de las décadas, señala Lambert (2015) dan a conocer numerosos diseños de investigación, metodologías e investigaciones meta-analíticas que conforman una robusta evidencia científica, capaces de demostrar la eficacia de los procesos psicoterapéuticos aplicados en diversos entornos, condiciones y poblaciones. Distintas investigaciones basadas en el tamaño del efecto concluyen que existen mayores posibilidades de resultados positivos con pacientes tratados en comparación a aquellos que no reciben psicoterapia durante un mismo periodo de tiempo (Lambert, 2015). Por lo que surge como una intervención segura, eficiente y eficaz en la mayoría de las condiciones de diagnóstico, con efectos de gran alcance y beneficios duraderos en el tiempo (Lambert, 2015).

En la investigación del proceso psicoterapéutico y los factores que inciden en el resultado de éste, diversos investigadores se han enfocado en estudiarlo a través de dos factores denominados *factores específicos* y *factores inespecíficos* (Opazo, 2017). La primera se asocia a aspectos de carácter técnico de un enfoque de trabajo determinado, mientras que la segunda, también denominada factores comunes, refiere a aquellos aspectos similares presentes en las diferentes líneas teóricas (Opazo, 2017).

En cuanto a los *factores inespecíficos*, Krause et al. (2006) mencionan que incluyen condiciones generales de la psicoterapia, tales como la noción de alianza terapéutica, la estructura de la situación terapéutica, la función del terapeuta, la forma de interacción, y la manera en que se organizan y se transmiten los contenidos terapéuticos. Por su parte,

Lambert (2015), añade que los cambios ocurridos dentro del proceso parecieran relacionarse más con los factores inespecíficos que las específicas. Incluso, investigaciones enfocadas en la eficacia del tratamiento, arrojan como resultado que los factores comunes corresponderían al 85% del cambio en psicoterapia, frente a un 15% atribuido a las técnicas específicas de cada enfoque (Asay & Lambert, 1999; Lambert, 1992).

Ahora bien, para comprender el origen de la conceptualización de los factores comunes, es necesario hacer referencia a Wampold (2015), quien plantea que estos no se deben limitar a una serie de elementos terapéuticos compartidos por todas o la mayor parte de las psicoterapias, sino que, en su conjunto, van conformando un modelo teórico de factores comunes específicos en torno a los mecanismos del cambio en la psicoterapia denominado como *modelo contextual*.

Este modelo plantea tres vías por las que la psicoterapia resulta útil (Wampold, 2015). Siguiendo al mismo autor, la primera refiere a la *relación real*, descrita como una interacción confidencial que permite la revelación de información y temas difíciles sin una amenaza de que se disuelva el vínculo entre paciente y psicoterapeuta. La segunda vía, concierne a las *expectativas*, cuyo sostén es que los pacientes acuden a psicoterapia basándose en sus propias creencias y explicaciones sobre su padecer, siendo esta un medio para superar o hacerles frente a las dificultades. En ésta debe existir acuerdo entre las partes en torno a las metas y tareas del tratamiento, elementos descritos como fundamentales de la alianza terapéutica. En cuanto a la tercera vía, está relacionada con las *variables específicas*, donde cada tratamiento contiene acciones determinadas realizadas por el terapeuta. De este modo, el modelo describe que la importancia de los factores comunes es mayor que la elección específica de uno u otro tratamiento, aunque advierte que una psicoterapia basada solo en estos factores no sería suficiente para resultar eficaz (Wampold, 2015).

Dentro de los factores comunes, se ha enfatizado en la importancia de la *alianza terapéutica*, la que tiene gran predominio en los resultados que se dan en el proceso de psicoterapia (Santibáñez et al., 2008). La alianza terapéutica vendría a contribuir de manera sustancial y consistente a los resultados del tratamiento independiente del enfoque utilizado por el profesional, dando cuenta de una correlación firme entre alianzas fuertes y resultados positivos en psicoterapia (Rossetti y Botella, 2017), convirtiéndose en factor decisivo, instrumental, ya sea en la segunda como tercera vía descrita por Wampold (2015).

Según Zetzel & Meissner (1974), la noción de alianza terapéutica es la base indispensable de todo tratamiento psicoterapéutico, que, siguiendo a Fossa (2012), refiere

a una relación de carácter positiva y estable que surge en la relación entre las partes, paciente y psicoterapeuta, que permite dar rienda al desarrollo del proceso. Por su parte, Wampold (2015) añade que una alianza sólida indicaría que el paciente se adhiere al tratamiento y estaría trabajando en conjunto con su psicoterapeuta, dando paso al sentimiento de confianza en el paciente de que el tratamiento será satisfactorio. Así, se plantea que las alianzas fuertes muestran tener una estrecha relación entre las expectativas que se tienen de la alianza del tratamiento y las características propias del paciente y del psicoterapeuta (Muran & Barber, 2010), considerando así, como parte de la alianza, las características específicas de cada una de las partes, pudiendo ser influida por factores como el sexo, la edad, los años de experiencia del terapeuta, la sintomatología del paciente, entre otros (Accurso & Garland, 2015; Campbell & Simmonds, 2011)

Si se remonta a los inicios de este concepto, damos cuenta de un surgimiento desde las teorías psicoanalíticas impulsadas por Sigmund Freud y su relación con la noción de transferencia (Rossetti y Botella, 2017), en el que se hace referencia a este concepto como el “lazo entre paciente y analista, que se instaura de manera automática y actual y reactualiza los significantes que han soportado las demandas de amor en la infancia” (Chemama, 1998, p.438), es decir, una repetición de los prototipos de amor infantiles del paciente con el analista, caracterizada por ser vivenciada con un marcado sentimiento de realidad (Laplanche y Pontalis, 2004). De todos modos, la idea de la relación transferencial se ha ido poco a poco nutriendo de los diferentes aportes de diversas corrientes psicoterapéuticas, dando forma a la noción de alianza terapéutica, que además de incorporar elementos relacionales colaborativos en su entender, instauran un marco que genera un puente entre las diferencias conceptuales del término (Núñez y Gómez, 2019). Así, más allá de destacar sus diferencias, es importante dar cuenta de cómo se ha ido transformando en un concepto transversal en la psicología, que, a su vez, considera las visiones y objetivos particulares de cada línea.

Como una forma de unificar y generalizar la idea de la alianza en la psicoterapia, se encuentran los trabajos de Bordin (1979), que, según De la Parra (2006), han dado la posibilidad de ser considerado un objeto de estudio en la investigación empírica en psicología. Este modelo es denominado como *Modelo de Bordin*, que sigue la línea de lo transteórico, entendiendo la alianza como el producto de una relación de ayuda que enfatiza el rol colaborativo del paciente orientado al cambio (Bordin, 1979).

El modelo se guía a partir de sus cuatro propuestas básicas. La primera, refiere a la idea de que los diferentes abordajes psicoterapéuticos poseen una alianza que juega un papel fundamental, pero que se va diferenciando de acuerdo con la diversidad de escuelas y el tipo de trabajo que requieren. La segunda, propuesta corresponde a que la eficacia de un proceso está determinada en gran medida por la fuerza de la alianza formada entre las partes. La tercera, menciona que a partir de los diferentes enfoques de trabajo se sostendrán las diversas demandas particulares entre paciente y terapeuta. En cuanto a la última propuesta, el autor enfatiza en que la fuerza de la alianza es una relación entre las demandas del tipo específico de la alianza y las características personales que posee cada una de las partes de la relación (Bordin, 1979; Fossa, 2012).

Con estos principios que dirigen el constructo de alianza terapéutica, se establece una definición con tres componentes fundamentales (Bordin, 1979), que en su combinación definen la calidad y fuerza de la alianza (Fossa, 2012).

En primer lugar, se encuentra el *acuerdo en las tareas*, que indican aquellos acontecimientos específicos que se requiere que el paciente realice para beneficiarse de su tratamiento, siendo el medio para alcanzar objetivos propuestos. Para que lo anterior sea óptimo, la diada de la relación debe percibir las tareas como relevantes y efectivas para generar el cambio, además de aceptar su responsabilidad de cumplirlas (Etchevers, Garay, González y Simkin, 2012; Horvath & Luborsky, 1993).

En segundo lugar, aparece *el acuerdo en las metas*, correspondientes a objetivos acordados de manera mutua entre las partes y que proponen dirigir el proceso (Etchevers et al., 2012). Por su parte, Horvath y Luborsky (1993), señalan que una fuerte alianza terapéutica es caracterizada por un psicoterapeuta y paciente capaces de respaldar, valorar y luchar por el cumplimiento de las metas terapéuticas establecidas. Es importante resaltar que, Bordin (1979) comenta que la eficacia de las tareas en la generación de movimiento hacia una meta dependerá de la vivacidad con la que el psicoterapeuta pueda vincular la tarea propuesta al sentido de las dificultades del paciente y a su deseo de cambio.

El tercer y último pilar constitutivo de la alianza es el *vínculo*, que está referido a la compleja red de conexiones existentes entre paciente y terapeuta, que incluye la aceptación, la confianza mutua y la confidencialidad (Horvath, 1994). Según Fossa (2012), el vínculo alude a una ligadura afectiva existente entre la diada, que se fortalece y debilita, que se construye y reconstruye constantemente durante el proceso psicoterapéutico. Es importante resaltar la idea de que existe una evolución de la alianza a lo largo del

tratamiento, favoreciendo mayores cambios, una mayor confianza, lo que facilitaría el proceso terapéutico (Karver et al., 2006; Núñez y Gómez, 2019).

No es menor hacer hincapié en que el primer encuentro entre paciente y terapeuta es básicamente una reunión entre dos sujetos extraños, donde el primero irá decidiendo si el segundo es de confiar, considerando si éste tiene la experiencia necesaria, si se tomará el tiempo y esfuerzo para comprender el problema que lo aqueja y el contexto en el que está situado aquel dilema (Wampold, 2015). Es desde este momento inicial que la alianza se irá conformando (Wampold, 2015). Por su parte, Muran & Barber (2010), añaden que cada parte de la diada llega con sus propias ideas sobre en qué consiste un buen trabajo psicoterapéutico, donde la alianza terapéutica actúa a modo de negociación entre las diferencias existentes que se dan tanto al inicio como a lo largo del proceso. Así, la calidad de la alianza derivaría de la capacidad de cada una de las partes de colaborar estas diferencias en el marco de los tres componentes fundamentales, siendo la calidad de ésta esencial para un exitoso abordaje psicoterapéutico (Núñez y Gómez, 2019), influyendo en el desarrollo de la alianza y viceversa (Bordin, 1979). A esto se añade que, según Feixas y Miró (1993), la calidad del vínculo determinaría el tono emocional de la vivencia que el paciente tiene del terapeuta, contribuyendo a su colaboración durante el proceso.

### **3.2. Alianza terapéutica en niños/as y adolescentes**

Existe gran cantidad de estudios enfocados en la investigación acerca de la alianza terapéutica en la psicoterapia de adultos, a comparación del número de estudios dedicados a niños/as y adolescentes (Horvath, Del Re, Fluckiger & Symonds, 2011). En cuanto a los últimos, existe una mirada hacia la relación terapéutica en general, sin considerar, medir o buscar lo específico y constitutivo de la alianza en esta etapa (McLeod, 2011). Desde el constructivismo evolutivo se ha visto que la relación que se da entre terapeuta y paciente requiere un análisis no solo de las metas y objetivos terapéuticos que constituyen la alianza, sino que con los niños/as y adolescentes se requiere de un análisis de los aspectos evolutivos, psicopatológicos y clínicos del desarrollo, llegando a un diagnóstico clínico junto a decisiones de cambio y la formulación de metas y objetivos terapéuticos (Sepúlveda, 2020).

Se ha visto que en la formación de la alianza con niños/as y adolescentes el proceso resulta aún más dificultoso en comparación a los adultos, puesto que en su medición

mayoritariamente se ha tomado como base el modelo conceptual aportado por Bordin (1979), en el que se han identificado ciertas imprecisiones para ser aplicados a esta población. Esto deriva de dos principales razones: primero, la niñez y la adolescencia corresponden a períodos que presentan constantes cambios y que se encuentran en desarrollo, lo que hace que el foco del tratamiento se torne más complejo y diferente en las distintas figuras y miembros del esquema familiar (Núñez y Gómez, 2019); y segundo, los niños/as no siempre tienen claridad de su motivo de consulta, no identificando la existencia de un problema por no concordar con los adultos sobre las metas terapéuticas, dado que se reflejan los intereses de terceros involucrados en la vida del niño/a (Baylis, Collins y Coleman, 2011; Núñez y Gómez, 2019; Shirk y Karver, 2011). De este modo, es posible comprender que el bajo compromiso inicial en la psicoterapia que se puede presentar en los niños/as, puede afectar significativamente en la alianza terapéutica, sobre todo, en el acuerdo de las metas y objetivos terapéuticos, sumado a la colaboración dentro del proceso (Baylis et al, 2011; Shirk & Karver, 2011), y manifestándose a través de una postura evitativa (Núñez, 2021).

Se ha enfatizado en la importancia de la alianza terapéutica como un aspecto central en este proceso psicoterapéutico (Álamo, 2019; Capella et al., 2015). Así, considerar las variables de la relación es clave en el abordaje infanto juvenil y familiar, dado que los niños/as y adolescentes no suelen auto referirse y a menudo comienzan un tratamiento sin ser conscientes de las problemáticas que motivan la intervención, en conflicto con sus figuras parentales y/o resistentes al cambio (Karver, 2018; Shirk & Karver, 2003). En consecuencia, el desarrollo de las relaciones terapéuticas sólidas en esta población y sus familiares pueden facilitar el compromiso y disminuir la resistencia al tratamiento al proporcionarles un contexto estable, de apoyo y aceptación como lo es el espacio de psicoterapia (Karver, 2018),

Ahora bien, es relevante hacer referencia a la asociación entre los elementos de la alianza terapéutica y cómo explican los resultados del tratamiento con niños/as y adolescentes. Por una parte, se encuentra el meta-análisis realizado por Karver, Handelsman, Fields, & Bickman (2006) que incluye 49 estudios de diferentes orientaciones terapéuticas, estando 14 de éstos enfocados en la alianza terapéutica infanto juvenil. En estos, la correlación de la alianza terapéutica con otras variables del proceso, tales como la empatía del psicoterapeuta y la relación de los padres con el psicoterapeuta, las calificaciones del impacto de la sesión y la participación de los niños/as en el tratamiento, y

la relación entre la alianza y los resultados del tratamiento en esta población, varió ampliamente entre los estudios. En cuanto a la medida del tamaño del efecto, se ubicó en un rango de pequeño a moderado, siendo consistente con lo informado en el tratamiento de adultos. Los resultados del estudio apuntan a que la relación entre la alianza terapéutica con niños/as y adolescentes y los resultados del tratamiento son altamente generalizables, encontrándose una amplia variedad de entornos y de tipos de tratamiento que lo sustentan.

Por otra parte, existe otro meta-análisis realizado por Karver et al. (2018), en el que se realiza una revisión de la correlación entre alianza y el resultado del tratamiento en niños/as y adolescentes. Esta se compuso de 28 estudios, con una edad media de los participantes de 12.38 años. Se codificaron variables asociadas con elementos clínicos o características metodológicas que pueden haber influido en la relación entre alianza y resultado, concluyendo que la formación de alianzas y su mantenimiento durante el curso del tratamiento, tiene el potencial de ayudar a los terapeutas a lograr resultados positivos en la psicoterapia infanto juvenil frente a diferentes trastornos. Se encontró que la alianza terapéutica presenta una asociación pequeña o mediana con el resultado, variando según el diagnóstico, el tipo de terapia, el diseño del estudio y el entorno del tratamiento. La alianza terapéutica parece demostrar ser un factor crítico para explicar por qué los niños/as y adolescentes tienen tal variabilidad en los resultados de la intervención. También se encontró que los pacientes infanto juveniles que tienen más fortalezas interpersonales y relaciones positivas antes del tratamiento, como apoyo y/o apego seguro, estarían más motivados y tendrían más creencias positivas sobre el tratamiento y/o una posible relación positiva con un terapeuta.

Asimismo, se debe hacer énfasis en el carácter evolutivo de la alianza terapéutica con niños/as, pues es posible observar que, si la alianza terapéutica crece, se observan más y diversos cambios terapéuticos (Karver et al., 2006). En la fase inicial, que conllevaría en algunas ocasiones un bajo compromiso y una postura más evitativa de parte de los niños/as, al traspasar esta primera barrera, surge una relación caracterizada por una interacción positiva y una adhesión del niño/a hacia las intervenciones del terapeuta (Núñez, 2021). Esta intervención positiva ayuda a generar los primeros cambios y la evolución hacia una alianza más fuerte, siendo los niños/as receptivos a la manera en que el terapeuta se relaciona con ellos, caracterizada por una postura centrada en el niño/a, lúdica, con encuentros alegres y simétricos, además de un compromiso genuino de parte

del terapeuta en las actividades realizadas en conjunto que favorecen el desarrollo de la confianza y el afecto del niño/a en la relación (Núñez, 2021).

En la misma línea, se debe destacar otro elemento clave de la psicoterapia infanto juvenil, que según Gvion & Bar (2014) corresponde a la participación de terceras personas en el tratamiento, en específico, el contacto del terapeuta con los padres quienes también forman parte de la alianza del proceso, un elemento diferenciador en el abordaje con adultos. Esto da paso a dos diferentes alianzas según la relación entre las partes: en la relación niño/a y psicoterapeuta es denominada como alianza de niños/as, mientras que en la relación cuidador-terapeuta es nombrada alianza de cuidadores. Siguiendo a este autor, existirían distintos modelos en la psicoterapia infantil que incluye a los padres, siendo el primero de estos el asignar un profesional al niño/a y otro diferente a los cuidadores, lo que permitiría ir trabajando en profundidad con cada una de las partes, pero con la desventaja de eliminar los momentos y espacios en común para un trabajo más sistémico. En cuanto al segundo, se recomienda un tratamiento simultáneo con padres e hijos, donde cada uno es tratado individualmente, pero con el mismo terapeuta. Sobre el tercer modelo, este refiere a la integración de todas las partes del sistema consultante en el proceso psicoterapéutico. A partir de estos tres modelos, es posible vislumbrar la importancia de considerar e involucrar a los padres durante el tratamiento (Gvion & Bar, 2014).

A este momento, ya se da cuenta de la relación tridireccional de la alianza terapéutica infanto juvenil entre niños/as y adolescentes, sus cuidadores y el psicoterapeuta, en el que se forman e influyen mutuamente (Karver et al., 2018). Esta relación formaría un espacio triangular dentro de la psicoterapia infantil, compuesta por las conexiones padre e hijo/a, psicoterapeuta y niño/a, y psicoterapeuta y padre (Gvion & Bar, 2014). Cada uno de los miembros involucrados va observando la intervención y conexión de los otros dos participantes, lo que la beneficia (Karver et al., 2018). Para esto es importante que, según Gvion & Bar (2014), por un lado, las figuras parentales proporcionen a los niños/as o adolescentes la confianza necesaria para entablar una conexión con su psicoterapeuta y, por otro lado, el psicoterapeuta requiere reconocer la conexión entre el niño/a y sus cuidadores, la que está llena de una historia de vida que éste no conoce; y, por último, el paciente debe reconocer la conexión entre sus padres y el terapeuta. Estas dinámicas van influyendo en la alianza entre paciente y psicoterapeuta, dado que, a lo largo del proceso psicoterapéutico, los padres pueden expresar su ansiedad de variadas formas, ya sea a través de la ira, de la evitación, e incluso por medio de sentimientos de sabotaje al proceso,

siendo central dejar de manifiesto que no solo el terapeuta es responsable de los cambios que ocurren en el paciente, sino que los padres cumplen un rol fundamental (Gvion & Bar, 2014).

Siguiendo con el rol de los padres, se ha señalado que la presencia de estos como agentes psicoterapéuticos, es decir, como medio y apoyo al proceso del niño/a, es uno de los parámetros más paradójicos del trabajo con niños/as y adolescentes, dado que, a diferencia del trabajo con adultos, en éste aparecen los padres reales, los que pueden ser distintos a los padres que el paciente tiene internalizado, lo que deriva a un equilibrio entre su realidad interna y la externa (Gvion & Bar, 2014). Además, se ha observado que la motivación de los padres para que sus hijos comiencen a ir a terapia, sumado a las expectativas sobre el tratamiento y su capacidad de pensar en los sentimientos, están estrechamente relacionadas con las tasas de abandono en psicoterapia (Midgley & Navridi, 2006). Es por lo anterior que, se debe considerar la importancia de las expectativas de los padres en torno a la psicoterapia de sus hijos/as y la manera en que afectan, siendo productivo que los psicoterapeutas preparen a los padres otorgándoles la debida información sobre el proceso, y de este modo, conducir hacia expectativas más positivas (Schumann & Shapiro, 2002).

Para Accurso & Garland (2015), la alianza en psicoterapia infanto juvenil al estar compuesta por múltiples relaciones genera mayor dificultad tanto en su estudio como en su práctica clínica. Al respecto, estos autores plantean que existen múltiples perspectivas y diferentes maneras de percibir la alianza terapéutica en cada uno de los miembros de la psicoterapia. Los niños/as y cuidadores generalmente perciben una fuerte y estable alianza con el psicoterapeuta, priorizando el vínculo por sobre las tareas terapéuticas, a diferencia de lo que los psicoterapeutas perciben en la misma relación, quienes subestiman el grado en que las familias se sienten aliadas de ellos (Accurso & Garland, 2015). Cada miembro percibe de manera diferente la alianza generada, lo que se debe tener en consideración para mayor comprensión e investigación sobre este elemento en psicoterapia infanto juvenil, pues la medición de ésta estaría ligada a quién percibe e informa sobre ella, que en su mayoría correspondería a los padres (Accurso & Garland, 2015).

Con relación al componente central de la alianza, se ha destacado el rol del vínculo afectivo (Campbell & Simmonds, 2011; Shirk & Karver, 2011), dando paso a diversas visiones respecto del lugar que ocupa en el proceso y resultado de la psicoterapia. Al respecto, Anna Freud (1946) señala que un apego afectivo entre niño/a y psicoterapeuta es

un prerrequisito para todo trabajo psicoterapéutico que se realiza con posterioridad. Esta visión vincular lo enfatiza como un medio para lograr un trabajo psicoterapéutico elaborativo (Shirk & Karver, 2011). Por su parte, los terapeutas de juego centrado en el niño/a, a partir del trabajo de Axline (1957), destacan la naturaleza curativa de la relación, donde la experiencia de niños/as y adolescentes en relación con un psicoterapeuta apoyador, sintonizado y no enjuiciador, es concebido como pilar fundamental para el cambio terapéutico (Shirk & Karver, 2011). Ello se relaciona con la visión de quien postula que la psicoterapia no sería conceptualizada como tratamiento al niño/a, sino como una oportunidad de crecimiento, donde la conexión emocional que se da en el proceso sería un componente nuclear de la alianza y el cambio terapéutico (Shirk & Karver, 2011).

El vínculo es planteado como un impulsor que promueve el trabajo terapéutico y que posibilita el ocuparse con determinación en las tareas de la psicoterapia (Shirk & Karver, 2011). Siguiendo a Baylis et al. (2011), el terapeuta infantil, como se mencionó con anterioridad, tiene por desafío enganchar a quién consulta en un proceso que no precisamente concibe como necesario o que le puede brindar ayuda, en el que puede existir desacuerdo entre los pacientes con sus padres respecto de cómo y de qué debería ser el tratamiento (Núñez y Gómez, 2019). Así, la tarea de los terapeutas sería conciliar, al menos, el motivo de consulta del niño/a o adolescente incorporando los objetivos, a la vez que se ajustan las demandas de los padres respecto a la psicoterapia del paciente, puesto que si tan solo se logra una alianza de calidad entre psicoterapeuta y niño/a sin tener en cuenta los cambios contextuales para mejorar los motivos por los que se va a psicoterapia, el impacto de ésta sería bajo (Núñez y Gómez, 2019).

En síntesis, se debe hacer énfasis en que el desarrollo y mantenimiento de un vínculo emocional facilitarían un cambio emocional y de comportamiento mediados por condiciones como la empatía, la autenticidad y la consideración positiva apareciendo como ingredientes activos de la psicoterapia. De esta manera, el énfasis en la conexión emocional y el vínculo devendría como un componente central de la alianza entre psicoterapeuta y paciente en el trabajo con población infanto-juvenil (Shirk & Karver, 2011).

### **3.3. El vínculo terapéutico como una relación de apego**

Ahora bien, respecto a la exploración del rol de la alianza terapéutica en el proceso psicoterapéutico, existe escasa investigación centrada en la comprensión de la dimensión

vincular y su importancia en los principales participantes de la psicoterapia (Altimir et al., 2017). Al ahondar en este componente de la alianza, es posible señalar que lo vincular constituye una especie de precondition para lograr un trabajo psicoterapéutico elaborativo con el paciente (Shirk & Karver, 2011), siendo incluso un elemento considerado como principal a través de reportes de terapeutas (Campbell & Simmonds, 2011), donde el psicoterapeuta es visto como una fuente que provee una base segura al paciente en tiempos de necesidad (Smith, Msetfi & Golding, 2010).

Con lo anterior, la relación entre paciente y psicoterapeuta es posible de asemejar a una relación de apego, en especial el componente vincular de ésta. De acuerdo con Bowlby (1977), el apego corresponde a la tendencia de los seres humanos a crear fuertes lazos afectivos, íntimos, y duraderos con determinadas personas (Marrone, 2001). En su concepción más básica, el apego se explica como el vínculo afectivo de mayor importancia que tiene relación con la primera figura significativa de contención en el niño/a (Bowlby, 1986). Ante una serie de estímulos de carácter estresante y situaciones desencadenantes que se perciben como amenazantes y causantes de malestar, el sistema de apego se activa como respuesta a éstas, poniendo en marcha pensamientos y comportamientos relacionados con la búsqueda de proximidad a figuras de apego (Rossetti y Botella, 2017), tal es el caso de padres o cuidadores caracterizados por ser mayores y con más conocimientos (Garrido, 2006; Holmes, 2015).

Como parte fundamental del apego se encuentran los procesos reguladores de los afectos, estos incluyen las emociones, la capacidad de recuperación ante el estrés, y la vivencia de experiencias nuevas; convirtiéndose así en indicadores de la seguridad del apego (Shore & Shore, 2007). En un comienzo, las emociones son reguladas por terceros, pero a medida que se avanza en el desarrollo, el niño/a es capaz de autorregularse debido a su desarrollo neurofisiológico. Así, logra una capacidad de adaptación y regulación en la flexibilidad de los estados psicobiológicos de las emociones, a través de la interacción con terceros en contextos interconectados y de la autorregulación en contextos autónomos (Schore & Schore, 2007). En las primeras relaciones de apego, los niños/as desarrollan formas de relacionarse con su mundo interno y externo, adquiriendo habilidades para la regulación interactiva de emociones con terceros hasta llegar a la autorregulación de la experiencia emocional (Duquette, 2010), dando como resultado una exitosa contención que daría paso al establecimiento de un apego de tipo seguro (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). Esto, puesto que los niños/as sienten la disponibilidad física y emocional de sus

cuidadores, y, como consecuencia, van estableciendo pensamientos, emociones y comportamientos organizados que les permiten señalar las necesidades de apego con mayor exactitud y con la expectativa de una respuesta positiva (Shore, 2001). Esta clasificación provee un contexto seguro para la exploración no solo en el ambiente, sino que también la mente del cuidador a través de procesos intersubjetivos (Zilberstein, 2014), presentando la capacidad de solicitar ayuda cuando se necesita y de poder utilizarla, apuntando a la autorregulación y gestión de las emociones (Holmes, 2015).

Existen otras clasificaciones de apego denominados como apego inseguro de tipo evitativo, ansioso o desorganizado, que tienden a comportarse de manera rígida y con menor capacidad para el cambio (Liotti, 2004), y si se presentan dificultades, éstos pueden resultar excesivamente autosuficientes o dependientes, (Holmes, 2015). Particularmente, el apego inseguro de tipo evitativo presenta una tendencia a la no búsqueda de apoyo, empatía o intimidad en los vínculos de apego (Marrione, 2001); en el ansioso un alto nivel de ansiedad y baja evitación, a la vez de una fuerte necesidad de cercanía de los otros y miedo al rechazo (Mikulincer, Shaver & Pereg, 2003); y, en el de tipo desorganizado, existe una falta de orientación a cómo organizar un patrón unitario y coherente con la figura de apego, provocando una incapacidad para regular el estrés de separación y, por ende, comportamientos que pueden llegar, incluso, a medidas patológicas que permitan auto calmarse como es la disociación (Main, Kaplan & Cassidy, 1985).

Ahora bien, es importante enfatizar en que el comportamiento de apego no se acota únicamente a lo acontecido a la figura primaria, pues es un sistema innato y funcional que, aunque sea más evidente en la infancia, se encuentra de manera activa a lo largo de la vida de los sujetos (Rossetti y Botella, 2017). Ya en las primeras experiencias en relación con terceros, los niños/as comienzan a entender el comportamiento de los demás, volviéndose capaces de activar de manera flexible múltiples conjuntos de representaciones incluyendo las de sí mismo, permitiéndoles responder adecuadamente a situaciones interpersonales (Fonagy et al., 2002). Que los infantes puedan explorar el significado de acciones de los demás es un precursor de su capacidad para etiquetar y hallar el significado de sus propias experiencias psicológicas, y una habilidad que subyace la capacidad de regulación, el control de impulsos, la autogestión y la autoagencia, elementos fundamentales para la construcción del sí mismo (Fonagy et al., 2002). De este modo, es posible pensar de manera vincular el apego seguro, tal como menciona Procaccia, Veronese & Castiglioni (2014), en donde los niños/as reflejan tendencia a tener mayor confianza con otras

personas, percibiendo las relaciones cercanas de manera reconfortante, además de ser capaces de desplegar diferentes estrategias eficaces para el manejo del estrés.

En el contexto de la psicoterapia y su práctica clínica, la interiorización del terapeuta como figura positiva para el niño/a puede ser considerada como una figura de apego dentro de la alianza terapéutica (Núñez, 2021), la que se torna de carácter decisivo, puesto que éste actúa como un regulador interactivo de los estados psicobiológicos del paciente (Schore & Shore, 2007). El psicoterapeuta, desde un comienzo, va aprendiendo sobre las estructuras rítmicas no verbales de los estados internos del niño/a, modificando de manera flexible y fluida su propio comportamiento para alcanzar una sincronización con éste, co-creando así, un contexto que facilite el crecimiento de la alianza terapéutica (Schore & Shore, 2007). La vinculación entre ambos se establece a lo largo del tiempo, dando paso a la expresión de experiencias que se corresponden con la historia intersubjetiva que tuvo lugar en la primera relación de apego del paciente (Schore & Shore, 2007). Con el avance de la psicoterapia, y la interiorización del terapeuta, se pueden observar interacciones más afectivas, libres y simétricas en términos de roles y acciones, apoyado en las interacciones lúdicas y alegres que se dan entre niño/a y terapeuta (Núñez, 2021), sugiriendo que ha medida que pasa el tiempo existiría una relación de mayor horizontalidad entre estos actores.

Cuando los pacientes se sienten seguros con un terapeuta caracterizado por su presencia, regularidad, previsibilidad, amabilidad y empatía (Holmes, 2015), los afectos dolorosos surgen en el contexto de una relación terapéutica mutuamente cooperativa, reforzando así la alianza terapéutica (Marrone, 2001). Es por lo que, según Holmes (2015), un objetivo de psicoterapia correspondería al proceso de modelar patrones saludables de búsqueda de ayuda, esto a través de estas características del terapeuta. Así, esta relación de apego, similar a las relaciones de apego primarias, sería decisiva para que la psicoterapia genere un cambio en la manera en que el paciente se relaciona con el mundo (Duquette, 2010), ya sea, su mundo interior como su mundo relacional (Holmes, 2015), puesto que pasa a formar parte de los recursos relacionales interiorizados por el niño/a (Holmes, 2015; Núñez, 2021; Smith, Msetfi & Golding, 2010). La labor del terapeuta vendría a facilitar una relación de apego que favorece el vínculo afectivo (Núñez, 2021), donde se va estableciendo una sensación de seguridad o base segura, que aumente el potencial de regulación emocional en el paciente, posiblemente ausente ante una respuesta deficiente

por parte de las figuras cuidadoras (Duquette, 2010; Holmes, 2015), siendo así, capaz de reiniciar los procesos del desarrollo en el niño/a (Duquette, 2010).

Como otro elemento que permite el fortalecimiento del vínculo terapéutico, es crucial que se creen condiciones óptimas que favorezcan un crecimiento en la capacidad de mentalizar, definida como la capacidad mental por la cual se puede comprender, explícita e implícitamente, el comportamiento y los estados mentales, tanto propios como de los demás en términos de deseos, necesidades, sentimientos, pensamientos y creencias (Bateman & Fonagy, 2004), siendo así, un constructo multidimensional que debe ser comprendido como una dinámica influenciada por una situación de estrés o excitación, especialmente en determinadas relaciones de apego (Labbé, 2019). En el contexto de la psicoterapia, Allen et al. (2008) mencionan que el trabajo comienza por las capacidades preexistentes del paciente, buscando que aprenda una manera más consistente y efectiva de mentalizar, especialmente en las relaciones cargadas de afecto, tal como las relaciones de apego. Continúa señalando que, para un funcionamiento óptimo, es importante tener una actitud que implique interés en los estados mentales propios y ajenos, teniendo un carácter interrogativo, curioso, mentalmente abierto y eventualmente lúdico. De este modo, el éxito de cualquier tratamiento dependerá de la capacidad mentalizadora de ambas partes, psicoterapeuta y paciente (Allen et al., 2008).

Por último, es importante enfatizar que, si bien en la actualidad existen investigaciones con información que vincula la Teoría del Apego con la alianza terapéutica en adultos, se ha visto escasa evidencia de este aspecto en el trabajo con niños/as y adolescentes (McLeod, 2011). En general, la investigación en la población infanto juvenil se ha medido mayormente a través de la perspectiva o reporte de los adultos, padres y cuidadores de éstos, utilizando instrumentos de medición que han sido aplicados tanto a terapeutas como a las figuras parentales, existiendo pocos estudios que recuperen la mirada del paciente acerca de su propio proceso psicoterapéutico (Núñez y Gómez, 2019). Lo anterior, implica la búsqueda de estrategias metodológicas de investigación en la que se considere la vivencia del paciente infanto juvenil.

### **3.4. Investigación en psicoterapia desde la perspectiva de niños/as**

Tanto en la práctica clínica como en la investigación, los niños han sido tratados típicamente como objetos pasivos y conocidos, a través de las observaciones y relatos de

los adultos, en el que son considerados como devenires humanos más que como seres humanos, exacerbando así su objetivación tanto dentro de la investigación, como en la atención en salud y la sociedad en general (Driessnack, 2005). Esto se debe principalmente a la postura adultocéntrica instaurada en el desarrollo de la noción de infancia, dando paso a la exclusión de ser considerados como informadores válidos de sus propias vivencias, ante la idea de su incapacidad de proporcionar información de calidad (Midgley et al., 2006). Convirtiéndose en una misión a la que apuntar el dar protagonismo a los niños acerca de sus propias vivencias (Capella et al., 2015), puesto que proporcionan información trascendental acerca de sus procesos (Álamo, 2019; Capella et al., 2015; Carlberg et al., 2009).

Durante la última década, se ha observado un auge en el desarrollo de investigaciones en torno a las perspectivas de los niños/as en los procesos psicoterapéuticos, considerando cada vez más la necesidad de indagar en metodologías que incluyan estudios de los niños/as, buscando aproximaciones que les permitan manifestar lo que piensan, sienten y reflexionan, sobre todo de los más pequeños quienes no poseen un manejo completo del lenguaje (Driessnack, 2005).

Dentro de las investigaciones actualizadas para el estudio de la perspectiva infantil, se encuentra un estudio realizado por Luttrell (2010), que, si bien no refiere específicamente al ámbito psicoterapéutico, permite ilustrar nuevas metodologías de trabajo. Este se relaciona a la utilización de fotografías, narraciones y autorrepresentaciones, de niños/as acerca de la relación con sus profesores, con el objetivo de dar cuenta acerca de sus perspectivas y experiencias en el ámbito escolar, que de otro modo podrían omitirse o no comprenderse desde la mirada adulta, permitiendo la obtención de información, recuerdos y significados, enfatizando así la importancia de conocerlos. El propósito era discutir sobre el material recogido incorporando la narrativa obtenida a partir de sus relatos y así dar con información diferente de las versiones normativas desde el adultocentrismo, abriendo paso a nuevas conversaciones y consideraciones.

Otro estudio relacionado a las perspectivas de los niños/as fue realizado por Esin (2017), en el que se buscaba explorar la metodología narrativa utilizando múltiples modalidades de narración para comprender el modo en que es usada por estos para contar historias sobre sus vidas, a la par de entender cómo se desenvuelven en la comunidad a la que pertenecen. Esto fue realizado mediante el uso de imágenes que van construyendo, en conjunto de varios contextos interrelacionados, un modelo en que las narrativas son

interpretadas en dos niveles. Donde el primero se enfoca en el análisis de narrativas como co-construidas a través de la interacción entre historias de diferentes tipos. Y el segundo se refiere al abordaje dialógico con el objetivo de enfatizar en los componentes que modifican las narrativas. Lo anterior, permite suponer que las narrativas recurren a recursos de carácter cultural y personal para construir sus historias que se van entrelazando en los diálogos, creando un espacio discursivo que configura sus historias particulares. De este modo, el estudio da cuenta de otro método en el que obtener información más allá del habla y las narraciones escritas, para así enfocarse en las narrativas orales que otorgan elementos diferentes, convirtiéndose en una forma fructífera de investigación.

En lo que respecta a la investigación en psicoterapia en niños/as y adolescentes, es posible mencionar a Carlberg et al. (2009), con un estudio cuyo objetivo radica en la exploración de experiencias y expectativas de niños/as antes y después de psicoterapia desde un enfoque psicodinámico. Se realizaron entrevistas semiestructuradas usando instrumentos de autoevaluación, dibujos y juguetes. Como principales resultados, se halló, por un lado, que los niños, en su mayoría y considerando su corta edad, entre 6 a 10 años, tenían la capacidad de darse cuenta de manera clínica, tanto verbal como no verbal, de sus propias problemáticas; y, por otro lado, que niños aún más pequeños podían expresar qué les gustaría hacer y qué no en el espacio de terapia, enfatizando en su interés por asistir a psicoterapia sencillamente para pasar tiempo con su terapeuta. Como conclusión, enfatiza en la utilización del recurso del dibujo como una herramienta que ayuda a recordar sucesos pasados, estimulando a su vez la entrega de información en mayor detalle de relatos verbales acerca de situaciones conflictivas. Además, actúa como una posibilidad para expresar sentimientos y pensamientos de una manera más cómoda al facilitar un modo de expresión no verbal. De esta manera, el empleo de métodos no verbales durante las entrevistas infantiles aparece como un medio por el que expresarse de manera natural en consonancia a su propia etapa del desarrollo, siendo, además, un recurso que reduce el sesgo de sugestión, alentándolos a responder de acuerdo con su sentir y no con lo que se espera de ellos.

En el marco de las investigaciones en psicoterapia infantil a nivel nacional, se encuentra un estudio realizado por Capella et al. (2015), enfocada en la exploración del uso de los dibujos para indagar en la visión de los niños/as acerca de la psicoterapia y los procesos de cambio. Se presenta un análisis de caso de un niño/a con abuso sexual quien finalizó su psicoterapia de manera exitosa, proceso en el que se utilizó la metodología del dibujo

denominado 'Antes/después de la terapia' siendo acompañado de narraciones verbales por parte del niño/a. Esta metodología fue considerada, en una primera instancia, solo como una manera de facilitar las narraciones verbales durante las entrevistas de los niños/as, sin embargo, se observó que esta herramienta era capaz de proporcionar información valiosa respecto a las visiones de los niños/as, por lo que fueron considerados en el procedimiento de análisis. Como resultado, se obtuvo información acerca de las visiones personales del proceso psicoterapéutico, incluyendo temáticas como la relación psicoterapéutica, los cambios percibidos en los estados emocionales, el crecimiento personal, el empoderamiento, y el fortalecimiento de la autoestima; reflejando así, la transformación de los significados de la experiencia de abuso que no habían sido expresados por métodos verbales ni por otros más abstractos. De esta manera, la herramienta del dibujo fue capaz de adaptarse y ajustarse a las formas particulares de comunicación, constituyéndose como una metodología innovadora de trabajo.

Otra investigación nacional en torno a la psicoterapia infantil corresponde a la Tesis doctoral de Álamo (2019) cuyo objetivo se centró en generar un modelo del proceso de cambio en psicoterapia con niños/as en el que se considerara la integración de distintos enfoques terapéuticos y dimensiones del desarrollo del niño/a, sumado a su contexto. Plantea la necesidad de realizar más estudios que consideren los contextos y encuadres naturales, la inclusión de la familia y lo escolar en la atención con población infantil, y, más importante, centrarse en los procesos de cambio que ocurren en el transcurso de la psicoterapia y no tan solo en los resultados finales del tratamiento. De este modo, se realizaron dos estudios, siendo el primero una investigación conceptual de diferentes teorías psicoterapéuticas infantiles, con el objetivo de identificar su contenido y conceptualización del cambio, y así dar cuenta tanto de sus similitudes como de sus diferencias; esto a través de un análisis cualitativo de carácter descriptivo de la información recopilada. Se encontró que, en su mayoría, los terapeutas se manejaban de manera similar en el contexto de psicoterapia independiente de su enfoque teórico, y que las diferencias existentes no se deben necesariamente a la línea a la que se adscriben.

En cuanto al segundo, Álamo (2019) llevó a cabo un estudio de carácter cualitativo de tipo descriptivo y relacional transversal, cuyo objetivo fue la descripción de la perspectiva de los participantes de un proceso psicoterapéutico con niños/as en un encuadre natural, para identificar cuáles eran los principales cambios del niño/a y su contexto percibido y/o experimentado en el transcurso del proceso; además de analizar cómo se presentan y

evolucionan dichos cambios, y de este modo, lograr proponer un modelo de cambio para la psicoterapia infantil. Para esto, se escogieron 11 procesos psicoterapéuticos en contextos naturales y heterogéneos en sus motivos de consulta y problemáticas, en los que se aplicaron entrevistas semiestructuradas a los niños/as, a sus padres y a sus psicoterapeutas, incluyendo el uso de dibujos para facilitar la producción narrativa de los niños/as. Este dibujo fue denominado 'Antes/después de la terapia', misma herramienta utilizada en el estudio de Capella et al. (2015) mencionado con anterioridad, cuyo objetivo es lograr concretizar la experiencia y estimular los recuerdos, elaborando así, una propia pauta de análisis siguiendo postulados de diferentes autores. Los dibujos resultaron ser una técnica de gran aporte, permitiendo identificar aquello que los niños/as consideran mayormente respecto a los cambios percibidos y vivenciados durante el proceso psicoterapéutico, a la vez que se profundiza más allá de las verbalizaciones acerca del cambio.

En el área de la alianza terapéutica en la psicoterapia con niños/as existe una importante investigación realizada por Núñez (2021), correspondiente a una Tesis doctoral (en la que se inserta la presente Memoria) que engloba tres estudios acerca de la temática. Dicha investigación se centra en el estudio de la alianza terapéutica en población infantil considerada como fundamental y central para el proceso de cambio, que, a su vez, implica la participación de niños/as, padres y terapeutas, siendo recientes las investigaciones que incluyen las múltiples perspectivas. Su objetivo correspondió al análisis de la evolución de la alianza terapéutica con niños/as y padres y su rol facilitador en el cambio psicoterapéutico, todo esto desde la perspectiva de niños/as, padres y psicoterapeutas. Los estudios se detallan a continuación:

El primero, de Núñez, et al. (2021), aborda la alianza terapéutica en la psicoterapia infantil mediante la exploración de las experiencias de los participantes del proceso utilizando metodología cualitativa. Se incluyeron 12 tríadas de niños/as en etapa escolar, sus padres y sus terapeutas, en quienes se aplicaron entrevistas semiestructuradas de seguimiento, incluyendo la realización de un dibujo por parte de los niños/as, denominado 'Mi psicólogo y yo' elaborado por Núñez (2021). Como resultado se encontró que una alianza terapéutica positiva con los niños/as y sus padres se construye gradualmente durante el proceso, siendo el compromiso y la actitud lúdica del terapeuta, la implicación del niño/a y el terapeuta, y la colaboración de los padres, los principales factores para el surgimiento de una relación positiva. Estos aspectos generaron relaciones de confianza, de

validación y de cuidado, dando paso al moldeamiento de las motivaciones tanto de los niños/as como de sus padres hacia el proceso; concluyendo que la terapia puede ser concebida como una experiencia relacional, por lo que debe prestarse debida atención al compromiso del terapeuta con el proceso.

En el segundo estudio, realizado por Goic et al. (*in press*), de igual manera se consideró estudiar la relación terapéutica, en específico, la alianza terapéutica inicial, señalando su importancia para obtener una mejor adherencia al tratamiento y obtención de resultados positivos. Se buscó determinar la asociación entre la sintomatología, la edad y el sexo del niño/a, los años de experiencia del terapeuta, sumado a la alianza terapéutica inicial considerando la perspectiva de los niños/as, padres y psicoterapeutas; utilizando metodología cuantitativa. En los resultados se obtuvieron correlaciones significativas entre la edad del niño/a y su informe sobre la alianza inicial, entre la sintomatología del niño/a y el informe sobre la alianza inicial del psicoterapeuta, y asociación entre los múltiples informes de la alianza inicial. Los informantes reportaron alianza positiva, sin embargo, los psicoterapeutas tendieron a reportar puntajes significativamente más bajos, aunque no por eso dejaron de ser positivos, dando cuenta de que, la integración de múltiples perspectivas proporciona una mejor comprensión de la alianza terapéutica en un momento inicial del proceso según su etapa del desarrollo.

En tanto el tercer estudio, Núñez et al. (*in press*) se enfocaron en la exploración de la alianza terapéutica como facilitadora del cambio en distintos momentos del proceso, considerando las perspectivas de los niños/as, padres y terapeutas. Se estudiaron 5 tríadas terapéuticas a través de metodología cualitativa y longitudinal, realizando entrevistas semiestructuradas tanto al inicio como luego de cuatro meses de psicoterapia, además de considerar la integración de dibujos de los niños/as. Se halló que los participantes identificaron diferentes aspectos de la alianza terapéutica como elementos facilitadores del cambio, tales como la actitud cercana y adaptable del psicoterapeuta, el que dio paso a una mayor motivación y compromiso tanto en los niños/as como en los padres. También se dio cuenta de que, en etapas más avanzadas del proceso, una relación positiva y centrada en el niño/a, fomentaba la confianza del paciente con su psicoterapeuta, dando paso a cambios en los niños/as y de desarrollo de herramientas socioafectivas, en el que padres y psicoterapeutas consideraron que su propia relación facilitaba el cambio. De este modo, el incluir múltiples perspectivas permitió enriquecer el estudio, además de apoyar el postulado de que una relación positiva sería facilitadora del cambio.

Como conclusión general de la Tesis doctoral, y que engloba los tres estudios anteriormente mencionados, Núñez (2021) señala que el desarrollo de relaciones de carácter positivo requirió de disposiciones diferentes y evolutivas de los participantes de la tríada. Además, una relación positiva proporcionó una experiencia relacional sanadora para los niños/as a medida que se desarrollaban, y que una relación positiva entre padres y terapeutas permitía cambios en la psicoterapia.

De este modo, los métodos no verbales facilitan la comunicación de los niños/as, dando como resultado un aumento en el interés del uso del dibujo como medio de expresión y comunicación no amenazante (Driessnack, 2005; Malchiodi, 1998), constituyéndose como un acceso a sus perspectivas desde una metodología evolutivamente sensible (Álamo, 2019; Capella et al., 2015), a la vez que reflejan recursos del desarrollo mental, cognitivo, y sociocultural (Capella et al., 2015), permitiendo así, y ahora desde el enfoque de la psicología clínica y del desarrollo, reconocerlo como un instrumento eficaz para evaluar características cognitivas, afectivas y emocionales (Thomas & Silk, 1998), con el que incluso, se pudiese elaborar un protocolo de investigación en psicoterapia infantil (Capella et al., 2015). De allí, que los estudios descritos den cuenta de la valiosa recopilación de información a propósito de estas nuevas metodologías y cómo los niños lograron comunicarse con su terapeuta, siendo exitosa la decisión de aplicar la herramienta del dibujo.

### **3.5. Los dibujos en la investigación de apego en niños/as**

Dentro de la investigación en psicoterapia infantil, específicamente en la codificación y sistematización de la herramienta de dibujos infantiles, existe un estudio pionero realizado por Kaplan & Main (1986), enfocado en estudiar el impacto del estilo de apego en niños/as a partir de la prueba gráfica del dibujo de la familia. En este, evaluaron los dibujos de los pacientes infantiles para determinar la presencia de marcadores específicos y generales, notando diferencias significativas según el tipo de apego. En aquellos con apego seguro, se observaban producciones con representaciones más realistas, con figuras completas e individualizadas, en el que cada miembro familiar poseía algún rasgo distintivo, como, por ejemplo, encontrándose unos cerca de otros. En niños con apego evitativo, se apreciaban figuras humanas sin brazos, y si los tenían, estaban posicionados de manera tal que no favorecían lazos de apego en donde la familia presentaba poca individualización, y como

cuadro general, se veían bastante estáticos. En el apego ambivalente, las figuras se caracterizan por su tamaño excesivo o insuficiente, divididas e incluso superpuestas. Y, por último, el apego desorganizado, en donde los dibujos contenían signos con características extrañas, temas amenazantes, personas incompletas, presentadas como excesiva e irracionalmente dulces.

Posteriormente, Fury et al. (1997), basándose en los fundamentos teóricos de Kaplan y Main (1986), realizaron un estudio en el que participaron 171 niños/as entre 8 y 9 años, con el objetivo de investigar si los dibujos de niños/as eran capaces de capturar las representaciones de apego, argumentando que la comunicación no verbal a través de los dibujos permitía la expresión del niño/a. Para esto, se examinaron signos en dibujos realizados por niños/as con estilo de apego inseguro de tipo ansioso, evitativo y desorganizado. Así, se propusieron abordar los dibujos de la familia desde una perspectiva global, en el que se consideraron escalas de clasificación más generales en lugar de características individuales, que, si bien son de carácter subjetivo, y, por tanto, difíciles de utilizar, permitían la integración de la información de un modo eficiente, obteniendo así, asociaciones más fuertes. Idearon 8 escalas de evaluación organizadas en dimensiones que denominaron positivas y dimensiones que denominaron negativas. En las positivas, se hallan 2 dimensiones llamadas: *vitalidad/creatividad* y *orgullo/felicidad familiar*, y, en las negativas, se encuentran 6 dimensiones denominadas: *vulnerabilidad*, *distanciamiento afectivo*, *tensión o enfado*, *inversión de roles*, *bizarro o disociado*, y *valoración global de la patología*. A través de esta clasificación es posible puntuar los dibujos de un modo más integrador, prestando debido interés al contexto y al patrón de signos específicos en el dibujo, y no tan solo de manera global.

El análisis se dividió en cuatro fases: en la primera, se realizaron pruebas de asociación a través de chi-cuadrado sobre la clasificación de apego temprano y dibujo familiar independiente, en el que codificadores organizaron cada dibujo en relación a la integración de los signos y a su valoración subjetiva del mismo. En la segunda, se realizó un análisis de datos acerca de las relaciones entre dibujos específicos, signos, y el historial de apego. En la tercera, se examinaron las escalas de calificación del dibujo familiar en relación con la historia de apego, encontrando elementos que predijeron significativamente las relaciones entre escalas e historial. Por último, la cuarta fase, en la que se analizaron correlaciones entre la historia relacional temprana, circunstancias familiares actuales, evaluaciones de coeficiente intelectual con la variable compuesta del dibujo. Sobre los

resultados y conclusiones del trabajo de Fury et al. (1997), los signos específicos del apego ansioso planteados por Kaplan y Main (1985) resultaron ser bastante razonables. Se comprobó que los signos de dibujos individuales tenían una capacidad predictiva relativamente débil, volviéndose más potentes al añadir signos y escalas de valoración. El patrón de resultados más sólido se obtuvo al utilizar tanto la escala global de la patología como la clasificación de los dibujos sobre la base del apego seguro, utilizando toda la información contenida en el material.

Existe otra investigación elaborada por Procaccia et al. (2014) que relaciona y estudia el impacto del estilo de apego en los dibujos familiares de niños en etapa escolar, utilizando como sustento la teoría del apego y como metodología los sistemas de análisis de dibujos de niños/as, tomando elementos de Fury et al. (1997). El estudio fue realizado con 117 participantes, con edades comprendidas entre los 6 y 10 años, en el que se solicitó a cada participante dibujar una familia con el objetivo de observar las representaciones sobre ellos mismos y sus lazos familiares. Los dibujos se evaluaron a través de las 8 escalas de clasificación global de 5 puntos, cada una siguiendo el mismo método de Fury et al. (1997). Como conclusiones del estudio de Procaccia et al. (2014) se obtuvo que, al realizar comparaciones entre los diferentes estilos de apego, el apego seguro presentaba marcadores positivos asociados al sentido del sí mismo y de los demás, de una manera estable y bien integrada; en cambio, en aquellos niños con apego de tipo inseguro, se hallaron marcadores de inestabilidad y emoción negativa. De este modo, se distingue una correlación entre los dibujos de la familia y los patrones de apego, donde la evaluación del carácter integrador realizada a través de las ocho subescalas globales, demostró ser más eficaz para detectar diferencias entre los niños/as con diferentes estilos de apego a comparación de los marcadores específicos. Esto, permite confirmar que los dibujos de la familia utilizados corresponden a un instrumento válido que permite evaluar la manera en que los niños representan el apego.

Por otro lado, se han desarrollado distintos estudios en los que el dibujo es utilizado como un medio por el que explorar las representaciones de figuras significativas más allá de las relaciones parentales y familiares, tal como en las investigaciones antes mencionadas. Para describir otro tipo de relaciones no parentales, se han utilizado adaptaciones derivadas de la teoría del apego, tal como la investigación elaborada por Harrison, Clarke & Ungerer (2006). En esta, se realiza una revisión acerca de la calidad de la relación entre profesor y alumno/a, considerando tanto a los procedimientos directos (los

sentimientos autoinformados sobre el profesor) como a los procedimientos indirectos (referidos a las representaciones a través de los dibujos para evaluar las perspectivas de los niños/as sobre la relación con su profesor). Se aplicó el protocolo de dibujo para niños/as y familias realizado por Fury et al. (1997), para así dar cuenta de la calidad emocional entre las relaciones profesor-alumno/a y si esta se relacionaba con el ajuste escolar. El sistema de puntuación original fue adaptado fácilmente al contexto escolar, logrando una fiabilidad aceptable de la representación de la relación en siete de las ocho dimensiones de calidad emocional de Fury et al. (1997). Los datos del estudio se basaron en la información recogida a través de profesores, entrevistas y dibujos a niños/as. En cuanto a los dibujos, cada uno se encontraba apoyado con las descripciones del niño/a en cuestión, siendo clasificados en ocho dimensiones globales de la calidad de la relación, siguiendo lo señalado por Fury et al. (1997). En siete de las ocho dimensiones, los coeficientes resultaron comparables con los reportados para el dibujo de la familia, sin embargo, la dimensión Vulnerabilidad demostró mayor dificultad al momento de evaluar de manera confiable la relación alumno/a-profesor.

Se realizaron análisis preliminares a nivel de dimensiones de codificación separadas con el objetivo de determinar si las puntuaciones de los dibujos de niño/a y profesor/a eran comparables a las comunicadas en Fury et al. (1997). Se encontró que las medias para las dimensiones positivas de los dibujos, Vitalidad/Creatividad y Orgullo/Felicidad, fueron ligeramente inferiores a las de Fury et al. (1997). Sobre las dimensiones negativas, Distanciamiento Afectivo, Tensión o Enfado, Inversión de Roles, y Bizarro o Disociado, las medias fueron ligeramente más altas, es decir, más negativas para los dibujos de niño/a y profesor/a, a comparación de los dibujos de la familia. Cabe destacar que, las diferencias que se observaron en los niveles de emocionalidad entre niño/a y familia a comparación de niño/a y profesor/a no fueron sorprendentes al considerar la diferente naturaleza de las relaciones. Por otro lado, existe un correlato significativo acerca de la negatividad representada en los dibujos, lo que permite que las representaciones de las relaciones de los niños/as puedan proporcionar otros medios que son útiles para identificar dificultades de relación o ajuste en la escuela.

De este modo, el estudio de Harrison et al. (2006) proporciona una herramienta significativa para evaluar la calidad emocional de las diferentes relaciones, dando cuenta de que los dibujos pueden proporcionar una comprensión acerca de las relaciones con profesores. Fue la primera investigación en aplicar el sistema de puntuación de Fury et al.

(1997) en contexto de relaciones no familiares que se dan entre niños/as y adultos. Los hallazgos son consistentes con los resultados de otras investigaciones que muestran tanto la dificultad en las relaciones entre niños/as y profesores/as como los problemas de adaptación escolar temprana; su diferencia radica en que los niños/as fueron quienes reportaron la calidad de la relación.

Para finalizar, es importante señalar que los estudios revisados cumplen una función importante en el análisis de dibujos, debido a la falta de base empírica sólida que permita su utilización. Es que, de manera general, el análisis de dibujos se basa en estudios de casos de manera clínica y teórica, que no da pie a la generalización de los resultados (Procaccia et al., 2014). Y, más importante, reparan en la relación de apego entre las distintas relaciones con figuras significativas de los niños/as, otorgándole importancia a la necesidad de investigar metodologías de análisis que permitan la sistematización del dibujo para abarcar otro tipo de relacionar, tal como es la relación que se establece entre niño/a y psicoterapeuta, y, de este modo, aportar a la investigación de la psicoterapia infantil.

## 4. Objetivos e Hipótesis

### 4.1. Objetivo general

Analizar la relación entre la alianza terapéutica y del vínculo terapéutico desde la perspectiva de niños/as y psicoterapeutas al inicio y luego de tres meses de psicoterapia.

### 4.2. Objetivos específicos

1. Evaluar la alianza terapéutica desde la perspectiva de los niños/as y de los psicoterapeutas al inicio y luego de tres meses de psicoterapia.
2. Comparar la evaluación de la alianza terapéutica realizada por los niños/as y los psicoterapeutas al inicio y luego de tres meses de psicoterapia.
3. Evaluar y comparar la representación gráfica del vínculo terapéutico desde la perspectiva de los niños/as al inicio y luego de tres meses de psicoterapia.
4. Describir la relación entre la evaluación de la alianza terapéutica y las evaluaciones de las representaciones gráficas del vínculo terapéutico al inicio y luego de tres meses de psicoterapia.

### 4.3. Hipótesis

1. *H1*. La alianza terapéutica será significativamente más alta luego de tres meses de psicoterapia desde la perspectiva de los niños/as y de los psicoterapeutas.
2. *H2*. La evaluación de la alianza terapéutica realizada por los niños/as será significativamente más alta que la realizada por los psicoterapeutas.
3. *H3*. La calidad del vínculo terapéutico será significativamente más alta luego de tres meses de psicoterapia desde la perspectiva de los niños/as.
4. *H4*. La evaluación de la alianza terapéutica desde la perspectiva de los niños/as y de los psicoterapeutas se relaciona con la representación gráfica del vínculo terapéutico realizada por los niños/as tanto al inicio como luego de tres meses de psicoterapia.

## 5. Metodología

### 5.1. Diseño de investigación

El presente estudio se enmarca en la metodología cuantitativa, la que se caracteriza por la recolección de datos con el fin de probar hipótesis a través de una base en una medición numérica y el análisis estadístico (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Por un lado, es un estudio de tipo longitudinal, dado que se realizan mediciones repetidas en momentos diferentes con el objetivo de realizar inferencias acerca de la evolución (Hernández, et. al., 2010). Por otro lado, es de carácter exploratorio en tanto busca examinar un tema, tal como la alianza terapéutica, la que ha sido poco estudiada, en especial en la población infanto juvenil, en la que no hay estudios que la describan en niños/as en cuanto a la teoría del apego y a través de instrumentos que consideren la perspectiva de los niños/as. Tal es el caso de la oportunidad que brinda el instrumento de dibujo *'Mi psicólogo y yo'* (Núñez, 2021) que se utilizará en este estudio. De este modo, y teniendo en cuenta la limitada investigación en el área de psicoterapia infantil, es un desafío metodológico poder medir la calidad de la alianza terapéutica desde la perspectiva de esta población.

En cuanto al alcance metodológico de la investigación, presenta elementos de tipo descriptivo al mostrar características de las variables estudiadas, elementos de tipo comparativo al buscar similitudes y diferencias entre las variables y correlacional al buscar una asociación entre éstas (Hernández, Fernández y Baptista, 2010), tal como las posibles diferencias de los dibujos para medir la calidad del vínculo terapéutico en niños/as y la alianza terapéutica en niños/as y psicoterapeutas en momentos distintos de la terapia.

### 5.2. Participantes

La muestra del estudio está enmarcada en la Tesis doctoral *'The Therapeutic Relationship as a change facilitator in child psychotherapy: A multiple perspective study of children, parent and therapists'* (Núñez, 2021), la que comprende dentro de su segundo estudio un total de 27 casos. Los casos se recolectaron desde la *Unidad de Salud Mental del Centro Médico San Joaquín de la Red de Salud UC Christus* y el *Centro de Psicología Aplicada de la Universidad de Chile durante el año 2019*. Se definieron como criterios de inclusión de ese estudio: niños o niñas entre 6 a 10 años que hayan iniciado por primera

vez un proceso terapéutico con terapeutas de estos centros y que posean dominio en la lectoescritura. En cuanto a los tipos de terapia y sus problemáticas, los terapeutas se adhirieron a diferentes orientaciones teóricas no especificando una determinada problemática a tratar. Dentro de los criterios de exclusión se encontraban: niños/as menores de 6 años y mayores de 11 años, la presencia de alguna patología física severa y/o psiquiátrica, tales como el espectro de la esquizofrenia y trastornos psicóticos y/o trastornos que requieran hospitalización. Todos los datos fueron recolectados a través del equipo de investigación de la Tesis doctoral mencionada.

Para la presente Memoria se consideró como criterio de inclusión casos que adhirieron a psicoterapia y que contaran con mediciones de alianza al inicio y tras 3 meses de terapia. Sólo 14 casos cumplieron con este criterio, puesto que, por eventos contextuales (estallido social y pandemia por COVID19), no se pudo recolectar el conjunto de los datos necesarios que permitiesen la utilización de la totalidad de casos ni tampoco en momentos más avanzados del proceso. Los 14 casos escogidos están conformados por la diada terapeuta-niño/a, es decir, 14 niños/as con variados motivos de consulta, y 14 psicoterapeutas adscritos a diferentes líneas teóricas y años de experiencia. Las características de la muestra serán detalladas en mayor profundidad en el apartado de Resultados.

### **5.3. Procedimientos y Aspectos Éticos**

El estudio principal del cual se analizan los datos contó con la aprobación del *Comité Ético Científico en Ciencias Sociales, Artes y Humanidades* de la *Pontificia Universidad Católica de Chile*.

Luego de conseguidas las autorizaciones de los directivos/autoridades de los centros participantes, se realizó un contacto con los terapeutas infanto juveniles de la *Unidad de Salud Mental del Centro Médico San Joaquín* y el *Centro de Psicología Aplicada de la Universidad de Chile*, para explicar los objetivos del estudio, sus riesgos y sus beneficios, e invitarlos a participar junto a nuevos pacientes de entre 6 y 10 años que iniciaban un proceso terapéutico con ellos. De este modo, los terapeutas interesados en participar invitaron a sus pacientes a ser contactados por miembros del equipo de investigación para ser parte del estudio. Todos los miembros del equipo de investigación eran psicólogos/as clínicos.

En los casos de que aceptaron ser contactados, luego de la primera sesión de terapia, una de las investigadoras del equipo asistió al centro de atención para explicarle al padre/cuidador y al niño/a el propósito de la investigación en curso, en qué consistía su participación y cuáles eran los riesgos y beneficios de la intervención. Así, se les brindó un consentimiento informado a los padres/cuidadores (Ver anexo nº1), un asentimiento informado a los niños/as (Ver anexo nº2), y también un consentimiento informado a los psicoterapeutas (Ver anexo nº3). Ya leído el documento, se proporcionaba un espacio para realizar todas las preguntas respecto a su colaboración en la investigación, y así, finalmente, decidir si participar o no en la instancia. En caso de rechazar y no firmar los documentos, se les agradecía por el tiempo invertido mencionándoles que en ningún caso esto tendría influencia, ni en el tratamiento terapéutico en el centro en el que consultaban ni con el psicoterapeuta. En caso de aceptar, se procedía a firmar los documentos en cuestión, llevándose una copia tanto del consentimiento como del asentimiento.

Es importante mencionar que, en el caso de los niños/as, se consideraron dos puntos en los cuales podían dar su autorización o rechazar la petición del equipo. En primer lugar, se les consultaba si autorizaba al equipo a ver la información diagnóstica registrada por el psicoterapeuta en su ficha clínica. En segundo lugar, se preguntaba si autorizaban al equipo a utilizar sus dibujos en presentaciones o publicaciones. Se consideró relevante explicarles de la mejor manera la situación, con el fin de respetar su derecho a mantener información que les pertenece de manera confidencial y privada. Posteriormente, se inició la aplicación de instrumentos a todos los involucrados, siendo en el caso de los niños/as realizada con el apoyo de una investigadora del equipo.

En la investigación doctoral principal (Núñez, 2021) se realizaron tres estudios, por lo que la elección y aplicación de los instrumentos respondió a cada uno de sus objetivos:

- a) En el primer estudio de Núñez et al. (2021), se realizaron entrevistas individuales semi estructuradas a niños/as, a sus padres/cuidadores y a sus terapeutas, y se aplicó el dibujo '*Mi psicólogo y yo*' (Núñez et al., 2021) a los niños/as, incluyendo sus verbalizaciones.
- b) En el segundo realizado por Goic et al. (*in press*) se consideraron las características de la muestra de los niños/as, padres/cuidadores y terapeutas, la escala '*Therapeutic Alliance Scale for Children-revised*' (TASC-r) (Creed & Kendall, 2005; Shirk & Saiz, 1992) en su versión para niños/as (TASC-N) y para

padres/cuidadores (TASC-P), y el cuestionario '*Strengths and Difficulties Questionnaire*' (SDQ-Cas).

- c) En cuanto al tercero de Núñez et al. (*in press*), se utilizaron entrevistas semi estructuradas para los niños/as, padres/cuidadores y terapeutas, y se aplicaron tres dibujos correspondientes a '*Mi psicólogo y yo*', '*Cómo estoy al comienzo de la terapia/Cómo quiero estar al final de la terapia*' variación del dibujo '*Antes/después de la terapia*' de Capella et al. (2015) y '*Cómo estaba antes de la terapia/Cómo estoy ahora*' (Capella, Gutiérrez, Rodríguez & Gómez, 2018).

Cabe señalar que, no todos los instrumentos mencionados fueron utilizados en la presente Memoria siendo los escogidos detallados en el siguiente apartado.

#### **5.4. Instrumentos**

A continuación, se expondrá en orden los diferentes instrumentos a utilizar que permitirán medir y analizar las variables de este estudio:

##### **5.4.1. Therapeutic Alliance Scale for Children-revised (TASC-r) (Creed & Kendall, 2005; Shirk & Saiz, 1992)**

Para la medición de la alianza terapéutica entre niños/as y terapeuta se utilizará el instrumento Therapeutic Alliance Scale for Children-revised (por sus siglas en inglés TASC-r) (Creed & Kendall, 2005; Shirk & Saiz, 1992), en su versión para niños/as (TASC-N) (Ver anexo nº4) y para psicoterapeutas (TASC-T) (Ver anexo nº5), que medirá las variables en específico de la valoración realizada por los niños/as y de los terapeutas de la alianza terapéutica al inicio de la terapia y luego de tres meses.

Es importante señalar que, la construcción de esta escala tiene como base el Modelo Transteórico de Alianza terapéutica propuesto por Bordin (1979), siendo su finalidad medir la alianza entre niño/a y terapeuta en dos aspectos: vínculo afectivo y colaboración entre las tareas y objetivos terapéuticos. La medida original del TASC, fue adaptada para su uso en el estudio de Creed & Kendall (2005) y se caracteriza por ser una escala de autoreporte que se aplica en la terapia con niños/as, y que presenta una manera de evaluación de la percepción de la alianza tanto para el paciente como el terapeuta. Se compone de 12 ítems que se responden a través de una *Escala Likert*, donde 1 significa '*nada*', 2 '*poco*', 3

'bastante', y 4 'mucho', siendo el puntaje máximo por obtener 48 puntos. No se determinaron puntajes de corte específicos para la interpretación, sino que se consideraron como un continuo, por lo que los puntajes más cercanos a 48 representarían una alianza terapéutica más fuerte, en comparación con aquellos más cercanos al puntaje mínimo, es decir, 12 puntos.

La confiabilidad de la escala original fue de un alfa de Cronbach de 0,84 en su versión infantil y un 0,97 en su versión para terapeutas (Shirk & Karver, 2011; Shirk & Saiz, 1992). Sin embargo, para este estudio se utilizó una adaptación del TASC-r al español en población chilena enmarcado en la Tesis doctoral *'The Therapeutic Relationship as a change facilitator in child psychotherapy: A multiple perspective study of children, parent and therapists'* (Núñez, 2021), los valores considerados con respecto a esta confiabilidad fueron los valores de un alfa de Cronbach de 0,68 en su versión para niños/as y un 0,79 en su versión para terapeutas, que se encontraría dentro de un rango *acceptable*, dado que valores por debajo del 0,5 indicarían *pobre confiabilidad* (George & Mallery, 2003). La elección de esta escala se relaciona a que los resultados que se han obtenido con ella permiten estudiar la mejor adherencia, satisfacción de las mejoras y mejores resultados terapéuticos (Accurso, Hawley & Garland, 2013).

La adaptación del instrumento realizada por Núñez (2021) consistió en:

- (a) Traducción de inglés a español de la versión original realizada por una traductora bilingüe.
- (b) Retraducción del instrumento por parte de una investigadora externa del proyecto de la Tesis doctoral.
- (c) Confección de la versión piloto incorporando los detalles del proceso de traducción y retraducción.
- (d) Evaluación de la pertinencia de la versión piloto para niños/as en etapa escolar, realizada por cuatro jueces expertos en psicoterapia infantil.
- (e) Integración de las observaciones de los jueces expertos.
- (f) Entrevistas cognitivas a dos niños/as y dos terapeutas de la versión TASC-r de niños/as y terapeutas con el objetivo de evaluar adecuada comprensión de las preguntas.
- (g) Integración de las observaciones generadas a partir de las entrevistas cognitivas y elaboración de la versión final adaptada para Chile (Ver anexo nº 4 y nº5).

#### **5.4.2. Dibujo ‘Mi psicólogo y yo’ (Núñez, 2021)**

Para la medición del vínculo entre paciente y terapeuta se utilizó el dibujo ‘*Mi psicólogo y yo*’ (Núñez, 2021), en el que se le solicita al niño/a que realice un dibujo de sí mismo/a junto a su psicoterapeuta. La aplicación de este instrumento tiene lugar inmediatamente después de la entrevista inicial del niño/a con su terapeuta y luego de tres meses de psicoterapia. La evaluación es realizada por entrevistadores externos al proceso psicoterapéutico, quienes se encargan de guiar al niño/a en el proceso de dibujar y realizarle preguntas sobre su dibujo al finalizar la tarea, además de considerar las verbalizaciones espontáneas del niño/a que pudiesen surgir. Se proporcionaron lápices de colores y una hoja de papel tamaño carta.

Su uso se justifica en tanto corresponde a un método no verbal de análisis que constituye un medio por el que expresarse de manera natural en consonancia a su propia etapa del desarrollo, siendo, además, recursos que reducen el sesgo de sugestión, alentándolos así a responder de acuerdo con su sentir y no con lo que se espera de ellos (Carlberg et al., 2009).

Este instrumento permitirá la medición de la variable calidad del vínculo terapéutico a través de la representación del apego, mediante el análisis del dibujo utilizando la Escala de Clasificación Global de Fury et al. (1997) detallada a continuación.

#### **5.4.3. Escala de Clasificación Global (Fury, Carlson y Sroufe, 1997)**

Para el análisis de la calidad del vínculo terapéutico entre niño/a y psicoterapeuta al inicio y luego de tres meses de psicoterapia en conjunto con el dibujo ‘*Mi psicólogo y yo*’, se utiliza la Escala de Clasificación Global de Fury et al. (1997), instrumento de análisis de apego en dibujos que se enmarca, en un primer momento, en el análisis de dibujos de la familia (Fury et al., 1997), y que, posteriormente, se ha implementado en dibujos de otras relaciones como es la de alumno/a y profesor (Harrison et. al., 2007) aportando conclusiones significativas al momento de medir las diferentes relaciones del niño/a. La escala se constituye por ocho subescalas de evaluación organizadas en dimensiones positivas y dimensiones negativas. En las positivas, se hallan 2 dimensiones llamadas: *Vitalidad y Creatividad* y *Orgullo y Felicidad* y, en las negativas, se encuentran 6 dimensiones denominadas: *Vulnerabilidad*, *Distanciamiento emocional*, *Tensión o Enfado*, *Inversión de*

*roles, Bizarro o Disociado, y Valoración Global de la Patología.* Su organización responde a un sistema de puntuación de los dibujos de manera integradora, que permite prestar atención tanto al contexto del dibujo como a su patrón de signos en particular. Esta puntuación va de 1 a 7 para cada una de las subescalas (Ver anexo nº6), siendo el significado para cada una de estas el siguiente: 1 'Muy bajo', 2 'Bajo', 3 'Moderadamente bajo', 4 'Moderado', 5 'Moderadamente alto', 6 'Alto', y 7 'Muy alto'. Para las subescalas de dimensión positiva un puntaje más cercano a 7 mostrará características más positivas del dibujo de acuerdo a lo señalado por Fury et al. (1997), a diferencia de las subescalas de dimensión negativa donde un puntaje más cercano a 1 es de carácter positivo de acuerdo a lo señalado por Fury et al. (1997).

En esta investigación, se realizó una adaptación para la relación entre niño/a y psicoterapeuta para poder medir la representación del vínculo terapéutico desde la perspectiva de los niños/as a través de los dibujos.

La adaptación de esta escala para la presente Memoria consistió en (Ver anexo nº6):

- a) Traducción de inglés a español de la versión original, realizada por las autoras de la presente Memoria.
- b) Revisión y corrección del instrumento original por parte de profesora bilingüe y guía de Memoria.
- c) Contacto con Linda Harrison para solicitar información sobre su adaptación del instrumento en alumnos/as y profesores en el trabajo del cual es primera autora denominado *Children's drawings provide a new perspective on teacher-child relationship quality and school adjustment* (Harrison, Clarke & Ungerer, 2006), y posterior recepción e integración de ésta a la adaptación del instrumento para aplicación en la relación psicoterapéutica.
- d) Adaptación del instrumento traducido al español para aplicación en la relación psicoterapéutica, modificando la descripción existente acerca de la relación familiar a la relación terapéutica y el contexto clínico de psicoterapia.
- e) Revisión y adaptación final del instrumento por parte de profesora bilingüe.
- f) Jornada de capacitación del instrumento con tesistas y profesora guía de Memoria para testear su aplicación y realizar ajustes finales.

Para la confiabilidad de la aplicación de la Escala de Clasificación Global en los dibujos, se realizó una capacitación para lograr un grado de acuerdo en las valoraciones realizadas por las evaluadoras de esta investigación. El cálculo de la confiabilidad Interjuez se calculó

con el 10% de la muestra, es decir 3 dibujos escogidos al azar, a través del Índice de Correlación Interclase (ICC) que se utiliza para revisar el grado de consistencia conseguido en los resultados en momentos distintos, alcanzando un valor de *ICC de 0,943* y un  $p=3,08e-13$ , encontrándose en el rango superior a 0,80 correspondiente a *'muy buena confiabilidad'*.

En seguida, se describirán, de manera resumida, las ocho subescalas adaptadas (Ver anexo nº6) para su aplicación en el dibujo *'Mi psicólogo y yo'* de la relación entre niño/a y psicoterapeuta:

**Tabla 1. Resumen de la Adaptación al español de la Escala de Clasificación Global de Fury et al. (1997) para su aplicación en la relación niño/a y terapeuta**

Escala	Descripción
<b>Vitalidad y Creatividad</b>	Esta escala está diseñada para captar el involucramiento emocional del niño/a al completar la tarea de dibujarse junto a su terapeuta. Al aplicar esta escala, se considera cómo el niño/a puede haber ido más allá de la tarea inmediata, embelleciendo o añadiendo elementos vivos al dibujo que sugieren energía, creatividad y quizás simbolismo abstracto.
<b>Orgullo y Felicidad</b>	Esta escala refleja un sentido de conexión emocional con el terapeuta a través de sentimientos de pertenencia, seguridad, felicidad y apoyo de un adulto cercano, tal como se expresan en el dibujo. El objetivo de esta escala es captar cómo el niño/a parece sentirse apoyado por el adulto, incluido y, en general, feliz en esta relación terapéutica.
<b>Vulnerabilidad</b>	Esta escala pretende captar los sentimientos de vulnerabilidad y ambivalencia emocional expresados en el dibujo del niño/a con el terapeuta. En este caso se hace hincapié principalmente en el tamaño de las figuras, la proximidad de las figuras entre sí, la ubicación de las figuras en la página y la exageración de las partes del cuerpo y/o los rasgos faciales.
<b>Distanciamiento afectivo</b>	Esta escala pretende evaluar los sentimientos de distancia emocional y/o soledad por parte del niño/a. Los dibujos con una puntuación alta en esta escala se diferencian de los que tienen una puntuación alta en la escala de "vulnerabilidad" en que son más controlados, completos y quizás temáticos, lo que indica la presencia de signos, símbolos y/o quizás la ocultación del terapeuta o del niño/a de alguna manera.
<b>Tensión o Enfado</b>	Esta escala aborda el grado de tensión/enfado que se despierta en el niño/a al solicitar que haga un dibujo de él/ella con su terapeuta.
<b>Inversión de roles</b>	Esta escala trata de captar los sentimientos del niño/a que sugieren una relación de inversión de roles con el terapeuta. Más concretamente, el niño/a percibe a su terapeuta como débil, quizás con menos poder y autoridad en la relación con el niño/a, o vulnerable y, por lo tanto, poco confiable como figura terapéutica de apoyo constante.

<b>Bizarro y Disociado</b>	Esta escala aborda una forma particular de ira expresada por el niño/a en su dibujo. Resulta especialmente interesante la forma en que algunos niños/as pueden revelar sentimientos de hostilidad, traición y abandono en una variedad de formas sutiles y disfrazadas en su dibujo.
<b>Valoración Global de la Patología</b>	Esta escala de calificación final ha sido diseñada para captar el grado global de patología reflejado en el dibujo del niño/a y su terapeuta. La calificación debe centrarse en los aspectos globales del dibujo en su conjunto, más que en dimensiones específicas y discretas como el tamaño o la proporción de las figuras, el uso del color, etc.

Por último, para el análisis de los dibujos a través de la escala, también se consideró importante incluir las verbalizaciones de los niños/as tanto su respuesta a la pregunta ‘¿qué dibujaste?’ como sus comentarios espontáneos que pudieran surgir durante la tarea de dibujar, al igual que en los estudios de Núñez (2021). Esto con el fin de complementar y enriquecer el análisis al comprender en mayor medida el dibujo, e intentar calificar de manera más precisa con la escala, tal como fue realizado en las investigaciones de Fury et al. (1997) y Harrison et al. (2006).

### 5.5. Procedimiento de análisis de datos

En la presente investigación se realizaron una serie de procedimientos previos al análisis de los resultados obtenidos en el estudio principal de Núñez (2021). Para la utilización de los dibujos de ‘*Mi psicólogo y yo*’, las autoras de la presente Memoria se reunieron con la autora del estudio principal, con el fin de digitalizar los dibujos de los 14 sujetos de estudio, correspondiendo 2 a cada niño/a, su dibujo al inicio de la psicoterapia y otro luego de tres meses de ésta, arrojando un total de 28 dibujos. Es preciso destacar que, previo a la digitalización y a la selección de los dibujos a analizar, la investigadora principal codificó los dibujos con una numeración diferente a la original, con el objetivo de que las evaluadoras no supiesen qué dibujos eran del mismo sujeto ni a qué momento del proceso psicoterapéutico correspondía, otorgándole así un número aleatorio provisorio, y, de este modo, minimizar el sesgo al momento de realizar el análisis con la ‘*Escala de Clasificación Global*’. El proceso de digitalizar fue dividido en dos secciones, en la que cada evaluadora digitalizó los 14 dibujos que no le correspondía analizar, sino aquellos que le correspondían a su compañera evaluadora, esto con el fin de que el análisis de los dibujos fuese realizado a ciegas por cada una de ellas. A la par, las evaluadoras crearon una base de datos con la

numeración aleatoria de los dibujos, la edad de los niños/as, y sus respectivas respuestas a la pregunta realizada al finalizar su dibujo, incluyendo comentarios espontáneos que surgieron durante la tarea de dibujar.

Al momento del análisis, cada evaluadora se encargó de estudiar la mitad de los dibujos de manera individual, es decir, 14 de los 28 dibujos de los niños/as para cada una, considerando para la puntuación a través de la Escala de Clasificación Global de Fury et al. (1997) las respuestas a las preguntas realizadas, además de las verbalizaciones espontáneas. Tras la división de los dibujos, se escogieron 3 de éstos al azar para calcular la confiabilidad interjueces ya mencionada a detalle en el apartado anterior.

Para la utilización de los resultados de la aplicación del instrumento *TASC-N* y *TASC-T* en la Tesis doctoral de Núñez (2021), la autora de este estudio proporcionó una base de datos detallada de los 14 sujetos de estudio con los puntajes obtenidos en su aplicación al inicio del proceso psicoterapéutico. En cuanto a la recopilación de los datos de los resultados del instrumento TASC tras tres meses de psicoterapia, las autoras de ambos estudios acordaron una instancia para completar los puntajes faltantes. Cabe señalar que, la facilitación de estos datos sólo fue posible tras el análisis de los dibujos por parte de las evaluadoras, dado que contenía detalles de los sujetos y las numeraciones originales de los dibujos, evitando así, sesgo alguno al momento de analizar.

Para el análisis de datos estadísticos se utilizó el programa *Statistical Package for the Social Sciences 21* (IBM SPSS Statistics 21). En este se ordenaron los datos obtenidos a través de los diferentes instrumentos y se llevó a cabo la codificación de diferentes escalas. A partir de este programa se realizaron: Análisis de tipo descriptivo de las variables a estudiar, reportando promedios y desviaciones estándar. Análisis con pruebas no paramétricas para 2 muestras relacionadas utilizando el Test de Friedman para medir al mismo grupo de niños/as y psicoterapeutas que participaban de psicoterapia en dos momentos diferentes, al inicio y luego de tres meses de psicoterapia y dar cuenta de posibles diferencias significativas en el tiempo para los diferentes instrumentos; como también para el cálculo de diferencias de medias entre las pruebas TASC tanto para el momento inicial como luego de tres meses de psicoterapia. Y, finalmente, análisis correlacionales intraescalares e interesescalares para determinar la asociación entre los instrumentos aplicados.

## 6. Resultados

A continuación, se presentarán los resultados obtenidos tras el análisis de los datos recabados de la muestra y de los instrumentos.

### 6.1. Caracterización de la muestra

La muestra del presente estudio estuvo compuesta por un total de 14 casos correspondientes a niños/as que iniciaron por primera vez un proceso terapéutico con motivos de consultas variados, entre los que se encuentran: sintomatología ansiosa, sintomatología somática, dificultades escolares y conductuales, problemas alimentarios, desregulación emocional, entre otros. Respecto del total de los casos, las edades de los niños/as oscilaron entre los 6 y 9 años con una media de 7,71, siendo 6 niños y 8 niñas, correspondientes al 42,9% y al 57,1% de la muestra, respectivamente. Además, se contó con los datos de sus psicoterapeutas con un total de 14, siendo 12 mujeres y 2 hombres, correspondientes al 85,7% y 14,3%, respectivamente; adheridos a diferentes líneas teóricas: 1 de psicoanálisis, 2 de constructivismo evolutivo, 9 de sistémico y 2 de integrativo. En cuanto a los psicoterapeutas, sus años de experiencia oscilaron entre los 0 y 11 años con una media de 2,21. (Tabla 2)

**Tabla 2. Caracterización de la muestra**

Casos	SN	Edad	Motivo consulta	ST	Línea teórica	AET
14 N	6 niños 42,9%	6 a 9 años	Sintomatología ansiosa	12 mujeres	Psicoanálisis (1)	0 a 11 años
14 T	8 niñas 57,1%	Media 7,71 (DE=0,994)	Sintomatología somática	2 hombres	Constructivismo evolutivo (2)	Media 2,21 (DE=4,154)
			Dificultades escolares y conductuales	14,3%	Sistémico (9)	
			Problemas alimentarios		Integrativo (2)	
			Desregulación emocional			
			Otros diagnósticos			

*Nota.* N = niños/as, T = Terapeutas, SN = Sexo niños/as, ST = Sexo terapeutas, AET = Años de experiencia del terapeuta.

## 6.2. Análisis descriptivos de los instrumentos

### 6.2.1. Análisis descriptivo Therapeutic Alliance Scale for Children-revised para niños/as (TASC-N) y para psicoterapeutas (TASC-T)

Considerando que el máximo de la escala es de 48, se valoraron los puntajes como un continuo, por lo que los puntajes más cercanos a 48 representarían una alianza terapéutica más fuerte, en comparación con aquellos más cercanos al puntaje mínimo de 12 puntos.

Respecto a los resultados obtenidos con el instrumento, se encontró que los niños/as tienden a calificar una alianza terapéutica con un puntaje más cercano al máximo de la escala puntuando una media de 40,43 (DE=5,258), versus el puntaje calificado por los terapeutas con una media de 34,14 (DE=3,613) en el momento inicial de la psicoterapia (Tabla 3). A esto se añade que, en el segundo momento se sigue marcando esta tendencia en donde la alianza terapéutica calificada por los niños/as es mayor con una media de 41,86 (DE=5,869) que la alianza terapéutica calificada por los psicoterapeutas con una media de 37,64 (DE=4,894) (Tabla 3). Por otra parte, también se observa que el promedio de ambos puntajes de alianza terapéutica aumenta a los tres meses de psicoterapia respecto del momento inicial tanto para el puntaje calificado por los niños/as como el puntaje de los psicoterapeutas, dando cuenta de una diferencia mayor entre los puntajes calificados por estos últimos. Los resultados obtenidos para ambos momentos serán correlacionados en apartados posteriores.

**Tabla 3. Estadísticos descriptivos | Therapeutic Alliance Scale for Children versión Niños (TASC-N) y Terapeuta (TASC-T) Momento 1 y 2**

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
TASC-N M1	31	46	40,43	5,258
TASC-T M1	28	43	34,14	3,613
TASC-N M2	29	48	41,86	5,869
TASC-T M2	28	45	37,64	4,893

*Nota.* M1 = Momento 1, M2 = Momento 2.

### 6.2.2. Análisis descriptivo Escala de Clasificación Global

Se debe considerar que las subescalas tienen un rango de puntajes que van de 1 a 7, en donde las primeras dos, es decir, *Vitalidad y Creatividad*, *Orgullo y Felicidad*, son de dimensión positiva, donde un puntaje más cercano a 7 mostrará características más positivas del dibujo indicando un apego más seguro del niño/a con su psicoterapeuta (Ver anexo nº6), a diferencia de las 6 subescalas restantes de dimensión negativa, a saber, *Vulnerabilidad*, *Distanciamiento afectivo*, *Tensión o Enfado*, *Inversión de roles*, *Bizarro o disociado*, y *Valoración global de la patología*, en el que un puntaje más cercano a 1 es más positivo representando un apego más seguro en la relación (Ver anexo nº6). Para mayor detalle del significado de cada puntaje de las diferentes subescalas ver anexo nº6.

Respecto a los resultados obtenidos, se puede indicar que los puntajes en las diferentes subescalas son similares tanto en los puntajes mínimos y máximos como en las medias, diferenciándose en que en las subescalas positivas los puntajes van de 3 a 7 y en las subescalas negativas con puntajes de 1 a 5. En el primer momento, en las subescalas de carácter positivo, la media más alta correspondería a *Orgullo y Felicidad*; a diferencia de lo que se observa en el segundo momento donde la media más alta se presenta en *Vitalidad y Creatividad*. Ahora bien, en las subescalas negativas es menor la media de *Bizarro o Disociado* para ambos momentos. Por otro lado, se puede apreciar una tendencia al aumento de los puntajes para las subescalas positivas y una tendencia a la disminución en los puntajes de casi todas las subescalas negativas luego de tres meses de psicoterapia, exceptuando a la subescala de *Valoración Global de la Patología*. El detalle de estos indicadores se puede observar en la Tabla 4 y 5.

**Tabla 4. Estadísticos descriptivos | Escala de Clasificación Global Momento 1**

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
1. Vitalidad y Creatividad	3	7	5,00	1,109
2. Orgullo y Felicidad	3	7	5,14	1,167
3. Vulnerabilidad	1	5	3,00	1,519
4. Distanciamiento afectivo	1	5	2,86	1,406
5. Tensión o Enfado	1	4	2,43	1,016
6. Inversión de Roles	1	5	2,79	1,311
7. Bizarro o Disociado	1	3	1,71	0,726
8. Valoración Global de la Patología	1	4	2,86	0,864

**Tabla 5. Estadísticos descriptivos | Escala de Clasificación Global Momento 2**

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
1. Vitalidad y Creatividad	3	7	5,43	1,089
2. Orgullo y Felicidad	4	7	5,29	0,994
3. Vulnerabilidad	1	4	2,21	1,051
4. Distanciamiento afectivo	1	4	2,50	1,019
5. Tensión o Enfado	1	4	1,93	1,072
6. Inversión de Roles	1	4	2,21	1,122
7. Bizarro o Disociado	1	2	1,43	0,514
8. Valoración Global de la Patología	1	5	3,00	1,038

### 6.3. Análisis comparativos y correlacionales de los datos

Para los análisis comparativos y correlacionales de los datos, se consideraron los resultados obtenidos a través de los instrumentos aplicados tanto a los pacientes niños/as como a los psicoterapeutas. Se realizaron pruebas no paramétricas utilizando el Test de Friedman para medir los cambios en la alianza y el vínculo terapéutico entre niño/a y psicoterapeuta mediante los instrumentos aplicados al inicio y luego de tres meses de psicoterapia; como también comparaciones entre las pruebas TASC para dar cuenta de diferencias entre las perspectivas del niño/a y del terapeuta para cada momento. Además, se realizaron correlaciones de Pearson entre las diversas variables de estudio y así determinar posibles asociaciones significativas.

#### 6.3.1. Análisis de pruebas no paramétricas para medidas repetidas – Test de Friedman

Para el análisis de los datos obtenidos a través de los momentos, se aplicó una prueba no paramétrica correspondiente al Test de Friedman debido al bajo tamaño muestral. Esta prueba fue utilizada para obtener dos tipos de resultados:

El primero, corresponde al cálculo de diferencia de medias entre la prueba TASC-N y TASC-T, con el fin de hallar diferencias significativas entre los reportes de la alianza terapéutica por parte del niño/a y del psicoterapeuta tanto en el momento inicial como su

reporte luego de tres meses de psicoterapia, y así poder comparar la alianza percibida por los integrantes de la díada.

El segundo, para el cálculo de medidas repetidas en las pruebas TASC-N, TASC-T y Escala de Clasificación Global, con el objetivo de encontrar posibles diferencias significativas a través del tiempo en la alianza terapéutica del niño/a y del psicoterapeuta, y el vínculo terapéutico del niño/a, todo entre el inicio y luego de tres meses de psicoterapia.

### 6.3.1.1. Resultados Test de Friedman para diferencia de medias entre TASC-N y TASC-T en momento 1 y 2

Se obtuvieron resultados para el cálculo de diferencia de medias entre la prueba TASC-N y TASC-T con el fin de hallar diferencias significativas entre sus respectivas medias, tanto para los reportes del momento 1 como para los del momento 2. Para los resultados al inicio de la psicoterapia, se encontraron diferencias significativas entre la perspectiva del niño/a y del psicoterapeuta con un valor de significancia de  $p\text{-valor}=0,004$ . En cuanto a los obtenidos luego de tres meses de psicoterapia también se hallaron diferencias significativas con un valor de significancia de  $p\text{-valor}=0,013$ . (Tabla 6)

**Tabla 6. Test de Friedman - Diferencia de medias | TASC-N - TASC-T  
Momento 1 y 2**

	Sig.
TASC-N - TASC-T M1	0,004**
TASC-N - TASC-T M2	0,013*

*Nota.* M1 = Momento 1, M2 = Momento 2

\*. *La correlación es significativa al nivel 0,05*

\*\* *La correlación es significativa al nivel 0,01*

### 6.3.1.2. Resultados Test de Friedman comparación entre momentos TASC-N y TASC-T

Al analizar los datos obtenidos para el cálculo de medidas repetidas tanto para el TASC-N en el momento inicial y luego de tres meses de psicoterapia, como para el TASC-T en el momento inicial y luego de tres meses de psicoterapia, se observa que no hay diferencias significativas, donde el valor de significancia de la comparación para TASC-N es  $p$ -

$valor=0,527$  y el valor de significancia para el TASC-T es  $p\text{-valor}=0,052$ , siendo este último un valor cercano a ser significativo. (Tabla 7)

**Tabla 7. Test de Friedman - Medidas Repetidas | TASC-N - TASC-T**

	Sig.
TASC-N	0,527
TASC-T	0,052

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05

### 6.3.1.3. Resultados Test de Friedman para la Escala de Clasificación Global de Fury

Al analizar los resultados del Test de Friedman para la Escala de Clasificación Global, que realiza la comparación de los dos momentos en las subescalas, no se encontraron diferencias significativas ( $p\text{-valor}<0,05$ ) para: *Vitalidad y Creatividad* ( $p\text{-valor}=0,317$ ), *Orgullo y Felicidad* ( $p\text{-valor}=1,000$ ), *Vulnerabilidad* ( $p\text{-valor}=0,096$ ), *Distanciamiento afectivo* ( $p\text{-valor}=0,527$ ), *Tensión o Enfado* ( $p\text{-valor}=0,317$ ), *Inversión de roles* ( $p\text{-valor}=0,527$ ), *Bizarro o Disociado* ( $p\text{-valor}=0,257$ ) y *Valoración Global de la Patología* ( $p\text{-valor}=0,480$ ). (Tabla 8)

**Tabla 8. Test de Friedman - Medidas Repetidas | Escala de Clasificación Global**

	Sig.
1. Vitalidad y Creatividad	0,317
2. Orgullo y Felicidad	1
3. Vulnerabilidad	0,096
4. Distanciamiento afectivo	0,527
5. Tensión o Enfado	0,317
6. Inversión de Roles	0,527
7. Bizarro o Disociado	0,257
8. Valoración Global de la Patología	0,48

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05

### 6.3.2. Análisis Correlacionales

Se realizó una matriz de Correlaciones de Pearson con el objetivo de determinar la presencia de asociaciones existentes entre los diferentes instrumentos aplicados: (1)

Correlaciones intraescalares entre los resultados de las subescalas de la *Escala de Clasificación Global*; (2) Correlaciones interesescalares entre los instrumentos: (a) *Escala de Clasificación Global* y *TASC-N*, (b) *Escala de Clasificación Global* y *TASC-T*, y (c) *TASC-N* y *TASC-T*. Todas fueron realizadas para el momento uno, inicio de psicoterapia, como para el momento dos, luego de tres meses de psicoterapia.

### 6.3.2.1. Correlaciones momento 1

#### 6.3.2.1.1. Correlaciones intraescalares de la Escala de Clasificación Global

Para el análisis correlacional de las subescalas presentes en la Escala de Clasificación Global se encuentran variables que se asocian directamente mientras otras de manera inversa, puesto que las subescalas de *Vitalidad* y *Creatividad* junto a *Orgullo* y *Felicidad* son de carácter positivo, es decir, que un puntaje más cercano a 7 mostrará características más positivas del dibujo, mientras que las 6 restantes, es decir, *Vulnerabilidad*, *Distanciamiento afectivo*, *Tensión o Enfado*, *Inversión de Roles*, *Bizarro o Disociado*, y *Valoración de Global de la Patología* son de dimensión negativa donde un puntaje más cercano a 1 mostrará menos características negativas del dibujo. Al mirar las subescalas de *Vitalidad* y *Creatividad* con *Orgullo* y *Felicidad* se evidencia que existe una correlación significativa positiva alta entre ellas ( $r=0,653$ ,  $p=0,011$ ), lo que indica que a medida que la *Vitalidad* y *Creatividad* del dibujo aumenta, el *Orgullo* y *Felicidad* aumenta de forma directa. En *Vitalidad* y *Creatividad* existen correlaciones significativas negativas altas, donde al aumentar la *Vitalidad* y *Creatividad*, disminuye el *Distanciamiento afectivo* ( $r=-0,542$ ,  $p=0,045$ ), la *Tensión o Enfado* ( $r=-0,614$ ,  $p=0,019$ ) y la *Valoración Global de la Patología* ( $r=-0,642$ ,  $p=0,013$ ). En la subescala de *Orgullo* y *Felicidad*, se encuentran correlaciones significativas negativas altas, lo que refiere a que a medida que el *Orgullo* y *Felicidad* aumenta, las subescalas de *Vulnerabilidad* ( $r=-0,781$ ,  $p=0,001$ ), *Distanciamiento afectivo* ( $r=-0,877$ ,  $p>0,001$ ), *Tensión o Enfado* ( $r=-0,834$ ,  $p>0,001$ ), *Inversión de Roles* ( $r=-0,632$ ,  $p=0,015$ ) y *Valoración Global de la Patología* ( $r=-0,893$ ,  $p>0,001$ ), disminuyen. Para la subescala de *Vulnerabilidad*, existen correlaciones significativas positivas altas, es decir, que, si la *Vulnerabilidad* disminuye, *Distanciamiento afectivo* ( $r=0,684$ ,  $p=0,007$ ), *Tensión o Enfado* ( $r=0,598$ ,  $p=0,024$ ), *Inversión de Roles* ( $r=0,811$ ,  $p>0,001$ ) y *Valoración Global de la*

Patología ( $r=0,703$ ,  $p=0,005$ ), también disminuyen. Para la subescala de Distanciamiento afectivo, hay correlaciones significativas positivas altas, es decir, que, si aumenta el Distanciamiento afectivo, aumenta de igual forma Tensión o Enfado ( $r=0,853$ ,  $p>0,001$ ), Inversión de Roles ( $r=0,733$ ,  $p=0,003$ ) y Valoración Global de la Patología ( $r=0,868$ ,  $p>0,001$ ). Al analizar la Tensión o Enfado aparece una correlación significativa positiva alta, indicando que a medida que la Tensión o Enfado aumenta, Inversión de Roles ( $r=0,594$ ,  $p=0,025$ ) y Valoración Global de la Patología ( $r=0,863$ ,  $p>0,001$ ), aumentan. En último, se encuentra la correlación significativa positiva alta de Inversión de Roles con Valoración Global de la Patología ( $r=0,649$ ,  $p=0,012$ ), lo que significa que mientras aumenta la Inversión de Roles, la Valoración Global de la Patología también lo hace. Se pudo observar en este primer momento que la subescala de Bizarro o Disociado no se asocia significativamente con ninguna de las otras subescalas. (Tabla 9)

**Tabla 9. Análisis Correlacionales | Escala de Clasificación Global Momento 1**

	2	3	4	5	6	7	8
1. Vitalidad y Creatividad	,653*	-,456	-,542*	-,614*	-,159	,095	-,642*
2. Orgullo y Felicidad		-,781**	-,877**	-,834**	-,632*	-,220	-,893**
3. Vulnerabilidad			,684**	,598*	,811**	,209	,703**
4. Distanciamiento afectivo				,853**	,733**	,183	,868**
5. Tensión o Enfado					,594*	,179	,863**
6. Inversión de Roles						,415	,649*
7. Bizarro o Disociado							,298
8. Valoración Global de la Patología							

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01

### **6.3.2.1.2. Correlaciones interescales entre la Escala de Clasificación Global y Therapeutic Alliance Scale for Children-revised para niños/as (TASC-N) y psicoterapeutas (TASC-T)**

Para la asociación entre las subescalas de la Escala de Clasificación Global y el TASC-N, se encontró que no existen correlaciones significativas, indicando que la calidad de la alianza terapéutica reportada en el momento inicial por los niños/as en el TASC no se encuentra relacionada con los puntajes obtenidos a través de los dibujos. En cuanto a la

relación entre la Escala de Clasificación Global y el TASC-T, es posible señalar que no se encontraron correlaciones significativas, es decir, que la alianza terapéutica reportada en el momento inicial por parte de los psicoterapeutas no se encuentra relacionada con los puntajes obtenidos a través de los dibujos (Tabla 10).

Ahora bien, los resultados obtenidos al correlacionar los instrumentos TASC-N y TASC-T, no arrojaron correlaciones significativas, indicando que la calidad de la alianza terapéutica reportada por parte de los niños/as luego del momento inicial de psicoterapia no se relaciona a la calidad de la alianza terapéutica reportada por los psicoterapeutas para el mismo momento (Tabla 10).

**Tabla 10. Análisis Correlacionales | TASC-N - TASC-T - Escala de Clasificación Global Momento 1**

	TASC-T	1	2	3	4	5	6	7	8
TASC-N	,223	,237	-,023	,067	-,116	-,282	,081	,317	,082
TASC-T		-,077	,177	-,224	-,162	-,290	-,058	-,101	-,190

*Nota.* 1 = Vitalidad y Creatividad, 2 = Orgullo y Felicidad, 3 = Vulnerabilidad, 4 = Distanciamiento afectivo, 5 = Tensión o Enfado, 6 = Inversión de Roles, 7 = Bizarro o Disociado, 8 = Valoración Global de la Patología.

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01

### 6.3.2.2. Correlaciones momento 2

#### 6.3.2.2.1. Correlaciones intraescalares de la Escala de Clasificación Global

Al observar el análisis de las subescalas en el segundo momento, es decir, después de 3 meses de psicoterapia, se puede ver que la subescala de Vitalidad y Creatividad con Orgullo y Felicidad presenta una correlación significativa positiva alta ( $r=0,801$ ,  $p=0,001$ ), lo que indica que a medida que la Vitalidad y Creatividad del dibujo aumenta, el Orgullo y Felicidad aumenta. Se observa en Vitalidad y Creatividad que existen correlaciones significativas y negativas altas donde al aumentar la Vitalidad y Creatividad, disminuye Vulnerabilidad ( $r=-0,758$ ,  $p=0,002$ ), Distanciamiento afectivo ( $r=-0,624$ ,  $p=0,017$ ), Tensión o Enfado ( $r=-0,762$ ,  $p=0,002$ ), Bizarro o Disociado ( $r=-0,766$ ,  $p=0,001$ ) y la Valoración Global de la Patología ( $r=-0,885$ ,  $p>0,001$ ). Para la subescala de Orgullo y Felicidad, hay correlaciones significativas y negativas altas, lo que refiere a que a medida que el Orgullo

y Felicidad aumenta, las subescalas de Vulnerabilidad ( $r=-0,873$ ,  $p>0,001$ ), Distanciamiento afectivo ( $r=-0,835$ ,  $p>0,000$ ), Tensión o Enfado ( $r=-0,773$ ,  $p=0,001$ ), Inversión de Roles ( $r=-0,611$ ,  $p=0,020$ ), Bizarro o Disociado ( $r=-0,559$ ,  $p=0,038$ ) y Valoración Global de la Patología ( $r=-0,894$ ,  $p>0,000$ ) disminuyen. Al analizar la subescala de Vulnerabilidad, se observa que existen correlaciones significativas positivas altas, es decir, si la Vulnerabilidad disminuye, Distanciamiento Afectivo ( $r=0,826$ ,  $p>0,001$ ), Tensión o Enfado ( $r=0,903$ ,  $p>0,001$ ), Inversión de Roles ( $r=0,611$ ,  $p=0,020$ ), Bizarro o Disociado ( $r=0,672$ ,  $p=0,008$ ) y Valoración Global de la Patología ( $r=0,776$ ,  $p=0,001$ ) igualmente descienden. En la subescala de Distanciamiento Afectivo, se puede ver que existen correlaciones significativas y positivas altas, es decir que, si aumenta el Distanciamiento Afectivo, aumenta de igual forma Tensión o Enfado ( $r=0,669$ ,  $p=0,009$ ), Inversión de Roles ( $r=0,639$ ,  $p=0,014$ ) y Valoración Global de la Patología ( $r=0,655$ ,  $p=0,011$ ). La subescala de Tensión o Enfado arrojó una correlación significativa positiva alta, donde a medida que la Tensión o Enfado aumenta, Bizarro o Disociado ( $r=0,759$ ,  $p=0,002$ ) y Valoración Global de la Patología ( $r=0,761$ ,  $p=0,002$ ) también lo hacen. Por último, se obtuvo una correlación significativa positiva alta entre Bizarro o Disociado y Valoración Global de la Patología ( $r=0,577$ ,  $p=0,031$ ), es decir, mientras aumenta Bizarro o Disociado, la Valoración Global de la Patología también aumenta. (Tabla 11)

**Tabla 11. Análisis Correlacionales | Escala de Clasificación Global Momento 2**

	2	3	4	5	6	7	8
1. Vitalidad y Creatividad	,801**	-,758**	-,624*	-,762**	-,207	-,766**	-,885**
2. Orgullo y Felicidad		-,873**	-,835**	-,773**	-,611*	-,559*	-,894**
3. Vulnerabilidad			,826**	,903**	,611*	,672**	,776**
4. Distanciamiento afectivo				,669**	,639*	,441	,655*
5. Tensión o Enfado					,334	,759**	,761**
6. Inversión de Roles						,095	,396
7. Bizarro o Disociado							,577*
8. Valoración Global de la Patología							

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01

**6.3.2.2.2. Correlaciones interescalares entre la Escala de Clasificación Global y Therapeutic Alliance Scale for Children-revised para niños/as (TASC-N) y psicoterapeutas (TASC-T)**

Para la asociación entre las subescalas de la Escala de Clasificación Global y el TASC-N, se encontró que no existen correlaciones significativas, indicando que la calidad de la alianza terapéutica reportada luego de tres meses de psicoterapia por los niños en el TASC no se encuentra relacionada con los puntajes obtenidos a través de las subescalas de análisis del dibujo. En cuanto a la relación entre la Escala de Clasificación Global y el TASC-T, es posible señalar que se encontró una correlación negativa y significativa con fuerza de correlación alta ( $r=-0,563$ ,  $p=0,036$ ) entre la alianza terapéutica reportada por los psicoterapeutas luego de tres meses de psicoterapia y la subescala de Distanciamiento afectivo, lo que indica que al aumentar la alianza terapéutica percibida por el psicoterapeuta existe una disminución del distanciamiento afectivo por parte del niño/a reflejado en el dibujo. Respecto a las subescalas restantes, no se reportaron correlaciones significativas. (Tabla 12)

Al momento de correlacionar los instrumentos TASC-N y TASC-T, no se encontraron correlaciones significativas, indicando que la calidad de la alianza reportada por parte de los niños/as luego de tres meses de psicoterapia no se relaciona a la calidad de la alianza reportada por los psicoterapeutas luego de tres meses de psicoterapia (Tabla 12).

**Tabla 12. Análisis Correlacionales | TASC-N - TASC-T - Escala de Clasificación Global  
Momento 2**

	TASC-T	1	2	3	4	5	6	7	8
TASC-N	,338	-,074	-,348	,155	,051	-,002	,496	,124	,278
TASC-T		,233	,276	-,508	-,563*	-,460	-,041	-,302	-,227

*Nota.* 1 = Vitalidad y Creatividad, 2 = Orgullo y Felicidad, 3 = Vulnerabilidad, 4 = Distanciamiento afectivo, 5 = Tensión o Enfado, 6 = Inversión de Roles, 7 = Bizarro o Disociado, 8 = Valoración Global de la Patología

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05

\*\*. La correlación es significativa al nivel 0,01

## 7. Discusión y conclusiones

La presente discusión se centrará en cinco niveles de análisis con motivo de responder tanto el objetivo principal como los específicos de la investigación. El primer nivel corresponde a la '*Alianza terapéutica*' en la que se estudiarán los resultados obtenidos a través de las pruebas Therapeutic Alliance Scale for Children en su versión para niños/as (TASC-N) y terapeutas (TASC-T). El segundo nivel se denomina '*Vínculo terapéutico*' en el que se discutirán los resultados obtenidos de las puntuaciones de los dibujos de 'Mi psicólogo y yo' a través de la Escala de Clasificación Global. El tercer nivel pertenece a las '*Correlaciones*' en la que se detallarán las asociaciones estadísticas halladas entre los diferentes instrumentos. En el cuarto nivel, se expondrán las principales '*Conclusiones*' acerca de las discusiones obtenidas a través de los resultados. En el quinto, y último nivel, se presentarán las '*Limitaciones, oportunidades y alcances*' hallados en la investigación.

### 7.1. Alianza terapéutica | TASC-N – TASC-T

En la presente Memoria, se realizó una investigación cuyo objetivo principal es *analizar la relación entre la alianza y el vínculo terapéuticos desde la perspectiva de niños/as y psicoterapeutas al inicio y luego de tres meses de psicoterapia*. Esto responde a la necesidad de indagar y otorgar nuevos conocimientos en el área de la alianza terapéutica considerando su importancia como elemento fundamental de los procesos psicoterapéuticos (Wampold, 2015; Zetzel & Meissner, 1994), los que han sido posible de dar cuenta en diferentes investigaciones (Santibáñez et al., 2008), en tanto constituye una relación de carácter positivo y estable que surge entre la díada psicoterapéutica que contribuye en el desarrollo y resultados significativos del proceso (Fossa, 2012; Núñez y Gómez, 2019; Rossetti y Botella, 2017). A lo mencionado, se añade el menor número de investigaciones sobre alianza terapéutica en la población infantil frente a la población adulta (Horvath et al., 2011), afectando considerablemente al abordaje con pacientes infantiles al no considerar las características propias de su etapa del desarrollo y la manera en que esto se refleja en la psicoterapia (Baylis et al., 2011; Karver, 2018; Núñez y Gómez, 2019; Shirk & Karver, 2003; Shirk & Karver, 2011).

De este modo, para medir la alianza terapéutica en niños/as se utilizó el instrumento *Therapeutic Alliance Scale for Children-revised* (Creed & Kendall, 2005; Shirk & Saiz, 1992) en su versión para niños (TASC-N) y para terapeutas (TASC-T), tanto para el momento inicial como luego de tres meses de psicoterapia, esto con el objetivo de *comparar la evaluación de la alianza terapéutica realizada por los niños/as y los psicoterapeutas al inicio y luego de tres meses de psicoterapia*. Se obtuvieron medias más cercanas al puntaje máximo de la escala para el TASC-N y el TASC-T en ambos momentos, dando cuenta de una buena calidad en la alianza terapéutica reportada tanto por parte del niño/a como del psicoterapeuta en la totalidad de la muestra, al igual que en Goic et al. (*in press*). Sin embargo, los niños/as reportaron una mejor alianza que los terapeutas en ambos momentos del proceso psicoterapéutico. Ahora bien, tras estos resultados, se estimó conveniente realizar un cálculo de diferencia de medias entre las pruebas TASC en cada momento, dando como resultado diferencias significativas en los reportes acerca de la percepción de la alianza por parte del niño/a y la percepción de la alianza por parte del terapeuta, tanto en el momento inicial como luego de tres meses de psicoterapia. Lo que significa que los niños/as obtuvieron puntajes significativamente más altos en el reporte de la alianza terapéutica a comparación de los psicoterapeutas, o, en otras palabras, que los niños/as percibieron una mejor calidad de la alianza terapéutica. Esto, permite aceptar la hipótesis de que *la evaluación de la alianza terapéutica realizada por los niños/as será significativamente más alta que la realizada por los psicoterapeutas*.

Los resultados se asemejan a lo señalado en el estudio de Goic et al. (*in press*) en tanto los psicoterapeutas reportaron puntajes significativamente más bajos, aunque sin dejar de ser de carácter positivo. Además, se condice con lo mencionado por Accurso & Garland (2015) en tanto los niños/as generalmente perciben una alianza mayor a comparación de los psicoterapeutas, priorizando la dimensión vincular por sobre los demás elementos de la alianza, mientras que los terapeutas subestiman el grado en que se sienten aliados de ellos, tendiendo a ser más críticos que los niños/as respecto a la alianza inicial (Goic et al., *in press*). Lo anterior, señala Núñez (2021), también podría explicarse por el nivel de expectativas del terapeuta debido a su concepción sobre qué constituye una alianza superior frente a las expectativas de los otros participantes de la tríada acerca de la alianza. Esto demuestra la importancia en generar investigaciones que consideren que cada miembro percibe de manera diferente la alianza generada (Accurso & Garland, 2015), siendo así, el reporte del niño/a un material valioso de estudio, especialmente en una

población que no consulta de forma espontánea y que su participación es motivada por intereses de terceros (Baylis et al., 2011; Karver, 2018; Núñez y Gómez, 2019; Shirk & Karver, 2003). Así, se debe dar énfasis a los niños/as como informantes claves de sus procesos por sobre la postura adultocéntrica acerca de sus experiencias (Capella et al., 2015; Driessnack, 2005; Luttrell, 2010).

Ahora bien, siguiendo con el objetivo de *evaluar la alianza terapéutica desde la perspectiva de los niños/as y de los psicoterapeutas al inicio y luego de tres meses de psicoterapia*, se realizaron comparaciones de la valoración de la alianza terapéutica entre los diferentes momentos en estudio, y así poder dar cuenta de los cambios existentes a lo largo del proceso, puesto que la formación de las alianzas y su comportamiento durante el tratamiento brinda ayuda a los psicoterapeutas para lograr resultados positivos en la psicoterapia infantil (Karver et al., 2018). De este modo, se realizó una comparación para el TASC-N como para el TASC-T entre el inicio y luego de tres meses de psicoterapia utilizando el Test de Friedman, donde no se obtuvieron diferencias significativas para ninguna de las pruebas, es decir, no existieron cambios significativos en el tiempo de los puntajes para la alianza terapéutica reportada por los niños/as y por los psicoterapeutas. Sin embargo, la significancia de la prueba para TASC-T fue cercana a un valor significativo. De este modo, se rechaza la hipótesis de que *la alianza terapéutica será significativamente más alta luego de tres meses de psicoterapia desde la perspectiva de los niños/as y de los psicoterapeutas*.

Se debe reparar en que, si bien no se presentaron diferencias significativas para cada una de las pruebas, ambos TASC reportaron tendencias al aumento luego de tres meses, posibles de observar a través de sus respectivas medias, coincidiendo así, con lo mencionado por Abrishami (2013) y Núñez et al. (*in press*) acerca del carácter evolutivo de la alianza terapéutica en una dinámica relacional, la que se iría desarrollando a través del tiempo y de manera gradual entre el niño/a y el psicoterapeuta (Shore & Shore, 2007).

Con los resultados obtenidos, podría hipotetizarse que en un tiempo más avanzado del tratamiento pudiesen encontrarse cambios significativos en la alianza del niño/a percibida por el terapeuta. Lo anterior, teniendo en cuenta lo indicado en Núñez et al. (*in press*), acerca de que la alianza terapéutica conlleva diversas funciones facilitadoras del cambio dependiendo del momento en el que se encuentre el proceso, indicaría que el afianzamiento de la relación en la psicoterapia infantil requeriría de mayor tiempo para desarrollarse, además de un terapeuta apoyador, sintonizado y no enjuiciador, pilares para el cambio

(Shirk & Karver, 2011). Más aún si se consideran posibles posturas evitativas o pasivas al inicio del proceso, e incluso el sentirse avergonzados frente a un adulto extraño (Núñez, 2021), dada la naturaleza de la psicoterapia infantil, en el que el niño/a podría no constituir un consultante que posea un motivo de consulta claro o un acuerdo de su problemática, a diferencia de los adultos (Baylis, Collins & Coleman, 2011; Núñez y Gómez, 2019; Shirk & Karver, 2011). Por otro lado, también se podría suponer que, una muestra de sujetos más amplia a analizar permitiría dar paso a una mayor representatividad y reflejo de la población objetivo, pudiendo así hallar valores más significativos (Hernández et al., 2010), considerando las tendencias al aumento reportadas en la presente Memoria.

Por último, si bien en el estudio de Goic et al. (*in press*) se recomienda tomar medidas repetidas para reflejar la construcción y evolución de la alianza terapéutica entre niños/as y terapeutas, y de este modo, determinar el poder predictivo de la alianza inicial en relación a los resultados del proceso; los resultados de la presente investigación, que consideran medidas repetidas, aún no son suficientemente significativos para predecir la calidad de la alianza terapéutica. Esto pudiese deberse, ya sea al tamaño de la muestra, mencionado con anterioridad, al momento del proceso psicoterapéutico analizado o a otros factores a indagar. Así, se sugiere en futuros estudios realizar más medidas repetidas, pero en periodos más avanzados de la psicoterapia, considerando incluso, la finalización de ésta como una importante fuente de información acerca de los procesos terapéuticos (Álamo, 2019).

## **7.2. Vínculo terapéutico | Escala de Clasificación Global**

Por otro lado, también se encuentra otro objetivo de la investigación correspondiente a *evaluar y comparar la representación gráfica del vínculo terapéutico desde la perspectiva de los niños/as al inicio y luego de tres meses de psicoterapia*, escogiendo la técnica del dibujo como una manera de medirlo. Se utilizó el instrumento denominado '*Mi psicólogo y yo*' elaborada por Núñez (2021), que responde a la necesidad de indagar en nuevas metodologías que permitan recoger las perspectivas y voces de los niños/as que cursan procesos psicoterapéuticos (Álamo, 2019; Capella et al., 2015; Driessnack, 2005; Núñez, 2021; Núñez y Gómez, 2019), siendo este un medio de expresión y comunicación no amenazante (Driessnack, 2005; Malchiodi, 1998) eficaz para evaluar tanto características

cognitivas como afectivas y emocionales (Thomas & Silk, 1998); siendo, desde una perspectiva evolutiva, un medio sensible al desarrollo (Álamo, 2019; Núñez, 2021).

Los dibujos fueron analizados a través de la adaptación de la *Escala de Clasificación Global de Fury et al.* (1997) para la relación entre niño/a y psicoterapeuta considerando como guía la adaptación realizada por Harrison et al. (2006) para la relación alumno/a y profesor/a. La justificación de la elección de este instrumento correspondió a la posibilidad de ahondar en uno de los elementos que constituye a la alianza terapéutica, correspondiente al vínculo terapéutico, componente central de esta (Accurso & Garland, 2015), en el que la relación con un psicoterapeuta apoyador es considerado fundamental para el cambio terapéutico (Shirk & Karver, 2011). Además, el terapeuta es percibido como una fuente que provee una base segura al paciente (Smith et al., 2010), siendo posible pensar la alianza terapéutica, es específico la dimensión vincular como una relación de apego. Es por lo anterior, que los dibujos fueron medidos con el instrumento elaborado por Fury et al. (1997) cuyos fundamentos corresponden a la Teoría del Apego; apoyando a esta elección del instrumento, su eficacia y facilidad en la administración para puntuar los dibujos y su éxito con niños/as en edad escolar temprana (Harrison et al., 2006).

Con todo esto, es importante hacer énfasis en la traducción y adaptación de la Escala de Clasificación Global de Fury et al. (1997) a la relación entre niño/a y psicoterapeuta para la presente Memoria, puesto que su aplicación podría permitir cuantificar y esquematizar los análisis de dibujos y, de este modo, llegar a convertirse en una herramienta con la capacidad de predecir y generalizar los resultados observados en las investigaciones (Hernández et al., 2010). Tal como es el análisis de las metodologías cuantitativas, en donde la comprobación y la generalización de resultados permitiría que el instrumento pudiera ser aplicado con el objetivo de hallar estimaciones, en este caso a una mayor cantidad de niños/as, (Hernández et al., 2010). Y con esto, apuntar al mejoramiento de los tratamientos en la psicoterapia, tal como sugerirle a los psicoterapeutas que trabajan con población infanto juvenil la importancia de contemplar otros factores que pudiesen estar influyendo en la adhesión de la psicoterapia.

Cabe señalar que, este estudio al ser de carácter exploratorio y con una muestra reducida, buscó con esta adaptación y traducción indagar en nuevas metodologías de investigación para el estudio de la alianza terapéutica y, más específicamente, para el aspecto vincular de la relación, siendo novedoso revisar un instrumento con un enfoque

teórico desde la teoría del apego, para observar, al igual que Harrison et al. (2006), otros vínculos íntimos que no sean familiares desde esta orientación.

Ahora bien, dirigiéndose a los resultados específicos obtenidos para las subescalas estudiadas con el instrumento, se encontró que, tanto para el momento inicial como para el segundo momento de la psicoterapia, la media de los puntajes en las dimensiones positivas se encontraba en el rango de puntajes *moderadamente altos* (Ver anexo nº6), mientras que la media de los puntajes para las dimensiones negativas no superó la calificación de *moderadamente bajos* (Ver anexo nº6). Además, para el segundo momento, las subescalas positivas presentaron un leve aumento en la media de sus puntajes, mientras que las subescalas negativas una disminución. Al contrastar los resultados de este estudio con los reportados por Fury et al. (1997) para la relación familiar y por Harrison et al. (2006) para la relación alumno/a y profesor/a, se destaca que las medias de los puntajes en ambos momentos de la psicoterapia en las dimensiones positivas alcanzaron una media más alta en comparación de los estudios mencionados, siendo levemente mayores luego de tres meses de terapia. Mientras que, para las dimensiones negativas, en ambos momentos se alcanzaron medias de los puntajes menores a las otras relaciones, siendo aún levemente menores luego de tres meses de psicoterapia. Los comentarios verbales de los niños/as tendieron a apoyar estos resultados. Por otro lado, debe resaltarse la dimensión de *Inversión de Roles* en el momento inicial, puesto que la media fue similar a la misma dimensión en la relación familiar en Fury et al. (1997) y cercana a la reportada por Harrison et al. (1997), sin embargo, esta coincidencia debe interpretarse con cautela considerando la diferencia en la naturaleza de las relaciones estudiadas, donde el terapeuta buscaría alcanzar una relación mayormente simétrica (Núñez et al., *in press*).

Cabe señalar que, si bien se observó si los resultados eran acordes o no a los estudios señalados (Fury et al., 1997; Harrison et al., 2006; Procaccia et al., 2014), estos contemplaron una muestra muchísimo más amplia que la considerada para esta investigación, por lo que una observación más certera requeriría de una muestra más robusta, sin embargo, estos resultados pueden ser considerados como una primera aproximación para el estudio de la relación entre niño/a y psicoterapeuta.

También se realizó una prueba para medidas repetidas con la *Escala de Clasificación Global* entre los dos momentos en estudio, siendo necesario hacer comparaciones para cada una de las subescalas no encontrando diferencias significativas, dando cuenta que no existieron cambios sustanciales en términos de apego para los puntajes de las subescalas

obtenidas a través de los dibujos de los niños/as de la muestra. Lo anterior, puede explicarse, al igual que con la prueba TASC, debido a que el vínculo, elemento central de la alianza terapéutica, requiere de tiempo para desarrollarse (Núñez et al., *in press*). De este modo, y tras los resultados obtenidos, se rechaza la hipótesis de que *la calidad del vínculo terapéutico será significativamente más alta luego de tres meses de psicoterapia desde la perspectiva de los niños/as*.

A pesar de lo anterior, se debe prestar debida atención a los resultados de la prueba no paramétrica en conjunto con los datos de las medias de las subescalas, puesto que el hecho de que no existan datos estadísticamente significativos no refiere a que no existan leves cambios, y que para este caso se observa una tendencia al aumento en las dimensiones positivas y disminución en las negativas en su mayoría, siendo la excepción tan solo la subescala *Orgullo y Felicidad* que se mantuvo similar a lo largo del proceso. Estos aspectos descriptivos podrían hacer alusión al desarrollo de un vínculo terapéutico más fuerte a mayor tiempo de psicoterapia en términos de apego dentro de la alianza terapéutica, coincidiendo así, con la literatura en tanto la vinculación se va estableciendo a lo largo del tiempo (Núñez et al., *in press*; Shore & Shore, 2007;). Lo anterior, podría deberse a la interiorización del psicoterapeuta como una figura de carácter positivo en el niño/a, que le permitiría al psicoterapeuta asumir un rol de figura de apego dentro de la alianza terapéutica (Núñez, 2021), lo que favorecería a este vínculo afectivo al permitir ser parte de los recursos relacionales interiorizados del niño/a (Holmes, 2015).

Sin embargo, sigue siendo necesario investigar en qué momento comienzan a surgir vínculos de carácter significativos y si estos pudiesen llegar a presentar variaciones en el tiempo, dado que la relación de apego sería decisiva para que la psicoterapia genere un cambio importante en el paciente (Duquette, 2010), sugiriendo así, la necesidad en futuros estudios de una aplicación en fases aún más avanzadas del proceso, tales como las intermedias e incluso finales, que, siguiendo a Álamo (2019), presentan mayores cambios, considerando que la fase inicial de la psicoterapia es un momento de consolidación de la relación entre psicoterapeuta y paciente.

### 7.3. Correlaciones

#### 7.3.1. Correlaciones intraescalares e interescalares | TASC-N – TASC-T – Escala de Clasificación Global

Por otro lado, se estimó conveniente realizar una matriz de correlaciones entre los diferentes instrumentos, con el objetivo de *describir la relación entre la evaluación de la alianza terapéutica y las evaluaciones de las representaciones gráficas del vínculo terapéutico al inicio y luego de tres meses de psicoterapia*, y así enriquecer el análisis de la investigación y dar cuenta de posibles asociaciones entre éstas. Se realizaron para ambos momentos de la psicoterapia, tanto de manera intraescalar para correlacionar las subescalas de la Escala de Clasificación Global como interescalares para correlacionar esta escala junto a las pruebas TASC. En primer lugar, se encuentran las correlaciones intraescalares entre las subescalas de la *Escala de Clasificación Global*, cuyas asociaciones responden a la posibilidad de estudiar las diferentes dimensiones a evaluar en un proceso psicoterapéutico y la manera en que cada una varía en función de la otra, además de su comportamiento para cada uno de los momentos. En esta oportunidad, se mencionarán los resultados más relevantes hallados en las asociaciones.

Uno de estos corresponde a la subescala de *Vitalidad y Creatividad*, con la que se mostraron dificultades al momento de puntuar los dibujos, dado que este se enfoca en los detalles específicos del mismo, tales como un fondo elaborado, colores y/o que los personajes estén realizando alguna actividad, por mencionar algunos, con el objetivo de captar el involucramiento emocional del niño/a. Uno de los contratiempos resultó ser la adaptación de los requisitos de la subescala original de Fury et al. (1997), puesto que en la mayoría de los dibujos de la presente investigación se encontraron un menor número de detalles de fondo a pesar de ser, en ciertas ocasiones, un dibujo colorido y/o con detalle tanto en la figura del niño/a como del psicoterapeuta. Esto hace suponer que podría deberse a los diferentes escenarios en los que se desarrollan las relaciones, un espacio reducido de box, siendo necesario un ajuste de las características particulares de los puntajes para la subescala con el fin de adaptarse a la peculiaridad de la psicoterapia.

A este respecto, podría hacerse hincapié en la particularidad de algunos dibujos analizados, en donde se observó, tal como lo menciona Núñez et al. (*in press*), que, para el primer momento, mostraban rostros felices y expresión positiva, aunque con un fondo

centrado en el mobiliario del box; en tanto para el segundo momento, algunos dibujos de igual manera presentaron felicidad, aunque se diferenciaron por representar interacciones lúdicas no centradas en el fondo de la consulta. Si bien es cierto, esto no representó una regla para la totalidad de los dibujos analizados en la presente Memoria, si es necesario reparar en aquellos que sí lo presentaron, en tanto permiten adaptar el sistema de puntuación para esta subescala teniendo en cuenta el momento de la psicoterapia que se esté evaluando. Esto, pues siguiendo a Núñez et al. (*in press*), podría indicar una evolución en la calidad del vínculo y la alianza hacia una relación más libre, simétrica, centrada en una interacción de la díada de carácter positiva y lúdica; elementos necesarios de evaluar en la subescala de *Orgullo y Felicidad*, siendo ideal su consideración y adaptación a la naturaleza de la relación entre niño/a y psicoterapeuta.

En cuanto a los datos obtenidos para la subescala de *Orgullo y Felicidad*, se presentaron importantes resultados al momento de asociarse significativamente con las restantes subescalas, siendo un buen predictor para medir la conexión emocional que el niño/a posee con su psicoterapeuta, es decir, cómo el niño/a parece sentirse apoyado por una figura adulta en el contexto de psicoterapia, constituyéndose como una de la subescalas principales a las que hay que proporcionar atención al momento de estudiar y evaluar la calidad del vínculo de la alianza terapéutica. Esto considerando que la conexión emocional que se da en el proceso es el componente nuclear de la alianza y del cambio terapéutico, y una precondition para lograr un trabajo psicoterapéutico elaborativo con el niño/a (Shirk & Karver, 2011), dado que el terapeuta es visto como una base segura en momentos de necesidad (Smith, Msetfi & Golding, 2010), todo esto debido a la interiorización del terapeuta como una figura positiva (Núñez, 2021). Los resultados para esta subescala concuerdan con los obtenidos por Fury et al. (1997) en su medición para las relaciones familiares, y con los obtenidos por Harrison et al. (2006) para la medición de la relación alumno/a y profesor/a.

Para la subescala de *Inversión de Roles* se debe prestar especial atención, dado que el propósito de esta escala radica en poder captar sentimientos del niño/a que sugieran una relación de roles invertidos con el terapeuta. Es decir, que el niño/a perciba a su terapeuta como débil, vulnerable, con menor poder y autoridad respecto a la relación, de modo que el terapeuta sea poco confiable como una figura de apoyo constante. En cuanto a los resultados para esta subescala, se hallaron correlaciones significativas entre la mayor parte de las subescalas para ambos momentos, presentando asociaciones negativas con las

dimensiones y asociaciones positivas con las dimensiones negativas, concordando con los resultados reportados por los estudios de Fury et al. (1997) y Harrison et al. (2006). Sin embargo, hay que resaltar que al observar en detalle los puntajes para algunos dibujos, estos se encontraban en la categoría de *puntuaciones moderadas* (Ver anexo nº6), es decir, una consideración mayormente horizontal con el psicoterapeuta y que para otro tipo de relaciones posee una connotación de carácter negativo, difiriendo el significado del dibujo del niño/a de la relación con su psicoterapeuta.

En consecuencia, los datos muestran diferencias sustanciales a comparación del estudio de Fury et al. (1997) y Harrison et al. (2006) en tanto la naturaleza de las relaciones involucradas en el análisis de los autores señalados, donde la relación está caracterizada por la verticalidad, puesto que desde esta perspectiva el niño/a debe considerar a la familia y a los profesores/as como figuras con mayor autoridad. Diferente es la situación para los psicoterapeutas, quienes deben lograr una buena calidad de la alianza terapéutica y que el paciente no les consideren como una figura amenazante, siendo necesario para esto un terapeuta empático, disponible y auténtico (Shirk & Karver, 2011) desde el inicio de la psicoterapia, caracterizado por una postura lúdica y centrada en el niño/a, que proporcione encuentros felices y acogedores; y que, de este modo, de paso a la gestación de una relación mayormente simétrica entre la díada que permita el desarrollo de la confianza y el afecto del paciente (Núñez, 2021). Por esta razón, la búsqueda del tipo de rol a establecer difiere significativamente con las investigaciones mencionadas.

En lo que respecta a la subescala de *Valoración Global de la Patología*, se vuelve importante señalar sus asociaciones significativas para ambos momentos con gran parte de las subescalas, permitiendo dar cuenta de su capacidad para captar los aspectos globales en su conjunto en el dibujo del niño/a con su terapeuta, más que en características específicas del mismo, igualándose a las conclusiones de Fury et al. (1997) y Harrison et al. (2006), en cuanto esta escala proporciona una clasificación resumida de cómo se siente el niño/a en la relación representada a través del dibujo.

En suma, los elementos que aparecen en los dibujos de 'Mi psicólogo y yo' son consistentes para la medición de la perspectiva de los niños/as, en tanto las subescalas se correlacionan significativamente entre dimensiones positivas y dimensiones negativas, concluyendo que es capaz de medir la alianza terapéutica en términos de apego. Además, se condicen con las correlaciones obtenidas en el estudio de Fury et al. (1997) y Harrison et al. (2006) en que la mayoría de las subescalas se encontraban asociadas de manera

significativa. Esto indica que, las representaciones de los niños/as de sus relaciones con sus psicoterapeutas en sus dibujos pueden proporcionar una herramienta valiosa para evaluar las diferentes dimensiones que posee el dibujo, y así dar cuenta de la calidad emocional del vínculo a través de los datos estadísticos y de sus posteriores interpretaciones, tal como lo realizan los autores mencionados. Lo anterior, señala Fury et al. (1997), es posible de explicar debido a que las subescalas no son totalmente independientes entre sí a nivel de sus fundamentos teóricos.

Es importante enfatizar sobre todo en la adaptación realizada por Harrison et al. (2006), puesto que coincide con el presente estudio al realizar una adaptación del instrumento para su aplicación diferente a la relación familiar y aún así obtener asociaciones significativas para las subescalas, dando cuenta, en ambos estudios, de la oportunidad que representa el instrumento para profundizar en la comprensión de otras relaciones significativas del niño/a leídas desde una relación de apego y la evaluación de la calidad emocional.

Tras lo expuesto, es necesario recordar que los resultados obtenidos están sujetos al tamaño muestral del presente estudio, dado que al observar en detalle los puntajes de la *Escala de Clasificación Global*, algunos puntajes de las subescalas no variaron en más de un punto entre el momento inicial y luego de tres meses de psicoterapia, sin embargo, en los resultados al momento de correlacionar, una pequeña variación en los puntajes significó el obtener o no correlaciones significativas. Esto permite suponer que, al realizar un estudio con mayor número de casos, es posible que se pudieran alcanzar correlaciones significativas en un mayor número de subescalas.

En segundo lugar, se encuentran las correlaciones realizadas para ambos momentos entre los instrumentos de la investigación, correspondientes a la *Escala de Clasificación Global*, *TASC-N* y *TASC-T*, con el propósito de hallar posibles asociaciones entre estos. Los resultados entre las pruebas no arrojaron correlaciones significativas para el momento inicial de la psicoterapia, es decir, que la calidad de la alianza terapéutica reportada para el inicio del tratamiento tanto por los niños/as como por el psicoterapeuta no se asocia con los puntajes obtenidos a través de los dibujos del niño/a. En cuanto al segundo momento de análisis, es decir, luego de tres meses de psicoterapia, tan sólo se reportó una correlación significativa y negativa entre la prueba *TASC-T* y la subescala de *Distanciamiento afectivo*, lo que significa que, a medida que aumenta la calidad de la alianza terapéutica del niño/a percibida por su psicoterapeuta existen menores sentimientos de distancia emocional y/o soledad por parte del niño/a.

Esta disminución podría pensarse que es debido a diferentes factores, como a posibles posturas evitativas o pasivas del niño/a frente a un extraño al inicio del proceso psicoterapéutico (Núñez, 2021), y que podría ir disminuyendo tras un trabajo terapéutico en conjunto a un psicoterapeuta apoyador, sintonizado y no enjuiciador (Shirk & Karver, 2011), que va dando paso a una interacción positiva y una adhesión del niño/a hacia las intervenciones de su terapeuta (Núñez, 2021), todo eso considerando el carácter evolutivo de la alianza terapéutica con niños/as (Karver et al., 2006).

Este último hallazgo es bastante relevante en términos de su importancia para la medición del establecimiento de una alianza terapéutica entre la díada, puesto que una corresponde al reporte del psicoterapeuta respecto a su propia percepción acerca de la alianza que experimenta el niño/a en la relación con su terapeuta, mientras la otra mide una característica del dibujo realizado por el paciente, siendo particularmente difícil encontrar asociaciones significativas, aún más al considerar que cada miembro de la relación percibe de manera diferente la calidad de la alianza establecida (Accurso & Garland, 2015). Lo anterior, daría cuenta de que, luego de tres meses de psicoterapia, las visiones respecto a la alianza terapéutica coincidirían entre niño/a y psicoterapeuta respecto a la disminución de los sentimientos de distancia emocional del paciente. Es interesante subrayar, de manera breve, que los resultados mostraron una tendencia a subir en los puntajes para todos los instrumentos, lo que permitiría suponer que frente a una muestra de mayor escala y/o en tiempos más avanzados del proceso, señalado en apartados anteriores, podrían surgir más correlaciones significativas entre las pruebas.

Tras todos los resultados correlacionales expuestos, es posible indicar que se acepta parte de la hipótesis de que *la evaluación de la alianza terapéutica desde la perspectiva de los niños/as y de los psicoterapeutas se relaciona con la representación gráfica del vínculo terapéutico realizada por los niños/as tanto al inicio como luego de tres meses de psicoterapia*. Esto en tanto existieron asociaciones significativas entre las subescalas de la Escala de Clasificación Global para ambos momentos del tratamiento, y una asociación con la prueba TASC-T en el segundo momento con la subescala de *Distanciamiento Afectivo*. Por otro lado, se rechazaría otra parte de la hipótesis debido a la no obtención de asociaciones significativas entre las restantes subescalas con las pruebas TASC.

Por último, tal como se mencionó en apartados previos de la presente Memoria, el cimiento teórico del instrumento de medición de alianza terapéutica TASC corresponde al Modelo transteórico de alianza terapéutica propuesto por Bordin (1979), donde la prueba

TASC tendría como finalidad la medición de la alianza entre el niño/a y el psicoterapeuta en dos de estos elementos: el vínculo afectivo y la colaboración entre objetivos y tareas terapéuticas, lo que vendría a suponer una posible explicación a las diferencias en las correlaciones al comparar dos instrumentos que estarían midiendo la alianza terapéutica de maneras distintas en los dos momentos utilizados. La adaptación realizada a la *Escala de Clasificación Global* mide el aspecto vincular de la alianza a través de la representación de la relación de apego, por lo que no consideraría el aspecto de las tareas ni metas psicoterapéuticas. De aquí deriva la importancia de poder medir la calidad del vínculo de manera independiente, más aún pensando en los pacientes infantiles, puesto que los niños/as generalmente perciben una alianza fuerte y estable, priorizando el vínculo por sobre las tareas terapéuticas, siendo incluso un elemento considerado como principal a través de reportes de terapeutas (Campbell & Simmonds, 2011).

#### **7.4. Conclusiones**

La presente Memoria tuvo por objetivo realizar un estudio exploratorio de carácter cuantitativo acerca de la alianza terapéutica desde la perspectiva de los niños/as y de los psicoterapeutas, además de indagar en la dimensión vincular de la alianza desde la representación gráfica a través de dibujos por parte de los niños/as. Se plantearon diferentes objetivos e hipótesis con el fin de responder a la pregunta de investigación: *¿Cómo evoluciona la alianza terapéutica, en específico el vínculo terapéutico desde la perspectiva de los niños/as y de los psicoterapeutas al inicio y luego de tres meses de psicoterapia?*

Se encontró que las perspectivas de los niños/as y los psicoterapeutas medidas a través de la prueba TASC en cada uno de los momentos variaba de manera significativa, dando cuenta de la importancia de considerar las percepciones en tanto incluiría la subjetividad de la díada terapéutica, lo que permitiría aceptar la hipótesis planteada de un reporte de una mayor calidad de la alianza por parte del niño/a. También se dio cuenta de los cambios de la alianza y del vínculo terapéutico al realizar comparaciones entre los momentos, evidenciando que no hubo cambios significativos en estas dimensiones, debiendo rechazar la hipótesis planteada, tanto para la alianza como para el vínculo. De todos modos, se consideró relevante observar en detalle los resultados para estos apartados, puesto que el

hecho de que no existieran datos estadísticamente significativos no refiere a que no existieron tendencias positivas con el paso del tiempo.

Por otro lado, existieron hallazgos en cuanto a las correlaciones realizadas entre los instrumentos, siendo una de las más relevantes las obtenidas a través de las subescalas de la Escala de Clasificación Global, puesto que midió diferentes aspectos del dibujo realizado por el niño/a que se relacionaron entre sí, lo que dio paso a la aceptación de parte de la hipótesis acerca de asociaciones significativas entre las subescalas. Sin embargo, no se hallaron correlaciones entre las pruebas TASC, y tan solo se asoció el TASC-T con una subescala de la Escala de Clasificación Global correspondiente a Distanciamiento Afectivo luego de tres meses de psicoterapia.

En conclusión, los resultados obtenidos a lo largo del estudio, sumado a la discusión de estos, dieron cuenta de la importancia del estudio de la alianza terapéutica en los procesos psicoterapéuticos en la clínica infanto juvenil, y, sobre todo, de su dimensión vincular como un elemento central. Incentivando, a su paso, la inclusión de nuevas metodologías de investigación sensibles al desarrollo que pudiesen dar cuenta de las perspectivas de los niños/as como protagonistas de sus propios procesos, identificando en qué momento del proceso estarían existiendo dificultades en los factores de la alianza terapéutica, para así aumentar las tasas de éxito en los tratamientos.

### **7.5. Limitaciones, oportunidades y alcances de la investigación**

Ahora bien, entre las limitaciones encontradas en la presente investigación, es posible mencionar el tamaño de la muestra constituida por 14 niños/as, que podría ser una de las explicaciones de no hallar correlaciones significativas para algunas variables ni diferencias significativas entre el momento inicial y luego de tres meses de psicoterapia, correspondiente al objetivo principal de la Memoria. De este modo, se sugiere para futuros estudios enfocados en esta temática considerar una muestra de mayor tamaño para que la investigación sea de carácter representativo y los datos estadísticos a obtener permitan realizar proyecciones más complejas y certeras. Otra posible limitación que podría explicar los resultados corresponde a los momentos del proceso psicoterapéutico en que se aplicaron las pruebas TASC y la Escala de Clasificación Global, sugiriéndose para futuras investigaciones estudiar momentos más avanzados de procesos psicoterapéuticos que pudiera repercutir en encontrar diferencias significativas en la calidad de la alianza, por lo

que se recomienda aplicar pruebas para medidas repetidas en más momentos del tratamiento, e inclusive tras su finalización, tal como lo sugiere en su estudio Núñez et al. (*in press*), y así dar cuenta de la construcción y evolución de la alianza terapéutica con mayor claridad y determinar cuán predictiva es la medición de ésta en el momento inicial respecto del devenir del proceso psicoterapéutico. Por último, surge como limitante haber realizado un estudio tan solo de carácter cuantitativo con los instrumentos, aún más con la adaptación de la Escala de Clasificación de Fury et al. (1997) prescindiendo de obtener información a través de metodologías cualitativas, por lo que se sugiere para futuros estudios abordar los presentes resultados a través de esta metodología, y así ahondar en la subjetividad de los niños/as y observar en mayor detalle la calidad del vínculo en la psicoterapia.

Sobre las oportunidades del estudio, se encuentra, por un lado, el haber realizado comparaciones entre las perspectivas del niño/a y del psicoterapeuta a través de la prueba TASC para dar cuenta acerca de las diferentes percepciones sobre la alianza terapéutica. Y, por otro lado, una adaptación de la Escala de Clasificación Global de Fury et al. (1997) para estudiar el vínculo terapéutico del niño/a y el psicoterapeuta, constituyéndose como el primer estudio en el que es aplicado para esta relación, siendo posible a través de las consideraciones y conclusiones de Harrison et al. (2006) en su adaptación a la relación alumno/a y profesor/a. Otra oportunidad corresponde a la utilización de este instrumento, que permite estudiar la alianza terapéutica desde la Teoría del Apego y así comprender el vínculo terapéutico desde esta en tanto el psicoterapeuta se va constituyendo como una figura de carácter significativo en el niño/a. De este modo, se debe valorar la nueva información obtenida a través de los resultados de este instrumento en cuanto aporta conocimiento al estudio de la alianza terapéutica en población infantil en contextos naturales y no en escenarios controlados; de paso que contempla la utilización de una herramienta tan interactiva, relevante y sensible al desarrollo como el dibujo, permitiéndoles a los niños/as ser informantes de sus propios procesos y experiencias.

Por otro lado, se encuentran las implicancias prácticas de la presente Memoria enmarcadas en el ámbito de la clínica en psicoterapia infantil, puesto que esta investigación arrojó resultados que podrían permitir la consideración del aspecto vincular como un elemento fundamental de la alianza terapéutica, dado que propone otro enfoque teórico desde el que estudiar la relación entre psicoterapeuta y paciente en que el terapeuta podría ser considerado como una figura que proveería una base segura (Smith, Msetfi & Golding,

2010) debido a diversas características (Holmes, 2015; Shirk & Karver, 2011). Su importancia también responde a aportar conocimientos para el mejoramiento de los procesos psicoterapéuticos infantiles, en tanto se presta atención a la calidad del vínculo que se forja entre la díada terapéutica, para que así, los psicoterapeutas puedan considerarla como uno de los posibles factores que podrían estar influyendo en la adhesión, desarrollo y posibles conflictos a presentarse a lo largo de los procesos psicoterapéuticos.

Otra implicancia dentro de la práctica clínica corresponde al ámbito metodológico con la utilización de la técnica gráfica del dibujo en la psicoterapia, como un medio de expresión diferente que ayuda a reflejar cómo los niños/as observan la realidad (Álamo, 2019; Capella et al., 2015; Carlberg et al., 2009; Sepúlveda et al., 2012). Además de representar lo que a los niños/as más importa respecto a lo vivenciado durante la terapia (Álamo, 2019). Esto sin mencionar la adaptación de la Escala de Clasificación Global (Fury et al. 1997), que permitiría analizar las representaciones gráficas del vínculo que se da entre psicoterapeutas y pacientes a través de diferentes dimensiones que surgen en el tratamiento, todo esto utilizando el dibujo “Mi psicólogo y yo” (Núñez, 2021) ya empleado en otra investigación para representar la percepción de los niños/as (Núñez et al., 2021), pudiendo convertirse en un instrumento que ayude a los psicoterapeutas a medir cómo va cambiando el vínculo a lo largo del proceso psicoterapéutico, apuntando a su afianzamiento en el caso que se reflejen dificultades en la relación.

Con respecto a los alcances de la Memoria, esta investigación espera ser una fuente de información para futuros estudios orientados a la importancia de enfocarse en la alianza terapéutica y su aspecto vincular en niños/as y del uso de dibujos. Por un lado, entregar información relevante acerca de la alianza a través de la prueba TASC, con el objetivo de dar cuenta de la perspectiva de los niños/as acerca de la relación reportada por ellos mismos y por el psicoterapeuta, considerando que un enfoque múltiple de las perspectivas en la psicoterapia infantil devendría en una mayor comprensión de sus características. Por otro lado, entregar antecedentes sobre la adaptación y aplicación de la Escala de Clasificación Global para el análisis de dibujos de niños/as tal como lo es el dibujo de ‘Mi psicólogo y yo’ para la relación niño/a y psicoterapeuta. Incluso, tras más estudios de esta escala en diferentes etapas del proceso psicoterapéutico y con una muestra a gran escala y diversa, podría establecerse como un instrumento validado para la evaluación de la calidad del vínculo terapéutico infantil a lo largo del tratamiento, y de este modo, mejorar las intervenciones y aumentar las probabilidades de un devenir exitoso para el niño/a. Y,

por último, considerar el realizar investigaciones con ambos instrumentos a través de metodologías mixtas y longitudinales, que pudiesen contrastar el estudio del dibujo y la Escala de Clasificación Global con narrativas aún más detalladas de los niños/as.

## 8. Referencias

- Abrishami, G. (2013). Therapeutic Alliance and Outcomes in Children and Adolescents Served in a Community Mental Health Setting. *Journal of Child and Adolescent Behavior*, 1(2), 1-7. doi:10.4172/2375-4494.1000110
- Accurso, E. & Garland, A. (2015). Child, Caregiver, and Therapist Perspectives on Therapeutic Alliance in Usual Care Child Psychotherapy. *Psychological Assessment*, 27(1), 347–352. doi:10.1037/pas0000031
- Álamo, N. (2019). *Contenidos y evolución del cambio en la psicoterapia con niños y niñas; propuesta de un modelo genérico y de proceso: Contents and evolution of change in psychotherapy with boys and girls: Proposal for a generic and process model* (Tesis doctoral). Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- Allen, J., Fonagy, P. & Bateman, A. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. United States: American Psychiatric Publishing.
- Asay, T. & Lambert, M. (1999). The empirical case of the common factors in psychotherapy: quantitative findings. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: what works in therapy* (pp. 23-55). Washington, United States: American Psychological Association. doi:10.1037/111132-001
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization based treatment*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260. doi:10.1037/h0085885
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid, España: Morata S.A.

- Campbell, A. & Simmonds, J. (2011). Therapist perspectives on the therapeutic alliance with children and adolescents. *Counselling Psychology Quarterly*, 24(3), 195-209. doi:10.1080/09515070.2011.620734
- Capella, C., Rodríguez, L., Águila, D., Dussert, D., Lama, X., Gutiérrez, C., & Beiza, G. (2015). Storied images of psychotherapeutic change: approaching children's voices through drawings. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 18(2), 141-151. doi:10.4081/ripppo.2015.188
- Carlberg, G., Thorén, A., Billström, S., & Odhammar, F. (2009). Children's expectations and experiences of psychodynamic child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 35(2), 175–193. doi:10.1080/00754170902996130
- Chemama, R. (1998). *Diccionario del Psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.
- Duquette, P. (2010). Reality Matters: Attachment, the Real Relationship, and Change in Psychotherapy. *American journal of psychotherapy*, 64(2), 127-151. doi:10.1176/appi.psychotherapy.2
- Esin, C. (2017). Telling Stories in Pictures: Constituting Processual and Relational narratives in Research with Young British Muslim Women in East London. *Forum: Qualitative Sozialforschung/ Foru Qualitative Social Research*, 18(1). doi:10.17169/fqs-18.1.2774
- Etchevers, M., Garay, C., González, M. y Simkin, H. (2012) Principales desarrollos y enfoques sobre alianza y relación terapéutica. *Anuario de investigaciones*, XIX(1), 225-232.
- Feixas, G. y Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos* (1a. ed.). Barcelona, España: Paidós.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Londres, Inglaterra: Routledge

- Fossa, P. (2012). Obstáculos del proceso terapéutico: Una revisión del concepto de vínculo y sus alteraciones. *Revista de Psicología GEPU*, 3(1), 101 -126.
- Fury, G., Carlson, E. & Sroufe A. (1997) Children's representations of attachment relationships in family drawing. *Child Development*, 68(6): 1154-64.  
doi:10.2307/1132298
- Garrido, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional: Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 493-507.
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update* (4th ed). Boston: Allyn & Bacon.
- Goic, J., Olhaberry, M., García, C., Horta, C., Núñez, L & Álvarez, C. (*in press*). Initial therapeutic alliance, clinical and demographic variables: an analysis from the perspectives of children, parents, and therapists. *Revista Terapia Psicológica*.
- Gvion, Y., & Bar, N. (2014). Sliding doors: some reflections on the parent–child–therapist triangle in parent work–child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 40(1), 58–72. doi:10.1080/0075417x.2014.883138
- Harrison, L. Clarke, L. & Ungerer, J. (2006). Children's drawings provide a new perspective on teacher–child relationship quality and school adjustment. *Early Childhood Research Quarterly*, 22, 55–71.
- Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación 5ta ed.* México D.F., México: McGraw-Hill.
- Holmes, J. (2015). Attachment theory in clinical practice: a personal account. *British Journal of Psychotherapy* 31(2), 208–228.
- Horvath, A. (1994). Empirical Validation of Bordin's pantheoretical Model of the Alliance: The Working Alliance Inventory Perspective. En Horvath, A. & Greenberg, L. (Ed.) *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice*. New York, United States: John Wiley & Sons Inc.

- Horvath, A., Del Re, A., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48*(1), 9–16. doi:10.1037/a0022186
- Kaplan, N. & Main, M. (1986). *Instructions for the classification of children's family drawings in terms of representation of attachment*. Berkeley, United States: University of California.
- Karver, M., Handelsman, J., Fields, S., & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: the evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical psychology review, 26*(1), 50–65. doi:10.1016/j.cpr.2005.09.001
- Karver, M., De Nadai, A., Monahan, M., & Shirk, S. (2018). Meta-analysis of the prospective relation between alliance and outcome in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy (Chicago, Ill.), 55*(4), 341–55. doi:10.1037/pst0000176
- Krause, M., De la Parra, G., Aristegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., ... Ramirez, I. (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista latinoamericana de Psicología, 38*(2), 299-325.
- Labbé, N. (2019). Mentalización y psicopatología en el desarrollo infanto-juvenil. En: C. Almonte & M.E. Montt. *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (3ª edición) (pp.76-82). Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo.
- Lambert, M. & Bergin, A. (1994). The effectiveness of psychotherapy. *Handbook of psychotherapy and behavior change, 4*, 143-189. doi:10.1002/9780470479216.corpsy0757
- Lambert, M. (2015). Effectiveness of Psychological Treatment. Resonanzen. *E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung, 3*(2), 87-100.
- Laplanche, J y Pontalis, J. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

- Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation, and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 472–486. doi:10.1037/0033-3204.41.4.472
- Luttrell, W. (2010). 'A camera is a big responsibility': a lens for analyzing children's visual voices, *Visual Studies*, 25(3), 224-237. doi:10.1080/1472586X.2010.523274
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1-2), 66–104. doi:10.2307/3333827
- Malchiodi, C. (Ed). (1998). *Understanding children's drawings*. New York: USA: Editorial Guilford Press.
- Marrone, M. (2001). *La Teoría del Apego: Un enfoque actual*, Madrid, España, Editorial Psimática.
- McLeod, B. (2011). The relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 31(4), 0–616. doi:10.1016/j.cpr.2011.02.001
- Midgley, N. & Navridi, E. (2006). An exploratory study of premature termination in child analyses. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, 5(4), 437–58.
- Mikulincer, Shaver & Pereg (2003). Attachment Theory and Affect Regulation: The Dynamics, Development, and Cognitive Consequences of Attachment-Related Strategies. *Motivation and Emotion*, 27(2), 77-102.
- Muran, J. & Barber, J. (Eds.). (2010) *The therapeutic alliance: an evidence-based guide to practice*. New York, United States: The Guilford Press.
- Núñez, L. y Gómez, J.M. (2019). La alianza terapéutica en la clínica de niños y adolescentes. En G. Genise, N. Genise & L. Crocamo. *Manual de psicoterapia y psicopatología en niños y adolescentes*, pp. 79-101. Editorial Akadia.

- Núñez, L. (2021). *The Therapeutic Relationship as a change facilitator in child psychotherapy: A multiple perspective study of children, parent, and therapists* (tesis doctoral). Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Núñez, L, Midgley, N., Capella, C., Álamo, N., Mortimer, R. & Krause, M. (2021). The therapeutic relationship in child psychotherapy: Integrating the perspectives of children, parents and therapists. *Psychotherapy Research*, 1-13.  
doi:10.1080/10503307.2021.1876946
- Núñez, L., Fernandez, S., Álamo, N., Midgley, N., Capella, C. & Krause, M. (in press). *The therapeutic relationship and change process in child psychotherapy: A qualitative, longitudinal study of the views of children, parents and therapists.*
- Opazo, R. (2017). *Psicoterapia Integrativa EIS Profundizando la comprensión. Potenciando el cambio*. Santiago, Chile: Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa.
- Procaccia, R. Veronese, G. & Castiglioni, M. (2014). The Impact of Attachment Style on the Family Drawings of School-Aged Children. *The Open Psychology Journal*, 7, 9-17.
- Rossetti, M. y Botella, L. (2017). Alianza terapéutica: evolución y relación con el apego en psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXVI(1), 19-30.
- Santibáñez, P., Román, M., Lucero, C., Espinoza, A., Iribarra, D., & Müller, P. (2008). Variables Inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia psicológica*, 26(1), 89-98.  
doi:4067/S0718-48082008000100008
- Schore, A. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 7– 66.
- Schore, J. & Schore, A. (2007). Modern Attachment Theory: The Central Role of Affect Regulation in Development and Treatment. *Clin Soc Work J*, 36, 9–20.  
doi:10.1007/s10615-007-0111-7

- Sepúlveda, M. y Capella, C. (2019). Desarrollo psicológico del escolar y sus trastornos: lo evolutivo y lo psicopatológico. En: C. Almonte & M. Montt. *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (3ª edición) (pp.149-161). Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo.
- Sepúlveda, M., Alcaíno, C. y García, G. (2012). *Psicoterapia constructivista evolutiva con niños y adolescentes. Métodos y técnicas psicoterapéuticas*. Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo.
- Sepúlveda, M. (2020). *Psicoterapia constructivista evolutiva con niños y adolescentes*. Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo
- Shirk, S. & Karver, M. (2003). Prediction of treatment out come from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 462–471.
- Shirk, S. & Karver, M. (2011). Alliance in child and adolescent psychotherapy. En J. Norcross (Ed.) *Therapeutic relationships that work. Evidence-Based Responsiveness*. United States: Oxford University Press.
- Shirk, S., & Saiz, C. (1992). Clinical, empirical, and developmental perspectives on the therapeutic relationship in child psychotherapy. *Development and Psychopathology, 4*, 713–728.
- Smith, A., Msetfi, R, & Golding, L. (2010). Client self-rated adult attachment patterns and the therapeutic alliance: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 30*, 326-337.
- Thomas, G. & Silk, A. (1998): *Psicología del disegno infantile*. Bologna, Italia: il Mulino.
- Wampold, B. (2015). ¿Cuán importantes son los factores comunes en psicoterapia? Una actualización. *World Psychiatry Revista Oficial de la Asociación Mundial de Psiquiatría, 13*(3), 270-77.
- Zilberstein, K. (2014). The use and limitations of attachment theory in child psychotherapy. *Psychotherapy, 51*(1), 93–103. doi:10.1037/a0030930

## 9. Anexos

### 9.1. Anexo nº1: Consentimiento Informado para padres/cuidadores de los niños/as



PONTIFICIA  
UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CHILE

#### CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRES/CUIDADORES NIÑO/A

Usted ha sido invitado a participar en el estudio titulado: "Relaciones terapéuticas y procesos de cambio en psicoterapia con niños/as: integrando las experiencias subjetivas de niños/as, padres y terapeutas", a cargo de la investigadora Lucía Núñez, alumna del Doctorado en Psicoterapia de la Pontificia Universidad Católica de Chile y la Universidad de Chile. Este estudio cuenta con apoyo derivado de la Beca de Doctorado Nacional de CONICYT.

**El objeto de esta carta es ayudarlo a tomar la decisión de participar en la presente investigación.**

**¿De qué se trata la investigación científica a la que se lo invita a participar?** Esta investigación busca comprender como la relación que su hijo/a y usted tiene con el psicólogo/a a cargo del tratamiento influye en los procesos de cambio producto de la psicoterapia.

**¿Cuál es el propósito concretamente de su participación en esta investigación?** Conocer su experiencia y la de su hijo/a en el proceso de psicoterapia, especialmente en torno a la relación con el psicólogo/a a cargo y la percepción de cambios asociados a la intervención psicológica.

**¿En qué consiste su participación?** En el transcurso de la terapia de su hijo/a, le solicitaremos a su hijo/a y a usted que completen dos breves cuestionarios en torno a ella. Además, le solicitaremos a ambos por separado una entrevista sobre su experiencia en la terapia psicológica. Las entrevistas con su hijo/a incluyen la realización de dibujos para facilitar su expresión. Luego entrevistaremos también al psicólogo/a de su hijo/a y le pediremos responda un breve cuestionario. Ninguno de los tres podrá conocer la información que entreguen los otros participantes.

**¿Cuánto durará su participación?** Las entrevistas y los cuestionarios durará aproximadamente una hora, realizándose en paralelo. Este proceso se realizará al inicio de la psicoterapia y se repite cada seis meses, hasta que termine la intervención psicológica.

**¿Qué beneficios puede obtener de su participación?** Aunque usted ni su hijo/a obtendrán un beneficio directo al participar del estudio, los resultados obtenidos a partir de ésta favorecerán el desarrollo del conocimiento científico y el diseño de prácticas psicoterapéuticas eficaces en el tratamiento de niños y niñas y sus familias. Además, participar de esta investigación le ayudará a usted y a su hijo/a a pensar en un espacio confidencial sobre la experiencia que tuvieron en la terapia psicológica.

**¿Qué riesgos corre al participar?** Ninguno.

**¿Cómo te protege la información y datos que usted entregue?** Las entrevistas realizadas serán grabadas en audio, el que será usado únicamente para el análisis de la investigación. Toda información que entreguen será **estrictamente confidencial**, por lo que cualquier dato de identificación suyo o de su hijo/a nunca será mencionado en las publicaciones o presentaciones que deriven de este estudio o otros estudios vinculados. Para ello, la información obtenida será almacenada e identificada con números, por lo cual no se podrán reconocer de ninguna manera datos que permitieran identificar a los participantes. El/la psicólogo/a de su hijo/a no tendrá acceso a ninguna información entregada en las entrevistas. Además, toda la información obtenida será debidamente resguardada en la Escuela de Psicología de Pontificia Universidad Católica de Chile a cargo de la investigadora responsable, el tiempo que estime necesario para el desarrollo de ésta y futuras investigaciones, además de docencia especializada. Por la firma de este documento autoriza a su hijo/a a participar en el estudio.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE





PONTIFICIA  
UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CHILE

**¿Es obligación participar? ¿Puede arrepentirse una vez iniciada su participación?** Usted NO está obligado de ninguna manera a participar en este estudio. Si accede a participar, puede dejar de hacerlo en cualquier momento sin repercusión negativa alguna para usted o su hijo/a, aunque el Director del Centro haya autorizado la realización de esta investigación.

**¿Qué uso se va a dar a la información que yo entregue?** Los usos potenciales de los resultados, de esta investigación se orientan a publicaciones científicas, presentaciones en congresos y docencia especializada. Ello incluye los productos realizados por su representado (dibujo o narrativa) en la presente investigación.

**¿A quién puede contactar para saber más de este estudio o si le surgen dudas?** Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede contactar a la investigadora responsable Lucía Núñez. Su teléfono es el 223545883 y su email es [lnunez@uc.cl](mailto:lnunez@uc.cl). Además usted podrá contactar a la profesora tutora de esta tesis doctoral como académica responsable de la investigación Mariane Krause, al email [mkrause@uc.cl](mailto:mkrause@uc.cl) o al teléfono 223545883. Si usted tiene alguna consulta o preocupación respecto a sus derechos como participante de este estudio, puede contactar al Comité Ético Científico de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades. Presidenta: María Elena Gronemeyer. Contacto: [eticadeinvestigacion@uc.cl](mailto:eticadeinvestigacion@uc.cl).

**He tenido la oportunidad de leer esta declaración de consentimiento informado, hacer preguntas acerca del proyecto de investigación, y acepto participar en este proyecto.**

_____	_____	_____
Firma del/la Participante	Nombre de/la Participante	Fecha
_____		_____
Firma de la Investigadora		Fecha

**De forma adicional, se me consulta si autorizo al equipo de investigación para acceder a información diagnóstica registrada por el psicólogo/a de mi hijo/a en la ficha clínica, la cual será tratada con mismos estándares de confidencialidad antes mencionados:**

Autorizo: \_\_\_\_\_ No autorizo: \_\_\_\_\_

**Además, autorizo voluntariamente la utilización de el/los dibujos de mi representado/a, para su uso en la presentación de los resultados que se deriven de ésta investigación.**

_____	_____	_____
Firma del/la Participante	Firma de la Investigadora	Fecha

(Firmas en duplicado: una copia para el participante y otra para el investigador)

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE



## 9.2. Anexo nº2: Asentimiento informado para niños/as



PONTIFICIA  
UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CHILE

### CARTA ASENTIMIENTO INFORMADO PARA NIÑOS Y NIÑAS

Te invitamos a participar del estudio: "Relaciones terapéuticas y procesos de cambio en psicoterapia con niños/as: integrando las experiencias subjetivas de niños/as, padres y terapeutas", a cargo de Lucía Núñez, alumna del Doctorado en Psicoterapia de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Esta carta es para ayudarte a tomar la decisión de si quieres participar en esta investigación.**

**También preguntaremos a tus padres/cuidadores si autorizan que participes en el estudio.**

**¿De qué se trata y cuánto dura tu participación?** Conocer tu experiencia en la terapia con psicólogo/a. Cuando empiece tu terapia te pediremos que contestes algunas preguntas, nos des una entrevista y hagas unos dibujos, sobre tu experiencia en la terapia. Todo esto dura cerca de una hora. Esto mismo lo repetiremos cada 6 meses y cuando tu terapia termine.

**¿Qué beneficios puede tener tu participación?** Los resultados ayudarán a saber más sobre cómo ayudar mejor a los niños y niñas que van al psicólogo/a. Además te ayudará a pensar en un espacio confidencial, sobre tu experiencia en la terapia con el/la psicólogo/a.

**¿Qué riesgos corres al participar?** Ninguno.

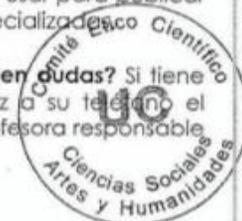
**¿Qué pasa con la información y los datos que des?** Grabaremos las entrevistas en audio, que se usa sólo para esta investigación. Toda la información que compartas será **estrictamente confidencial**, es decir que tu nombre, tu voz y cualquier otro dato que te identifique nunca será mencionado en las presentaciones de este estudio o otros estudios vinculados. La información será identificada con números, y no se podrán reconocer nombres ni otros datos que muestren quien eres. Ni tus padres/cuidadores, ni tu psicólogo/a tendrán acceso a la información entregada por ti en las entrevistas. Además, toda la información será guardada en un mueble bajo llave en la Escuela de Psicología de Pontificia Universidad Católica de Chile, y cuidada por la investigadora responsable.

**¿Es obligación participar? ¿Puedes arrepentirse después de participación?** NO estás obligado de ninguna manera a participar en este estudio. Si decides participar, puedes dejar de hacerlo en cualquier momento sin dar ninguna explicación y sin ninguna consecuencia negativa para ti.

**¿Cómo se usará la información que entregues?** Los resultados se pueden usar para publicar artículos en revistas científicas, presentaciones en congresos y clases especializadas.

**¿A quién puedes contactar para saber más de este estudio o si te surgen dudas?** Si tiene cualquier pregunta, podrán contactar a la investigadora Lucía Núñez a su teléfono el 223545883 y a su email [lnunez@uc.cl](mailto:lnunez@uc.cl). Además podrán contactar a la profesora responsable.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE





PONTIFICIA  
UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CHILE

Mariane Krause, al email [mkrause@uc.cl](mailto:mkrause@uc.cl) o al teléfono 223545883. Si tienes alguna consulta o preocupación respecto a tus derechos como participante de este estudio, pueden contactar al Comité Ético Científico de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades. Presidenta: María Elena Gronemeyer. Contacto: [eticadeinvestigacion@uc.cl](mailto:eticadeinvestigacion@uc.cl).

Además, queremos preguntarte si autorizas al equipo de investigación a ver información diagnóstica registrada por el psicólogo/a en la ficha clínica, la cual será tratada con el mismo cuidado antes mencionado:

Autorizo: \_\_\_\_\_

No autorizo: \_\_\_\_\_

He leído, o me han leído, esta declaración de asentimiento informado, he podido hacer las preguntas que he tenido acerca de este proyecto de investigación y me han respondido como yo necesitaba, y acepto participar en este proyecto.

\_\_\_\_\_  
Firma del/la Participante

\_\_\_\_\_  
Nombre del/la Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la Investigadora

\_\_\_\_\_  
Nombre de la Investigadora

\_\_\_\_\_  
Fecha

Además, se me han mostrado los dibujos que podrían ser parte de presentaciones audiovisuales o publicaciones escritas. Me han explicado y he entendido que la utilización de mis dibujos será confidencial y que si quiero puedo negarme a autorizar la utilización de éstos, sin tener que dar explicaciones y sin consecuencias para mí.

Sabiendo todo esto, autorizo además la utilización de mis dibujos en presentaciones audiovisuales o publicaciones escritas.

\_\_\_\_\_  
Firma del/la Participante

\_\_\_\_\_  
Firma de la Investigadora

\_\_\_\_\_  
Fecha

¡Muchas gracias por tu tiempo!

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE



### 9.3. Anexo nº3: Consentimiento informado psicoterapeutas



#### **CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO TERAPEUTAS**

Usted ha sido invitado a participar en el estudio titulado: "Relaciones terapéuticas y procesos de cambio en psicoterapia con niños/as: integrando las experiencias subjetivas de niños/as, padres y terapeutas", a cargo de la investigadora Lucía Núñez, alumna del Doctorado en Psicoterapia de la Pontificia Universidad Católica de Chile y la Universidad de Chile. Este estudio cuenta con apoyo derivado de la Beca de Doctorado Nacional de CONICYT.

**El objeto de esta carta es ayudarlo a tomar la decisión de participar en la presente investigación.**

**¿De qué se trata la investigación científica a la que se lo invita a participar?** Esta investigación busca comprender como la relación terapéutica que usted tiene con el niño/a y sus padres/cuidadores influye en los procesos de cambio producto de la psicoterapia.

**¿Cuál es el propósito concretamente de su participación en esta investigación?** Conocer su experiencia en el proceso de psicoterapia, especialmente en torno a la relación con el niño/a y sus padres/cuidadores y la percepción de cambios asociados a la intervención psicológica.

**¿En qué consiste su participación?** En el transcurso de la terapia, le solicitaremos que complete dos breves cuestionarios en torno a la alianza terapéutica con el niño/a y con sus padres/cuidadores. También al niño/a y sus padres/cuidadores les pediremos respondan dos cuestionarios. Además, podríamos solicitarle una entrevista sobre su experiencia en esta terapia, con énfasis en la relación y el cambio terapéutico, entrevistando también al niño/a y a sus padres/cuidadores. Ninguno de los tres podrá conocer la información que entreguen los otros participantes.

**¿Cuánto durará su participación?** Los cuestionarios duran alrededor de 10 minutos. En caso de ser entrevistado, ésta se desarrolla en aproximadamente 30 minutos. Este proceso se realizará al inicio de la psicoterapia, se repite cada tres meses y al término de la intervención psicológica.

**¿Qué beneficios puede obtener de su participación?** Aunque usted no obtendrá un beneficio directo al participar del estudio, los resultados derivados a partir de ésta favorecerán el desarrollo del conocimiento científico y el diseño de prácticas psicoterapéuticas eficaces en el tratamiento de niños y niñas y sus familias. Además, participar de esta investigación le ayudará a usted a pensar en un espacio confidencial sobre la experiencia que tuvo en esta terapia psicológica.

**¿Qué riesgos corre al participar?** Ninguno.

**¿Cómo se protege la información y datos que usted entregue?** Toda información que entreguen será **estrictamente confidencial**, por lo que cualquier dato de identificación nunca será mencionado en las publicaciones o presentaciones que deriven de este estudio o otros estudios vinculados. Para ello 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. Las posturas entrevistas realizadas serán grabadas en audio, el que será usado únicamente para el análisis de la investigación. El niño/a y sus padres/cuidadores no tendrán acceso a ninguna información entregada en las entrevistas. Además, toda la información obtenida será debidamente resguardada en la Escuela de Psicología de Pontificia Universidad Católica de Chile a cargo de la investigadora responsable, el tiempo





que estime necesario para el desarrollo de ésta y futuras investigaciones, además de docencia especializada.

**¿Es obligación participar? ¿Puede arrepentirse una vez iniciada su participación?** Usted NO está obligado/a de ninguna manera a participar en este estudio. Si accede a participar, puede dejar de hacerlo en cualquier momento sin repercusión negativa alguna para usted, aunque el Director del Centro haya autorizado la realización de esta investigación.

**¿Qué uso se va a dar a la información que yo entregue?** Los usos potenciales de los resultados, de esta investigación se orientan a publicaciones científicas, presentaciones en congresos y docencia especializada.

**¿A quién puede contactar para saber más de este estudio o si le surgen dudas?** Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede contactar a la investigadora responsable Lucía Núñez, al teléfono 223545883 y al email [lnunez@uc.cl](mailto:lnunez@uc.cl). Además usted podrá contactar a la profesora tutora de esta tesis doctoral como académica responsable de la investigación, Mariane Krause, al email [mkrause@uc.cl](mailto:mkrause@uc.cl) o al teléfono 223545883. Si usted tiene alguna consulta o preocupación respecto a sus derechos como participante de este estudio, puede contactar al Comité Ético Científico de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades. Presidenta: María Elena Gronemeyer. Contacto: [eticadeinvestigacion@uc.cl](mailto:eticadeinvestigacion@uc.cl).

**He tenido la oportunidad de leer esta declaración de consentimiento informado, hacer preguntas acerca del proyecto de investigación, y acepto participar en este proyecto.**

\_\_\_\_\_  
Firma del/la Participante

\_\_\_\_\_  
Nombre de/la Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la Investigadora

\_\_\_\_\_  
Fecha

**De forma adicional, se le consulta si autoriza al equipo de investigación para acceder a la información diagnóstica registrada por usted en la ficha clínica, la cual será tratada con los mismos estándares de confidencialidad antes mencionados:**

Autoriza: \_\_\_\_\_

(Firmas en duplicado: una copia para el participante y otra para el investigador)

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE



#### 9.4. Anexo nº4: TASC versión niños

##### ESCALA DE ALIANZA TERAPÉUTICA PARA NIÑOS/AS ADAPTADA (Shirk & Saiz, 1992)

##### VERSIÓN PARA NIÑOS/AS (TASC-C)

Voy a leerte algunas frases sobre cuando vienes a ver a tu psicólogo/a. Quisiera que me cuentes cuánto te pasa a ti lo que dice cada frase. Cuéntame si la frase te pasa nada, poco, bastante o mucho. Probemos con un ejemplo: *jugamos juegos con mi psicólogo/a: ¿eso te pasa nada, poco, bastante o mucho?* Aquí sigue el resto. Recuerda, no hay respuestas correctas o incorrectas, ni le comentaremos nada a tu psicólogo/a. La idea es que sólo me cuentes tu opinión.

1. Me gusta estar con mi psicólogo/a.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

2. Encuentro difícil trabajar con mi psicólogo/a en resolver problemas de mi vida.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

3. Siento que mi psicólogo/a está de mi lado y trata de ayudarme.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

4. Trabajo con mi psicólogo/a en resolver mis problemas.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

5. Cuando estoy con mi psicólogo/a, quiero que las sesiones terminen rápidamente.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

6. Espero juntarme con mi psicólogo/a en las sesiones.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

7. Siento que mi psicólogo/a gasta demasiado tiempo trabajando en mis problemas.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

8. Preferiría hacer otras cosas que reunirme con mi psicólogo/a.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

9. Uso el tiempo con mi psicólogo/a para mejorar cosas en mi vida.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

10. Me agrada/cae bien mi psicólogo/a.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

11. Preferiría no trabajar en mis problemas con mi psicólogo/a.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

12. Creo que mi psicólogo/a y yo trabajamos bien juntos en enfrentar mis problemas.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma Niño/a: \_\_\_\_\_

**¡Muchas gracias por tus respuestas!**

## 9.5. Anexo nº5: TASC versión terapeuta

### ESCALA DE ALIANZA TERAPÉUTICA PARA NIÑOS/AS ADAPTADA (Shirk & Saiz, 1992)

#### VERSIÓN PARA TERAPEUTAS (TASC-T)

Por favor use la siguiente escala para evaluar cómo cada afirmación aplica a la presentación general del momento actual del/la niño/a en las sesiones de psicoterapia. Las respuestas pueden ser: "1: nada", "2: poco", 3: bastante" o "4: mucho". Después de leer cada afirmación, escoja su respuesta y marque con un círculo la opción que mejor represente su experiencia.

1. A el/la niño/a le gusta estar con usted, su psicólogo/a.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

2. Al niño/a le resulta difícil trabajar con usted en resolver problemas de su vida.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

3. El/la niño/a lo considera un/a aliado/a.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

4. El/la niño/a trabaja con usted en resolver sus problemas.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

5. El/la niño/a parece ansioso/a de que la sesión termine rápido.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

6. El/la niño/a espera con anhelo las sesiones de terapia.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

7. El/la niño/a siente que usted gasta demasiado tiempo enfocado en sus problemas/conflictos.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

8. El/la niño/a está resistente a venir a terapia.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

9. El/la niño/a utiliza el tiempo con usted para hacer cambios en su vida.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

10. El/la niño/a expresa afecto positivo hacia usted, su psicólogo/a.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

11. El/la niño/a preferiría no trabajar en los problemas/conflictos en terapia.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

12. El/la niño/a es capaz de trabajar bien con usted el abordaje de sus problemas/conflictos.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma Psicólogo/a: \_\_\_\_\_

**¡Muchas gracias por sus respuestas!**

## 9.6. Anexo nº6: Adaptación al español de la Escala de clasificación Global de Fury et al. (1997) para su aplicación en la relación niño/a y terapeuta

\*Incluye notas de Harrison et al. (2006) \*

### A. Escala de 'Vitalidad/Creatividad'

#### Descripción general<sup>1 2</sup>

Esta escala está diseñada para captar el involucramiento emocional del niño/a al completar la tarea de dibujarse junto a su terapeuta. Al aplicar esta escala, considere cómo el niño/a puede haber ido más allá de la tarea inmediata, embelleciendo o añadiendo elementos vivos al dibujo que sugieren energía, creatividad y quizás simbolismo abstracto<sup>3</sup>.

Es importante destacar que los dibujos con una puntuación alta en esta escala pueden reflejar o no la cercanía emocional entre los miembros de la relación terapéutica y/o sentimientos positivos por parte del niño/a. Sin embargo, lo que comparten son las cualidades de ser expresivos, completos e interesantes de ver. En algunos casos, pueden parecer humorísticos y desenfadados; en otros, pueden parecer inquietantes, complejos y ricos en simbolismo.

En general, los dibujos mejor valorados son coloridos<sup>4</sup>, imaginativos y decididamente únicos. Pueden tener un aspecto dramático. Los rasgos distintivos son: la individuación de los miembros de la relación terapéutica la elaboración de los detalles del fondo, la vestimenta o los rasgos físicos; y, por lo general, son dibujos completos.

Puntos escala	Descripción
<b>7 Muy Alto</b>	En este extremo, los dibujos son muy atractivos a la vista. En algunos casos, parecen muy animados en un sentido positivo, tal vez mostrando a los miembros de la relación terapéutica haciendo algo divertido o lúdico juntos. En otros casos, el dibujo puede retener su atención al ser sorprendentemente perturbador o extraño de alguna manera. Por lo general, estos dibujos son coloridos, completos y bastante distintivos de alguna manera. El niño/a ha destinado claramente energía en su dibujo.

<sup>1</sup> \*Artículo Harrison, L.\* Vitalidad/Creatividad: las puntuaciones reflejan el grado de dedicación emocional en la tarea, como se indica al ir más allá de la tarea para añadir adornos y elementos vivaces. Los dibujos altamente calificados son coloridos, energéticos e imaginativos.

<sup>2</sup> \*Notas codificación enviadas por Harrison, L.\* Si el dibujo contempla solo dos figuras simples, por ejemplo, figuras de palitos completas o muy sencillas y no detalles de fondo, se obtiene un puntaje de 4. Si hay algunos detalles de fondo o detalles interesantes en las figuras se puntúa en 5.

<sup>3</sup> La habilidad para dibujar **no** es un criterio para la colocación en estas categorías superiores.

<sup>4</sup> No necesariamente color, un alto nivel de detalle lo compensaría.

<p><b>6</b> <b>Alto</b></p>	<p>Aunque su contenido es algo menos inusual o elaborado que el punto más alto de la escala, esta categoría comparte muchos de los mismos rasgos distintivos. El dibujo tiene más detalles y muestra una considerable imaginación y/o esfuerzo por parte del niño/a. Más bien, estos dibujos parecen reflejar algo que “está pasando”, ya sea de forma directa y lúdica, o de forma más indirecta y simbólica.</p>
<p><b>5</b> <b>Moderadamente Alto</b></p>	<p>Esta categoría sirve de marcador para distinguir los dibujos que tienen “más que decir” que los que simplemente no lo hacen. Puede haber algunos pequeños detalles de fondo (una mascota, nubes, la superficie debajo de las figuras) o los miembros de la relación terapéutica muestran movimiento o vestimenta, pelo o rasgos faciales interesantes. Estos dibujos son, de algún modo, interesantes o atractivos de ver.</p>
<p><b>4</b> <b>Ni especialmente atractiva ni apagada (Plana)</b></p>	<p>Este dibujo es difícil de distinguir como alto o bajo en términos de involucramiento emocional general. Tienen la apariencia de haber sido realizados con una energía emocional considerablemente menor, aunque no se considerarían empobrecidos, descuidados o deprimidos en su sentimiento general. El niño/a simplemente ha dibujado a la relación terapéutica de forma completa, aunque relativamente poco interesante. El uso del color, los detalles y la elaboración del fondo son menos llamativos. También puede ser difícil determinar la conexión emocional de los miembros de la relación terapéutica (positiva o negativa).</p>
<p><b>3</b> <b>Moderadamente plano o restringido de sentimientos</b></p>	<p>Estos dibujos tienen la apariencia de estar hechos sin mucha energía o entusiasmo. La elaboración de las figuras del niño/a y del terapeuta o los detalles del fondo son mínimos. Las figuras pueden estar incompletas o dibujadas de forma algo desordenada. No hay detalles de fondo y el uso del color es decididamente reducido. En lugar de llenar la página o estar centradas en una superficie, las figuras pueden flotar o agruparse en una esquina.</p>
<p><b>2</b> <b>Poca vitalidad - creatividad</b></p>	<p>En este punto de la escala, los dibujos empiezan a tener un aspecto empobrecido. Las figuras pueden ser sorprendentemente pequeñas o estar dibujadas de forma aparentemente descuidada. En algunos casos, las figuras pueden estar incompletas o puede parecer que se han dibujado de forma automática y rutinaria con poca atención a los detalles.</p>
<p><b>1</b> <b>Sorprendente ausencia de vitalidad - creatividad</b></p>	<p>Estos dibujos tienen una calidad general deprimida. No hay un mundo de fondo y no se ha hecho ningún esfuerzo aparente para invertir en el aspecto final del dibujo. El dibujo tendrá la apariencia de ser un retrato del niño/a y del terapeuta.</p>

## B. Escala de ‘Orgullo/Felicidad’

### Descripción general<sup>5</sup>

Esta escala refleja un sentido de conexión emocional con el terapeuta a través de sentimientos de pertenencia (seguridad), felicidad y apoyo de un adulto cercano, tal como se expresan en el dibujo. El objetivo de esta escala es captar cómo el niño/a parece sentirse apoyado (por adultos), incluido y, en general, feliz en esta relación terapéutica. Los marcadores de valoración en el extremo superior de esta escala incluirán: niño-terapeuta colocados en una postura directa y abierta, ni amontonados ni separados de forma aleatoria, figuras completas (rasgos faciales y, si se incluyen los cuerpos, las extremidades están todas presentes, es decir, manos y pies), afecto facial positivo, los miembros parecen conectados emocionalmente.

Pueden estar cogidos de la mano sin estar agrupados, o pueden estar haciendo una actividad juntos. En el extremo superior, los dibujos son coloridos y probablemente le den ganas de sonreír. Los dibujos mejor valorados a menudo mostraban al niño/a haciendo algo placentero o cogido de la mano con el terapeuta. En el extremo inferior, parece haber poca o ninguna conexión, orgullo o sentido de pertenencia con la terapia por parte del niño/a. Las figuras pueden ser representados de forma incolora y automática o de forma descuidada, caótica o desordenada; pueden flotar en la página, estar incompletas, o el niño/a (o el terapeuta) puede ser omitido por completo. En otros casos, los miembros de díada pueden estar disfrazados o distorsionados<sup>6</sup> de alguna manera inusual. No hay signos de afecto positivo, ni en la cara ni en el cuerpo (las manos se agitan), ni en las actividades.

Puntos escala	Descripción
7 Muy Alto	En el extremo superior, el dibujo parece irradiar sentimientos positivos que se revelan en la claridad, la integridad, la presencia de detalles, ya sea en las propias figuras o en algún tipo de escena de fondo, y/o en algunos signos de afecto positivo o actividad. Suele haber una postura directa y abierta en la que las figuras miran hacia delante y se sitúan y centran en alguna superficie o superficie imaginaria. Estos dibujos parecen organizados al representar a los miembros de la relación terapéutica y las proporciones denotan claramente que los adultos son de mayor tamaño que los niños/as.

<sup>5</sup> \*Notas codificación enviadas por Harrison, L.\* Si las figuras tienen caras sonrientes y un afecto facial de carácter positivo, aunque sea simple, califico con 5. Los rostros ausentes, y, por lo tanto, sin afecto, tienen 3.

<sup>6</sup> No confundir distorsionado con desproporcionado.

<p><b>6</b> <b>Alto</b></p>	<p>Estos dibujos pueden ser algo menos ricos y positivos en cuanto a la representación del niño/a y del terapeuta, pero en general son de aspecto bastante alegre, completo, y las figuras parecen estar organizadas en la página de alguna manera deliberada. Una vez más, los miembros son retratados de forma directa y natural, es decir, no disfrazados, distorsionados o haciendo algo inusual. No son excesivamente grandes o pequeños en proporción a la página, y los adultos son de mayor tamaño que los niños/a.</p>
<p><b>5</b> <b>Moderadamente Alto</b></p>	<p>En este punto de la escala, los dibujos pueden no parecer tan positivamente robustos como en las calificaciones más altas descritas anteriormente, pero hay alguna indicación de conexión positiva y seguridad. Puede haber poco o ningún detalle de fondo aquí. Estos dibujos conservan la apariencia de organización y plenitud, aunque pueden ser algo menos positivos y quizás menos claros a la hora de retratar la cercanía y el orgullo.</p>
<p><b>4</b> <b>Moderado</b></p>	<p>En este punto medio de la escala, hay menos indicadores de sentimientos positivos expresados en los dibujos, aunque tampoco pueden parecer especialmente negativos. El uso del color, los detalles y la elaboración del fondo pueden estar algo disminuidos. La posición de las figuras puede parecer menos centrada, fundamentada y organizada. El afecto en el rostro puede parecer neutral más que positivo.</p>
<p><b>3</b> <b>Moderadamente bajo</b></p>	<p>Los dibujos calificados aquí deben ser los que despiertan alguna sensación de incertidumbre con respecto a los sentimientos positivos y seguridad por parte del niño/a. Puede haber indicios sutiles de ambivalencia, como que el niño/a se sitúe del terapeuta por medio de un espacio en la página o algún tipo de barrera. Hay menos claridad con respecto al tamaño de las figuras y puede que no parezcan tan conectadas con el mundo o como una unidad.</p>
<p><b>2</b> <b>Bajo</b></p>	<p>En el extremo inferior, los dibujos pueden distinguirse por ser relativamente desorganizados, aparentemente descuidados o quizás desproporcionados con respecto al tamaño de la página. A primera vista, puede incluso ser difícil distinguir el dibujo como un dibujo del niño/a y su terapeuta. Las figuras pueden flotar en la página, estar incompletas o estar dibujadas de forma disimulada o distorsionada. No hay ninguna indicación clara de afecto positivo en ninguna parte de los miembros.</p>
<p><b>1</b> <b>Muy Bajo</b></p>	<p>Estos dibujos parecen muy tristes y vacíos, o perturbadores de alguna manera con respecto a las relaciones entre niño/a y terapeuta. Las figuras pueden ser diminutas y arrugadas, estar parcialmente completadas, o, en cambio, puede haber un elaborado simbolismo de tono negativo, figuras disfrazadas o el dibujo puede parecer peculiar y perturbador de alguna manera.</p>

### C. Escala de ‘Vulnerabilidad’

#### Descripción general <sup>7</sup>

Esta escala pretende captar los sentimientos de vulnerabilidad y ambivalencia emocional expresados en el dibujo del niño/a con el terapeuta. En este caso se hace hincapié principalmente en el tamaño de las figuras, la proximidad de las figuras entre sí, la ubicación de las figuras en la página y la exageración de las partes del cuerpo y/o los rasgos faciales.

En general, los dibujos calificados como altos en esta escala no aparecerán centrados, con base y proporcionados al tamaño de la página. Las figuras pueden ser muy pequeñas (o inusualmente grandes), pueden aparecer muy juntas o superpuestas, o pueden estar separadas o encerradas por algún tipo de barrera.

Pueden agruparse en el borde de la página o flotar en ella de forma aparentemente aleatoria. El dibujo puede tener la apariencia de que representa algo que resulta abrumador para el niño/a. Puede haber o no un mundo de fondo, pero si lo hay, no es un entorno pacífico y positivo.

Puntos escala	Descripción
<b>7</b> <b>Muy Alto</b>	Estos dibujos tienen la apariencia de vulnerabilidad extrema y/o incertidumbre emocional por parte del niño/a. Las figuras son muy pequeñas y tal vez están agrupadas en la esquina de la página, o pueden flotar en la página sin una escena de fondo. La expresión del afecto positivo está ausente. Puede haber una escena aparentemente caótica, en la que el niño/a está solo o con el terapeuta.
<b>6</b> <b>Alto</b>	Estos dibujos, aunque quizá no sean tan llamativos en su aspecto general como los calificados anteriormente, siguen teniendo un aspecto decididamente vulnerable. Una vez más, se hace hincapié en el tamaño de las figuras, la proximidad relativa de las mismas entre sí y su colocación en la página. El terapeuta o el niño/a pueden estar colocados en una postura de “distanciamiento” con el otro. Algunos dibujos también pueden incluir elementos de rasgos faciales o extremidades corporales exagerados y o partes del cuerpo blandas y redondeadas.
<b>5</b> <b>Moderadamente Alto</b>	Los dibujos situados en este nivel sugieren signos más sutiles de vulnerabilidad y ambivalencia. Los dibujos pueden parecer menos desarrollados o quizás inmaduros de alguna manera. Las figuras pueden ser de palo y flotar en la página o estar situadas en el borde de esta. También pueden estar amontonadas y parecer de baja estatura. Las partes del cuerpo (manos, etc.) pueden estar ausentes, exageradas o ser inusualmente pequeñas (cabezas).
<b>4</b> <b>Moderado</b>	En este punto de la escala, resulta difícil inferir sentimientos de vulnerabilidad y/o ambivalencia por parte del niño/a. El dibujo no se distingue mucho por las figuras

<sup>7</sup> \*Artículo Harrison, L.\* Las puntuaciones capturan sentimientos de vulnerabilidad emocional o ambivalencia, a través de imágenes corporales abrumadoras, exageradas, distorsionadas y desordenadas.

	diminutas, ni están amontonadas, flotando o agrupadas en una esquina. Simplemente, se sitúan en díada o sobre superficies y escenas de fondo que han sido dibujadas.
<b>3</b> <b>Moderadamente bajo</b>	Estos dibujos tienen un aspecto algo más asentado, organizado y directo, que se manifiesta generalmente en la integridad, el tamaño y la proximidad de los miembros en proporción a la página. Las figuras pueden parecer más potentes (a través de su tamaño y su integridad) y más conectados emocionalmente como relación terapéutica (ropa similar o haciendo algo positivo juntos).
<b>2</b> <b>Bajo</b>	En este punto de escala casi final, los dibujos tienen un aspecto más organizado, unificado y completo. El tamaño de las figuras es proporcional a la escena de fondo o a la propia página. Hay poca o ninguna indicación de vulnerabilidad.
<b>1</b> <b>Muy Bajo</b>	Estos dibujos no muestran signos de ambivalencia emocional o vulnerabilidad. El terapeuta y el niño/a están completos, aterrizados y centrados en la página, tal vez disfrutando de una actividad juntos, y se caracterizan por signos de afecto positivo.

## D. Escala de ‘Distanciamiento emocional/Aislamiento’

### Descripción general<sup>8 9</sup>

Esta escala pretende evaluar los sentimientos de distancia emocional y/o soledad por parte del niño/a. Los dibujos con una puntuación alta en esta escala se diferencian de los que tienen una puntuación alta en la escala de “vulnerabilidad” en que son más controlados, completos y quizás temáticos, lo que indica la presencia de signos, símbolos y/o quizás la ocultación del terapeuta o del niño/a de alguna manera.

Dentro de cada dibujo individual del niño/a, observe especialmente la colocación del niño/a en relación con su terapeuta, la individuación de los miembros de la diada y la expresión del afecto en las figuras (pueden ser caras felices).

Observe también los casos de contacto visual lateral (frente a los directos y abiertos) y/o un enfoque hacia abajo por parte del niño/a o del terapeuta. El uso del color en el conjunto del dibujo variará al aplicar esta escala.

Puntos escala	Descripción
<b>7</b> <b>Muy Alto</b>	El dibujo no sugiere absolutamente ninguna conexión emocional positiva entre el terapeuta y el niño/a que pueden adoptar la forma de un terapeuta deliberadamente apartado del niño/a (por ej., bajo tierra) o disfrazada (por ej., como una criatura tipo monstruo) o distorsionada de alguna manera.
<b>6</b> <b>Alto</b>	Los dibujos se asemejarán a los de la categoría anterior, aunque quizá de forma algo menos pronunciada y viva. El niño/a y el terapeuta parecen estar deliberadamente separados en la página y no están participando en ningún tipo de actividad lúdica o divertida juntos. No hay ningún signo de afecto positivo: puede haber un contacto visual indirecto, hacia abajo, o el niño/a puede parecer estar haciendo una actividad completamente diferente.
<b>5</b> <b>Moderadamente Alto</b>	En este punto de la escala, el dibujo sugiere una relación algo disminuida o emocionalmente reservada entre el terapeuta y el niño/a. El afecto facial puede ser neutro o negativo. Las figuras pueden aparecer dibujadas de forma rotunda o incompleta. Puede haber sutiles distorsiones de las partes del cuerpo. El niño/a puede estar claramente separado del terapeuta en la página, por ejemplo, una barrera <sup>10</sup> o espacio.
<b>4</b> <b>Moderado</b>	Los dibujos clasificados en esta categoría no muestran ni signos claros de distancia emocional ni signos de calidez y cercanía entre el terapeuta y el niño/a. Debido a la colocación de las figuras, su tamaño relativo, el uso de los

<sup>8</sup> \*Artículo Harrison, L.\* Las puntuaciones evalúan los sentimientos de separación o soledad emocional, como se ven en las expresiones disfrazadas de ira, afecto negativo, distancia física del profesor o barreras físicas entre el niño/a y el profesor. Cuando los niños/as no incluían al maestro en el dibujo, a pesar de que se les recordaba que se dibujaran a sí mismos con el maestro, este criterio recibía la calificación más alta.

<sup>9</sup> \*Notas codificación enviadas por Harrison, L.\* Si hay objetos o espacios entre niño/a y maestro se califica con 5.

<sup>10</sup> Se considera una pequeña barrera la mesa del terapeuta, mientras que barrera grave dibujar un muro.

	afectos y del contexto de fondo (o la falta de él), es relativamente difícil determinar la conexión emocional de la díada.
<b>3</b> <b>Moderadamente bajo</b>	Los dibujos colocados aquí comenzarán a mostrar algunos signos sutiles de consideración emocional positiva entre el terapeuta y el niño/a. Puede haber menos contenido o estilo, pero el tamaño relativo, la posición de las figuras, el uso del afecto y los detalles crearán una sensación de relación emocional mejor que neutral entre terapeuta y el niño/a.
<b>2</b> <b>Bajo</b>	Estos dibujos parecen reflejar sentimientos positivos y una estrecha relación terapeuta-niño/a. La figura del terapeuta es de mayor tamaño que la del niño/a y se representa de forma completa. A menudo están haciendo algo divertido o se sitúan ni muy cerca ni muy lejos. El afecto positivo es evidente en los rostros y en el dibujo en su conjunto.
<b>1</b> <b>Muy Bajo</b>	Estos dibujos no muestran ningún signo de distancia emocional entre el niño/a y el terapeuta. Hay signos claros, positivos y directos de una relación positiva.

## E. Escala de ‘Tensión/Enfado’

### Descripción general <sup>11 12</sup>

Esta escala aborda el grado de tensión/enfado que se despierta en el niño/a al solicitar que haga un dibujo de él/ella con su terapeuta. La tensión y el enfado se deducen a partir de: Las figuras aparecerán muy rígidas, a menudo sin color ni un claro afecto facial positivo o las figuras pueden tener una apariencia aplastada, en donde las extremidades del cuerpo (brazos, piernas y cuello) tienen un aspecto constreñido y limitado. Los brazos se mantienen rígidos hacia abajo, en lugar de estar algo abiertos, relajados o animados. Las figuras pueden estar dibujadas relativamente pequeñas y amontonadas con poco o ningún mundo de fondo. Algunas partes del dibujo pueden parecer garabateadas o descuidadas.

Puede incluir falsos comienzos: el niño/a puede haber empezado a dibujar a una persona en particular, luego la tacha y vuelve a empezar en la página.

Puntos escala	Descripción
<b>7</b> <b>Muy Alto</b>	Los dibujos situados en este punto de escala más alto tienen un aspecto definitivamente tenso. Las figuras están aplastadas en la parte inferior o en la esquina de la página o parecen muy rígidas, incoloras e indiferenciadas. Los brazos pueden estar hacia abajo o ausentes por completo. No hay un mundo de fondo y puede haber algún garabato descuidado que no tiene ningún significado o relación con el dibujo en su conjunto
<b>6</b> <b>Alto</b>	Estos dibujos tienen un aspecto predominantemente tenso. Puede haber líneas rotas, falsos comienzos, ausencia de rostros o partes del cuerpo que faltan (figuras inacabadas). Puede haber trazos de enfado y/o garabatos.
<b>5</b> <b>Moderadamente Alto</b>	Los dibujos pueden estar incompletos o tener posturas muy rígidas sin ningún afecto positivo. Hay poco o nada de mundo de fondo; las figuras pueden estar aplastadas y descentradas o pueden incluir alguna parte del cuerpo claramente distorsionada y/o varios “falsos comienzos”.
<b>4</b> <b>Moderado</b>	En el punto medio de la escala, es difícil evaluar la presencia o ausencia de tensión/ansiedad en el niño/a. El dibujo es generalmente completo. Puede incluir color y afecto, pero no se aprecia si el niño/a se siente relajado y seguro o tenso y enfadado durante esta tarea.
<b>3</b> <b>Moderadamente bajo</b>	Los dibujos sólo sugieren elementos menores de tensión, que pueden ser equilibrados por algunos elementos positivos, como el afecto positivo, las figuras completadas, o algún esfuerzo por utilizar el color y el detalle.

<sup>11</sup> \*Artículo Harrison, L.\* Las puntuaciones indican sentimientos de tensión en relación con la tarea, que se infiere de figuras rígidas y constreñidas, garabatos descuidados o falsos comienzos. Las puntuaciones más altas se dieron cuando el rostro del profesor fue garabateado o dejada en blanco.

<sup>12</sup> \*Notas codificación enviadas por Harrison, L.\* Calificaciones altas si hay objetos puntiagudos, por ejemplo, cómo el niño/a sujeta el lápiz, el cabello garabateado o en la vestimenta o en el fondo.

---

<b>2</b> <b>Bajo</b>	Estos dibujos tienen muy pocos signos de tensión y un número mayor de elementos que sugieren una especie de libertad de expresión por parte del niño/a. El dibujo suele ser directo y organizado, aunque sea de un estilo sencillo.
<b>1</b> <b>Muy Bajo</b>	Los dibujos en este punto de la escala final no sugieren indicios de tensión y ansiedad por parte del niño/a. Estos dibujos son típicamente coloridos y animados, con figuras completas que muestran afecto o actividad positiva. Las figuras aparecen vivas y diferenciadas, pero juntas en el mundo.

---

## F. Escala de 'Inversión de roles'

### Descripción general<sup>13 14</sup>

Esta escala trata de captar los sentimientos del niño/a que sugieren una relación de inversión de roles con el terapeuta. Más concretamente, el niño/a percibe a su terapeuta como débil, quizás con menos poder y autoridad en la relación que el niño/a, o vulnerable y, por lo tanto, poco confiable como figura terapéutica de apoyo constante. Tres dimensiones centrales:

1. La diferencia de tamaño entre el niño/a y el terapeuta (el terapeuta es más pequeño que el niño/a).
2. Dibujos en los que se representa al niño/a apartado de alguna manera y al terapeuta en otro lugar.
3. Distorsiones de las extremidades del cuerpo (manos grandes, brazos exagerados).

Puntos escala	Descripción
<b>7</b> <b>Muy Alto</b>	Estos dibujos son inmediatamente identificables como inusuales, ya sea porque el niño/a es claramente más grande que su terapeuta, o niño/a y/o terapeuta ha distorsionado/exagerado brazos o manos. En algunos dibujos se representa al niño/a como alejándose del terapeuta.
<b>6</b> <b>Alto</b>	Los dibujos cumplen los criterios de la categoría anterior, aunque en un grado algo menos extremo. El niño/a es notablemente más grande que el terapeuta y puede haber una falta de rasgos de tipo humano en general.
<b>5</b> <b>Moderadamente Alto</b>	En este punto de la escala, el niño/a puede parecer más potente que el terapeuta como resultado del tamaño, la postura corporal o la proximidad. Puede haber alguna distorsión de las partes del cuerpo o de los rasgos faciales.
<b>4</b> <b>Moderado</b>	En este punto medio de la escala, se hace difícil emitir un juicio claro sobre el cambio de roles porque las figuras pueden diferenciarse sólo ligeramente por su tamaño y proporción. Puede que las figuras sean relativamente pequeñas y más o menos iguales en tamaño. Puede que no estén tan bien desarrolladas (como los humanos), lo que puede deberse simplemente al estilo o a la capacidad de dibujo.
<b>3</b> <b>Moderadamente bajo</b>	Los dibujos tienen un poco más de claridad con respecto a los roles de terapeuta y niño/a que los anteriores. El niño/a aparece en algunos aspectos más infantil

<sup>13</sup> \*Artículo Harrison, L.\* Las puntuaciones captan el grado en que el maestro es representado como un adulto consistente, de apoyo, con autoridad y confiable. Puntuaciones más altas representan una inversión de este papel, donde el niño/a aparece como más grande, más poderoso o potente que el maestro. Cuando el maestro se dejó fuera del dibujo, no se puntuó.

<sup>14</sup> \*Notas codificación enviadas por Harrison, L.\* No codifique si falta el maestro. Califique con 4 si el maestro y el niño/a son del mismo tamaño o no logra diferenciar entre dos figuras y requiere de lo narrativo. Puntúe 3 si el maestro es de mayor tamaño, aunque sea leve. Si el niño/a es algo más pequeño que el maestro, incluso aunque no parece particularmente infantiles y no pueden diferenciarse por género. Codifique 2 si hay características más distintivas que diferencian al niño/a y al maestro, como vestimenta, cabello, actividad.

---

	(ropa, a través de una actividad) que el terapeuta, aunque la diferenciación de tamaño es menos clara.
<b>2 Bajo</b>	En este punto de la escala, los niños/as y los terapeutas se distinguen más fácilmente por su tamaño y, más a menudo, por su sexo. Puede haber elaboración y detalles apropiados en estas figuras de apariencia decididamente humana. Estos dibujos parecen mucho más claros e integrados en términos de quién es quién (a través de los roles).
<b>1 Muy Bajo</b>	Estos dibujos no sugieren absolutamente ningún signo de cambio de roles en la relación terapeuta y niño/a. El niño/a aparece de menor estatura que el terapeuta, emocionalmente conectado y protegido por éste en el dibujo (es decir, no aparece peculiar o distante de ninguna manera). Ambos aparecen como seres humanos, vivos y conectados en el mundo.

---

## G. Escala de 'Bizarro/Disociado'

### Descripción general<sup>15 16</sup>

Esta escala aborda una forma particular de ira expresada por el niño/a en su dibujo. Resulta especialmente interesante la forma en que algunos niños/as pueden revelar sentimientos de hostilidad, traición y abandono en una variedad de formas sutiles y disfrazadas en sus dibujos. El objetivo subyacente es aprovechar el procesamiento inconsciente de la ira y el resentimiento.

Las principales dimensiones que hay que tener en cuenta al aplicar esta subescala son:

1. Signos y símbolos inusuales: tal vez con una cualidad mórbida, oscura o agresiva (por ejemplo, nubes negras, árboles muertos, ríos de sangre, casas/castillos como fortalezas) y garabatos enfadados en el contexto del dibujo en su conjunto.
2. Rasgos faciales enfadados y agresivos: dientes afilados y exagerados, ojos enfadados y posturas corporales
3. Temas de fantasía: en los que el niño/a tiene algún tipo de poder (representado como una criatura animal, un rey, en un castillo).
4. Marcas inusuales sin relación aparente con el dibujo en su conjunto.

Puntos escala	Descripción
<b>7</b> <b>Muy Alto</b>	Este dibujo sugiere un grado sorprendentemente alto de ira y/o procesos de pensamiento disociativo. Los dibujos situados en este extremo tienen un aspecto inquietante y complejo, ya sea por el afecto colérico, los temas de fantasía elaborados y mórbidos, y/o las figuras humanas que se disfrazan de forma agresiva.
<b>6</b> <b>Alto</b>	Los dibujos de esta categoría incluyen varios signos claros de sentimientos de ira, aunque pueden ser algo menos pronunciados y tal vez dramáticos que en la categoría anterior.
<b>5</b> <b>Moderadamente Alto</b>	Estos dibujos tienen un signo claro y directo de ira disfrazada (por ej., dientes afilados y agresivos en el niño/a) o pueden tener una calidad general de garabato, descuidada o inconclusa. El dibujo puede parecer apresurado, frenético o empobrecido en cuanto a los detalles del fondo o el uso del color.
<b>4</b> <b>Moderado</b>	En el punto medio de la escala, los dibujos pueden ser más difíciles de distinguir por su aspecto enojado o extraño. Puede que sólo haya uno o dos elementos inusuales o ambiguos, o un símbolo aparentemente inusual que despierte la sospecha, pero que no son adecuados para inferir una ira disociativa por parte del niño/a.
<b>3</b> <b>Moderadamente bajo</b>	Estos dibujos sólo sugieren indicios menores, si es que los hay, de ira disimulada o rasgos extraños que, en general, están equilibrados por una serie de rasgos más saludables. En general, los dibujos de esta categoría parecen más positivos que neutros o perturbadores.

<sup>15</sup> \*Artículo Harrison, L.\* Esta escala muestra la ira inconsciente, la hostilidad y el resentimiento hacia el maestro, que se revela en signos y símbolos inusuales, rasgos faciales de ira o temas de fantasía mórbida.

<sup>16</sup> \*Notas codificación enviadas por Harrison, L.\* Las nubes negras y la lluvia se codifican como 6.

---

<b>2</b> <b>Bajo</b>	Estos dibujos no sugieren ningún signo de pensamiento representativo extraño y/o desacorde. El dibujo en su conjunto puede parecer ligeramente menos saludable que el siguiente punto de escala, pero claramente no hay figuras distorsionadas o disfrazadas, ni elementos inusuales.
<b>1</b> <b>Muy Bajo</b>	Los dibujos situados en este extremo no contienen ninguno de los elementos designados como marcadores para esta escala. Estos dibujos tienen la apariencia de estar asentados, completos, felices y organizados en un entorno o fondo del mundo real.

---

## H. Escala de ‘Valoración global de la patología’

### Descripción general<sup>17</sup>

Esta escala de calificación final ha sido diseñada para captar el grado global de patología reflejado en el dibujo del niño/a y su terapeuta. La calificación debe centrarse en los aspectos globales del dibujo en su conjunto, más que en dimensiones específicas y discretas como el tamaño o la proporción de las figuras, el uso del color, etc., aunque el conocimiento y la experiencia adquiridos en el proceso de completar las escalas de 7 puntos serán útiles aquí.

Al hacer esta interpretación, los calificadores deben considerar la siguiente pregunta: ¿cómo se siente el niño/a en esta relación terapéutica? Hasta cierto punto, esta calificación se considera un índice global de la salud emocional del niño/a en el contexto de psicoterapia (como se representa en el dibujo). Como tal, pretende captar temas emocionales subyacentes como: ansiedad, miedo, dependencia, autoestima, ira, alienación, disociación y depresión.

NOTA: Puede ser útil hacer una clasificación preliminar de los dibujos en tres montones: 1) los más perturbadores, 2) los que están generalmente "bien" o inseguros, 3) y los que parecen felices y completos. Una vez completado este paso, cada dibujo debe pasar a una de las siete categorías siguientes.

Considere las claves de valoración descritas anteriormente, así como la información/conocimiento adquirido en el proceso de aplicación de las escalas de valoración de 7 puntos.

Puntos escala	Descripción
<b>7 Muy Alto</b>	En el extremo superior, los dibujos reflejan un grado sorprendentemente alto de desarmonía en la relación terapéutica, tristeza y/o alienación emocional. Predominan claramente los temas de ira, confusión, baja autoestima y/o ansiedad general en las relaciones, aunque pueden expresarse de diversas maneras (véase más adelante). <i>Claves de calificación:</i> (Considerar todo lo siguiente): Figuras distorsionadas o disfrazadas, omisiones, mala integración, falsos comienzos, dibujos empobrecidos, ausencia de color (predominantemente negro), figuras muy diminutas, niño/a de mayor tamaño que el terapeuta expresiones de enfado (faciales o más generales), figuras flotantes, inconexas, y/o rigidez, rigidez en

<sup>17</sup> \*Artículo Harrison, L\* Patología global: esta escala proporciona una clasificación resumida de cómo se siente el niño/a en la relación. Las puntuaciones altas reflejan una relación perturbada, mientras que las bajas representan una relación armoniosa.

	la postura de las figuras, y figuras incompletas (por ejemplo, se omiten brazos, manos).
<b>6 Alto</b>	Los dibujos situados en este punto de la escala parecen decididamente perturbadores de una forma muy clara o de varias formas combinadas. Considere las claves de valoración descritas anteriormente, así como la información/conocimiento adquirido en el proceso de aplicación de las escalas de valoración de 7 puntos. Aunque quizá no sean tan llamativos como los dibujos situados en la categoría 7 (arriba), estos dibujos entran de lleno en el extremo "perturbador" de este esquema de valoración.
<b>5 Moderadamente Alto</b>	Estos dibujos sugieren cierto grado de ambivalencia o sentimientos negativos por parte del niño/a, aunque no tan pronunciados como en los anteriores. Se puede presentar algún grado de desarmonía, desorganización o confusión. O puede haber signos más sutiles de que la díada está emocionalmente desconectada o es ambivalente. También pueden ponerse de manifiesto problemas de límites entre niño/a y terapeuta (por ejemplo, en el caso de que el niño parece de mayor tamaño que el terapeuta)
<b>4 Moderado</b>	En el punto medio de la escala, los dibujos pueden ser difíciles de calibrar en términos de sensación general (positiva o negativa) y en términos de cómo se organizan los marcadores de valoración individuales dentro del dibujo en su conjunto. Puede haber algunos puntos de preocupación negativa, combinados con rasgos generalmente positivos (figuras completas y fundamentadas, animadas, o detalles de fondo, etc.). Esta categoría debe utilizarse cuando el evaluador no se sienta seguro o no tenga claro el tono emocional general del dibujo. Puede parecer simplemente promedio o "OK".
<b>3 Moderadamente bajo</b>	En este punto de la escala, los dibujos parecen ser ligeramente más positivos que neutrales en términos de organización y sentimiento general. Por ejemplo, puede que no haya un mundo de fondo ni detalles añadidos, pero el terapeuta y el niño/a se representan individualizados, completos, diferenciados por su tamaño y quizás sonriendo. Estos dibujos pueden parecer más sencillos que otros, pero hay indicios de sentimientos positivos respecto a la relación terapéutica.
<b>2 Bajo</b>	Estos dibujos parecen reflejar sentimientos generales de seguridad, felicidad y confianza en la relación terapéutica. Las figuras son generalmente completas, con base y coloridas, mostrando a menudo movimiento o actividad, y a menudo afecto positivo. Los brazos están a veces abiertos o conectados al terapeuta (sin que parezcan apiñados). Los detalles del fondo son frecuentemente coloridos y ricos. En general, estos dibujos parecen completos, deliberados, tranquilos y positivos. Lo más importante es que los miembros de la relación terapéutica aparecen de alguna manera positivamente conectados, involucrados y quizás orgullosos.
<b>1 Muy Bajo</b>	En este punto de escala más bajo, los dibujos aparecen de forma incuestionable y organizada a lo largo de una variedad de dimensiones positivas. Estos dibujos son los más alegres y divertidos de ver. La díada suele estar haciendo algo juntos o pueden ser representados como individuos coloridos a través de su ropa o estilo de vestir. Las figuras tienen línea base, ya sea en la página o en una superficie dibujada. Estos dibujos parecen coloridos, deliberados y completos.

**Notas y consideraciones extras**

1. La habilidad para dibujar no es un criterio para la colocación en categorías superiores.
2. El detalle en el dibujo compensaría de modo alguno la ausencia de color.
3. El detalle de ciertos aspectos del dibujo compensaría de modo alguno la ausencia de detalles de fondo, considerando el contexto en el que se desarrolla la relación terapéutica, diferente a la relación familiar o maestro-alumno.
4. Si el dibujo cumple con el puntaje de calificación 7 o 1 no es necesario dirigirse al puntaje 6 o 2.
5. El puntaje 6 o 2 se utilizan para 'castigar' algo pequeño, tal como una duda, algo que no esté completo. Se debe comenzar de los extremos y si carece de algo se avanza al siguiente puntaje.
6. Es importante leer con detenimiento la descripción de cada escala, y de este modo, tener mayor claridad de qué es lo que se está evaluando particularmente.
7. La narrativa de los dibujos cumpliría un rol descriptivo, mas no interpretativo. Su función es ayudar a entender qué es lo que sucede en el dibujo.