



FACULTAD DE
CIENCIAS SOCIALES
UNIVERSIDAD DE CHILE

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE AGRESIONES SEXUALES Y CREDIBILIDAD FAMILIAR: SINTOMATOLOGÍA EN NIÑOS, NIÑAS Y SUS CUIDADORAS/ES

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGA

AUTORA

Abril Bravo Evans

PROFESORA PATROCINANTE

Claudia Capella Sepúlveda

Santiago, 2022

AGRADECIMIENTOS

La realización de esta memoria encuentra su motivación en diferentes personas que me han acompañado y guiado a lo largo de mi vida y desarrollo académico.

En primer lugar, agradecer a las familias que participaron de esta investigación, a su disposición y apertura a compartir sus experiencias e historias. También agradecer a los centros y profesionales participantes, por su extensa labor y entrega diaria por el bienestar de los niños, niñas y adolescentes.

Al equipo Fondecyt, por su apoyo y colaboración desde la empatía y por desarrollar un espacio de aprendizaje constructivo para todos y todas.

A Claudia Capella, por su amplia disposición, paciencia, apoyo y acompañamiento al desarrollo de esta memoria.

A mi madre, Pamela Evans, que me ha guiado a lo largo de mi vida, siendo mi ejemplo e inspiración, y le ha otorgado sentido, valor y propósito al trabajo con infancia.

A mi padre y hermana, Rodrigo Bravo y Naira Bravo, quienes me acompañaron con aliento, ánimo y escucha siempre que lo he necesitado.

Y finalmente, a mi hermano pequeño, Emilio Bravo, que me inspira cada día con su creatividad, amabilidad, empatía y su forma única de entender y relacionarse con el mundo.

RESUMEN

La presente memoria corresponde a una investigación inserta en el proyecto Fondecyt “Proceso de cambio psicoterapéutico en niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales: Hacia un modelo comprensivo de la influencia de factores de los adultos responsables, las intervenciones y la relación terapéutica”. Se tiene como objetivo general caracterizar la sintomatología de niños/as que han sido víctimas de agresión sexual y de sus figuras cuidadoras, considerando la credibilidad relativa a la agresión sexual, y evaluar la relación entre ambas expresiones de sintomatología al inicio de un proceso terapéutico. La muestra corresponde a 35 casos ingresados a programas de reparación de maltrato grave (PRM) de la región Metropolitana. Se utilizaron los instrumentos SDQ versión para padres y OQ.30 de auto reporte, junto a una ficha de caracterización de casos completada por profesionales de PRM. Los resultados indican que un 60% de los niños/as y un 48.6% de las figuras cuidadoras presentan sintomatología. No se encontraron diferencias significativas sobre la presencia de sintomatología en relación a las características de los niños/as, de la agresión sexual, y de la credibilidad de la figura cuidadora y de la familia extensa. Respecto de la entrega de credibilidad relativa a la agresión sexual, se encontró que un 80% de las/los cuidadoras/es y un 48.6% de las familias extensas otorgaron credibilidad. Por último, se encontró una correlación de magnitud moderada (Rho de Spearman = 0.440; $p < 0.05$) entre la sintomatología de los niños/as y de sus figuras cuidadoras. Se sugiere en futuras investigaciones un mayor tamaño muestral para garantizar la representatividad de la muestra, profundizar en la sintomatología psicológica específica de las figuras cuidadoras y ahondar en el contexto de apoyo familiar primario y extenso.

ÍNDICE

1. <u>Introducción</u>	1
2. <u>Antecedentes</u>	6
a. Aspectos generales de las agresiones sexuales infantiles	
b. Consecuencias en los NNA que han sido víctimas de agresiones sexuales	
c. Factores mediadores del impacto psicológico en NNA que han sido víctimas de agresiones sexuales	
d. Apoyo a niños y niñas relativo a la agresión sexual	
e. Impacto en las figuras cuidadoras de la experiencia de agresión sexual de sus hijos o hijas	
3. <u>Objetivos e Hipótesis</u>	29
4. <u>Metodología</u>	30
a. Diseño	
b. Participantes	
c. Instrumentos	
d. Procedimiento	
e. Análisis de datos	
5. <u>Resultados</u>	39
a. Sintomatología de niños y niñas de acuerdo a características de los niños/as y de las agresiones sexuales	
b. Sintomatología de figuras cuidadoras de acuerdo a características de los niños/as y de las agresiones sexuales	
c. Credibilidad relativa a la agresión sexual de acuerdo a características de los niños/as y de las agresiones sexuales	
d. Sintomatología de niños/as y figuras cuidadoras de acuerdo a credibilidad relativa a la agresión sexual	
e. Relación entre sintomatología de niños/as y figuras cuidadoras	
6. <u>Discusión y Conclusiones</u>	65
a. Sobre la sintomatología de los niños y niñas	
b. Sobre la sintomatología de las figuras cuidadoras	
c. Sobre la credibilidad relativa a la agresión sexual	
d. Sobre la sintomatología de niños/as y sus figuras cuidadoras, de acuerdo a la credibilidad relativa a la agresión sexual	
e. Sobre la relación entre la sintomatología de niños/as y sus figuras cuidadoras	
f. Futuras investigaciones y proyecciones para la práctica	
7. <u>Referencias</u>	76
8. <u>Anexos</u>	93

Introducción

Las agresiones sexuales infantiles¹ son un fenómeno relacional de alta complejidad que se define como cualquier conducta sexual entre un niño, niña, o adolescente² y un adulto -u otro par con mayor poder (Echeburúa y Guerricaechebarría, 2000)-, siendo la asimetría de poder y la desigualdad lo que estructura el acto sexualmente abusivo (Barudy, 1998; Echeburúa y De Corral, 2006; Perrone y Nannini, 1997; ONA, 2017).

Esta experiencia de contenido sexual resulta inapropiada para la edad, madurez y nivel evolutivo del niño, niña o adolescente (Barudy, 1998; Ministerio de Salud (MINSAL) y Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2011; Maffioletti y Huerta, 2011). No existe, por lo tanto, contacto sexual apropiado entre un adulto y un/a menor de edad, en la medida que la asimetría, dependencia y vulnerabilidad de este último imposibilita la decisión y ejercicio libre de su sexualidad (Barudy, 1998; Maffioletti y Huerta, 2011).

Dicho lo anterior, las agresiones sexuales contemplan una amplia gama de formas de agresiones con y sin contacto, como por ejemplo exposición a contenidos sexuales, obligar a realizar acciones de significación sexual, tocaciones, introducción de objetos o penetración anal, vaginal o bucal, entre otros (MINSAL y UNICEF, 2011; Maffioletti y Huerta, 2011). Cualquier expresión de la violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes constituye una vulneración grave de sus derechos fundamentales (ONA, 2018; Fundación para la Confianza, 2018).

La violencia sexual infantil, aún dada la dificultad de otorgar datos exactos, es un fenómeno de alta prevalencia a nivel mundial (Ramírez y Fernández, 2011). De acuerdo con el metaanálisis realizado por Pereda, et al. (2009), a nivel internacional, se estima una prevalencia del abuso sexual infantil³ de un 7,9% en el caso de los hombres, y 19,7% en mujeres. En concordancia con lo anterior, de acuerdo con datos en Chile, entre un 7,3 (Ministerio del Interior, 2013) y 8,7% de niños, niñas y adolescentes reconocen haber sufrido alguna forma de victimización sexual (UNICEF, 2012). Por último, un estudio reciente con adolescentes entre 12 y 18 años de Chile continental determinó que un 26,4% habría sufrido alguna victimización sexual a lo largo de su vida, y un 16,7% reporta alguna victimización sexual durante los últimos 12 meses (Pinto-Cortéz y Guerra, 2019).

Es importante señalar que la mayor parte de las agresiones sexuales son cometidas contra niños, niñas y adolescentes, alcanzando más del 80% de los casos (ONA, 2018). En esta misma línea el promedio de edad de inicio de las agresiones serían los 8 años (UNICEF, 2012), destacando que la mayor parte de los niños/as víctimas de abuso sexual infantil se encuentran en el rango de 7 a 11 años (CAVAS, 2003; Fundación para la Confianza, 2018).

Por otro lado, una distinción relevante es que, en la mayor parte de los casos, los agresores son parte del espacio vincular próximo de la víctima (Maffioletti y Huerta, 2011). De acuerdo con las cifras en Chile, aproximadamente entre un 85 y 89% de los casos los agresores

¹ A pesar de las diferencias socio-jurídicas entre los términos agresión sexual infantil y abuso sexual infantil, en el presente documento se utilizarán a de manera indistinta.

² Niños, niñas y adolescentes, de ahora en adelante NNA.

³ Abuso sexual infantil, de ahora en adelante ASI

son parte del entorno cercano de la víctima, ya sean personas conocidas o familiares (UNICEF, 2012; CAVAS, 2003, Ministerio del Interior, 2013) y sólo un 11 a 15% son agresores desconocidos (CAVAS, 2003; Ministerio del Interior, 2013).

Al respecto, en los distintos tipos de agresiones -por familiares, conocidos o desconocidos- se ha descrito que el agresor sexual despliega una serie de estrategias de victimización e instaura una dinámica abusiva. Sobre estas estrategias, algunas serían más explícitas, mientras que otras ejercen presiones sobre la víctima difíciles de identificar (Perrone y Nannini, 1997) y que han sido denominadas como implícitas. Algunas estrategias de victimización serían empleo de fuerza, violencia, amenazas, engaños, persuasión, presión psicológica, seducción, soborno, chantaje, manipulación afectiva, culpabilización, entre otros (Barudy, 1998; CAVAS, 2003; ONA, 2018)

En vista de que gran parte de las agresiones sexuales ocurren en un contexto vincular cercano, la utilización de estas estrategias de victimización configura una relación donde se manipula el vínculo de confianza y cercanía, instalando la dinámica del secreto y el silencio (Maffioletti y Huerta, 2011). Junto a esto, en la gran mayoría de las agresiones sexuales suelen no existir pruebas físicas de las agresiones ni testigos de los hechos, dado que ocurren principalmente en el espacio privado (Maffioletti y Huerta, 2011).

Tales características fenomenológicas dificultan profundamente la detección y denuncia del abuso sexual infantil (Maffioletti y Huerta, 2011; Fundación para la Confianza, 2018). De este modo, las agresiones sexuales se constituyen como una de las categorías de delitos con un mayor porcentaje de cifra negra, esto es, hechos no denunciados a las autoridades (Maffioletti y Huerta, 2011; MINSAL y UNICEF, 2011), siendo cerca de un 70% de los casos (ONA, 2018).

A pesar de las dificultades en la detección y posterior denuncia de estos delitos, en los últimos años en Chile se ha producido un aumento de las denuncias por agresiones sexuales. Así, durante el año 2018 hubo un aumento del 24,81% de denuncias ingresadas, de las cuales un 71% corresponden a menores de 18 años (Ministerio Público, 2019). Durante 2019 ingresaron 32.510 denuncias por delitos sexuales, cifra más alta registrada en Chile desde la creación del Ministerio Público (Ministerio Público, 2020).

De este modo, el abuso sexual infantil es un problema social y de salud de alta prevalencia a nivel nacional (MINSAL y UNICEF, 2011), que adquiere particular relevancia al ser una experiencia potencialmente traumática, que puede devenir en graves consecuencias para las víctimas (UNICEF, 2012; MINSAL y UNICEF, 2011). Por ello, se ha investigado extensamente sobre las consecuencias psicológicas de la vivencia de abuso sexual en la infancia y adolescencia (Maffioletti y Huerta, 2011), siendo consistente la literatura en determinar que existe una amplia y diversa gama de manifestaciones del impacto psicológico de las agresiones sexuales, por lo que no es posible establecer consecuencias específicas comunes (Collin-Vézina, et al., 2013; Maffioletti y Huerta, 2011; Olafson, 2011; Sawyer y Hansen, 2014).

Dicho esto, el impacto psicológico de la agresión sexual infantil suele ser profundo, desestabilizante y grave a nivel psicológico, emocional, y conductual (Maffioletti y Huerta, 2011; UNICEF, 2012; Perrone y Nannini, 1997). Este impacto puede perdurar a lo largo del

ciclo vital, así la experiencia de abuso sexual infantil se constituye como un importante factor de riesgo para el desarrollo de diversas consecuencias negativas (Collin-Vézina, et al., 2013; Cutajar, et al., 2010).

Por lo anterior, ha sido relevante la investigación sobre las variables que median en la vivencia del abuso sexual infantil. Así se ha determinado que existirían cuatro grandes factores mediadores del impacto psicológico en las víctimas (Echeburúa y De Corral, 2006): i) el perfil de la víctima, donde se consideran diferencias por género, edad, nivel evolutivo, estilos de afrontamiento, atribución de responsabilidad y estilo de apego; ii) las características de la agresión, evaluando el empleo de fuerza, existencia de actos abusivos más intrusivos, la frecuencia y duración del abuso; iii) el vínculo víctima-agresor, evaluando el grado parentesco y de intimidad, y destacando la figura del padre, donde la gravedad estaría dada por el ejercicio del rol parental; y iv) las reacciones ante la develación, donde se señala que las reacciones de credibilidad, apoyo y protección a la víctima son esenciales en el ajuste psicológico posterior (Cantón-Cortés y Cortés, 2015; Echeburúa y De Corral, 2006).

Diversas investigaciones han señalado la relevancia de factores situacionales y modificables -como la dinámica familiar- por sobre factores objetivos y estáticos -como las características del abuso- en las consecuencias psicológicas de los NNA que han sido víctimas de ASI (Cantón-Cortés y Cortés, 2015; Cortés, Cantón-Cortés y Cantón, 2011; Guerra y Farkas, 2015; Van Toledo y Seymour, 2013).

Dentro elementos situacionales, cobra relevancia el apoyo parental en el ajuste psicológico posterior a la develación de agresión sexual del NNA (Elliott y Carnes, 2001), relación que ha sido ampliamente reportada, siendo la mayor parte de los estudios concluyentes sobre el rol esencial del apoyo parental (Bick, et al., 2014; Elliott y Carnes, 2001; Godbout, et al., 2014; Rakow, et al., 2011; Van Toledo y Seymour, 2013; Williams y Nelson-Gardell, 2012; Zajac, et al., 2015).

Al respecto, es importante señalar que el estudio del apoyo parental presenta limitaciones conceptuales y metodológicas, existiendo amplia variabilidad en la definición y medición de este término (Bolen, 2002; Bolen y Gergely, 2014; Zajac, et al., 2015). No obstante lo anterior, las dimensiones del apoyo parental que han sido principalmente reportadas e incluidas en estructuras de medición son: i) otorgar credibilidad al relato del NNA sobre los hechos abusivos; ii) protección del NNA respecto del agresor, impidiendo el contacto entre estos; iii) apoyo emocional relativo al abuso; y iv) proveer el acceso a servicios de salud y atención profesional para el NNA (Alaggia, 2002; Bolen, 2002; Cyr, et al., 2019).

De acuerdo a las características de esta investigación, se especificará el estudio a la entrega de credibilidad por parte de las figuras cuidadoras⁴ y la familia extensa. La credibilidad relativa a la agresión significa la validación y reconocimiento inicial de la experiencia de agresión sexual (Grandgenett, et al., 2019; Jofré, 2017), además estaría asociada a mejor salud mental en las víctimas (Lovett, 2004; Malloy y Lyon, 2006), encontrando que la percepción de

⁴ En esta investigación se considerará como una figura cuidadora a aquellos adultos o adultas responsables, a cargo del cuidado, crianza y protección del NNA. Este rol puede ser ejercido por distintas personas, por lo que se utilizarán los conceptos figura significativa, figura parental, figura cuidadora, y cuidadores de manera indiferenciada.

no credibilidad por parte de las figuras parentales está relacionada con los sentimientos de culpa de las víctimas (Kellogg, et al., 2020; Melville, et al., 2014), con los síntomas ansiosos, y síntomas depresivos -de coexistir no credibilidad y culpabilización- (Cohen y Mannarino, 2000).

Por lo que se refiere a las reacciones ante la develación de agresión sexual, es importante considerar que existe una amplia variabilidad en términos de protección, credibilidad, apoyo e impacto de la figura cuidadora (Elliott y Carnes, 2001). Las respuestas ante el abuso sexual infantil ocurren en un contexto de graves estresores vitales y circunstancias críticas, tanto por reconocer una vivencia que altera y replantea la configuración de su entorno, como por las consecuencias y cambios asociados a la develación, por ejemplo, separación del agresor, pérdida de sustento económico, paso por el sistema penal, entre otros (Teubal, 2010; Pereda, 2011; Corcoran, 2004). De este modo, la develación de la agresión sexual puede devenir en un evento traumático para las figuras cuidadoras (Teubal, 2010), resultando relevante ahondar en el impacto psicológico de la agresión sexual en estas.

Si bien es difícil discernir si las manifestaciones del impacto psicológico en cuidadores responden específicamente a la develación de agresión sexual (Elliott y Carnes, 2001), usualmente varían entre profundos sentimientos de culpa, ideación suicida, baja autoestima, entre otros, siendo especialmente más reportada la sintomatología depresiva y de estrés postraumático (Santa-Sosa, et al., 2013; Masilo y Davhana-Maselesele, 2016; Cyr, et al., 2016; Elliott y Carnes, 2001).

A nivel internacional se ha podido establecer sintomatología específica manifestada por figuras cuidadoras posterior a una develación de agresión sexual, no obstante, en Chile y Latinoamérica los estudios han abordado primordialmente significados, reacciones emocionales y dificultades enfrentadas por estas figuras (Dussert, et al., 2017; Espeleta, 2017; García y Peña, 2018; Gutiérrez y Lefèvre, 2019; Quiróz y Peñaranda, 2009; Sinclair y Martínez, 2006). Además de lo anterior, a pesar de que algunas investigaciones han indicado que el apoyo parental a niños/as que han sido víctimas de ASI podría verse dificultado por las consecuencias psicológicas de estas figuras (Zimba, et al. 2016; Santa-Sosa, et al., 2013; Cyr, et al., 2019), de acuerdo a la literatura revisada, no se encuentran estudios que relacionen directamente la sintomatología expresada por figuras cuidadoras y niños/as.

De este modo, entendiendo que el abuso sexual infantil impacta a víctimas directas e indirectas de la agresión, al igual que toma relevancia el apoyo parental en niños/as, también resulta importante considerar el apoyo que puede proveer la familia a las figuras cuidadoras (Teubal, 2010) en la medida que puede significar un contexto de sostén para la elaboración de esta experiencia y propiciar el desarrollo de acciones protectoras relativas a la agresión sexual (Plummer, 2006). Por ello, como fue mencionado previamente, esta memoria abordará la entrega de credibilidad de la figura cuidadora, así como también del entorno familiar extenso.

Por todo lo anterior, esta memoria propone investigar sobre las manifestaciones sintomatológicas de las figuras cuidadoras y su relación con el impacto psicológico en niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales, indagando en el contexto de apoyo familiar, mediante la entrega de credibilidad. Así, esta investigación intenta responder a la pregunta ¿cómo presentan sintomatología los niños, niñas y sus figuras cuidadoras al inicio de un proceso

terapéutico en PRM, considerando la credibilidad relativa a la agresión sexual, y cómo se relacionan entre sí ambas expresiones de sintomatología?

Por último, esta investigación cobra relevancia metodológica, dado que los estudios nacionales que abordan este fenómeno en cuidadoras/es, mencionados previamente, han sido realizados principalmente con metodologías cualitativas. Por otro lado, este estudio también cobra relevancia a nivel teórico en la medida que aporta información sobre el impacto psicológico de la agresión sexual y la sintomatología asociada en las figuras cuidadoras, área que ha sido poco investigada a nivel nacional. Por otro lado, contribuye a la comprensión de los factores que median en el impacto psicológico de las víctimas, al establecer la relación de este con las consecuencias psicológicas de sus cuidadores, y la potencial relevancia del apoyo familiar para víctimas directas e indirectas de la agresión sexual. Lo anterior le otorga a su vez relevancia en términos clínicos a la investigación, pues permite comprender cómo impacta la victimización sexual de niños/as en las figuras cuidadoras, su relación con las consecuencias psicológicas de las víctimas directas y el rol de la credibilidad de la figura de cuidado primario y del entorno familiar cercano. Por lo tanto, potencialmente puede aportar información útil para la evaluación de daño y otorgar lineamientos para el abordaje terapéutico. De este modo, ampliar la comprensión del impacto psicológico en niños/as al integrar figuras centrales en su desarrollo y abordar la experiencia de agresión sexual desde el impacto que tiene en ellas, permite procurar las condiciones y un espacio óptimo para la superación de la experiencia abusiva tanto para la familia como para los niños y niñas.

Antecedentes

1. Aspectos generales de las agresiones sexuales infantiles

a. Marco jurídico legal en Chile

Los delitos sexuales en Chile están descritos en el título séptimo del Código Penal, correspondiente a “Crímenes y simples delitos contra el orden de las familias, contra la moralidad pública y contra la integridad sexual” (CAVAS, 2003; Mandiola, 2008). A partir del año 2004 con la promulgación de la ley 19.927, se establece que el bien jurídico protegido es la libertad sexual y en el caso de menores de edad la indemnidad sexual (Maffioletti y Huerta, 2011; Mandiola, 2008; Silva, 2004). A partir de esta ley, aumenta dos años la edad de consentimiento sexual (Guzmán, 2016; Silva, 2004), siendo así 14 años la edad de consentimiento sexual en Chile. A continuación, se abordarán los delitos sexuales tipificados legalmente en Chile, con mayor frecuencia en niños y niñas (Código Penal, 1874, Artículos 363 y 366; Mandiola, 2008):

Violación: corresponde al acceso carnal, por vía vaginal, anal o bucal, a una persona menor de catorce años, sin necesariamente mediar ninguna circunstancia como el uso de fuerza, intimidación, entre otros.

Abuso sexual: Corresponde a la realización de actos de significación sexual realizado mediante contacto corporal con la víctima, o que haya afectado los genitales, el ano o la boca de la víctima, aun cuando no hubiere contacto corporal con ella.

Abuso sexual sin contacto: Refiere a la realización de actos que procuran la excitación sexual del agresor u otras personas: 1) realización de acciones de significación sexual ante una persona menor de catorce años; 2) obligar a la víctima a ver o escuchar material pornográfico, o presenciar espectáculos de carácter sexual; 3) obligar a una persona menor de catorce años a realizar acciones de significación sexual delante de sí u otras personas.

Por último, cabe señalar que en el año 2019 se promulga la ley 21.160 que declara imprescriptibles los delitos sexuales cometidos contra menores de edad. Esta ley no es retroactiva, por lo que los delitos cometidos desde su promulgación en adelante mantendrán la responsabilidad penal sobre el agresor sin límite de tiempo. La relevancia de esta ley es el reconocimiento de las cualidades particulares de la vivencia de un delito sexual en las víctimas y el proceso de articulación de dicha experiencia, en función de garantizar el derecho a un acceso mínimo a la justicia (Equipo R. L. D. R, 2019)

b. Definición del abuso sexual infantil

El abuso sexual infantil puede ser definido preliminarmente como un contacto sexual donde existe: a) una diferencia de edad o maduración entre las partes; b) una relación de autoridad o de cuidado; y c) actos llevados a cabo en contra de la voluntad del NNA, ya sea por

medio de la violencia o el engaño (Finkelhor, 1999). Es importante señalar que no existe acuerdo universal sobre los detalles de la definición del fenómeno, de este modo, elementos como el tipo de conducta sexual, edad de consentimiento de la víctima y diferencia de edad y maduración, varían de acuerdo a cultura y legislación de las distintas regiones del mundo (Finkelhor, 1999; Ramírez y Fernández, 2011).

A continuación, se revisarán elementos centrales del fenómeno de agresiones sexuales infantiles. En primer lugar, la **coerción y asimetría de poder** son elementos estructurales y criterio suficiente por sí mismo para la existencia de un acto sexual abusivo (Barudy, 1998; Cantón-Duarte y Cortés, 2000). La coerción corresponde al uso de fuerza física, presión o engaño (Cantón-Duarte y Cortés, 2000), mientras que la asimetría de poder está dada por la diferencia etaria, de vulnerabilidad, y/o dependencia (Barudy, 1998)

En segundo lugar, el **carácter relacional** de la agresión sexual, en la medida que es comportamiento sexual abusivo que transgrede a otro, una imposición de un agresor a un NNA (CAVAS, 2003). A este respecto, Perrone y Nannini (1997) describe en la agresión sexual una *relación complementaria y desigual*, donde la diferencia de poder de una relación adulto-niño/niña es utilizada para dominar en provecho sexual propio. A partir de esto, se constituye una *relación abusiva* caracterizada por el uso de la fuerza, intelecto, autoridad y la explotación de la inexperiencia, la credulidad y el temor del niño o niña para su satisfacción sexual.

Por otro lado, la existencia de un **acto sexualmente abusivo** implica el “uso abusivo e injusto de la sexualidad” (Barudy, 1998, p. 161). Estos actos van más allá de la genitalidad, incorporando todo acto mediante el cual el agresor obtenga satisfacción sexual (Barudy, 1998), pudiendo existir actos sexuales con o sin contacto (Finkelhor, 2009; Ramírez y Fernández, 2011).

Estos actos sexuales son **inapropiados** para la edad y nivel de desarrollo del NNA víctima de abuso sexual, no pudiendo entender el significado e implicancias de tales comportamientos sexuales (Cantón-Duarte y Cortés, 2000; Kempe, 1978, citado en Barudy, 1998; Ramírez y Fernández, 2011).

En relación a lo anterior, se establece por un lado la **edad de consentimiento** como la edad mínima a partir de la cual se es capaz de consentir una interacción sexual (CAVAS, 2003), y por otro lado, junto a esto se ha determinado una diferencia de cinco años de edad entre el agresor y la víctima para considerar un acto sexual como abusivo (Browne y Finkelhor, 1986; CAVAS, 2003; Ramírez y Fernández, 2011), en la medida que existe una asimetría de edad y dependencia que impide al NNA de otorgar un consentimiento real e imposibilita la decisión y ejercicio libre de su sexualidad (Barudy, 1998; Cantón-Duarte y Cortés, 2000). Por último, Barudy (1998) determina que la idea de un uso abusivo de la sexualidad implica necesariamente la atribución de responsabilidad sobre el adulto, no existiendo así contacto sexual apropiado entre un adulto y un niño, niña o adolescente.

En consideración de los elementos revisados, entenderemos las agresiones sexuales infantiles como “La implicación de un niño o de un adolescente menor en actividades sexuales ejercidas por los adultos y que buscan principalmente la satisfacción de éstos, siendo los menores

de edad inmaduros, dependientes, y por lo tanto incapaces de comprender el sentido radical de estas actividades ni por tanto de dar su consentimiento real. Estas actividades son inapropiadas a su edad y a su nivel de desarrollo psicosexual y son impuestas bajo presión -por la violencia o la seducción- y transgreden tabúes sociales en lo que concierne a los roles familiares” (Kempe, 1978, citado en Barudy, 1998, p. 161).

c. Tipos de agresiones sexuales

Un primer criterio de clasificación de las agresiones sexuales corresponde al *vínculo entre la víctima y el agresor*, en la medida que, a partir de esta relación, cada fenómeno opera con una dinámica abusiva diferenciada (Barudy, 1998):

Agresión sexual intrafamiliar: corresponde al abuso cometido por parte de un miembro de la familia del niño/a, por ejemplo, el padre, la madre, tíos o abuelos. El agresor manipula mediante su rol familiar y posición de poder sobre el NNA, pervirtiendo el vínculo familiar. El NNA es cosificado y utilizado sexualmente por una figura de la cual dependen vitalmente, dificultando que el NNA reconozca los abusos y la violencia como tal. Se impone la dinámica del secreto, impidiendo la develación fuera del círculo familiar (Barudy, 1998). En Chile, se estima que entre un 50,4% a un 39,9% de los agresores son familiares de la víctima (Ministerio del Interior y Seguridad Pública, 2013; UNICEF, 2012).

Agresión sexual extrafamiliar: corresponde a los abusos cometidos por una persona externa al medio familiar del NNA, que puede ser una persona completamente desconocida o una persona conocida, parte del entorno del NNA (Barudy, 1998).

Agresor desconocido: En este tipo de abuso el NNA no tiene un vínculo previo con el agresor. Usualmente son un episodio único y los abusos ocurren mediante el uso de fuerza, violencia y el terror (Barudy, 1998). Se estima que aproximadamente entre un 14,5% y 17,9% de los agresores son extrafamiliares y desconocidos de la víctima (Ministerio del Interior y Seguridad Pública, 2013; Pinto-Cortéz, et al., 2017).

Agresor conocido: En estos casos, el agresor es parte del círculo social de la víctima y su familia. Esta relación está dada por cercanía física, social o por el ejercicio de un rol privilegiado como por ejemplo sacerdotes, profesores, entre otros. Usualmente, dado su carácter social y de poder, las familias depositan su confianza en estas personas, vínculo que es transgredido por el agresor. Las estrategias utilizadas para cometer los abusos son frecuentemente métodos coercitivos como el cariño, persuasión, engaño, manipulación y presión psicológica. De este modo, los abusos se presentan como una relación natural, afectuosa, protectora y gratificante, dificultando así que la víctima pueda reconocer las agresiones y por lo tanto develarlas (Barudy, 1998). Se estima que alrededor un 35,9 a 45,6% de los agresores son personas conocidas por la víctima (Ministerio del Interior y Seguridad Pública, 2013; Pinto-Cortéz, et al., 2017).

Por otro lado, respecto a la *frecuencia de los actos abusivos*, es posible categorizar distintas formas de agresión sexual, específicamente de episodio único, reiterado y crónico:

Episodio único: Corresponde a aquellas agresiones que suceden en una única instancia (Capella, 2011). Como fue mencionado previamente, esta forma de agresión podría ejercerse con mayor frecuencia por agresores desconocidos por la víctima (Barudy, 1998), no obstante, también puede ocurrir en una agresión intrafamiliar o por conocidos.

Agresiones reiteradas: En este tipo de agresiones, los actos abusivos ocurren de manera repetida por un periodo de tiempo, que generalmente es de semanas o meses, siendo posible distinguir entre los episodios de manera aislada (Capella, 2011).

Agresiones crónicas: Este tipo de agresiones también se extienden por un periodo de tiempo que, a diferencia de las reiteradas, suele ser de meses o años. La principal particularidad de este tipo de agresiones es que la dinámica abusiva está instalada en la cotidianidad. Los actos sexuales abusivos forman parte de la relación entre la víctima y el agresor (Capella, 2011).

d. Develación del abuso sexual

La develación refiere al proceso mediante el cual la agresión sexual llega a conocimiento de personas fuera de la dinámica abusiva, esto es víctima y agresor, específicamente corresponde a la primera circunstancia donde la situación abusiva es divulgada por parte del NNA, o bien es descubierta por una persona externa a la dinámica (Capella, 2010).

Al respecto, Capella (2010) propone una categorización de los distintos tipos de develación en niños, niñas y adolescentes. En primer lugar, de acuerdo con la *forma en que se inicia la develación* es posible distinguir:

Premeditada y espontánea: La develación ocurre de forma intencionada a través de verbalizaciones claras y directas. No es reactivo a un evento específico o a preguntas de terceros.

Elicitadas por eventos precipitantes: La develación ocurre a partir de un evento gatillante del entorno, como por ejemplo luego de una visita al agresor o a partir de un programa de televisión.

Provocada a partir de preguntas de adultos: En este caso la develación sucede a partir de preguntas de alguna persona adulta intra o extrafamiliar, incluido el contexto profesional, dada una preocupación por cambios conductuales o emocionales en el NNA.

Circunstancias o accidental: La develación está dada por el descubrimiento accidental de la situación abusiva mediante la observación de los hechos o por evidencia física.

Sospecha/ no revelada: En estas circunstancias existen sospechas de agresión sexual pero no existe un relato claro por parte del NNA.

En segundo lugar, existen distinciones según *la persona a la cual el niño o niña dirige la develación*, así se encuentra:

Figura adulta familiar: La develación es dirigida hacia su figura materna o paterna u otra figura significativa dentro del núcleo familiar.

Figura adulta externa al medio familiar: La develación es dirigida a una persona adulta extrafamiliar como por ejemplo profesora, profesionales, entre otros.

Par: La develación va dirigida a otro niño, niña o adolescente, tanto intra como extrafamiliar.

Por último, como criterio temporal, es posible distinguir formas de develación a partir de *la latencia entre el inicio de los hechos abusivos y la develación*, diferenciando entre dos tipos:

Inmediata: La develación ocurre inmediatamente luego de la ocurrencia de los hechos abusivos.

Tardía: La develación toma lugar días, meses o años posterior al inicio de los hechos abusivos.

2. Consecuencias en los NNA que han sido víctimas de agresiones sexuales

a. Modelo de las dinámicas traumatogénicas de Finkelhor y Browne

El modelo de las dinámicas traumatogénicas de Finkelhor y Browne (1985) intenta organizar las consecuencias asociadas a la experiencia de abuso sexual infantil, especificando cómo y por qué las agresiones sexuales resultan en una forma de trauma.

De este modo, el modelo presenta cuatro dinámicas traumatogénicas generales para distintos traumas, no obstante, la conjunción las cuatro le otorga particularidad al trauma de la experiencia de abuso sexual infantil. Tales dinámicas alteran cognitiva y emocionalmente al niño, niña o adolescente, distorsionando el autoconcepto, su visión de mundo y sus capacidades afectivas.

En primer lugar, *sexualización traumática* corresponde al proceso en el cual la sexualidad del NNA es formada de manera inapropiada para su desarrollo y disfuncional interpersonalmente, a propósito de la agresión sexual. Este proceso puede darse por distintas dinámicas abusivas, como por ejemplo cuando el agresor recompensa -con afecto, regalos, privilegios, atención, etc- al NNA por comportamientos sexuales, cuando partes del cuerpo del NNA son fetichizadas, también puede ocurrir por la transmisión por parte del agresor de

mensajes y conceptos distorsionados sobre la sexualidad, así como también por la asociación de temor y miedo al acto sexual.

En segundo lugar, *traición* es la dinámica mediante la cual el NNA descubre que una persona de quien dependían les ha causado daño. Esto puede ocurrir bajo distintas circunstancias, como por ejemplo cuando el NNA comprende que una persona en quien confiaban o por quien mantenían afecto los ha manipulado o dañado de alguna manera. Esta dinámica no sólo responde al agresor, sino también a otras figuras que no pudieron o no tuvieron la voluntad de otorgarle credibilidad, protección y contención.

En tercer lugar, *indefensión o pérdida de poder*, refiere al proceso mediante el cual los deseos, intenciones, propósitos, voluntad, y sensación de eficacia y competencia son constantemente transgredidos mediante el abuso. Esta dinámica puede darse a partir de diversas situaciones como la transgresión de los límites del espacio corporal en contra de la voluntad del niño, también mediante el uso de estrategias como amenaza de daño por el agresor, así mismo puede ocurrir ante la no credibilidad de figuras significativas o por sentirse atrapado en la dinámica abusiva al tener conocimiento de las consecuencias de develar.

Por último, *estigmatización*, corresponde al proceso mediante el cual las concepciones como la vergüenza o culpa son transmitidas a la víctima e incorporadas a su autoimagen. Esto puede ocurrir directamente por parte del agresor al responsabilizar a la víctima del abuso o introducir la vergüenza respecto a su comportamiento, también puede suceder por introducir la dinámica del secreto, donde el abuso se entiende como algo que debe ser oculto. Esta dinámica puede tener relación a actitudes o comentarios del entorno de la víctima mediante los cuales le atribuyen ciertas características negativas por haber vivido abuso sexual infantil.

Estas cuatro dinámicas permiten aproximarnos y comprender el surgimiento y cualidad del trauma del abuso sexual infantil, y permite organizar y categorizar el impacto psicológico en las víctimas de acuerdo a estas áreas. De este modo, ciertas consecuencias pueden tener afinidad con una o más de estas dinámicas.

b. Consecuencias psicológicas de las agresiones sexuales en niños y niñas

En primer lugar, es importante señalar que el impacto psicológico del abuso sexual infantil es muy diverso; los niños y niñas víctimas de abuso sexual infantil son un grupo heterogéneo que manifiesta una amplia gama de sintomatología emocional y comportamental, por lo que no es posible establecer consecuencias particulares o la existencia de un síndrome específico a la naturaleza de las agresiones sexuales (Collin-Vézina, et al., 2013; Sawyer y Hansen, 2014; Kendall-Tackett, et al., 1993; Maffioletti y Huerta, 2011; Olafson, 2011).

En consideración de lo anterior, el abuso sexual infantil es una experiencia potencialmente traumática, con consecuencias graves para las víctimas, que pueden perdurar durante la adultez e inclusive configurarse en una desorganización psíquica profunda (Perrone y Nannini, 1997), por lo que el abuso sexual infantil se constituye como un factor de riesgo para el desarrollo de una serie de consecuencias negativas y psicopatología en la infancia, adolescencia, y adultez (Collin-Vézina, et al., 2013; Cutajar, et al., 2010).

i. Consecuencias psicológicas a corto plazo

Las consecuencias psicológicas a corto plazo o iniciales contemplan todas aquellas reacciones que tienen lugar dentro de los primeros 2 años una vez interrumpido el abuso (Browne y Finkelhor, 1986). Dichas consecuencias pueden organizarse en distintas áreas:

Problemas emocionales y de autopercepción:

En primer lugar, se ha apreciado que es posible la presencia de sintomatología de estrés postraumático, siendo significativamente reportada por diversos estudios (Carrasco, 2017; Collin-Vézina, et al., 2013; Echeburúa y De Corral, 2006; Finkelhor, 1999; Guerra y Farkas, 2015; Kendall-Tackett, et al., 1993; Pereda, 2009; Sawyer y Hansen, 2014). De acuerdo con la revisión de Pereda (2009), dicha sintomatología se presenta con una alta prevalencia, alrededor de la mitad de los NNA víctimas de ASI.

En segundo lugar, es posible también la aparición de síntomas de ansiedad y depresión (Browne y Finkelhor, 1986; Carrasco, 2017; Echeburúa y De Corral, 2006; Finkelhor, 1999; Kendall-Tackett, et al., 1993; Pereda, 2009; Sawyer y Hansen, 2014; Van Toledo y Seymour, 2013), y en algunos casos, el desarrollo de un trastorno del ánimo, como depresión mayor (Collin-Vézina, et al., 2013).

De acuerdo al modelo de las dinámicas traumatogénicas de Finkelhor y Browne (1985), la ansiedad podría estar relacionada a la dinámica de pérdida de poder, apareciendo como un reflejo de la incapacidad de controlar eventos nocivos, así tal dinámica está relacionada a distintos síntomas asociados al miedo y la ansiedad, como pesadillas, hipervigilancia, quejas somáticas, entre otros.

Respecto de los síntomas depresivos, la sensación de traición a partir de la agresión sexual podría estar relacionado a profundos sentimientos de desilusión y reacciones de duelo y depresión ante la pérdida de una figura de confianza, ya sea el agresor o su entorno familiar. (Finkelhor y Browne, 1985). Por otro lado, síntomas depresivos también podrían tener relación con la dinámica de pérdida de poder dada la impotencia y desesperanza ante la ocurrencia de los actos abusivos, donde en algunos casos, a partir de la alta frecuencia de las agresiones, es difícil tener una expectativa distinta a ser nuevamente victimizada/o (Finkelhor y Browne, 1985).

Esta sensación de pérdida de poder e impotencia puede impactar en la propia sensación de eficacia, sus estrategias de afrontamiento y capacidades. A su vez las reacciones negativas y de rechazo por parte del entorno impactan en su autoestima y valoración personal (Finkelhor y Browne, 1985). En concordancia con lo anterior, diversos estudios han reportado en víctimas de agresiones sexuales la presencia de baja autoestima (Echeburúa y De Corral, 2006; Kendall-Tackett, et al., 1993; Pereda, 2009; Van Toledo y Seymour, 2013) y baja autoeficacia (Van Toledo y Seymour, 2013).

Es posible también la existencia de sentimientos de estigmatización (Echeburúa y De Corral, 2006; Pereda, 2009) como culpa (Browne y Finkelhor, 1986; Echeburúa y De Corral, 2006; Pereda, 2009) y vergüenza (Browne y Finkelhor, 1986; Echeburúa y De Corral, 2006). Estas son respuestas comunes a partir de dinámicas abusivas que culpabilizan a los niños y niñas

por la ocurrencia del abuso, así como también a partir de una serie de reacciones negativas por parte del entorno familiar, social e institucional (Finkelhor y Browne, 1985).

Por último, diversos autores también reportan la presencia de conductas y/o ideación suicida (Collin-Vézina, et al., 2013; Echeburúa y De Corral, 2006; Pereda, 2009; Finkelhor, 1999) y conductas autolesivas (Collin-Vézina, et al., 2013; Echeburúa y De Corral, 2006; Kendall-Tackett, et al., 1993; Van Toledo y Seymour, 2013).

Problemas cognitivos y de rendimiento académico:

Sobre esta categoría, diversos autores han señalado que podría existir, como consecuencia del abuso sexual infantil, una afectación de la capacidad de atención y concentración (Pereda, 2009), bajo rendimiento académico (Echeburúa y De Corral, 2006), problemas de aprendizaje (Kendall-Tackett, et al., 1993) y sintomatología hiperactiva (Echeburúa y De Corral, 2006; Kendall-Tackett, et al., 1993; Pereda, 2009).

Problemas en el funcionamiento social:

Respecto a la esfera de las relaciones interpersonales, diversos estudios indican problemas en las relaciones sociales, como déficit de habilidades sociales (Echeburúa y De Corral, 2006) y elevado aislamiento social (Echeburúa y De Corral, 2006; Pereda, 2009). En relación a esto último, Finkelhor y Browne (1985) plantean que el retraimiento y aislamiento en víctimas de abuso sexual infantil podría asociarse a distintas dinámicas traumatogénicas, por un lado, podría relacionarse a la sensación de traición experimentada hacia el agresor o su familia relativo al abuso; por otro lado, puede tener relación con sentimientos de estigmatización a partir del rechazo y respuestas negativas del entorno y la sociedad.

Problemas funcionales:

Sobre problemas funcionales, se registra en la literatura la posibilidad de manifestar dificultades en funciones físicas (Pereda, 2009), problemas de alimentación o cambio de hábitos alimenticios (Echeburúa y De Corral, 2006; Pereda, 2009), quejas somáticas (Kendall-Tackett, et al., 1993; Van Toledo y Seymour, 2013) y por último, comportamientos regresivos como pérdida del control de esfínteres (Echeburúa y De Corral, 2006; Kendall-Tackett, et al., 1993; Pereda, 2009).

Problemas conductuales:

Respecto de dificultades conductuales, se podría manifestar conducta disruptiva (Pereda 2009), consumo de sustancias y huidas del hogar (Echeburúa y De Corral, 2006; Finkelhor, 1999). También puede manifestar agresividad (Echeburúa y De Corral, 2006; Finkelhor, 1999; Kendall-Tackett, et al., 1993; Pereda 2009; Van Toledo y Seymour, 2013), que podría estar relacionada a la sensación de traición a partir de la experiencia abusiva, donde la agresividad -y estrechamente relacionado al aislamiento- puede ser una manera de proteger al sí mismo ante futuras traiciones. También la agresividad podría ser significada como una forma de retomar el

control y poder despojado a partir de las agresiones sexuales y atribuido al agresor (Finkelhor y Browne, 1985).

Problemas en el área de la sexualidad:

Los síntomas relacionados a la sexualidad son frecuentemente interpretados como indicador de la ocurrencia de una agresión sexual (Finkelhor, 1999). Dentro de esta categoría podemos encontrar conductas sexuales inapropiadas (Browne y Finkelhor, 1986; Collin-Vézina, et al., 2013; Finkelhor, 1999; Kendall-Tackett, et al., 1993; Pereda, 2009; Van Toledo y Seymour, 2013), excesiva curiosidad sexual, exposición de genitales, conductas exhibicionistas (Browne y Finkelhor, 1986; Echeburúa y De Corral, 2006), masturbación compulsiva y conocimiento sexual precoz o inapropiado (Echeburúa y De Corral, 2006; Finkelhor, 1999).

De acuerdo con Finkelhor y Browne (1985), como un primer análisis, se podría entender la presencia de síntomas en el área de la sexualidad a partir de que la agresión sexual realza el interés y preocupación por asuntos sexuales, en consideración de que, de acuerdo con su etapa de desarrollo, de otra manera los niños y niñas no presentarían dichas preocupaciones por asuntos sexuales. No obstante, los autores establecen que dichos síntomas asociados a la sexualidad estarían dados principalmente porque, a partir del abuso, se podrían desencadenar una serie de conflictos sobre sí mismo y las relaciones personales, así también confusiones a partir de conceptos erróneos sobre el sexo, las relaciones sexuales y el rol de la sexualidad en relaciones afectivas, transmitidos a través de la experiencia abusiva (Finkelhor y Browne, 1985).

ii. Consecuencias psicológicas a largo plazo

En contraposición a las consecuencias iniciales, las consecuencias psicológicas a largo plazo son aquellas que tiene lugar posterior a dos años de interrumpidas las agresiones sexuales (Browne y Finkelhor, 1986). Es importante considerar sobre las consecuencias a largo plazo tres elementos: en primer lugar, la posibilidad de que parte de la sintomatología remite, mientras otra se agrava y profundiza; en segundo lugar, la aparición de los llamados efectos durmientes, esto es, sintomatología que no se manifiesta inmediatamente después del abuso y que incluso puede llegar a aparecer en la vida adulta (Cantón-Cortés y Cortés, 2015); y, por último, la dificultad del estudio sobre las consecuencias a largo plazo y su relación con la experiencia de agresión sexual, dada la interacción con diversos factores a lo largo del tiempo (López, 1993, citado en Pereda, 2010). Dicho lo anterior, la sintomatología podría organizarse de acuerdo a las siguientes áreas:

Problemas emocionales y de autopercepción:

A largo plazo, al igual que a corto plazo también es posible la existencia de síntomas de estrés postraumático (Cutajar, et al., 2010; Echeburúa y De Corral, 2006; Mebarak, et al., 2010; Pereda, 2010; Rodríguez, et al., 2012), síntomas de depresión (Browne y Finkelhor, 1986; Cantón-Cortés y Cortés, 2015; Cutajar, et al., 2010; Echeburúa y De Corral, 2006; Mebarak, et al., 2010; Pereda, 2010; Rodríguez, et al., 2012), y síntomas de ansiedad (Browne y Finkelhor, 1986; Cantón-Cortés y Cortés, 2015; Echeburúa y De Corral, 2006; Mebarak, et al., 2010; Pereda, 2010; Rodríguez, et al., 2012).

Sobre esto último, la experiencia de abuso sexual infantil aumenta la probabilidad de desarrollar algún trastorno de ansiedad (Cantón-Cortés y Cortés, 2015; Cutajar, et al., 2010; Pereda, 2010; Rodríguez, et al., 2012), como ansiedad generalizada, fobias, trastorno de pánico o trastorno obsesivo compulsivo (Cantón-Cortés y Cortés, 2015).

Del mismo modo que el corto plazo, también es probable la existencia de baja autoestima (Browne y Finkelhor, 1986; Cantón-Cortés y Cortés, 2015; Echeburúa y De Corral, 2006; Mebarak, et al., 2010; Pereda, 2010; Rodríguez, et al., 2012), sentimientos de estigmatización (Browne y Finkelhor, 1986) como culpa y vergüenza (Mebarak, et al., 2010), y la existencia de ideación suicida (Echeburúa y De Corral, 2006; Mebarak, et al., 2010; Pereda, 2010; Rodríguez, et al., 2012), conducta autolesiva y conducta autodestructiva (Browne y Finkelhor, 1986; Mebarak, et al., 2010; Pereda, 2010; Rodríguez, et al., 2012).

Problemas del funcionamiento social:

Esta área es frecuentemente afectada a partir de la experiencia de abuso sexual infantil, dada una dificultad de confiar en otras personas (Browne y Finkelhor, 1986) y por lo tanto, es posible manifestar aislamiento (Echeburúa y De Corral, 2006; Pereda, 2010; Rodríguez, et al., 2012) y ansiedad social (Pereda, 2010; Rodríguez, et al., 2012). A largo plazo y durante la adultez también se pueden presentar dificultades para establecer y mantener relaciones de pareja (Mebarak, et al., 2010; Pereda, 2010; Rodríguez, et al., 2012).

Problemas conductuales:

A largo plazo también se han reportado diversos síntomas conductuales como hostilidad, (Pereda, 2010; Rodríguez, et al., 2012), conductas antisociales (Pereda, 2010; Rodríguez, et al., 2012), riesgo de huida del hogar, involucramiento en actividades delictivas (Pereda, 2010) y abuso de sustancias como drogas o alcohol (Browne y Finkelhor, 1986; Cutajar, et al., 2010, Echeburúa y De Corral, 2006; Mebarak, et al., 2010; Rodríguez, et al., 2012).

Problemas en el área de la sexualidad:

Por último, también es frecuente a largo plazo que a partir de la experiencia abusiva se manifiesten dificultades en el funcionamiento psicosexual (Collin-Vézina, et al., 2013), presentando una sexualidad desadaptada, insatisfactoria o disfuncional (Browne y Finkelhor, 1986; Pereda, 2010; Rodríguez, et al., 2012). Pueden manifestar baja autoestima sexual, evitación de la actividad sexual (Browne y Finkelhor, 1986), fobias o aversiones sexuales (Echeburúa y De Corral, 2006), conductas de riesgo sexual, inicio precoz de la sexualidad, prostitución y embarazo temprano (Pereda, 2010; Rodríguez, et al., 2012).

iii. Estudios nacionales sobre las consecuencias psicológicas de agresiones sexuales infantiles

En primer lugar, cabe mencionar que a nivel nacional respecto de las consecuencias psicológicas de agresión sexual se han realizado principalmente estudios descriptivos (Carrasco, 2017; Gómez, et al., 2013; Guerra y Farkas, 2015; Pinto-Cortés, et al., 2017) y comparativos con

otros grupos como población general y grupos clínicos no víctimas de agresión sexual (Carrasco, 2017; Guerra y Farkas, 2015).

Dentro de los anteriores, se han realizado análisis retrospectivos de fichas clínicas (Gómez, et al., 2013), estudios sobre sintomatología a largo plazo con adultos jóvenes (Pinto-Cortés, et al., 2017), estudios sobre sintomatología con adolescentes entre 12 y 17 años (Guerra y Farkas, 2015), y con niñas, niños y adolescentes (Carrasco, 2017).

Dentro de los principales resultados, coherente con los estudios internacionales, destaca una alta presencia de sintomatología de estrés postraumático (Gómez, et al., 2013), significativamente más reportado en víctimas de ASI en comparación a grupos clínicos (Carrasco, 2017; Guerra y Farkas, 2015).

En concordancia con los estudios internacionales a largo plazo, se aprecia en hombres que fueron víctimas de ASI, la presencia de sintomatología obsesiva-compulsiva, hostilidad, depresión y ansiedad, observándose particularmente afectada el área sexual, con una menor satisfacción, falta de actividad sexual, y dificultades para mantener una erección o eyacular (Pinto-Cortés, et al., 2017).

Del mismo modo, acorde a la sintomatología descrita a nivel internacional, se aprecia la presencia de auto/hetero agresividad, dificultades de aprendizaje, conductas regresivas como enuresis o encopresis y alteración de la conducta sexual (Gómez, et al., 2013).

Contrario a lo esperado, si bien existe una alta presencia de sintomatología de tipo ansiosa y depresiva (Gómez, et al., 2013), a partir de estudios comparativos, se señala que no existen diferencias significativas entre grupos clínicos y víctimas de ASI respecto a los niveles de presencia de dicha sintomatología (Carrasco, 2017; Guerra y Farkas, 2015). No obstante lo anterior, sí se aprecian diferencias clínicas entre ambos grupos, presentando el grupo con antecedentes de ASI mayores niveles de sintomatología asociada al trauma, diferenciándose así ambos grupos, no en la intensidad de sus síntomas, sino en la forma en que se manifiestan (Carrasco, 2017).

c. Factores mediadores del impacto psicológico en niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales

Dicho impacto psicológico del abuso sexual infantil, de amplia variabilidad, podría estar asociado a la interacción de una serie de distintos elementos, como, por ejemplo, la salida de la víctima del hogar, ruptura de la pareja, la coexistencia de otras formas de maltrato, la implicación en diversas intervenciones institucionales y procesos judiciales, entre otros elementos que pueden mediar el impacto psicológico, o bien -en el caso del último punto mencionado- que suponen victimización secundaria posterior a la develación (Echeburúa y De Corral, 2006).

A continuación, se revisarán cuatro áreas centrales que median en el impacto psicológico de los niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales (Echeburúa y De Corral, 2006; Echeburúa y Guerricaechevarría, 1999):

i. Perfil de la víctima

En primer lugar, existen diferencias por género de la víctima que han sido registradas por diversos estudios (Cantón-Cortés y Cortés, 2015; Guerra y Farkas, 2015; Ramírez y Fernández, 2011), así las víctimas de género masculino presentarían con mayor probabilidad conducta o ideación suicida, trastorno de la personalidad antisocial y abuso de drogas o alcohol, mientras que es más probable que víctimas mujeres presenten ansiedad, depresión y estrés postraumático. En el estudio de Carrasco (2017) no se encontraron diferencias significativas en los niveles de problemas emocionales y conductuales a nivel general entre hombres y mujeres. No obstante, sí encontraron diferencias al comparar subescalas, señalando que los hombres reportaron más problemas conductuales y síntomas somáticos, mientras que las mujeres reportaron mayores niveles de sintomatología internalizante.

En segundo lugar, el impacto psicológico también estaría mediado por el procesamiento o valoraciones cognitivas (Cantón-Cortés y Cortés, 2015; Cantón-Duarte y Cortés, 2000). Por una parte, respecto a estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés (Cantón-Cortés y Cortés, 2015; Cantón-Duarte y Cortés, 2000; Ramírez y Fernández, 2011), se ha asociado estilos de afrontamiento evitativos, como negación, distanciamiento y aislamiento social, a un peor ajuste psicológico (Cantón-Cortés y Cortés, 2015). Por otra parte, sobre el estilo de apego, se ha estudiado que apegos inseguros (evitativo y ansioso ambivalente) estarían relacionados con un peor ajuste psicológico (Cantón-Cortés y Cortés, 2015). Y, por último, de acuerdo al estilo atribucional, la autoinculpación estaría asociada a un mayor desajuste psicológico (Cantón-Cortés y Cortés, 2015; Cantón-Duarte y Cortés, 2000), no obstante, no se ha determinado que la culpabilización al agresor esté asociada a mayor bienestar (Cantón-Cortés y Cortés, 2015).

En último lugar, un factor importante que media el impacto psicológico, así como también la expresión sintomática, es la edad y nivel de desarrollo del NNA (Cantón-Duarte y Cortés, 2000; Echeburúa y Guerricaechevarría, 1999; Ramírez y Fernández, 2011). Es importante considerar que a lo largo del ciclo vital existe un tránsito de la sintomatología, donde las manifestaciones psicológicas se transforman y adecuan a cada etapa evolutiva (Cantón-Cortés y Cortés, 2015).

Durante la etapa preescolar, los estudios han descrito que podrían manifestar principalmente problemas somáticos -control de esfínteres, dolores, pesadillas-, retrasos en el desarrollo y problemas internalizantes -ansiedad y retraimiento-. Más significativamente podrían aparecer síntomas de estrés postraumático y conducta sexualizada -masturbación excesiva- (Aguilar, 2009; Cantón-Cortés y Cortés, 2015; Echeburúa y De Corral, 2006).

Al igual que en la etapa preescolar, durante la etapa escolar se ha descrito que podrían manifestar problemas somáticos y conductas sexuales inapropiadas. También es posible la presencia de problemas emocionales -síntomas depresivos, baja autoestima, miedos-, problemas externalizantes -agresión, problemas conductuales-, problemas relacionales y problemas escolares -bajo rendimiento y problemas de aprendizaje-. Por último, también podrían presentarse conductas sexualizadas como exhibicionismo, y masturbación y preocupación sexual excesiva (Aguilar, 2009; Cantón-Cortés y Cortés, 2015; Echeburúa y De Corral, 2006).

Por último, en la adolescencia al igual que en las etapas anteriores podrían presentarse problemas de rendimiento escolar y cognitivo, problemas internalizantes y externalizantes, y

síntomas de trastorno de estrés postraumático. Particularmente en esta etapa, los estudios describen que podrían involucrarse en actividades delictivas y consumo de drogas, manifestar trastornos de la alimentación, problemas en la salud física, conductas suicidas y autolesivas, y conductas sexuales tempranas y de riesgo (Aguilar, 2009; Cantón-Cortés y Cortés, 2015; Echeburúa y De Corral, 2006)

ii. Características de la agresión sexual

Sobre el acto sexual abusivo en sí mismo, distintos factores median el impacto psicológico como frecuencia, severidad, uso de amenazas, violencia física y cronicidad (Echeburúa y Guerricaechevarría, 1999). Así, usualmente se establece empleo de fuerza, violencia, amenazas y/o agresiones más intrusivas como penetración vaginal, anal o bucal estarían asociados a un mayor sentimiento de indefensión y vulnerabilidad, y por lo tanto, sería más probable la aparición de sintomatología (Echeburúa y De Corral, 2006; Echeburúa y Guerricaechevarría, 1999; Kendall-Tackett, et al., 1993).

No obstante, en contraposición con lo descrito por la literatura, Carrasco (2017) encontró en su estudio que los NNA víctimas del delito de abuso sexual reportaron mayores niveles de sintomatología que aquellos que sufrieron violaciones. Lo anterior lo explica a partir de que aquellos casos de abuso sexual estudiados presentaban mayores frecuencias (reiterado y crónico) que los casos de violación, lo cual se asocia a una mayor sintomatología.

En función de lo anterior, también se ha considerado que la frecuencia es un factor relevante, evaluando si fue un episodio único, repetido o crónico (Cantón-Cortés y Cortés, 2015). De este modo, las agresiones más intrusivas que ocurren en un tiempo prolongado sería el escenario más grave y por lo tanto estaría asociado a la presencia de mayor sintomatología (Cantón-Cortés y Cortés, 2015; Kendall-Tackett, et al., 1993). No obstante lo anterior, de acuerdo a la revisión de Cantón-Cortés y Cortés (2015), los estudios indican que sólo una parte de la variabilidad en la expresión sintomática a partir del abuso sexual, podría explicarse por las características del mismo. Así, enfatizando en la relevancia de otros elementos intervinientes como las estrategias de afrontamiento, el entorno social y familiar, el ajuste psicológico previo, entre otros (Kendall-Tackett, et al., 1993).

iii. Vínculo víctima-agresor

Sobre el vínculo entre la víctima y el agresor se ha descrito que una relación más próxima con el agresor estaría asociado a más graves consecuencias, siendo más significativo cuando la figura del agresor es el padre o padrastro, dado el ejercicio de un rol parental (Cantón-Cortés y Cortés, 2015; Glaser y Wiseman, 2000 citado en Ramírez y Fernández, 2011).

No obstante, si bien se ha descrito que la mayor gravedad del impacto psicológico estaría dado de acuerdo al grado de parentesco, otros estudios han investigado que lo que se relacionaría a una mayor afectación sería el grado de intimidad emocional en el vínculo (Echeburúa y De Corral, 2006; Echeburúa y Guerricaechevarría, 1999; Gutiérrez y Lefèvre, 2019). Precisamente, Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor en 1993 sugieren investigar más allá de la etiqueta de

parentesco en la relación víctima victimario, y analizar la cercanía emocional o el nivel de responsabilidad y cuidado del agresor con el NNA.

iv. Reacción ante la develación de agresión

Las reacciones del entorno familiar posterior a la develación de agresión sexual ha sido ampliamente abordado en la literatura, sin embargo, se ha investigado principalmente la relevancia de las figuras parentales en el ajuste psicológico del NNA, siendo la protección y la credibilidad en el relato de la víctima buenos predictores de bienestar posterior (Echeburúa y De Corral, 2006; Echeburúa y Guerricaechevarría, 1999; Cantón-Cortés y Cortés, 2015). A pesar de esta tendencia, se ha podido determinar que una familia que brinde apoyo, protección y credibilidad puede promover el procesamiento del trauma y por lo tanto atenuar la gravedad de las consecuencias psicológicas (Cantón-Cortés y Cortés, 2015).

Por el contrario, una respuesta inadecuada por parte del entorno ante la develación de una agresión sexual obstaculiza el proceso de recuperación, así elementos como no credibilidad ante el testimonio del NNA, el significado afectivo de la persona que no cree y la ausencia de un apoyo emocional y social estarían relacionados con una evolución psicológica negativa a partir de la develación (Echeburúa y Guerricaechevarría, 1999).

Se ha determinado una fuerte relación entre este factor y el impacto psicológico en las víctimas, inclusive estableciendo que podría ser un factor mucho más relevante y predictor del ajuste psicológico que las características del abuso en sí mismo (Cantón-Cortés y Cortés, 2015; Cortés, Cantón-Cortés y Cantón, 2011; Elliott y Carnes, 2001; Van Toledo y Seymour, 2013). De acuerdo a la revisión de Bolen (2002) alrededor de un 75% de las figuras cuidadoras no ofensoras de niños y niñas que han sido víctimas de abuso sexual infantil entregan apoyo parcial o total posterior a la develación.

Al respecto, usualmente la develación del abuso sexual infantil significa una crisis del sistema familiar (Barudy, 1998; Lovett, 2004), por lo que estas respuestas de credibilidad y protección son esperadas de las figuras cuidadoras en un período crítico de adaptación a la experiencia de agresión sexual de los niños/as.

En relación a lo anterior, es importante considerar dos elementos. En primer lugar, la posibilidad de vacilación o ambivalencia ante la develación de un abuso sexual infantil, como por ejemplo, respecto a mantener la credibilidad ante el relato el niño de manera consistente y actuar congruentemente a ello (Bolen y Lamb, 2004). Estas respuestas de ambivalencia han sido consideradas como una respuesta negativa ante la develación (Bolen, 2002; Bolen y Lamb, 2004) o un punto medio de un continuo lineal que va desde no apoyo a total apoyo (Bolen y Lamb, 2004). No obstante, de acuerdo a la revisión de Bolen (2002) alrededor de un tercio de los cuidadores mostraron un apoyo parcial, siendo posible así que la ambivalencia sea una respuesta normativa. Específicamente, la ambivalencia puede estar relacionada a situaciones comunes posterior a la develación y por lo tanto ser normativa bajo las siguientes circunstancias: aumento de estresores y costos de la develación, reducción de recursos y cuando la develación deviene traumática para los cuidadores (Bolen y Lamb, 2004).

En segundo lugar, el proceso de develación es un evento inesperado y confuso de integrar que desorganiza la construcción de mundo, donde la credibilidad de los hechos abusivos queda principalmente a cargo de un relato sin pruebas físicas o testigos y que usualmente cuestiona la confianza depositada previamente en el agresor, por lo que no es irracional la existencia de un período inicial de shock, desconfianza o negación (Eliott y Carnes, 2001)

En relación a este período inicial, McCarthy, et al. (2019) en su estudio cualitativo con 22 madres de 30 niños/as y adolescentes víctimas de abuso sexual infantil, reportaron un período inicial de incertidumbre y de adaptación, sintiéndose sobrepasadas ante las nuevas necesidades de sus hijos/as post-develación, y viéndose dificultada en la entrega de apoyo emocional dada la existencia de problemas conductuales y psicológicos en sus hijos o hijas, particularmente ansiedad, rabia, agresividad y conducta sexualizada. Mientras que, específicamente a padres, Cyr, et al. (2019) señalan una primera instancia de desconexión con sus hijos/as, donde se distinguen por un lado, ambivalencia y sentimientos contradictorios ante la develación y por otro, incomodidad ante el contacto físico y cuidados primarios por su posible asociación a la experiencia traumática de sus hijos/as.

3. Apoyo a niños y niñas relativo a la agresión sexual

En función de la temática de la presente investigación, se profundizará en dicha relación entre la familia y niños/as que han sido víctimas de agresión sexual, posterior a la develación. Como fue señalado previamente, la literatura se ha enfocado principalmente en las figuras de cuidado primarias de los niños y niñas, elaborando de esta forma el concepto de apoyo parental.

a. Concepto de apoyo parental

En primer lugar, además de lo mencionado previamente, la investigación sobre el apoyo parental ha sido realizada casi exclusivamente con madres, siendo muy escasa la literatura sobre el apoyo paternal (Bolen, 2002; Cyr, et al., 2019). De este modo, se aprecia una limitación importante respecto al estudio sobre el rol de cuidadores y familiares en el proceso de superación de una agresión sexual.

En segundo lugar, un elemento importante a considerar es que, al igual que los niños y niñas que han sido víctimas, sus cuidadoras también experimentan respuestas ante el abuso que son variables en el tiempo. Así, las respuestas de cuidadoras ante el abuso son entendidas como un proceso más que un evento (Alaggia, 2002).

Por último, existen limitaciones conceptuales y metodológicas en el estudio sobre el apoyo maternal, pues no existen criterios consistentes y, por el contrario, se aprecia una amplia variabilidad entre los distintos estudios en términos de conceptualización y medición (Bolen, et al., 2015; Bolen y Gergely, 2014; Zajac, et al., 2015). Por un lado, de las múltiples variables descritas, no se ha podido especificar cuáles de ellas son más predictivos, por lo que no se ha definido si los beneficios del apoyo parental radican en la combinación de los distintos elementos, particularmente uno, o más bien la existencia de un vínculo de calidad (Zajac, et al., 2015). Por otro lado, se han utilizado los conceptos respuesta, reacción y apoyo maternal o

paternal de manera indistinta, lo que ha resultado en una conceptualización inconsistente en las investigaciones (Alaggia, 2002).

Por esto, usualmente cada estudio determina las dimensiones del apoyo parental que serán consideradas (Cyr, et al., 2019). Al respecto, Everson, Et al. en 1989 desarrollaron el instrumento Parental Reaction to Incest Disclosure Scale (PRIDS) como una estructura de medición de la reacción de las madres y padres y el apoyo posterior a la develación (Bolen, 2002). De acuerdo a esta medición, el apoyo maternal era evaluado en tres áreas: entrega de credibilidad al hijo/a; apoyo emocional; y acciones realizadas hacia el agresor (Alaggia, 2002; Bolen, 2002). Posteriormente, Runyan, Et al. en 1992 presentan una versión modificada Parental Response to Abuse Disclosure Scale (PRADS) que agrega una cuarta dimensión: la búsqueda de servicios profesionales y atención para el niño (Bolen, 2002).

Por otro lado, es importante considerar en el concepto de apoyo parental, la interacción entre las áreas cognitiva, afectiva y conductual. Así, de acuerdo a estas cuatro dimensiones, la credibilidad en el relato del niño o niña respondería principalmente al dominio cognitivo, el apoyo emocional al dominio afectivo, y por último, el área cognitiva tendría relación con las acciones protectoras contra el agresor (Bolen y Lamb, 2004) y la búsqueda de servicios profesionales.

De este modo, se entenderá apoyo parental como un proceso fluido que varía a lo largo del tiempo (Alaggia, 2002; Malloy y Lyon, 2006), que involucra procesos conductuales y afectivos complejos y como un concepto multidimensional (Alaggia, 2002) que en función de la literatura revisada, incorpora: a) otorgar credibilidad relativa al relato del NNA de los hechos abusivos; b) proveer apoyo emocional al NNA relativo a la experiencia abusiva; c) proteger al NNA del agresor, procurando la interrupción del contacto; y d) procurar el acceso a servicios profesionales y de salud para el NNA.

b. Relación del apoyo parental con el bienestar de los NNA que han sido víctimas de agresión sexual

Se ha establecido teórica y empíricamente que las reacciones y apoyo de las figuras parentales está estrechamente relacionado con el ajuste emocional y comportamental luego de la experiencia de abuso sexual infantil, tanto a corto como largo plazo (Elliot y Carnes, 2001). El apoyo y protección de estas figuras es esencial en la recuperación y salud mental de los niños, niñas y adolescentes (Van Toledo y Seymour, 2013; Zimba, et al., 2016).

El apoyo puede ser particularmente relevante para atenuar el desarrollo de síntomas al momento crítico de la develación y en el futuro, en la medida que promueve que los niños y niñas víctimas no se sientan aisladas y estigmatizadas por la experiencia de abuso sexual. Así, la credibilidad y conductas protectoras que tomen los cuidadores primarios favorecen la elaboración positiva de la experiencia traumática para el niño o niña (Gutiérrez y Lefèvre, 2019)

De acuerdo con los estudios revisados por Lovett (2004) es posible concluir que aquellos niños que reciben apoyo en el proceso de develación muestran menos afectación a partir del abuso y menos síntomas traumáticos. Específicamente, en el estudio de Zajac, et al. (2015) encontraron que el soporte emocional post-develación estaba relacionado con menores niveles de

problemas internalizantes y externalizantes; y a largo plazo con menores niveles de problemas internalizantes, síntomas de estrés postraumático, rabia y más significativamente asociado con depresión. En esta misma línea, el apoyo de los padres y madres es una de las variables predictoras más importantes para la depresión y ansiedad en los niños y niñas víctimas (Spaccarelli y Fuchs, 1997, citado en Cantón-Duarte y Cortés, 2000).

Respecto a problemas externalizantes Rakow, et al. (2011) en un estudio encontraron que mayores niveles de apoyo maternal estaban significativamente asociados a menores niveles de conductas delictivas. Por otro lado, Bick, et al. (2014) de acuerdo a su estudio señalan que un adecuado apoyo maternal estaría asociado a menor probabilidad de uso de drogas de los y las niñas y adolescentes.

De este modo, el apoyo maternal y familiar, demostrado a través de creer en el relato del niño/a y actuar de manera protectora, es un factor relevante en la recuperación. Por el contrario, la ausencia de apoyo maternal al momento de la develación estaría asociado con un aumento y profundización de la sintomatología (Kendall-Tackett, et al., 1993). De acuerdo a la revisión de Van Toledo y Seymour (2013) la ausencia de apoyo y afecto por parte de las figuras cuidadoras estaría asociada a mayores niveles de síntomas de estrés postraumático en las víctimas. En esta misma línea, Bick, et al. (2014) encontraron que un inadecuado apoyo maternal, percibido tanto por la madre como por el niño o niña, estaba relacionado a mayores niveles de ansiedad, depresión, síntomas de estrés postraumático y disociativos.

No obstante, si bien la relación entre el apoyo parental y el ajuste psicológico de los niños/as ha sido ampliamente revisada, no todos los estudios son concluyentes al respecto. Por ejemplo, Wamser-Nanney (2017) encontraron una débil relación entre el apoyo maternal y el funcionamiento del niño/a, no pudiendo asociar el apoyo con las consecuencias del abuso en la víctima. Aun así, especifican que los problemas sociales y desobediencia de reglas presentados en los niños y niñas estaban inversamente relacionados con el apoyo emocional y directamente relacionados con la culpabilización hacia los niños o niñas por parte de la madre. Por su parte, en la revisión de Bolen y Gergely (2014) concluyen que no se materializa en los diversos estudios revisados una importante relación entre el apoyo de una figura cuidadora y el funcionamiento post-develación de víctimas de ASI, encontrando una relación significativa sólo con acting out, depresión y autoconcepto de los niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual infantil.

c. El rol de la credibilidad

En la presente memoria se ahondará específicamente en la credibilidad, entendida como proporcionar credibilidad ante el relato de los hechos abusivos, y con motivo de esta investigación, otorgada por la figura cuidadora y la familia extensa hacia el niño/a. Si bien se ha podido determinar que la develación de la agresión sexual puede dirigirse a diversas figuras del entorno de los niños/as (Capella, 2010), respecto de la credibilidad, la literatura se ha abocado principalmente a la entrega de credibilidad por parte de la figura primaria de cuidado.

Junto a lo anterior, es importante mencionar que el considerar únicamente la credibilidad significa una limitación, dado que existe una amplia variabilidad de respuestas, donde la existencia de una de estas formas de apoyo no garantiza la ocurrencia de otras (Elliott y Carnes,

2001). Así, por ejemplo, la conducta vengativa hacia el agresor por un lado otorga credibilidad al abuso, pero puede ser significado como ausencia de apoyo emocional si no es acorde a las necesidades de los niños/as (Elliot y Carnes, 2001). En relación a lo anterior, de acuerdo a Zajac, et al. (2015) la conducta vengativa de las figuras parentales estaría asociada a mayor sintomatología de estrés postraumático en las víctimas.

Teniendo en consideración que la entrega de credibilidad no asegura que se desplieguen acciones de protección y apoyo (Elliot y Carnes, 2001), la credibilidad es un aspecto relevante en el proceso de develación y la protección de los niños y niñas (Grandgenett, et al., 2019). La credibilidad es el primer paso para su recuperación, en la medida que creer significa la validación y reconocimiento de su experiencia, es el respeto de su dignidad y la puerta para su protección y seguridad (Jofré, 2017).

De acuerdo a Lovett (2004), la mayoría de las madres otorgan credibilidad, encontrando que aproximadamente, entre un 75-85% de los cuidadores creen en el relato de los niños (Grandgenett, et al., 2019; Palmer, et al. 1999, citado en Lovett 2004; Sires y Frankes, 1989, citado en Lovett, 2004). Es importante considerar, que la credibilidad no es algo estático, sino más bien un proceso fluido que muta a lo largo del tiempo, siendo posible así transitar desde la no credibilidad a la credibilidad y viceversa (Alaggia, 2002).

En esta misma línea, y de acuerdo al estudio de Alaggia (2002), es posible apreciar que existen distintas maneras de entregar o no credibilidad por parte de las madres, por ejemplo, podría presentarse como una creencia incondicional en el relato del niño o niña, o bien, la necesidad de que exista evidencia física para creer completamente los hechos abusivos. Del mismo modo, las madres podrían cuestionar la veracidad del relato o la figura del agresor que ha indicado el niño o niña. También existe la posibilidad de que la madre no entregue credibilidad al momento inmediato posterior a la develación, o bien no otorgar credibilidad en ningún momento a lo largo del tiempo.

Por otro lado, respecto a su relación con los niños y niñas que han sido víctimas de abuso sexual infantil, la percepción de no credibilidad de las víctimas está significativamente relacionada con los síntomas ansiosos asociados al trauma, y si la no credibilidad coexiste con sentimientos de culpabilización por parte del entorno, las víctimas son más propensas a manifestar síntomas depresivos (Cohen y Mannarino, 2000). En esta misma línea, en los momentos posteriores a la develación se ha reportado que culpa y duda sobre la ocurrencia de los hechos abusivos estaría relacionado con mayores niveles de problemas externalizantes en los niños/as (Zajac, et al., 2015).

Por último, Melville, et al. (2014), indican que la credibilidad de las figuras cuidadoras está directamente relacionada con los sentimientos de culpa en los niños/as. Así, al momento de la develación, al percibir una respuesta inicial negativa o que pone en duda los hechos abusivos, es más probable que el niño o niña se atribuya a sí mismo la responsabilidad relativa al abuso. Específicamente, encontraron que incluso cuando la figura parental eventualmente crea completamente en el relato del niño, sólo el grado de credibilidad inicial e inmediato posterior a la develación está relacionado a sentimientos de culpa. Así, cobra particular relevancia, dada su efectividad, el transmitir que el abuso no es su responsabilidad al momento de la develación inicial.

4. Impacto en cuidadores/as de la experiencia de agresión sexual de los niños y niñas

a. Cambios y procesos asociados a la develación de la agresión sexual

La develación de un abuso sexual hacia una figura cuidadora es una circunstancia crítica que altera la configuración del mundo y de sí mismas (Teubal, 2010), y que usualmente significa una crisis del sistema familiar (Alaggia, 2002; Barudy, 1998; Lovett, 2004). Específico al caso de agresiones intrafamiliares, el reconocimiento de la ocurrencia del abuso significa un duelo y replanteamiento de la estructura y dinámica familiar, impactando a todos sus integrantes y un cuestionamiento a la propia conducta y a la capacidad de protección (Pereda, 2011).

El proceso de develación trae consigo una serie de consecuencias, costos y cambios, principalmente se reporta la posibilidad de ruptura de la pareja o divorcio (Echeburúa y Guerricaechevarría, 1999; Gutiérrez y Lefèvre, 2019; Kilroy, et al., 2014). También es posible la desorganización (Gutiérrez y Lefèvre, 2019) o disolución del sistema familiar y dificultades en las relaciones con la familia extensa (Alaggia, 2002), así las figuras cuidadoras pueden enfrentarse a presiones y respuestas conflictivas del entorno cercano por proteger al agresor, o a partir del abuso en sí (Gutiérrez y Lefèvre, 2019; Carter, 1993, citado en Lovett, 2004). Es posible que exista hostilidad por parte de círculos cercanos (Cantón-Duarte y Cortés, 2000) y conflictos culturales o religiosos a partir del abuso (Alaggia, 2002), pudiendo esto derivar en aislamiento social (Carte, 1993, citado en Lovett, 2004) y cambio de residencia (Cantón-Duarte y Cortés, 2000; Quiroz y Peñaranda, 2009). Además es posible que existan dificultades financieras (Alaggia, 2002; Cantón-Duarte y Cortés, 2000; Gutiérrez y Lefèvre, 2019; Quiroz y Peñaranda, 2009), en algunos casos la pérdida del sustento económico por dependencia financiera hacia agresor (Kilroy, et al., 2014; Lovett, 2004).

Junto con lo anterior, en su rol de cuidador además existe la preocupación por el bienestar de su hijo o hija y enfrentamiento del trauma del abuso sexual infantil (Alaggia, 2002; Cantón-Duarte y Cortés, 2000), usualmente con ausencia de soporte y apoyo para las figuras cuidadoras en ese proceso (Carter, 1993, citado en Lovett, 2004).

Por último, una dificultad ampliamente reportada es el paso por intervenciones institucionales, donde diversos sistemas sociales están involucrados como servicios proteccionales, sistema penal -tribunales y policías-, y servicios de salud (Alaggia, 2002; Cantón-Duarte y Cortés, 2000; Echeburúa y Guerricaechevarría, 1999; Gutiérrez y Lefèvre, 2019). En ocasiones este proceso implica que el niño o niña junto a su familia se vean involucrados en intervenciones simultáneas, de larga duración y altamente estresantes, siendo en algunos casos, atenciones poco pertinentes; lo anterior, podría asociarse a sensaciones de desconfianza, desprotección y estigmatización (Cantón-Duarte y Cortés, 2000; Gutiérrez y Lefèvre, 2019; Quiroz y Peñaranda, 2009).

b. Reacciones emocionales ante la experiencia de agresión sexual de los niños y niñas

Estas consecuencias del proceso de develación, particularmente la dependencia económica, divorcio y abuso emocional por parte del agresor, pueden constituir un agravante en

las reacciones emocionales e impacto psicológico en las figuras cuidadoras, más allá del abuso en sí mismo (Kilroy, et al., 2014). En algunos casos, las madres, al igual que sus hijos, necesitan apoyo para atravesar por el proceso de develación, servicios sociales y sistema penal (Herman, 1981, citado en Lovett, 2004; Koch y Jarvis, 1987, citado en Lovett, 2004)

Ante la develación del abuso sexual, existe amplia variabilidad en la respuesta emocional de las figuras cuidadoras, siendo mayormente reportada los sentimientos de culpa respecto a la ocurrencia del abuso y a no haber podido proteger a sus hijos o hijas (Cantón-Duarte y Cortés, 2000; Christiansen, et al., 2012; Fong, et al., 2016; García y Peña, 2018; Quiroz y Peñaranda, 2009; Van Toledo y Seymour, 2013).

También son frecuentes los sentimientos ambivalentes hacia la víctima y el agresor (Cantón-Duarte y Cortés, 2000; García y Peña, 2018; Quiroz y Peñaranda, 2009; Van Toledo y Seymour, 2013), pudiendo tener relación con el tipo de vínculo con el agresor, conflictos de lealtades (Bolen y Lamb, 2004; Quiroz y Peñaranda, 2009) y con presiones del entorno cercano sobre la figura cuidadora, mencionado previamente. A este respecto, Quiroz y Peñaranda (2009) señalan que en tales condiciones de angustia emocional y económica, como lo es la develación de una agresión sexual, se entra en un período de alta incertidumbre y confusión, donde es posible que la figura cuidadora fluctúe entre sentimientos ambivalentes de perdón, culpa y rabia.

En esta misma línea, también han sido reportadas reacciones de rabia (Christiansen, et al., 2012; Fong, et al., 2016; García y Peña, 2018; Quiroz y Peñaranda, 2009; Van Toledo y Seymour, 2013), desconfianza hacia otras personas (García y Peña, 2018; Quiroz y Peñaranda, 2009; Van Toledo y Seymour, 2013), tristeza (Christiansen, et al., 2012; García y Peña, 2018), angustia (Fong, et al., 2016), desesperanza (Van Toledo y Seymour, 2013) y miedo (García y Peña, 2018; Van Toledo y Seymour, 2013). Otras reacciones reportadas son dolor, impotencia, desprecio, tristeza, vergüenza, ira, desilusión y frustración (García y Peña, 2018)

Por otro lado, un elemento importante a partir de la develación de una agresión sexual es la presencia de resentimiento (Van Toledo y Seymour, 2013) y sentimientos de venganza hacia el agresor (García y Peña, 2018; Quiroz y Peñaranda, 2009). Como se revisó previamente, de acuerdo a Elliott y Carnes (2001) las conductas vengativas por parte de las madres hacia los agresores pueden no ir acorde con las necesidades emocionales de los niños y niñas víctimas, siendo significadas como una falta de apoyo por estos últimos.

Por último, y en concordancia con lo revisado anteriormente, también es posible paralización o shock inicial ante la develación del abuso sexual (Christiansen, et al., 2012; Fong, et al., 2016), estrechamente relacionado a la no credibilidad en el relato del niño (García y Peña, 2018) y negación de la ocurrencia de las agresiones sexuales (García y Peña, 2018; Van Toledo y Seymour, 2013). Sobre esto, García y Peña (2018) señala que la evasión, incredulidad y negación pueden ser posiblemente una defensa psíquica ante la realidad del abuso sexual infantil y ante la impotencia y frustración por haber fallado en su rol parental y protector a partir de la ocurrencia de las agresiones.

c. Consecuencias sintomatológicas de las figuras cuidadoras asociadas a la agresión sexual

En términos de sintomatología, si bien resulta difícil discernir qué síntomas corresponden a una respuesta ante la develación de agresión sexual y cuáles no (Elliott y Carnes, 2001), es una experiencia que puede devenir traumática para las figuras cuidadoras (Deblinger, et al., 1998, en Cantón-Duarte y Cortés, 2000; Masilo y Davhana-Maselesele, 2016; Teubal, 2010).

Dicho esto, algunos estudios que han documentado el impacto de la develación de abuso sexual infantil en figuras cuidadoras no ofensoras han descrito el malestar psicológico experimentado (Cyr, et al., 2019; Elliott y Carnes, 2001). Así, Cyr, et al. (2016) en un estudio con 152 figuras parentales señalan que un 49,1% de las madres y un 30,2% de los padres manifestaron malestar psicológico, correspondiente al doble de los estándares en población general. En esta misma línea, Cyr, et al. (2018) en un estudio con 92 madres y 32 padres de víctimas de abuso sexual infantil encontraron que el 50% de las madres y el 19,2% de los padres reportaron malestar psicológico un año después de la develación del abuso.

Específicamente, ha sido mayormente reportada la presencia de sintomatología depresiva y de estrés postraumático (Cyr, et al., 2016; Elliott y Carnes, 2001; Masilo y Davhana-Maselesele, 2016; Santa-Sosa, et al., 2013).

Al respecto, el estudio de Santa-Sosa, et al. (2013) con 204 madres de víctimas de ASI determinó que el 22% manifiestan altos niveles de síntomas depresivos. Por otro lado, Cyr, et al. (2016) determinaron que un 40,8% de las madres y un 14% de los padres exhibieron síntomas asociados a depresión mayor. De acuerdo al estudio de Masilo y Davhana-Maselesele (2016) las figuras cuidadoras manifiestan principalmente sentimientos de culpa, ideación suicida y baja autoestima.

Por último, relativo a los síntomas de estrés postraumático Cyr, et al. (2016) encontraron que un 32% de las madres cumplieron los criterios del Trastorno de Estrés Postraumático. Al respecto, cabe señalar que la presencia de síntomas de estrés postraumático puede ser elicitados por enterarse de una vivencia violenta hacia un familiar o conocida/o, por lo que es posible que la develación de una agresión sexual esté asociado a síntomas de estrés postraumático en las figuras cuidadoras (Elliott y Carnes, 2001), y pueden manifestarse incluso un año después de la develación (Cyr, et al., 2018).

En consideración de los antecedentes anteriormente expuestos, es posible considerar a las figuras primarias de cuidado como víctimas indirectas de la agresión sexual. La victimización indirecta corresponde a aquel daño provocado como consecuencia de victimización directa, y que afectaría a quienes mantienen un vínculo cercano con la víctima directa de la agresión (Dussert, et al., 2017; Teubal, 2010).

d. El impacto de las consecuencias psicológicas en su rol parental y protector

Dichas reacciones y sintomatología descritas previamente pueden presentarse a un nivel paralizante que obstaculice la entrega de contención, protección y credibilidad consistentemente, además de actuar congruente a ello (Bolen y Lamb, 2004; Echeburúa y De Corral, 2006). Las reacciones emocionales de vergüenza, culpa, pena, miedo o ansiedad en los padres pueden llegar a un nivel tal de intensidad que los incapacite de proteger a los NNA adecuadamente, y en

algunos casos incluso culpabilizarles de los hechos abusivos (Echeburúa y Guerricaechevarría, 1999).

La sintomatología presentada por la figura cuidadora ante la agresión sexual también puede estar relacionada a dificultades en el ejercicio parental, como por ejemplo, mayor sintomatología depresiva estaría asociada a un menor monitoreo y un uso inconsistente de disciplina (Santa-Sosa, et al., 2013). Del mismo modo, aquellas figuras parentales que manifestaron síntomas de ansiedad y depresión describen haber estado menos disponibles y sensibles ante las necesidades de sus hijos/as, dificultando su relación y estableciendo una distancia y un vínculo forzado, lo que en consecuencia dificulta el apoyo relativo a la situación de abuso (Cyr, et al., 2019).

En esta misma línea, la percepción de los NNA sobre sus figuras cuidadoras también puede estar influida por el impacto psicológico en estas últimas, describiéndolas menos comprensivas, más indiferentes y emocionalmente desapegadas (Guelzow, et al., 2002). Del mismo modo, la percepción de los niños de un estilo de parentalidad más controlador a partir de la experiencia de agresión sexual podía provocar sentimientos de culpa y ansiedad en los niños y niñas (Deblinger, Steer y Lippmann, 1999, en Cantón-Duarte & Cortés, 2000)

De acuerdo con Claramunt (1993; citado en Álvarez, et al., 2012), las figuras cuidadoras en este contexto tienen necesidades, como por ejemplo, conocer detalles de la situación abusiva, saber que otras figuras cuidadoras están pasando por un proceso similar, necesitan tener información necesaria sobre el fenómeno y las posibles consecuencias, además de información sobre como apoyar y tratar el tema con sus hijos o hijas, e información sobre instituciones a las cuales es posible solicitar apoyo. Resulta importante, además, contar con alguna persona con quien pueda tratar la temática sin ser culpabilizadas (Claramunt, 1993, citado en Álvarez, et al., 2012), tomando relevancia así que la intervención con figuras cuidadoras se construya como un espacio seguro donde se les permita a estas reconocer y expresar emociones displacenteras, y que dichas sean acogidas con respeto y contención (Arriagada y Thiers, 2005).

Según Álvarez, et al. (2012) y su investigación sobre la influencia de una intervención terapéutica grupal con madres en el cambio psicoterapéutico de sus hijos o hijas, es posible apreciar que aquellos niños y niñas cuyas madres participaron de una intervención grupal presentarían un mayor cambio psicoterapéutico, en comparación con aquellos niños y niñas que, si bien también participaban de un proceso reparatorio individual, sus madres no eran partícipes de una intervención. Dicho cambio psicoterapéutico podría asociarse a los elementos trabajados en la intervención implementada, como por ejemplo, el desarrollo y reconocimiento de recursos personales y proteccionales, además del manejo de las consecuencias de la agresión sexual en sus hijos e hija, entre otros.

Los resultados de estos estudios sugieren que el trabajo sobre la adaptación psicológica de las figuras cuidadoras, puede repercutir en la disminución de la sintomatología de los niños y niñas, siendo relevante la opción terapéutica para los cuidadores abordando sus sentimientos y reacciones al abuso (Cantón-Duarte y Cortés, 2000), reconociendo sus necesidades y dificultades que experimenten a partir de la develación de agresión sexual (Teubal, 2010), y en aquellas

situaciones donde no manifieste apoyo, identificar las fuentes de conflicto que dificultan la entrega de credibilidad y apoyo (Alaggia, 2002).

Objetivos e Hipótesis

Pregunta de Investigación:

¿Cómo presentan sintomatología niños/as y sus figuras cuidadoras al inicio de un proceso terapéutico en PRM, considerando la credibilidad relativa a la agresión sexual, y cómo se relacionan entre sí ambas expresiones de sintomatología?

Objetivo general:

Caracterizar la sintomatología de niños/as que han sido víctimas de agresión sexual y de sus figuras cuidadoras, considerando la credibilidad en relación a la agresión sexual, y evaluar la relación entre ambas expresiones de sintomatología al inicio de un proceso terapéutico en programas de reparación de maltrato grave.

Objetivos específicos:

1. Describir la sintomatología manifestada por niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales, al inicio de un proceso de intervención en PRM, de acuerdo a características de los niños/as y de la agresión sexual.
2. Describir la sintomatología manifestada por las figuras cuidadoras de niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales, al inicio de un proceso de intervención en PRM, de acuerdo a características de los niños/as y de la agresión sexual.
3. Caracterizar la credibilidad otorgada relativa a la agresión sexual, de acuerdo a características de los niños/as y de la agresión sexual.
4. Describir la sintomatología manifestada por niños/as y sus figuras cuidadoras al inicio de un proceso de intervención en PRM, de acuerdo a la credibilidad otorgada relativa a la agresión sexual.
5. Evaluar la relación entre la sintomatología expresada por figuras cuidadoras y aquella manifestada por niños/as que han sido víctimas de agresión sexual, al inicio de un proceso de intervención en PRM.

Hipótesis:

Dado el carácter principalmente descriptivo de la presente investigación, se formulan hipótesis relativas al aspecto correlacional, abordado en el objetivo específico 5, esto es, la relación entre la sintomatología manifestada por los niños y niñas que han sido víctimas de agresión sexual y de sus figuras cuidadoras.

- Mayores niveles de sintomatología en las figuras cuidadoras estarán asociados a mayores niveles de sintomatología manifestada por niños y niñas víctimas de agresiones sexuales, al inicio de un proceso de intervención en PRM.

Metodología

1. Diseño

La presente investigación se realiza con un enfoque cuantitativo y, en primer lugar, de alcance descriptivo, al buscar caracterizar la sintomatología de niños y niñas que han sido víctimas de agresión sexual y sus figuras cuidadoras, integrando variables sociodemográficas (edad, género) y características de la agresión (vínculo con el agresor, frecuencia de las agresiones y develación). Del mismo modo, se pretende caracterizar la credibilidad relativa a la agresión sexual de acuerdo a las variables mencionadas anteriormente y describir la expresión sintomática de niños/as y sus figuras cuidadoras en casos donde existe presencia de credibilidad relativa a la agresión sexual y aquellos con ambivalencia o ausencia de credibilidad. En segundo lugar, esta investigación incorpora un aspecto correlacional, pues pretende conocer el grado de asociación entre dos o más variables (Hernandez, et al., 2014), específicamente, se busca explorar la relación entre la sintomatología manifestada por las figuras significativas y la sintomatología de los niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales.

Esta investigación es de tipo no experimental, puesto que se observa el fenómeno sin intervenir en las variables, y de corte transversal, dado que se recolectarán datos en un momento único (Hernandez, et al., 2014), correspondiente al inicio del proceso terapéutico. Cabe señalar que la presente investigación se inserta en la fase cuantitativa del proyecto Fondecyt 1200627 titulado “Proceso de cambio psicoterapéutico en niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales: Hacia un modelo comprensivo de la influencia de factores de los adultos responsables, las intervenciones y la relación terapéutica”. La fase cuantitativa de dicho proyecto Fondecyt contempla tres instancias de recolección de datos, de las cuales, esta investigación se focaliza en el primer momento correspondiente al inicio del proceso terapéutico.

2. Participantes

Respecto de los y las participantes, corresponden a figuras cuidadoras de niños y niñas entre 4 y 9 años que han sido víctimas de agresión sexual infantil, participantes del proyecto Fondecyt 1200627. Fueron seleccionados/as por muestreo no probabilístico y se establece como criterio de inclusión casos de niños y niñas entre 4 a 9 años de edad, que hayan sido víctimas de agresión sexual y se encuentren iniciando un proceso terapéutico en programas de reparación de maltrato grave (PRM) en la región Metropolitana. Por último, como criterio de exclusión, no se incluirán en la investigación participantes con niveles de daño orgánico cerebral, retardo mental, psicosis o trastorno del espectro autista.

La muestra corresponde a 35 casos de niños y niñas que han sido víctimas de agresión sexual, que se encuentran iniciando un proceso terapéutico en PRM, específicamente, entre 1 a 3 meses y 3 semanas desde la fecha de ingreso al centro. Un 57.1% de los casos fueron derivados a PRM desde Tribunales de Familia, un 34.3% desde Fiscalía, y un 8.6% desde el Centro de Medidas Cautelares. A continuación, se caracterizan los 35 casos de la muestra, considerando aspectos de los niños y niñas, sus figuras cuidadoras y la agresión sexual.

2.1. Caracterización de los niños y niñas

En primer lugar, en referencia al sexo, un 74.3% de los casos corresponden a sexo femenino, siendo así 26 niñas y 9 niños (Tabla 1). Respecto de sus edades es importante señalar que varían entre los 4 y 9 años, presentando un promedio de 6.54 años. Para propósitos de esta memoria, se considerarán como niños y niñas en etapa preescolar aquellos entre 4-6 años y en etapa escolar entre 7-9 años (Papalia, et al., 2009), encontrándose así, 18 niños y niñas en etapa preescolar y 17 en etapa escolar (Tabla 2).

Tabla 1

Sexo de Niños y Niñas de la muestra

Sexo	N	% del total
Femenino	26	74.3
Masculino	9	25.7
TOTAL	35	100.0

Tabla 2

Etapa del desarrollo de los Niños y Niñas

Etapa del desarrollo	N	% del total
Pre-escolar	18	51.4
Escolar	17	48.6
TOTAL	35	100.0

2.2. Caracterización de las figuras cuidadoras

Por otro lado, respecto de las y los adultas responsables, en primer lugar, sus edades se encuentran dentro de un rango de 22 a 57 años, con un promedio de 33.5 años. Resulta importante señalar que un 80% de las y los participantes se encuentran entre los 20 y 40 años (Tabla 3).

Tabla 3

Edad por rango de las Figuras Cuidadoras

Rango	N	% del total	% acumulativo
20-30 años	13	37.1	37.1
31-40 años	15	42.9	80.0
41-50 años	3	8.6	88.6
51-60 años	2	5.7	94.3
Sin información	2	5.7	100.0
TOTAL	35	100.0	100.0

Respecto al sexo de las figuras cuidadoras, un 94.3% de la muestra son de sexo femenino, encontrando sólo 2 figuras cuidadoras de sexo masculino (Tabla 4), y, específicamente, un

85.7% del total de la muestra corresponden a madres, siendo así 30 madres, 2 padres y dentro de la categoría “Otro” 2 abuelas y 1 tía abuela (Tabla 5).

Tabla 4

Sexo de las Figuras Cuidadoras

Sexo	N	% del total
Mujeres	33	94.3
Hombres	2	5.7
TOTAL	35	100.0

Tabla 5

Relación de las Figuras Cuidadoras con los Niños y Niñas

Tipo de relación	N	% del total
Madre	30	85.7
Padre	2	5.7
Otro	3	8.6
TOTAL	35	100.0

2.3. Caracterización de las agresiones sexuales

En tercer lugar, sobre las agresiones sexuales resulta importante señalar que en un 74.3% de los casos la agresión fue un abuso sexual, un 14.3% corresponde a violaciones, y un 11.4%, dentro de la categoría “Otro”, corresponde a sospecha de abuso sexual (Tabla 6). Junto a lo anterior, en relación con la frecuencia de las agresiones, del total de casos, 11 corresponden a un episodio único, 10 a agresiones repetidas, 4 de frecuencia crónica y 10 casos donde las/los profesionales no cuentan con esta información por encontrarse en fase diagnóstica en PRM (Tabla 7).

Tabla 6

Tipo de Agresión Sexual

Tipo de agresión	N	% del total
Abuso Sexual	26	74.3
Violación	5	14.3
Otro	4	11.4
TOTAL	35	100.0

Tabla 7

Frecuencia de las Agresiones Sexuales

Frecuencia	N	% del total
Episodio Único	11	31.4
Repetido	10	28.6
Crónico	4	11.4
Sin Información	10	28.6
TOTAL	35	100.0

Respecto de los agresores, un 94.1% son de sexo masculino, existiendo sólo 1 mujer agresora y 2 casos donde las/los psicólogos no cuentan con información respecto del agresor. En relación al vínculo de los niños/as con los agresores, en un 80.0% de los casos, corresponde a una agresión de tipo intrafamiliar, existiendo 4 casos de agresores extrafamiliares conocidos y 1 por parte de un desconocido (Tabla 8). En la Tabla 9 se describe específicamente el rol de los agresores sexuales. Llama la atención que en un 40% del total de casos, el agresor es padre o padrastro del niño o niña, seguido por tíos y primos, con un 11.4% cada uno. La categoría otro, corresponde a 1 abuela, 1 pareja de la madre (madre no adulta responsable) y 1 pareja de abuela.

Tabla 8

Vínculo del Niño o Niña con el Agresor

Vínculo	N	% del total
Intrafamiliar	28	80.0
Extrafamiliar- Conocido	4	11.4
Extrafamiliar- Desconocido	1	2.9
Sin Información	2	5.7
TOTAL	35	100.0

Tabla 9

Rol del Agresor Sexual

Rol Agresor	N	% del total
Padre/Padrastro	14	40.0
Tío	4	11.4
Primo	4	11.4
Abuelo/Abuelastro	3	8.6
Conocido de la Familia	3	8.6
Pareja/Ex Pareja de la Figura Cuidadora	2	5.7
Otro	3	8.6
Sin información	2	5.7
TOTAL	35	100.0

3. Instrumentos

3.1. Strengths and Difficulties Questionnaire (Anexo 1)

Para evaluar sintomatología en niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales se utilizará el *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*. El SDQ corresponde a un cuestionario de tamizaje de psicopatología, que permite evaluar ajuste psicológico, y dificultades emocionales y conductuales en niños/as y adolescentes entre 3 y 16 años de edad (Brown, Capella, Antivilo, 2014; Goodman, 2001). El SDQ fue elaborado en 1994 por Robert Goodman, quien construyó una versión modificada del Rutter Parent Questionnaire (Goodman, 1994).

El instrumento SDQ se construye de acuerdo a síntomas claves de diagnósticos del DSM-IV (Goodman, 2001) y está compuesto por 25 ítems, divididos en cinco subescalas -de cinco ítems cada una- correspondientes a Síntomas Emocionales, Problemas Conductuales, Hiperactividad,

Problemas con Pares y Conducta Prosocial (Goodman, 2001). Cada uno de los 25 ítems es puntuado de acuerdo a una escala Likert de tres alternativas “No es cierto, Es cierto y Absolutamente cierto”, que puntúan 0, 1 y 2 puntos, respectivamente, a excepción de los ítems de fortalezas, que se puntúan de modo inverso (Brown, Capella, Antivilo, 2014). Goodman (1997) establece que un puntaje total entre 0 a 13 puntos es considerado “Normal”, de 14 a 16 puntos “Límite” y de 17 a 40 puntos “Anormal”. Este instrumento cuenta con tres versiones, para padres/madres/cuidadores, profesores, y una versión de autorreporte, para niños/as desde los 9 años (Hobbs y Laurens, 2019) y adolescentes entre 11 y 16 años (Goodman, 1997), de las cuales, se utilizará la versión para padres, madres y cuidadores en esta investigación.

Este instrumento ha sido ampliamente utilizado dentro del campo de la salud mental a nivel internacional, encontrando evidencias de su validez y fiabilidad en distintos países (Brown, Capella y Antivilo, 2014). Una de las ventajas que propone Goodman respecto a este instrumento es que permite enfatizar no sólo en aspectos negativos y dificultades de los niños, sino también en sus habilidades y fortalezas (Goodman, 1997). Sus propiedades psicométricas fueron evaluadas en Chile el año 2014 por Brown, Capella y Antivilo en figuras parentales de niños/as entre 4 a 11 años, encontrando que las cinco escalas no muestran una fiabilidad aceptable, a diferencia de la escala total de dificultades, que sí alcanza una adecuada evidencia de fiabilidad (Brown, Capella y Antivilo, 2014). Por otro lado, Gaete, et al. (2018) evaluó la validez y fiabilidad del instrumento en su versión de 5 escalas, en preadolescentes y adolescentes entre 9 a 15 años, encontrando una adecuada consistencia interna de cada subescala (Gaete, et al., 2018). En consideración de lo anterior y a modo de una mayor rigurosidad en la presentación de resultados, se considerarán resultados tentativos aquellos en relación a las subescalas del instrumento, utilizando los puntajes de corte adjuntados en la tabla a continuación (Tabla 10).

Tabla 10

Puntajes de Corte Instrumento SDQ (Goodman, 1997)

Instrumento SDQ / Categoría	Normal	Límite	Anormal
Puntaje Total	0-13	14-16	17-40
Síntomas Emocionales	0-3	4	5-10
Problemas Conductuales	0-2	3	4-10
Hiperactividad	0-5	6	7-10
Problemas con Pares	0-2	3	4-10
Conducta Prosocial	6-10	5	0-4

3.2. Outcome Questionnaire (Anexo 2)

Para la evaluación de la sintomatología en cuidadoras/es de niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales, se utilizará el *Outcome Questionnaire (OQ-30.2)*. El OQ-30.2 es un cuestionario desarrollado por Lambert, et al. en 2014, y corresponde a una versión breve de su versión anterior OQ-45.2 (Errázuriz, et al., 2017).

El OQ-45.2, desarrollado en 1996, mide sintomatología general y resultados en psicoterapia. Evalúa tres áreas centrales de la salud mental, dividido en 3 subescalas correspondientes a Malestar Sintomático, Relaciones Interpersonales y Rol Social (Lambert, et al., 1996), buscando medir el malestar interno, su relación con otros significativos y el funcionamiento en el trabajo y estudio (Von Bergen y de la Parra, 2002). Por su parte, OQ-30.2 también cumple dichos objetivos, pero cuenta con 15 ítems menos que su versión anterior, siendo así de más rápida aplicación y manteniendo sus propiedades psicométricas como fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio (Errázuriz, et al. 2017). Este instrumento fue diseñado para ser sensible a cambios sintomatológicos en períodos breves de tiempo y para evaluar sintomatología común dentro de un amplio espectro de trastornos mentales en adultos (Errázuriz, et al. 2017).

El OQ-30.2 es un instrumento de autorreporte de 30 ítems que se evalúan de acuerdo a una escala sumativa tipo Likert de nivel ordinal, presentando como respuesta cinco categorías en cada uno de los ítems: Nunca, Casi nunca, A veces, Con frecuencia y Casi siempre. Cada ítem se puntúa con un puntaje de 0 a 4 puntos, de modo que el puntaje total de OQ va desde 0 a 120 puntos, con un puntaje de corte de 43.36 puntos para la población chilena (Errázuriz, et al., 2017). El instrumento fue adaptado al español y validado en población chilena por Errázuriz, et al. (2017), y fue posible determinar que su versión en español presenta similares propiedades psicométricas del instrumento original. Por último, respecto de las subescalas del instrumento de acuerdo a la validación de Errázuriz, et al. (2017), no se replica la estructura de 3 subescalas, de modo que los puntajes obtenidos por subescalas se presentarán como resultados tentativos de esta memoria.

A este respecto, cabe mencionar que aun cuando los puntajes por subescalas de los instrumentos SDQ y OQ-30.2 serán considerados tentativos, el objetivo de esta investigación es abordable utilizando los puntajes totales de dichos instrumentos.

3.3. Ficha de caracterización de caso (Anexo 3 y 4)

Para obtener información respecto de los niños/as y sus figuras cuidadoras, se recurrirá a una ficha de caso, elaborada por el equipo Fondecyt. Esta ficha es completada por los y las profesionales a cargo del caso en PRM (psicólogos/as y trabajador/as sociales) y recolecta información respecto a características del niño/a, de la agresión sexual, del contexto familiar, de su adulto responsable y de las/os terapeutas, así como también respecto al contexto actual de emergencia sanitaria y previa crisis social en Chile. De esta ficha de caso, respecto de los objetivos específicos 1, 2 y 3, se recolectarán datos sobre características de los niños/as (sexo y etapa del desarrollo) y de las agresiones sexuales (tipo de agresión, frecuencia de las agresiones, vínculo con el agresor y figura agresora).

Por otro lado, respecto de los objetivos específicos 3 y 4, la variable de credibilidad se entenderá como proporcionar credibilidad ante el relato de los hechos abusivos por parte de la figura cuidadora y la familia extensa hacia el NNA. Este concepto se comprende como un proceso fluido que puede mutar a lo largo del tiempo, y que puede presentarse de distintas maneras, como por ejemplo, credibilidad incondicional en el NNA, cuestionar algunos elementos

del relato, transitar entre credibilidad y no credibilidad, mostrar inconsistencia en la creencia del relato, entre otras (Alaggia, 2002). Para la medición de esta variable se recurrirá también a la ficha de caso, específicamente al ítem “Credibilidad”. En este ítem se consulta respecto a la credibilidad inicial (al momento de la revelación) y actual del adulto responsable, y credibilidad actual de la familia extensa. Se presentan tres opciones de respuesta respecto a la credibilidad del adulto responsable: “hay credibilidad”, “no hay credibilidad” y “credibilidad ambivalente”; y para la credibilidad de la familia extensa, se tiene como opciones de respuesta: “hay credibilidad”, “no hay credibilidad” y “algunos miembros de la familia no dan credibilidad”.

4. Procedimiento

Como fue mencionado previamente, la presente investigación se inserta en la fase cuantitativa del Proyecto Fondecyt 1200627 titulado “Proceso de cambio psicoterapéutico en niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales: Hacia un modelo comprensivo de la influencia de factores de los adultos responsables, las intervenciones y la relación terapéutica”. Los y las participantes de esta investigación se obtienen a través de la muestra de dicho proyecto.

En primer lugar, el proyecto de investigación Fondecyt fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, durante el año 2020 (Anexo 5). El procedimiento consiste en que el equipo del proyecto de investigación se contacta con centros PRM para aprobar su participación en la investigación. Los centros e instituciones determinan los casos que serán invitados a participar, de acuerdo a los criterios de inclusión de la investigación. Dada la edad de los niños/as y por resguardos éticos y metodológicos, la recolección de datos consistirá en la aplicación de los instrumentos a el/la adulta responsable del cuidado del niño/a y a los profesionales a cargo de su tratamiento en el centro, sin contar con participación de los niños y niñas.

En función del contexto de emergencia sanitaria por la pandemia COVID-19, la recolección de datos será de modalidad online. Desde los centros se obtiene la información de contacto de las y los adultos responsables de los niños/as, realizándose un primer contacto vía telefónica o por correo electrónico, donde se invita formalmente a participar de la investigación y se explica la modalidad online (vía Zoom, Meet, o videollamada de WhatsApp) en que será realizado el primer encuentro de evaluación. Si las y los participantes acceden a participar de la investigación, se establece fecha y hora para el encuentro remoto.

El encuentro online con las y los participantes es realizado por miembros capacitados/as del equipo Fondecyt, siguiendo un procedimiento común de acuerdo al protocolo de evaluación cuantitativa online elaborado por el equipo. En este encuentro se explica con mayor detalle la investigación, se responden dudas y se lee en conjunto el Consentimiento Informado (Anexo 6, 7 y 8), registrando con un dispositivo externo la aceptación o rechazo a participar en voz alta.

Hecho lo anterior, se procederá a aplicar y responder los instrumentos y/o ficha de caso, pudiendo destinar, de ser necesario, una segunda instancia de aplicación dada su extensión. Cabe señalar que, dado que esta memoria se inserta en un proyecto de investigación más amplio, en la instancia de recolección de datos, se realizará la aplicación de diversos instrumentos para fines de esta memoria y del proyecto de investigación Fondecyt. Esta instancia para los profesionales tiene una duración aproximada de 25 a 40 minutos, y para las figuras cuidadoras entre 45 a 90 minutos. Respecto de estos últimos, la aplicación de cuestionarios será asistida por personal capacitado del equipo, buscando acompañar y orientar a los y las adultas responsables,

dependiendo de las necesidades de cada caso, como, por ejemplo, mediante la lectura de las instrucciones y preguntas, explicación de términos y palabras, entre otros.

Por último, ante la posibilidad de desestabilización emocional o evaluación de situaciones de riesgo a partir de la respuesta de los instrumentos de los/las adultos responsables, se cuenta con personal capacitado para atender y contener a los y las participantes de acuerdo a un protocolo de contención.

4. Análisis de datos

Una vez recolectada la información de acuerdo a los procedimientos e instrumentos aplicados, se contará con la siguiente información:

Respecto de la sintomatología manifestada por los niños y niñas

- Puntaje total obtenido en el instrumento SDQ y categoría Anormal, Normal y Límite correspondiente.
- Puntaje obtenido por subescalas del instrumento SDQ y categoría Anormal, Normal y Límite correspondiente.

Respecto de la sintomatología expresada por las figuras cuidadoras:

- Puntaje total obtenido en el instrumento OQ.30 y categoría Disfuncional y Funcional correspondiente.
- Puntaje obtenido por subescalas del instrumento OQ.30.

Respecto de las características de los casos

- Sexo de los niños y niñas
- Etapa de desarrollo de los niños y niñas
- Tipo de agresión sexual
- Frecuencia de la agresión
- Vínculo con el agresor
- Figura del agresor y posible rol paterno del agresor respecto del niño o niña
- Credibilidad inicial y actual de las figuras cuidadoras
- Credibilidad actual de la familia extensa

Los análisis a realizar con la información desglosada previamente se realizarán en el programa estadístico JAMOVI y se organizarán de acuerdo al cumplimiento de los objetivos específicos de esta memoria. Así, en primer lugar, para dar cuenta de los objetivos 1 y 2, correspondientes a describir la sintomatología de los niños/as y sus figuras cuidadoras se recurrirá a presentar **tablas de distribución de frecuencias**. Primero, sobre los niños y niñas se presentarán las frecuencias de casos que se encuentran en la categoría Normal, Anormal y Límite de acuerdo a puntaje total y subescalas del instrumento SDQ, y sobre las figuras cuidadoras se presentarán la frecuencia de casos que se encuentran en la categoría Funcional y Disfuncional, de acuerdo al puntaje total del instrumento OQ.30. También se presenta promedio, desviación estándar, puntaje mínimo y puntaje máximo de los puntajes totales obtenidos en los instrumentos SDQ y OQ.30.

Luego de haber realizado esto, se presentarán **tablas de frecuencias cruzadas** entre las categorías de los instrumentos (SDQ y OQ.30) y las características de los niños (sexo y etapa del

desarrollo) y de las agresiones sexuales (tipo de agresión, frecuencia de la agresión, vínculo con el agresor y rol paterno del agresor).

En segundo lugar y al igual que lo presentado previamente, para dar cuenta de los objetivos específicos 3 y 4 -descripción de la credibilidad relativa a la agresión sexual y de la sintomatología de los niños, niñas y figuras cuidadoras de acuerdo a la credibilidad-, se recurrirá a presentar **tablas de frecuencias**. Primero para describir la frecuencia de casos con presencia, ausencia y ambivalencia en la credibilidad inicial y actual de las figuras cuidadoras, así como también la presencia y ausencia de credibilidad por parte de la familia extensa. Posteriormente, se presentarán **tablas de frecuencias cruzadas** sobre la credibilidad de la figura cuidadora y de la familia extensa con respecto a las características de los niños y de las agresiones sexuales. Una vez realizados esto, se presentarán **tablas de frecuencias cruzadas** entre las categorías de los instrumentos SDQ y OQ.30 y la credibilidad inicial de la figura cuidadora y credibilidad actual de la familia extensa.

Realizados estos análisis descriptivos, los datos serán sometidos a la **prueba chi cuadrado** a fin de evaluar el supuesto de no relación entre las variables (Hernandez, et al., 2014). Los datos por testear corresponden a las categorías por puntajes totales de los instrumentos SDQ y OQ.30, y categorías por puntajes de subescalas del instrumento SDQ, respecto de las variables sexo, etapa del desarrollo, tipo de agresión, frecuencia de las agresiones, vínculo con el agresor, rol parental del agresor, credibilidad inicial de la familia extensa y credibilidad actual de la familia extensa. En vista de que la muestra de esta memoria es pequeña (N=35) y que no se puede garantizar un número mayor a 5 en cada celda de la tabla de contingencia, su significancia estadística será evaluada mediante el **test exacto de Fisher** (Field, 2009), y se colapsarán categorías de las variables (detalle en Anexo 9).

Por último, para dar cuenta del objetivo específico 5 y al aspecto correlacional de esta memoria, correspondiente a evaluar la relación entre la sintomatología de los niños/as y la sintomatología de las figuras cuidadoras, se recurrirá a presentar una **matriz de correlaciones**. En esta matriz se evaluará la correlación entre los puntajes totales y puntajes por subescalas de los instrumentos SDQ y OQ.30. Dado el tamaño de la muestra, se supone la transgresión del supuesto de normalidad en la distribución de los datos, de modo que se utilizará el **coeficiente Rho de Spearman**, para evaluar la correlación entre estos datos (Field, 2009). Los valores del coeficiente Rho de Spearman varían entre +1.0 y -1.0, siendo considerado el 0 como ausencia de correlación (Hernández, et al., 2014), específicamente, entre 0.01 a 0.19 será considerada una correlación muy baja; entre 0.2 a 0.39 será una correlación baja; entre 0.4 a 0.69 será una correlación moderada; entre 0.7 a 0.89 será una correlación alta; y entre 0.9 a 0.99 será una correlación muy alta (Martínez y Campos, 2015). Por último, se espera un p-valor menor a 0.05 para ser considerado estadísticamente significativo (Field, 2009).

Resultados

Sintomatología de Niños y Niñas de acuerdo a características de los niños/as y de las agresiones sexuales

1. Sintomatología de los niños y niñas

En primer lugar, sobre la sintomatología de los niños y niñas, y en relación a la puntuación en el instrumento SDQ, es posible señalar un puntaje mínimo de 7 puntos y máximo de 30 puntos, con un promedio de 18.3 puntos ($\sigma^5= 5.68$). De acuerdo a la categorización de Goodman (1997), el promedio de puntaje se encontraría dentro de la categoría “Anormal”. Del total de casos, un 60% presentaría sintomatología al inicio de un proceso de intervención en PRM, encontrando 8 casos en la categoría “Límite” y 6 con ausencia de sintomatología, correspondiente a un 17.1% (Tabla 11)

Tabla 11

Sintomatología de los Niños y Niñas

Sintomatología	N	% del total
Presencia de Sintomatología	21	60.0
Límite	8	22.9
Ausencia de Sintomatología	6	17.1
TOTAL	35	100.0

En esta misma línea, al revisar los resultados de las subescalas del instrumento -los cuales serían preliminares dado las diferencias en los estudios chilenos respecto a la validez de las subescalas-, en primer lugar, es posible apreciar que, en cuatro de cinco escalas, los promedios de puntajes se encuentran dentro de la categoría “Límite”, a excepción de la subescala Conducta Prosocial, donde el promedio de puntaje califica en la categoría “Normal” (Tabla 12)

Tabla 12

Puntaje por Subescalas de Instrumento SDQ

Estadístico	Síntomas Emocionales	Problemas Conductuales	Hiperactividad	Problemas con Pares	Conducta Prosocial
Promedio	4.43	3.69	6.60	3.54	7.86

⁵ Símbolo de Desviación Estándar

Desviación Estándar	2.51	1.84	2.30	2.06	1.90
Mínimo	1	0	0	0	4
Máximo	10	7	10	9	10

Al respecto, también llama la atención una mayor prevalencia de Hiperactividad y Problemas Conductuales, con un 62.9% y 60.0% en la categoría “Anormal”, respectivamente. También resulta importante señalar que un 85.7% del total de casos estuvo dentro de la categoría “Normal” en la subescala Conducta Prosocial (Tabla 13).

Tabla 13

Sintomatología de los Niños y Niñas por Subescalas

Categoría/ Subescala	Síntomas Emocionales	%	Problemas Conductuales	%	Hiperactividad	%	Problemas con Pares	%	Conducta Prosocial	%
Normal	15	42.9	9	25.7	9	25.7	10	28.6	30	85.7
Límite	6	17.1	5	14.3	4	11.4	8	22.8	2	5.7
Anormal	14	40.0	21	60.0	22	62.9	17	48.6	3	8.6
TOTAL	35	100.0	35	100.0	35	100.0	35	100.0	35	100.0

La sintomatología de los niños y niñas a continuación será descrita de acuerdo a características de los niños/as, de la agresión sexual y, posteriormente en el punto 4 del apartado de resultados, de la credibilidad relativa a la agresión sexual. Estos datos son sometidos a la prueba de chi cuadrado, siendo analizada su significancia estadística mediante el Test Exacto de Fisher. Se adjunta tabla resumen a continuación (Tabla 14) y el detalle de la prueba chi cuadrado por cada variable se encuentra en los Anexos 10 a 17. Estos resultados serán presentados en conjunto con los resultados descriptivos de cada variable, abordados en los apartados posteriores.

Tabla 14

Resumen Prueba Chi Cuadrado sobre Puntaje Total SDQ

Variables		Valor χ^2	p
Características de los Niños y Niñas	Sexo	1.60	0.262
	Etapas del Desarrollo	0.0191	1.000
Características de la Agresión Sexual	Tipo de Agresión	0.972	0.627

	Frecuencia de Agresión	0.244	0.697
	Vínculo con el Agresor	4.07	0.066
	Rol Paterno del Agresor	0.122	1.000
Credibilidad relativa a la Agresión Sexual	Credibilidad Inicial Adulta Responsable	0.0142	1.000
	Credibilidad Actual Familia Extensa	0.406	0.717

Finalmente, también se presentan los resultados de la prueba chi cuadrado por las subescalas del instrumento SDQ. Al respecto, en las subescalas Hiperactividad, Síntomas Emocionales, Problemas Conductuales y Conducta Prosocial, no se encuentran resultados estadísticamente significativos de acuerdo al p-valor obtenidos. A diferencia de esto, en la subescala Problemas con Pares se encuentra un p-valor de 0.018 respecto de la variable Sexo de los niños y niñas. Por ello, a continuación, se adjunta tabla resumen de la subescala Problemas con Pares (Tabla 15) y se adjuntan tablas resumen por cada subescala restante en los Anexos 18 a 21.

Tabla 15

Resumen Prueba Chi Cuadrado sobre Subescala SDQ Problemas con Pares

Variables		Valor χ^2	p
Características de los Niños y Niñas	Sexo	6.81	0.018
	Etapas del Desarrollo	0.253	0.740
Características de la Agresión Sexual	Tipo de Agresión	2.310	0.177
	Frecuencia de Agresión	0.887	0.435
	Vínculo con el Agresor	0.313	0.656
	Rol Paterno del Agresor	1.47	0.420

Credibilidad relativa a la Agresión Sexual	Credibilidad Inicial Adulta Responsable	0.170	1.000
	Credibilidad Actual Familia Extensa	0.920	0.473

1.1. Sintomatología de acuerdo a características de los niños y niñas

Respecto a las características de los niños y niñas, en primer lugar, en relación al sexo, es posible apreciar que 14 niñas y 7 niños presentan sintomatología, 7 niñas y 1 niño se encuentran en la categoría “Límite” y 5 niñas y 1 niño se encuentran con ausencia de sintomatología (Tabla 16).

Tabla 16

Sintomatología de los Niños y Niñas de acuerdo a Sexo

Sintomatología/Sexo	Femenino	Masculino
Presencia de Sintomatología	14	7
Límite	7	1
Ausencia de Sintomatología	5	1
TOTAL	26	9

En esta misma línea, sobre la sintomatología de acuerdo a la etapa del desarrollo de los niños y niñas, llama la atención una distribución equitativa entre preescolares y escolares, encontrando 11 y 10 casos, respectivamente, con presencia de sintomatología, 4 casos en la categoría “Límite” y 3 casos con ausencia de sintomatología, tanto para preescolares como escolares (Tabla 17).

Tabla 17

Sintomatología de los Niños y Niñas de acuerdo a Etapa del Desarrollo

Sintomatología/Etapa del Desarrollo	Pre-escolar	Escolar
Presencia de Sintomatología	11	10

Límite	4	4
Ausencia de Sintomatología	3	3
TOTAL	18	17

Particularmente, al revisar las subescalas de SDQ, resulta llamativo que en la subescala Hiperactividad se encuentran 11 casos en la categoría “Anormal” tanto en preescolares, como escolares. A diferencia de lo anterior, se puede apreciar en términos descriptivos una leve diferencia entre preescolares y escolares en las subescalas Problemas Conductuales y Síntomas Emocionales. Respecto de los casos dentro de la categoría “Anormal”, en la subescala Problemas Conductuales hay una mayor cantidad de casos de preescolares, mientras que en la subescala Síntomas Emocionales hay más casos de niños/as escolares (Tabla 18).

Tabla 18

Sintomatología de los Niños y Niñas (Subescalas SDQ) de acuerdo a Etapa del Desarrollo

Categoría/ Subescala	Síntomas Emocionales		Problemas Conductuales		Hiperactividad		Problemas con Pares		Conducta Prosocial	
	Pre-escolar	Escolar	Pre-escolar	Escolar	Pre-escolar	Escolar	Pre-escolar	Escolar	Pre-escolar	Escolar
Normal	10	5	4	5	4	5	4	6	16	14
Límite	3	3	2	3	3	1	6	2	0	2
Anormal	5	9	12	9	11	11	8	9	2	1
TOTAL	18	17	18	17	18	17	18	17	18	17

Finalmente, respecto de los resultados de la prueba chi cuadrado (ver Tabla 14), en ninguna de las variables (etapa del desarrollo y sexo de los niños y niñas) se obtuvo un p-valor menor 0.05, por lo que ninguno de los resultados de la prueba chi cuadrado fue estadísticamente significativo. Esto significa que no hay diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología de los niños y niñas de acuerdo a las características de los mismos.

No obstante, como fue mencionado previamente, la subescala “Problemas con Pares” respecto de la variable “Sexo” sí presentó un resultado estadísticamente significativo y se aprecia un valor chi cuadrado de 6.81 que significaría el rechazo de la hipótesis nula de independencia de las variables. De este modo, este resultado indica que no se aprecia independencia entre el puntaje obtenido en la subescala Problemas con Pares y el sexo de los niños y niñas, y, por lo tanto, ambas variables estarían significativamente relacionadas. Específicamente, en la tabla de contingencia presentada a continuación (Tabla 19), es posible apreciar que la mayoría de los casos de niñas se encuentran dentro de la categoría “Anormal”, correspondiente al 61.54%, mientras que para los casos de niños, la mayoría se encontró en las categorías “Normal/Límite”, correspondiente a un 88.9%.

Tabla 19

Tabla de Contingencia y Prueba Chi Cuadrado de Subescala “Problemas con Pares” de acuerdo a Sexo de los Niños y Niñas

Subescala “Problemas con Pares”	Sexo				Valor χ^2	p
	Femenino		Masculino			
Anormal	16	61.54%	1	11.1%	6.81	0.018
Normal/Límite	10	38.46%	8	88.9%		
TOTAL	26	100.0	9	100.0		

1.2. Sintomatología de acuerdo a características de la agresión sexual

Para evaluar la sintomatología de acuerdo a las características de la agresión sexual, se revisará de acuerdo a tipo de agresión, frecuencia de las agresiones y vínculo del niño/a con el agresor. Así, en primer lugar y respecto del tipo de agresión, es posible apreciar que de los casos de abuso sexual (N=26), un 53.8% de los casos presenta sintomatología, mientras que en los casos de violación (N=5) y sospecha de abuso sexual (N=4), un 80% y 75%, respectivamente, presentan sintomatología al inicio de un proceso terapéutico en PRM (Tabla 20).

Tabla 20

Sintomatología de los Niños y Niñas de acuerdo a Tipo de Agresión Sexual

Sintomatología/Tipo de Agresión	Abuso Sexual		Violación		Otro (Sospecha de AS)	
	N	%	N	%	N	%
Presencia de Sintomatología	14	53.8	4	80.0	3	75.0
Límite	6	23.1	1	20.0	1	25.0
Ausencia de Sintomatología	6	23.1	0	00.0	0	00.0
TOTAL	26	100.0	5	100.0	4	100.0

En segundo lugar, en relación a la frecuencia de las agresiones, resulta importante constatar que se aprecian porcentajes similares de casos con presencia de sintomatología entre las frecuencias de episodio único y repetido, siendo 54.5% y 60.0%, respectivamente, siendo mayor el porcentaje en casos de agresiones crónicas (75%) (Tabla 21).

Tabla 21

Sintomatología de los Niños y Niñas de acuerdo a Frecuencia de las Agresiones

Sintomatología /Frecuencia	Episodio Único		Repetido		Crónico		Sin Información	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Presencia de Sintomatología	6	54.5	6	60.0	3	75.0	6	60.0
Límite	2	18.2	2	20.0	1	25.0	3	30.0
Ausencia de Sintomatología	3	27.3	2	20.0	0	00.0	1	10.0
TOTAL	11	100.0	10	100.0	4	100.0	10	100.0

En tercer lugar, relativo al vínculo del niño/a con el agresor, específicamente, el vínculo intrafamiliar -de mayor frecuencia que otros tipos de vínculos- destaca que en un 67.9% de las agresiones intrafamiliares, los niños y niñas tienen presencia de sintomatología, siendo menores los porcentajes en los otros tipos de vínculo (Tabla 22).

Tabla 22

Sintomatología de los Niños y Niñas de acuerdo a Vínculo con el Agresor

Sintomatología/Vínculo con el Agresor	Intrafamiliar		Extrafamiliar Conocido		Extrafamiliar Desconocido		Sin Información	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Presencia de Sintomatología	19	67.9	1	25.0	0	00.0	1	50.0
Límite	4	14.3	3	75.0	0	00.0	1	50.0
Ausencia de Sintomatología	5	17.8	0	00.0	1	100.0	0	00.0
TOTAL	28	100.0	4	100.0	1	100.0	2	100.0

Por último, al revisar específicamente el vínculo de tipo intrafamiliar, en primer lugar, cabe señalar que se encuentran 14 casos donde el agresor corresponde al padre o padrastro y 14 casos donde es otro miembro de la familia. Dicho esto, es posible apreciar que en los casos donde el agresor es padre o padrastro del niño o niña, un 57.2% de los casos presenta sintomatología, mientras que en los casos donde corresponde a otro miembro de la familia y no cumple un rol paterno con el niño o niña, un 78.6% presenta sintomatología (Tabla 23).

Tabla 23*Sintomatología de los Niños y Niñas de acuerdo Rol Paterno en Vínculo Intrafamiliar*

Sintomatología/Vínculo con el Agresor	Padre/Padrastra		Otro Intrafamiliar	
	N	%	N	%
Presencia de Sintomatología	8	57.2	11	78.6
Límite	3	21.4	1	7.1
Ausencia de Sintomatología	3	21.4	2	14.3
TOTAL	14	100.0	14	100.0

Para finalizar, respecto de la prueba chi cuadrado (ver Tabla 14), en ninguna de las variables (tipo de agresión, frecuencia de la agresiones y vínculo con el agresor) se obtuvo un p-valor menor 0.05, por lo que ninguno de los resultados de la prueba chi cuadrado fue estadísticamente significativo. Esto significa que no hay diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología de los niños y niñas de acuerdo a las características de la agresión sexual.

Dicho lo anterior, es posible apreciar en la Tabla 14 (detalle en Tabla 24) que destaca el valor de chi cuadrado de la variable Vínculo con el Agresor correspondiente a 4.07, lo cual significaría que se rechazaría la hipótesis nula de independencia entre variables Puntaje Total SDQ y Vínculo con el Agresor, y por lo tanto, existiría una relación significativa entre la presencia de sintomatología y el vínculo con el agresor. No obstante, su p-valor fue de 0.06, que si bien se encuentra considerablemente más cercano que otras variables a 0.05, no alcanza a ser un resultado estadísticamente significativo.

Tabla 24*Prueba Chi Cuadrado sobre Puntaje Total SDQ de acuerdo al Vínculo con el Agresor*

Total SDQ	Vínculo con el Agresor (N=33)				Valor χ^2	P
	Intrafamiliar		Extrafamiliar			
Presencia de Sintomatología	19	67.9%	1	20.0%	4.07	0.066
Límite/Ausencia de	9	32.1%	4	80.0%		

Sintomatología

TOTAL	28	100.0	5	100.0
-------	----	-------	---	-------

Sintomatología de Figuras Cuidadoras de acuerdo a características de los niños y niñas y de las agresiones sexuales

2. Sintomatología de las figuras cuidadoras

Respecto de la sintomatología de las figuras cuidadoras, en primer lugar, es importante señalar sobre la puntuación en el instrumento OQ.30 que presentaron un puntaje mínimo de 7 puntos y máximo de 77 puntos, con un promedio de 42.4 ($\sigma = 18.2$), que se encontraría dentro de la categoría “Funcional”, de acuerdo a lo establecido por Errazuriz, et al. (2017). En este sentido, se puede apreciar que un 48.6% del total de casos se encuentran dentro de la categoría “Disfuncional”, y la mayoría de los casos, correspondiente a un 51.4%, se encuentra en la categoría “Funcional” (Tabla 25).

Tabla 25

Sintomatología de las Figuras Cuidadoras

Categoría	N	% del total
Disfuncional	17	48.6
Funcional	18	51.4
TOTAL	35	100.0

Al igual que respecto de la sintomatología de los niños y niñas, a continuación será descrita la sintomatología de las figuras cuidadoras de acuerdo a características de los niños y niñas, de la agresión sexual y, posteriormente en el punto 4 del apartado de resultados, de la credibilidad relativa a la agresión sexual. A continuación, se adjunta tabla resumen de la prueba de chi cuadrado (Tabla 26) y se adjuntan en los Anexos 22 a 29 las tablas de la prueba chi cuadrado por cada una de las variables. Los resultados de la prueba chi cuadrado serán presentados en conjunto con los resultados descriptivos de cada variable, abordados en los apartados posteriores.

Tabla 26

Resumen Prueba Chi Cuadrado sobre Sintomatología de las Figuras Cuidadoras

Variables		Valor χ^2	p
Características de los Niños y Niñas	Sexo	0.0826	1.000

	Etapa del Desarrollo	0.0303	1.000
Características de la Agresión Sexual	Tipo de Agresión	2.31	0.177
	Frecuencia de Agresión	0.0510	1.000
	Vínculo con el Agresor	1.91	0.335
	Rol Paterno del Agresor	0.144	1.000
Credibilidad relativa a la Agresión Sexual	Credibilidad Inicial Adulta Responsable	0.313	0.656
	Credibilidad Actual Familia Extensa	2.58	0.156

2.1. Sintomatología de acuerdo a las características de los niños y niñas

En primer lugar, en relación al sexo de los niños/as, es posible señalar que se aprecian distribuciones equitativas entre las categorías Funcional y Disfuncional dentro de los casos de niñas y casos de niños. Se aprecian 13 casos en ambas categorías Funcional y Disfuncional para los casos de niñas, y dentro del grupo de niños, se encuentran 4 casos de figuras cuidadoras dentro de la categoría Disfuncional y 5 casos Funcional (Tabla 27)

En segundo lugar, respecto de la etapa del desarrollo en la que se encuentran los niños y niñas, al igual que lo que ocurre con la sintomatología de los niños y niñas, llama la atención una distribución equitativa entre preescolares y escolares en relación a la sintomatología de las figuras cuidadoras, encontrando 9 casos de preescolares y 8 casos de escolares donde las figuras cuidadoras califican en el instrumento dentro de la categoría Disfuncional (Tabla 28).

Tabla 27

Sintomatología de las Figuras Cuidadoras de acuerdo al Sexo de los Niños y Niñas

Sintomatología/ Sexo	Femenino	Masculino
Disfuncional	13	4
Funcional	13	5

Tabla 28

Sintomatología de las Figuras Cuidadoras de acuerdo a Etapa del Desarrollo de los Niños y Niñas

Sintomatología/Etapa del Desarrollo	Pre- escolar	Escolar
Disfuncional	9	8

TOTAL	26	9	Funcional	9	9
			TOTAL	18	17

Para terminar, respecto de los resultados de la prueba chi cuadrado, en ninguna de las variables de etapa del desarrollo y sexo de los niños y niñas se obtuvo un p-valor menor a 0.05, por lo que no se aprecian diferencias estadísticamente significativas en la presencia de sintomatología de las figuras cuidadoras de acuerdo a las características de los niños y niñas.

2.2. Sintomatología de acuerdo a las características de la agresión sexual

Del mismo modo que respecto de la sintomatología de los niños y niñas, se describirán de acuerdo a tipo de agresión sexual vivenciada por los niños y niñas, frecuencia de las agresiones, vínculo con el agresor y rol paterno de este. En primer lugar, respecto del tipo de agresión es posible apreciar que, de los casos de abuso sexual, hay una mayor frecuencia de adultas responsables dentro de la categoría Funcional, correspondiente a 57.7%. A diferencia de esto, en los casos de violación (N=5), la mayor parte de los y las adultas responsables se encuentran en la categoría Disfuncional (Tabla 29).

Tabla 29

Sintomatología de las Figuras Cuidadoras de acuerdo a Tipo de Agresión Sexual

Sintomatología/Tipo de Agresión	Abuso Sexual		Violación		Otro (Sospecha de AS)	
	N	%	N	%	N	%
Disfuncional	11	42.3	4	80.0	2	50.0
Funcional	15	57.7	1	20.0	2	50.0
TOTAL	26	100.0	5	100.0	4	100.0

En segundo lugar, respecto de la frecuencia de las agresiones sexuales, llama la atención una distribución similar de los casos categorizados como Disfuncional entre los distintos tipos de frecuencias. Así, es posible apreciar que las agresiones sexuales de episodio único, repetido y crónico presentan un 54.5%, 50% y 50% de casos dentro de la categoría Disfuncional del instrumento OQ.30, respectivamente (Tabla 30).

Tabla 30

Sintomatología de las Figuras Cuidadoras de acuerdo a Frecuencia de las Agresiones Sexuales

Sintomatología	Episodio Único	Repetido	Crónico	Sin Información
----------------	----------------	----------	---------	-----------------

/Frecuencia Agresiones	N	%	N	%	N	%	N	%
Disfuncional	6	54.5	5	50.0	2	50.0	4	40.0
Funcional	5	45.5	5	50.0	2	50.0	6	60.0
TOTAL	11	100.0	10	100.0	4	100.0	10	100.0

En tercer lugar, respecto al vínculo del niño o niña con el agresor, se puede observar que, de las agresiones de tipo intrafamiliar, un 53.6% de las figuras cuidadoras se encuentran en la categoría Disfuncional y un 46.6% en la categoría Funcional. Respecto de las agresiones extrafamiliares por conocidos (N=4), se encuentra sólo 1 caso en la categoría Disfuncional y 3 casos, correspondiente al 75%, en la categoría Funcional. También cabe señalar que el único caso donde el agresor es una persona desconocida, la figura cuidadora se encuentra en la categoría Funcional (Tabla 31).

Tabla 31

Sintomatología de las Figuras Cuidadoras de acuerdo a Vínculo con el Agresor

Sintomatología/Vínculo con el Agresor	Intrafamiliar		Extrafamiliar Conocido		Extrafamiliar Desconocido		Sin Información	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Disfuncional	15	53.6	1	25.0	0	00.0	1	50.0
Funcional	13	46.4	3	75.0	1	100.0	1	50.0
TOTAL	28	100.0	4	100.0	1	100.0	2	100.0

Por último, al revisar específicamente las agresiones de tipo intrafamiliar, podemos observar que dentro de los casos donde el agresor es padre o padrastro del niño o niña, existe una distribución equitativa entre las figuras cuidadoras en la categoría Disfuncional y Funcional, encontrando 7 casos en cada categoría. En los casos donde el agresor no cumple un rol paterno y corresponde a otro miembro de la familia, encontramos 8 casos, correspondientes al 57.1%, donde la figura cuidadora se encuentra en la categoría “Disfuncional” y 6 casos donde se encuentra en la categoría “Funcional” (Tabla 32).

Tabla 32

Sintomatología de las Figuras Cuidadoras de acuerdo a Rol Paterno en Vínculo Intrafamiliar

Sintomatología/Vínculo con el	Padre/Padrastro	Otro
-------------------------------	-----------------	------

Agresor	Intrafamiliar			
	N	%	N	%
Disfuncional	7	50.0	8	57.1
Funcional	7	50.0	6	42.9
TOTAL	14	100.0	14	100.0

Finalmente, sobre los resultados de la prueba chi cuadrado (ver Tabla 26), en ninguna de las variables de tipo de agresión, frecuencia de las agresiones, vínculo con el agresor y rol paterno del agresor se obtuvo un p-valor menor a 0.05, por lo que no se aprecian diferencias estadísticamente significativas en la presencia de sintomatología de las figuras cuidadoras de acuerdo a las características de la agresión sexual.

Credibilidad relativa a la agresión sexual de acuerdo a características de los niños/as y de las agresiones sexuales

3. Credibilidad relativa a la agresión sexual

Sobre la credibilidad relativa a la agresión sexual, en primer lugar, resulta importante señalar que en un 80% de los casos hay credibilidad por parte de la figura cuidadora al momento inicial, en comparación a sólo 1 caso donde no existió credibilidad y a 4 casos donde existe credibilidad ambivalente (Tabla 33). En referencia a la credibilidad al momento actual, se puede apreciar que se mantiene el porcentaje de figuras cuidadoras que entregan credibilidad y con credibilidad ambivalente, siendo un 80%, y 11.4% respectivamente (Tabla 34).

En este sentido, resulta importante constatar que no se aprecian diferencias entre la credibilidad inicial y actual de las figuras cuidadoras, a excepción de 1 caso donde al momento inicial no existía credibilidad y al momento actual no se tiene información. Con motivo de lo anteriormente expuesto, en adelante se presentarán los resultados con la credibilidad inicial de las figuras cuidadoras, dado que no se aprecian diferencias significativas y nos entrega 1 caso de información que en la credibilidad actual de las figuras cuidadoras correspondería a un dato perdido.

Tabla 33

Credibilidad Inicial de las Figuras Cuidadoras

Credibilidad	N	% del total
Hay Credibilidad	28	80.0

Tabla 34

Credibilidad Actual de las Figuras Cuidadoras

Credibilidad	N	% del total
Hay Credibilidad	28	80.0

No hay Credibilidad	1	2.9	No Hay Credibilidad	0	00.0
Credibilidad Ambivalente	4	11.4	Credibilidad Ambivalente	4	11.4
Sin Información	2	5.7	Sin Información	3	8.6
TOTAL	35	100.0	TOTAL	35	100.0

Por último, respecto de la credibilidad de la familia extensa, llama la atención que, a diferencia de la credibilidad de las figuras cuidadoras, en un 48.6% de los casos existe credibilidad y en un 40% del total de casos no hay credibilidad, ya sea por algunos miembros de la familia o su totalidad (Tabla 35).

Tabla 35

Credibilidad Actual de la Familia Extensa

Credibilidad	N	% del total
Hay Credibilidad	17	48.6
No hay Credibilidad	1	2.9
Algunos miembros de la familia no otorgan Credibilidad	13	37.1
Sin Información	4	11.4
TOTAL	35	100.0

3.1. Credibilidad inicial de las figuras cuidadoras

3.1.1. De acuerdo a las características de los niños y niñas

En primer lugar, en relación al sexo de los niños/as, se aprecia que existe credibilidad inicial en un 88.5% de los casos de niñas, y en un 55.6% de los casos de niños, mientras que en un 11.5% de los casos de niñas y 11.1% de los casos de niños, presentan credibilidad ambivalente por parte de la figura cuidadora al momento inicial. (Tabla 36).

Tabla 36

Credibilidad Inicial de las Figuras Cuidadoras de acuerdo a Sexo de NN

Credibilidad Inicial/ Sexo de los Niños y Niñas	Femenino		Masculino	
	N	%	N	%
Hay Credibilidad	23	88.5	5	55.6
No hay Credibilidad	0	00.0	1	11.1
Credibilidad Ambivalente	3	11.5	1	11.1
Sin Información	0	00.0	2	22.2
TOTAL	26	100.0	9	100.0

En segundo lugar, al observar la credibilidad inicial de las figuras cuidadoras en relación a la etapa del desarrollo, es posible apreciar que existe credibilidad en 14 casos, tanto para preescolares como escolares, siendo un 77.8% y 82.3%, respectivamente. En el caso de preescolares, se observa que en un 16.7% existe credibilidad ambivalente, en contraste de un 5.9% en escolares, correspondiente a 1 sólo caso (Tabla 37).

Tabla 37

Credibilidad Inicial de las Figuras Cuidadoras de acuerdo a Etapa del Desarrollo de los Niños y Niñas

Credibilidad Inicial / Etapa del Desarrollo	Pre-escolar		Escolar	
	N	%	N	%
Hay Credibilidad	14	77.8	14	82.3
No hay Credibilidad	0	00.0	1	5.9
Credibilidad Ambivalente	3	16.7	1	5.9
Sin Información	1	5.5	1	5.9
TOTAL	18	100.0	17	100.0

3.1.2. De acuerdo a las características de la agresión

Respecto de las características de la agresión, en primer lugar, respecto del tipo de agresión sexual llama la atención que, a diferencia del abuso sexual, en el total de casos de violación (N=5) existe credibilidad por parte de la figura cuidadora. Para los casos de abuso sexual, un 80.8% presenta credibilidad al momento inicial, mientras que en un 11.6% existe credibilidad ambivalente y en un 3.8% correspondiente a un caso en que existe ausencia de credibilidad (Tabla 38). Por último, si bien los casos de sospecha de abuso sexual son sólo 4, en un 50% hay credibilidad por parte de la figura cuidadora.

Tabla 38

Credibilidad Inicial de las Figuras Cuidadoras de acuerdo al Tipo de Agresión Sexual

Credibilidad Inicial/Tipo de Agresión Sexual	Abuso Sexual		Violación		Sospecha de Abuso Sexual	
	N	%	N	%	N	%
Hay Credibilidad	21	80.8	5	100.0	2	50.0
No hay Credibilidad	1	3.8	0	00.0	0	00.0
Credibilidad Ambivalente	3	11.6	0	00.0	1	25.0
Sin Información	1	3.8	0	00.0	1	25.0
TOTAL	26	100.0	5	100.0	4	100.0

En segundo lugar, respecto a la frecuencia de las agresiones, llama la atención que en un 100% de los casos de frecuencia repetida existe credibilidad inicial por parte de la figura cuidadora. Para los casos de frecuencia crónica (N=4) tanto presencia de credibilidad, como credibilidad ambivalente, cuentan con 2 casos, correspondiente al 50% cada categoría. Una tendencia diferente se aprecia en los casos donde la agresión corresponde a un episodio único, encontrando un 81.8% de casos donde existe credibilidad al momento inicial y sólo 2 casos con ausencia de credibilidad y credibilidad ambivalente (Tabla 39).

Tabla 39

Credibilidad Inicial de las Figuras Cuidadoras de acuerdo a la Frecuencia de las Agresiones

Credibilidad Inicial/Frecuencia Agresiones	Episodio Único		Repetido		Crónico		Sin Información	
	N	%	N	%	N	%	N	%

Hay Credibilidad	9	81.8	10	100.0	2	50.0	7	70.0
No hay Credibilidad	1	9.1	0	0.00	0	00.0	0	00.0
Credibilidad Ambivalente	1	9.1	0	00.0	2	50.0	1	10.0
Sin Información	0	0.00	0	00.0	0	00.0	2	20.0
TOTAL	11	100.0	10	100.0	4	100.0	10	100.0

Por último, sobre el vínculo con el agresor, es posible apreciar que el único caso donde el agresor es una persona desconocida presenta credibilidad por parte de la figura cuidadora al momento inicial. Por otro lado, respecto de los 4 casos donde el agresor es extrafamiliar conocido, un 50% de los casos presenta credibilidad, un 25% presenta ausencia de credibilidad y un 25% presenta credibilidad ambivalente al momento inicial. En tercer lugar, el porcentaje de casos donde existe credibilidad aumenta cuando existe un vínculo intrafamiliar con el agresor, siendo un 85.7% y un 10.7% para casos con credibilidad ambivalente al momento inicial (Tabla 40).

Tabla 40

Credibilidad Inicial de las Figuras Cuidadoras de acuerdo al Vínculo con el Agresor

Credibilidad Inicial/Vínculo con Agresor	Intrafamiliar		Extrafamiliar Conocido		Extrafamiliar Desconocido		Sin Información	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hay Credibilidad	24	85.7	2	50.0	1	100.0	1	50.0
No hay Credibilidad	0	00.0	1	25.0	0	00.0	0	00.0
Credibilidad Ambivalente	3	10.7	1	25.0	0	00.0	0	00.0
Sin Información	1	3.6	0	00.0	0	00.0	1	50.0
TOTAL	28	100.0	4	100.0	1	100.0	2	100.0

3.2. Credibilidad de la familia extensa

3.2.1. De acuerdo a las características de los niños y niñas

Por otro lado, sobre la credibilidad de la familia extensa y respecto del sexo de los niños/as, existe credibilidad por parte de la familia en un 53.8% de los casos de niñas y en un 33.3% de los casos de niños. Respecto de la ausencia de credibilidad, en el caso de niñas, en un 34.6% no existe credibilidad por algunos miembros de la familia y en 1 caso no hay credibilidad por la totalidad de la familia extensa; mientras que en el caso de niños en un 44.5% algunos miembros no otorgan credibilidad (Tabla 41).

Tabla 41

Credibilidad Actual de la Familia Extensa de acuerdo a Sexo de NN

Credibilidad Actual/ Sexo de los Niños y Niñas	Femenino		Masculino	
	N	%	N	%
Hay Credibilidad	14	53.8	3	33.3
No hay Credibilidad	1	3.9	0	00.0
Algunos miembros de la familia no otorgan Credibilidad	9	34.6	4	44.5
Sin Información	2	7.7	2	22.2
TOTAL	26	100.0	9	100.0

Luego, sobre la etapa del desarrollo de los niños y niñas, se puede apreciar que existe credibilidad en un 38.9% de los casos de niños y niñas preescolares, y en un 58.8% en el caso de escolares. Resulta llamativo que en el caso de escolares un 29.4% de los casos, algunos miembros de la familia no otorgan credibilidad, mientras que, para preescolares, en un 50% no hay credibilidad por parte de la totalidad de la familia o algunos miembros de ella (Tabla 42).

Tabla 42

Credibilidad Actual de la Familia Extensa de acuerdo a Etapa del Desarrollo de NN

Credibilidad Actual/ Etapa del Desarrollo	Pre-escolar		Escolar	
	N	%	N	%
Hay Credibilidad	7	38.9	10	58.8

No hay Credibilidad	1	5.6	0	00.0
Algunos miembros de la familia no otorgan Credibilidad	8	44.4	5	29.4
Sin Información	2	11.1	2	11.8
TOTAL	18	100.0	17	100.0

3.2.2. De acuerdo a las características la agresión

Por otro lado, respecto del tipo de agresión, llama la atención que, en el caso de violación, de un total de 5 casos, existe un porcentaje de 40% tanto para presencia de credibilidad como aquellos casos donde algunos miembros no otorgan credibilidad. En los casos de abuso sexual, en un 50% de los casos existe credibilidad y en un 42.3% algunos familiares no creen en los hechos abusivos (Tabla 43).

Tabla 43

Credibilidad Actual de la Familia Extensa de acuerdo al Tipo de Agresión Sexual

Credibilidad Actual/Tipo de Agresión Sexual	Abuso Sexual		Violación		Sospecha de Abuso Sexual	
	N	%	N	%	N	%
Hay Credibilidad	13	50.0	2	40.0	2	50.0
No hay Credibilidad	0	00.0	0	00.0	1	25.0
Algunos miembros de la familia no otorgan Credibilidad	11	42.3	2	40.0	0	00.0
Sin Información	2	7.7	1	20.0	1	25.0
TOTAL	26	100.0	5	100.0	4	100.0

Sobre la frecuencia de las agresiones, para los casos de un episodio único, en un 54.5% algunos miembros de la familia no entregan credibilidad y un 45.5% sí entrega credibilidad, con 6 y 5 casos, respectivamente. Esta tendencia se puede apreciar también en agresiones de frecuencia repetida, donde, de un total de 10 casos, se encuentran 4 casos con presencia de credibilidad y 4 casos donde parte de la familia no otorga credibilidad, significando un 40% cada

uno. A diferencia de lo anterior, para los 4 casos de frecuencia crónica, un 75% de los casos presentó credibilidad y en sólo un caso hubo familiares que no otorgaron credibilidad (Tabla 44).

Tabla 44

Credibilidad Actual de la Familia Extensa de acuerdo a la Frecuencia de las Agresiones

Credibilidad Actual/Frecuencia Agresiones	Episodio Único		Repetido		Crónico		Sin Información	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hay Credibilidad	5	45.5	4	40.0	3	75.0	5	50.0
No hay Credibilidad	0	00.0	0	00.0	0	00.0	1	10.0
Algunos miembros de la familiar no otorgan Credibilidad	6	54.5	4	40.0	1	15.0	2	20.0
Sin Información	0	00.0	2	20.0	0	00.0	2	20.0
TOTAL	11		10	100.0	4	100.0	10	100.0

Por último, respecto del vínculo del agresor con los niños/as, al igual que sobre la credibilidad de la figura cuidadora, se aprecia que, en el único caso por agresor extrafamiliar desconocido, existe credibilidad por parte de la familia extensa. A diferencia de esto, en los casos de vínculo extrafamiliar conocido, de un total de 5 casos, sólo 1 de ellos presenta credibilidad de la familia extensa, y en el resto, correspondiente al 75%, algunos miembros de la familia no entregan credibilidad. Esto se manifiesta de forma diferente respecto a los casos de agresión por agresores intrafamiliares, donde el mayor porcentaje de casos corresponde a aquellos donde la familia sí entrega credibilidad, siendo un 50.0%, y encontrando así, un 35.7% de casos de agresiones intrafamiliares, donde parte de la familia no otorga credibilidad relativa a la agresión sexual (Tabla 45).

Tabla 45

Credibilidad Actual de la Familia Extensa de acuerdo al Vínculo con el Agresor

Credibilidad Actual/Vínculo	Intrafamiliar	Extrafamiliar Conocido	Extrafamiliar Desconocido	Sin Información
-----------------------------	---------------	------------------------	---------------------------	-----------------

con Agresor	N	%	N	%	N	%	N	%
Hay Credibilidad	14	50.0	1	25.0	1	100.0	1	50.0
No hay Credibilidad	1	3.6	0	00.0	0	00.0	0	00.0
Algunos miembros de la familia no otorgan Credibilidad	10	35.7	3	75.0	0	00.0	0	00.0
Sin Información	3	10.7	0	00.0	0	00.0	1	50.0
TOTAL	28	100.0	4	100.0	1	100.0	2	100.0

Sintomatología de los Niños y Niñas y sus Figuras Cuidadores de acuerdo a la credibilidad relativa a la agresión sexual

4. Sintomatología de acuerdo a la credibilidad relativa a la agresión sexual

4.1. Sintomatología de los niños y niñas

Respecto a la sintomatología de los niños y niñas, en primer lugar, resulta importante destacar que, de los casos donde las figuras cuidadoras entregaron credibilidad al momento inicial, un 57.1% de los niños y niñas presentaron sintomatología. En contraste con esto, en aquellos casos donde existe credibilidad ambivalente al momento inicial (N=4), un 75% de los niños y niñas presentaron sintomatología (Tabla 46).

Tabla 46

Sintomatología de los Niños y Niñas de acuerdo a Credibilidad Inicial de la Figura Cuidadora

Sintomatología / Credibilidad Inicial	Hay Credibilidad		No hay Credibilidad		Credibilidad Ambivalente		Sin Información	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Presencia de Sintomatología	16	57.10	0	00.00	3	75.00	2	100.00
Límite	6	21.45	1	100.00	1	25.00	0	00.00
Ausencia de	6	21.45	0	00.00	0	00.00	0	00.00

Sintomatología

TOTAL	28	100.0	1	100.0	4	100.0	2	100.0
-------	----	-------	---	-------	---	-------	---	-------

Por otro lado, en relación a la credibilidad de la familia extensa, es posible apreciar que de los casos que presentan credibilidad por parte de la familia, un 52.9% de los niños y niñas presentaron sintomatología. También se aprecia que presenta sintomatología el único caso donde no existe credibilidad por la totalidad de la familia, mientras que, respecto de los casos donde no existe credibilidad por algunos miembros de la familia, un 61.5% de los niños y niñas presentaron sintomatología. También llama la atención que en los casos con credibilidad un 29.4% de los niños y niñas no presentan sintomatología, mientras que en los casos donde algunos miembros no entregan credibilidad, solo 1 caso no presenta sintomatología (Tabla 47).

Tabla 47

Sintomatología de los Niños y Niñas de acuerdo a Credibilidad Actual de la Familia Extensa

Sintomatología / Credibilidad Actual	Hay Credibilidad		No hay Credibilidad		Algunos miembros de la familia no otorgan credibilidad		Sin Información	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Presencia de Sintomatología	9	52.9	1	100.0	8	61.5	3	75.0
Límite	3	17.7	0	00.0	4	30.8	1	25.0
Ausencia de Sintomatología	5	29.4	0	00.0	1	7.7	0	00.0
TOTAL	17	100.0	1	100.0	13	100.0	4	100.0

Finalmente, sobre los resultados de la prueba chi cuadrado (ver Tabla 14), en ninguna de las variables de credibilidad de la figura cuidadora y credibilidad de la familia extensa se obtuvo un p-valor menor a 0.05, por lo que no se aprecian diferencias estadísticamente significativas en la presencia de sintomatología de los niños y niñas de acuerdo a la credibilidad relativa a la agresión sexual.

4.2. Sintomatología de las figuras cuidadoras

Respecto de la sintomatología de las figuras cuidadoras, se puede apreciar un 53.6% de las figuras que entregan credibilidad al momento inicial, se encuentran dentro de la categoría

Funcional. Llama la atención que, de los casos con credibilidad ambivalente, al momento inicial y actual, por parte de la figura cuidadora (N=4), un 75% de esas figuras se encuentran dentro de la categoría Disfuncional. Por último, resulta importante señalar que, el único caso donde la figura cuidadora no entrega credibilidad al momento inicial, ésta se encuentra dentro de la categoría Funcional (Tabla 48).

Tabla 48

Sintomatología de las Figuras Cuidadoras de acuerdo a Credibilidad Inicial de la Figura Cuidadora

Sintomatología / Credibilidad Inicial	Hay Credibilidad		No hay Credibilidad		Credibilidad Ambivalente		Sin Información	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Disfuncional	13	46.4	0	00.0	3	75.0	1	50.0
Funcional	15	53.6	1	100.0	1	25.0	1	50.0
TOTAL	28	100.0	1	100.0	4	100.0	2	100.0

Respecto de la credibilidad por parte de la familia extensa, resulta importante señalar que, de los casos donde la familia extensa otorga credibilidad, un 64.7% de las figuras cuidadoras se encontraron en la categoría Funcional. A diferencia de lo anterior, el único caso donde no existe credibilidad por parte de la totalidad de la familia extensa se encuentra en la categoría Disfuncional. Para finalizar y en esta misma línea, de los casos donde algunos miembros de la familia no otorgan credibilidad relativa a la agresión sexual, un 61.5% de las figuras cuidadoras se encontraron en la categoría Disfuncional (Tabla 49).

Tabla 49

Sintomatología de las Figuras Cuidadoras de acuerdo a Credibilidad Actual de la Familia Extensa

Sintomatología / Credibilidad Actual	Hay Credibilidad		No hay Credibilidad		Algunos miembros no otorgan Credibilidad		Sin Información	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Disfuncional	6	35.3	1	100.0	8	61.5	2	50.0
Funcional	11	64.7	0	00.0	5	38.5	2	50.0

TOTAL	17	100.0	1	100.0	13	100.0	4	100.0
-------	----	-------	---	-------	----	-------	---	-------

Para concluir, respecto de los resultados de la prueba chi cuadrado (ver Tabla 26), en ninguna de las variables de credibilidad de la figura cuidadora y de la familia extensa se obtuvo un p-valor menor a 0.05, por lo que no se aprecian diferencias estadísticamente significativas en la presencia de sintomatología de las figuras cuidadoras de acuerdo a credibilidad relativa a la agresión sexual.

Relación entre la sintomatología de los Niños/as y de sus Figuras Cuidadoras

5. Sintomatología de los niños/as en relación a la sintomatología de figuras cuidadoras

Para evaluar la relación entre la sintomatología de las figuras cuidadoras y la sintomatología de los niños y niñas, en primer lugar, se presenta una tabla de frecuencias cruzadas entre las categorías de los instrumentos SDQ y OQ.30. Resulta interesante destacar que de los casos donde los niños/as no presentaron sintomatología (N=6), el 83.3% de las figuras cuidadoras se encuentran en la categoría Funcional. También llama la atención una distribución equitativa entre las categorías Funcional y Disfuncional entre aquellos casos donde los niños y niñas se encuentran en la categoría Límite. Por último, se puede apreciar que, de los niños/as que presentaron sintomatología, un 57.1% de las figuras cuidadoras también se encuentran dentro de la categoría Disfuncional (Tabla 50).

Tabla 50

Sintomatología de los Niños y Niñas de acuerdo a Sintomatología de Figuras Cuidadoras

Sintomatología Adultos/Sintomatología Niños y Niñas	Ausencia de Sintomatología		Límite		Presencia de Sintomatología	
	N	%	N	%	N	%
Funcional	5	83.3	4	50.0	9	42.9
Disfuncional	1	16.7	4	50.0	12	57.1
TOTAL	6	100.0	8	100.0	21	100.0

En segundo lugar, se presenta una matriz de correlaciones entre los puntajes por subescalas y puntaje total de los instrumentos SDQ y OQ.30 (Tabla 51), siendo evaluado mediante el coeficiente de correlación de Spearman. No se considerarán los resultados obtenidos entre subescalas o puntaje total de un mismo instrumento.

Resulta importante señalar que no se aprecian correlaciones estadísticamente significativas de las subescalas Hiperactividad, Síntomas Emocionales y Problemas Conductuales del instrumento SDQ, en relación con las subescalas y puntaje total del

instrumento OQ.30. A diferencia de ello, las subescalas Problemas con Pares, Conducta Prosocial, y el puntaje total de SDQ sí presentan correlaciones significativas respecto del instrumento OQ.30.

En primer lugar, respecto de la subescala Problemas con Pares es posible apreciar tres correlaciones estadísticamente significativas respecto de las subescalas Síntomas de Malestar ($p < 0.01$), Relaciones Interpersonales ($p < 0.05$) y puntaje total del instrumento OQ.30 ($p < 0.01$). En relación a la subescala de Síntomas de Malestar y al puntaje total de OQ.30, se aprecian correlaciones positivas de magnitud moderada, con un valor de Rho de Spearman de 0.493 y 0.458, respectivamente. Mientras que respecto de la subescala Relaciones interpersonales, se aprecia una correlación positiva de magnitud baja, con un valor Rho de Spearman de 0.360. Estos resultados significaría que a mayor puntaje en la subescala Problemas con Pares de los niños y niñas, mayor puntaje en las subescalas Síntomas de Malestar, Relaciones Interpersonales y puntaje total del instrumento OQ.30.

En segundo lugar, respecto de la subescala Conducta Prosocial, es posible apreciar que existe solo una correlación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) y correspondería a aquella respecto de la subescala Relaciones Interpersonales del instrumento OQ.30. Esta correlación, también a diferencia de todos los demás resultados con significancia estadística, sería el único valor Rho de Spearman de signo negativo, correspondiente a -0.400 , lo que indicaría una correlación negativa de magnitud moderada. Este resultado significaría que a mayores puntajes en la subescala Conducta Prosocial de los niños y niñas, menores puntajes en la subescala Relaciones Interpersonales de las figuras cuidadoras.

En tercer lugar, respecto del puntaje total obtenido en el instrumento SDQ, se aprecian dos correlaciones estadísticamente significativas con la subescala Síntomas de Malestar ($p < 0.01$) y con el puntaje total del instrumento OQ.30 ($p < 0.01$). Respecto de la correlación con la subescala Síntomas de Malestar, se aprecia un valor Rho de Spearman de 0.508 correspondiente a una correlación positiva de magnitud moderada. Este resultado significaría que a mayores puntajes totales en el instrumento SDQ, mayores puntajes en la subescala Síntomas de Malestar de las figuras cuidadoras.

Por último, respecto de la correlación entre los puntajes totales de los instrumentos SDQ y OQ.30, se aprecia un valor Rho de Spearman de 0.440, correspondiente a una correlación moderada de signo positivo, que significaría que a mayor puntaje total en el instrumento SDQ de síntomas en el niño/a, mayor puntaje total en el instrumento OQ.30 de síntomas en el/la adulto responsable.

Tabla 51

Matriz de Correlaciones entre instrumento SDQ y OQ.30

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 SDQ Hiperactividad	-									

2 SDQ Problemas Conductuales	0.316	-								
3 SDQ Síntomas Emocionales	0.277	-0.078	-							
4 SDQ Problemas con Pares	0.233	0.096	0.411*	-						
5 SDQ Conducta Prosocial	-0.106	-0.525**	0.002	-0.266	-					
6 SDQ TOTAL	0.682***	0.422*	0.705***	0.646***	-0.318	-				
7 OQ.30 Síntomas de Malestar	0.232	0.296	0.380*	0.493**	-0.246	0.508**	-			
8 OQ.30 Rol Social	0.162	0.251	-0.083	0.243	-0.319	0.143	0.442**	-		
9 OQ.30 Relaciones Interpersonales	0.052	0.228	0.278	0.360*	-0.400*	0.326	0.635***	0.400*	-	
10 OQ.30 TOTAL	0.229	0.270	0.315	0.458**	-0.289	0.440**	0.959***	0.603***	0.740***	-

Nota. P-valor = * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Discusión y Conclusiones

En el entendido del abuso sexual como un fenómeno que impacta a víctimas directas e indirectas de la agresión (Carvahlo, et al., 2009; Teubal, 2010), y a partir de una escases en la literatura respecto de abordar e integrar las consecuencias psicológicas de los niños, niñas y sus cuidadores, esta investigación tuvo como objetivo principal caracterizar la sintomatología de niños y niñas que han sido víctimas de agresión sexual y de sus figuras cuidadoras, considerando la credibilidad relativa a la agresión sexual, y evaluar la relación entre la sintomatología de niños/as y sus figuras cuidadoras al inicio de un proceso terapéutico en programas de reparación de maltrato grave. Se dio cumplimiento a dicho objetivo, por lo que a continuación se presentan los principales resultados, aportes, limitaciones, y proyecciones de investigación, expuestos de acuerdo a los objetivos específicos establecidos en esta memoria. Cabe señalar que no se establecieron hipótesis para la parte descriptiva de esta investigación.

1. Sobre la sintomatología de los niños y niñas

En primer lugar, la literatura ha referido ampliamente que la experiencia de agresión sexual es potencialmente traumática y tendría relación con el desarrollo de un amplio espectro de manifestaciones psicológicas en niños y niñas (Collin-Vézina, et al., 2013; Maffioletti y Huerta, 2011; Olafson, 2011; Sawyer y Hansen, 2014; UNICEF, 2012). En concordancia con esto y para responder al objetivo específico 1, lo primero preciso de consignar es que un 60% del total de casos presentó sintomatología al iniciar un proceso terapéutico en PRM, de este modo, la mayor parte de los niños y niñas presentan síntomas psicológicos significativos al inicio de un proceso terapéutico.

A este respecto, es importante considerar que esta memoria fue desarrollada durante el período de emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19. Estudios han reportado que el brote repentino del virus y el confinamiento prolongado tiene un impacto significativo en la salud mental de escolares y preescolares, apreciándose un aumento de síntomas internalizantes, externalizantes, y somáticos (Larraguibel, et al., 2021). De este modo, es importante mirar estos resultados en consideración de que el contexto de pandemia tendría relación con un aumento de la sintomatología general en los niños y niñas.

Respecto a la sintomatología de acuerdo a las características de los niños/as, de la agresión sexual, y de la credibilidad relativa a la agresión sexual, fue posible determinar que no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en la presentación de sintomatología en relación a las variables evaluadas. Lo anterior, pudiendo tener relación al tamaño muestral de esta memoria, que se constituye como una limitación relevante en términos de la variabilidad de los grupos.

No obstante lo anterior, sí se apreció que en relación al vínculo con el agresor (Intrafamiliar y Extrafamiliar) había valores bastante cercanos al mínimo de significancia estadística, apreciándose descriptivamente que, en los casos intrafamiliares la mayoría de los niños/as presentarían sintomatología, a diferencia de los casos extrafamiliares. No obstante, un elemento importante a considerar es la representatividad de dichos grupos, dado que, concordante con la literatura del fenómeno del abuso sexual infantil (CAVAS, 2003; UNICEF, 2012), la mayoría de los casos de esta memoria corresponde a agresores del entorno familiar de los niños/as, encontrando un 80% del total de casos con agresiones de tipo intrafamiliares.

Dado lo anterior, resulta importante revisar qué ocurre con la presencia de sintomatología en niños/as dentro de las agresiones de tipo intrafamiliar. En los casos donde el agresor es padre o padrastro del niño/a, un 57.2% presentó sintomatología, en contraste a que en aquellos donde corresponde a otro miembro de la familia, un 78.6% presentó sintomatología. Este resultado no sería concordante la literatura tradicional, que indica que las agresiones sexuales con impacto psicológico más grave corresponderían a aquellas perpetuadas por quien ejerce un rol parental (Cantón-Cortés y Cortés, 2015). Ante esto, una posible hipótesis tiene relación con lo descrito por algunos autores respecto a que una mayor gravedad del impacto psicológico no estaría dada por el grado de parentesco, sino por el nivel de intimidad emocional en el vínculo (Echeburúa y De Corral, 2006; Echeburúa y Guerricaechevarría, 1999; Gutiérrez y Lefèvre, 2019).

Sin embargo, estos resultados también podrían tener relación con el desarrollo del síndrome de acomodación- elaborado por Summit en 1980-, y de estrategias de afrontamiento disociativas en los niños y niñas, lo cual ha sido ampliamente descrito en los abusos sexuales intrafamiliares (Intebi, 2008). En este sentido, los niños/as mediante estrategias disociativas pueden subsistir a una realidad traumática y separar el impacto emocional, garantizando que no altere su funcionamiento general y, por lo tanto, manifestarían menos sintomatología (Echeburúa y Guerricaecheverría, 2011). De este modo, recogiendo que el abuso sexual perpetuado por padres o padrastros sería aquel de mayor gravedad, podrían precisamente estos niños/as presentar menos sintomatología, como fue observado en esta memoria. No obstante, lo anterior corresponde a un resultado descriptivo, sin observarse diferencias significativas entre los grupos.

Para ahondar en los síntomas presentados por los niños y niñas, como resultado preliminar de esta investigación, fue posible señalar que existiría una mayor prevalencia de Hiperactividad y Problemas Conductuales, en contraste con los resultados obtenidos en el estudio de Carrasco (2017) en Chile. En este estudio, se puede apreciar que, de acuerdo a lo reportado por padres y madres en el instrumento SDQ, habría una mayor prevalencia de Síntomas Emocionales y menor prevalencia de Hiperactividad en niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de agresión sexual (Carrasco, 2017). Sin embargo, esta investigación fue realizada con NNA entre 8 y 17 años, de modo que estas diferencias observadas podrían tener relación con aspectos evolutivos y al desarrollo de la manifestación sintomatológica a lo largo del ciclo vital.

En relación a lo anterior, en esta memoria, aun cuando las diferencias no fueron estadísticamente significativas, si se observó una tendencia de acuerdo a la etapa del desarrollo de los niños/as. Aquellos en etapa preescolar tuvieron una mayor prevalencia de Problemas Conductuales, mientras que hubo más casos de niños escolares que preescolares en la categoría Anormal en la subescala Síntomas Emocionales. Estos resultados serían concordantes con el desarrollo evolutivo de la sintomatología en niños y niñas. Estudios en población general y abuso sexual infantil señalan, dentro de otros síntomas, la predominancia de dificultades conductuales en niños/as preescolares y la aparición y desarrollo de problemas emocionales durante la etapa escolar (Almonte y Montt, 2019; Aguilar, 2009; Cantón-Cortés y Cortés, 2015)

Sobre esto, resulta importante señalar que la sintomatología de los niños y niñas referida se obtiene únicamente mediante el reporte de sus cuidadores. Estudios han señalado que los NNA reportarían más síntomas internalizantes, en contraste con que adultos reportarían principalmente síntomas externalizantes como problemas conductuales, hiperactividad, entre otros (Elander y Rutter, 1995, citado en Carrasco, 2017), lo cual va precisamente en

concordancia con los resultados de esta memoria, donde las figuras cuidadoras indicaron una mayor prevalencia de Problemas Conductuales e Hiperactividad.

Desde hace décadas se ha señalado la diferencia entre los reportes de los adultos y de niños, niñas y adolescentes (Kashani, et al., 1985), atribuible a que los síntomas externalizantes son precisamente más fáciles de observar y más difíciles de manejar por parte de los adultos, de modo que son síntomas llamativos y por ello más reportados (Stanger y Lewis, 1993).

Estos resultados también podrían asociarse a una posible falla en la función reflexiva en las figuras cuidadoras. Este concepto fue desarrollado por Fonagy, Steele, Steele, Moran y Higgitt en 1991 y refiere a la capacidad de comprensión de la experiencia intra e intersubjetiva y toma de conciencia sobre los estados mentales de sí y de otros, pudiendo estar alterada esta capacidad en cuidadores con presencia de sintomatología (Ibáñez, 2013). De este modo, podría existir una dificultad, particularmente en relación a niños y niñas más pequeños, de atribuir estados emocionales y afectivos subyacentes a sus comportamientos (Kashani, et al., 1985).

En este sentido, el reporte exclusivo de cuidadores sobre la sintomatología de los niños/as se configura como una limitación importante de este estudio, dada la relevancia de integrar diversas perspectivas para obtener una noción comprensiva del funcionamiento de los niños/as, siendo necesario incluir en futuros estudios lo reportando por profesionales, profesores y los mismos niños y niñas (Edelbrock, et al., 1986; Stanger y Lewis, 1993). No obstante, si bien el instrumento utilizado (SDQ) cuenta con una versión de autoreporte para niños y niñas, los estudios indican que sólo entregaría información confiable para niños desde un mínimo de 9 años (Hobbs y Laurens, 2019).

Con el paso de los años, los niños, niñas y adolescentes han comenzado a ser valorados como informantes válidos de su propio mundo interno, sentimientos, comportamientos y relaciones sociales (Edelbrock, et al., 1986). Sin embargo, los niños y niñas más pequeños han sido generalmente la población menos consultada en investigaciones del área de la salud mental infantil (Sterba et al., 2007). De este modo, además de existir escasa literatura sobre la expresión de síntomas en preescolares en Chile (Gómez, et al., 2014), la diferencia entre los reportes de adultos y niños/as se ampliaría en niños/as de menor edad (Edelbrock, et al., 1986). Por ello, se instala la necesidad de investigar en futuros estudios las múltiples perspectivas sobre los problemas conductuales y emocionales de los niños y niñas, garantizando la consulta a los propios niños/as más pequeños respecto de sí mismos, lo cual significará una serie de desafíos metodológicos.

Por último, un resultado preliminar llamativo sobre las subescalas del instrumento es la alta prevalencia de Conducta Prosocial en los niños/as, siendo reportado que un 85.7% de los niños/as se encontrarían dentro de la categoría Normal. En concordancia, Carrasco (2017) realizó una investigación comparando NNA con y sin antecedentes de agresión sexual, donde pudo señalar que los primeros presentaron mayores puntajes en Conducta Prosocial. Pudo determinar que no se apreciaron diferencias significativas en Conducta Prosocial entre los grupos, destacando entonces que la presencia de síntomas emocionales, conductuales o haber vivido una experiencia traumática no interfiere en el desarrollo y ejercicio de comportamientos prosociales (Carrasco, 2017). De este modo, la concordancia entre dicho estudio y esta memoria permite reflexionar respecto de la conservación de habilidades prosociales en niños y niñas que han sido víctimas de agresión sexual, aún cuando presenten otro tipo de sintomatología. Esto podría ser de utilidad en el proceso interventivo, en el sentido de poder potenciar estas fortalezas, por ejemplo, mediante el uso de terapias grupales, en cuanto dicho espacio interpersonal puede incidir de

manera positiva en su proceso de desarrollo evolutivo y en la elaboración de la experiencia abusiva (Capella y Miranda, 2003).

2. *Sobre la sintomatología de las figuras cuidadoras*

Respecto de las figuras cuidadoras, ha sido descrito en la literatura que la experiencia de agresión sexual tiene implicancias también para su entorno cercano, particularmente las figuras a cargo de su cuidado primario (Deblinger, et al., 1999, en Cantón-Duarte & Cortés, 2000; Guelzow, et al., 2002). De acuerdo a algunos estudios a nivel internacional, la experiencia de agresión sexual puede devenir traumática para las figuras cuidadoras de niños/as que han sido víctimas y presentar sintomatología psicológica (Cyr, et al., 2016; Elliott y Carnes, 2001; Masilo y Davhana-Maselesele, 2016; Santa-Sosa, et al., 2013; Teubal, 2010). En concordancia con lo anterior, en la presente memoria fue posible determinar que en Chile existe un 48.6% de figuras cuidadoras con presencia de sintomatología al inicio de un proceso terapéutico en PRM.

Al evaluar la sintomatología de las figuras cuidadoras en relación a las características de los niños/as, de la agresión sexual y de la credibilidad relativa a la agresión, fue posible determinar que, al igual que sobre la sintomatología de niños y niñas, no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en la presentación de sintomatología en relación a las variables evaluadas.

A pesar de lo anterior, un resultado que llama la atención sobre la sintomatología de las figuras cuidadoras, específicamente en los casos de agresiones intrafamiliares, es que en los casos donde el agresor es el padre o padrastro del niño/a, un 50% de las figuras cuidadoras presenta sintomatología, mientras que, en aquellos donde el agresor es otro miembro de la familia un 57.1% presentó sintomatología. Sobre esto, resulta interesante considerar que dentro de los otros miembros familiares agresores pueden encontrarse otras figuras posiblemente significativas para las cuidadoras, como lo son sus padres, hermanos y parejas o exparejas, lo cual podría también tener un impacto psicológico importante en relación al grado de cercanía emocional con estos agresores, como han señalado los estudios respecto del impacto psicológico en niños y niñas (Echeburúa y De Corral, 2006; Gutiérrez y Lefèvre, 2019).

Los resultados de esta investigación respecto a la prevalencia de presencia de sintomatología en figuras cuidadoras es un aporte novedoso a esta área, al permitir visualizar que las cuidadoras/es acompañantes de niños y niñas a un proceso terapéutico, en gran parte también presentan sintomatología psicológica. Al respecto, es importante tomar en consideración que resulta una tarea difícil discernir si la sintomatología presentada está asociada específicamente a la agresión sexual (Elliott y Carnes, 2001), por ello, la presencia de sintomatología pudiera tener relación a diversas experiencias de estas figuras, generalmente relacionadas a la agresión sexual de los niños y niñas.

Por ejemplo, ha sido reportado en la literatura la coexistencia de violencia intrafamiliar en relación a la experiencia de agresión sexual infantil. Específicamente en Chile, madres de niños y niñas agredidos sexualmente han reportado más situaciones de violencia de pareja que la población general (Maida, et al., 2005) y existirían diferencias significativas entre familias de niños/as con y sin experiencia de abuso sexual intrafamiliar, indicando que dentro de los primeros existiría una mayor prevalencia de antecedentes de violencia intrafamiliar (Ysern De

Arce y Becerra, 2006). También, otro elemento que ha sido considerado en la literatura es la existencia de agresiones sexuales a lo largo de la historia familiar, entendido como abusos transgeneracionales. Se ha destacado un número considerable de casos donde existen agresiones sexuales en la infancia de cuidadoras que acompañan a niños y niñas a programas de reparación (Maida, et al., 2005).

Esto permite visualizar que muchas figuras cuidadoras de niños/as que ingresan a programas de reparación por agresión sexual, tienen experiencias adversas en su infancia o de violencia intrafamiliar que no han sido elaboradas dada la ausencia de apoyo especializado oportuno. Dado lo anterior, la experiencia de reparación de abuso sexual en los niños y niñas podría resultar particularmente compleja para las figuras cuidadoras por la revisión de sus propias experiencias abusivas (García y Peña, 2018).

En consideración de que esta memoria pudo determinar que un alto porcentaje de cuidadoras de niños y niñas con antecedentes de agresión sexual, presentan sintomatología al comienzo de un proceso terapéutico en Chile, se resalta la importancia de proyectar investigaciones que profundicen la expresión sintomática de las figuras cuidadoras en consideración de sus propias experiencias adversas en su historia y en el núcleo familiar.

3. *Sobre la credibilidad relativa a la agresión sexual*

En tercer lugar, ahondando en el contexto de apoyo familiar, sobre la credibilidad de las figuras cuidadoras, primero resulta importante señalar que en contraste con la revisión de Bolen (2002) y en concordancia con los estudios que señalan que la gran mayoría de las figuras cuidadoras entregan credibilidad a los niños y niñas (Grandgenett, et al., 2019; Palmer, et al. 1999, citado en Lovett 2004; Sires y Frankes, 1989, citado en Lovett, 2004), en esta memoria en un 80% de los casos hubo credibilidad por parte de la figura cuidadora. Estos resultados van en la línea de intentar disipar creencias culpabilizadoras y prejuicios sobre las cuidadoras de víctimas de agresión sexual como figuras usualmente no protectoras (Azzopardi, 2015; Sinclair y Martínez, 2006).

Específicamente, al caracterizar la credibilidad de las figuras cuidadoras de acuerdo al vínculo con el agresor, la literatura usualmente refiere que cuando las agresiones ocurren dentro del entorno familiar cercano, se esperaría más negación o minimización de los hechos abusivos (CAVAS, 2003). No obstante, en esta investigación se pudo determinar que en casos de agresiones intrafamiliares hubo una mayor prevalencia de adultos responsables que entregan credibilidad, siendo un 85.7%.

Al respecto, resulta importante señalar que estos resultados presentan una limitación importante respecto a la variabilidad de la muestra, asociada a que las personas participantes de este estudio, en su totalidad, fueron derivadas a un proceso terapéutico desde el contexto judicial, y que acceden voluntariamente a participar en una investigación sobre el fenómeno de agresión sexual infantil. Esto pudiera impactar en términos de la credibilidad, ya que es posible hipotetizar que madres que no entregan credibilidad posiblemente estarían más resistentes a participar en un estudio de estas características o de intervenciones vinculadas a la agresión.

Por otro lado, respecto de la credibilidad otorgada por la familia extensa, se aprecia un escenario diferente en contraste con la credibilidad por parte de las figuras cuidadoras. Al respecto, fue posible establecer que en un 48.6% de los casos existe credibilidad por parte de la

familia extensa, mientras que en un 40% no existe credibilidad por la totalidad de la familia o algunos miembros de ella. Este resultado es posible de atribuir a que la experiencia de agresión sexual impacta en todo el sistema familiar, describiendo usualmente la literatura diversas consecuencias, como conflictos de lealtad del entorno familiar en relación al agresor, disolución o replanteamiento de la estructura familiar, entre otros (Gutiérrez y Lefèvre, 2019; Pereda, 2011).

Lo anterior, resulta particularmente relevante en consideración a que el 80% de la muestra de esta investigación corresponde a agresiones de tipo intrafamiliares, lo cual involucra directamente a la familia extensa. Sin embargo, en los casos intrafamiliares, fue posible observar que se mantiene la tendencia general, ya que en gran parte de los casos intrafamiliares (50%) otorgó credibilidad la totalidad de la familia extensa. Lo anterior en contraste a que en las agresiones por conocidos en un 75% algunos miembros de la familia no entregaron credibilidad. Cabe mencionar como limitación de esta memoria que no se relacionaron las variables, así, por ejemplo, dichos casos intrafamiliares podrían ser principalmente aquellos de frecuencia crónica o corresponder a niños/as escolares, entre otros, lo cual permitiría comprender los casos de forma integrada para explicar dichos resultados respecto de la credibilidad de la familia extensa.

Por último, respecto de la etapa del desarrollo de los niños y niñas, se pudo apreciar que en los casos de escolares, en un 29.4% de los casos no hay credibilidad por algunos miembros de la familia, en contraste con que, para los casos de niños preescolares, en un 50% no hubo credibilidad por algunos miembros o por toda la familia. Este resultado resulta interesante de analizar a la luz de que diversos estudios han destacado características de niños/as en etapa preescolar que han sido víctimas de ASI, como el desarrollo de estrategias de negación de los hechos abusivos como recurso psicológico, la dificultad de significar la experiencia de agresión como un acto inapropiado, y elementos evolutivos que dificultan la entrega de un relato claro y detallado de la experiencia abusiva (Cantón-Duarte y Cortés, 2000; Echeburúa y De Corral, 2006). De este modo, ante la expectativa de los adultos de que los niños/as se comporten de una manera específica durante y posterior a una agresión sexual, estas características de niños/as en etapa preescolar podrían incidir en cómo los adultos argumentan la existencia o no de una agresión sexual y, por lo tanto, impactando en su entrega de credibilidad a los niños y niñas.

4. *Sobre la sintomatología de niños, niñas y sus figuras cuidadoras en relación a la credibilidad respecto de la agresión sexual*

Primero, sobre la sintomatología de los niños y niñas, resulta llamativo que se apreciaron porcentajes similares de niños/as con presencia de sintomatología entre los casos donde hay credibilidad (57.1%) por parte de la figura cuidadora y aquellos con ausencia/ambivalencia (60.0%). Aun cuando no se observaron diferencias estadísticamente significativas de la presencia de sintomatología en relación a la credibilidad de las cuidadoras, este resultado no sería particularmente concordante con la literatura que plantea que la no credibilidad de las figuras cuidadoras podría estar relacionadas a mayor sintomatología en los niños y niñas (Cohen y Mannarino, 2000; Melville, et al., 2014; Zajac, et al., 2015). No obstante, como fue mencionado previamente, la credibilidad de las figuras cuidadoras mostró muy poca variabilidad y se cuenta únicamente con 5 casos sin credibilidad o con credibilidad ambivalente, lo cual incide en la representatividad de los grupos y, por lo tanto, en la interpretación de los resultados obtenidos.

Respecto de este punto, resulta importante mencionar que esta memoria sólo consideró el elemento de la credibilidad para referir al apoyo parental y familiar relativo a la agresión sexual,

excluyendo las dimensiones de apoyo emocional, acciones de protección en relación al agresor y la búsqueda de servicios profesionales para los niños y niñas (Alaggia, 2002; Bolen, 2002). Junto a lo anterior, es importante considerar que el concepto de apoyo parental presenta limitaciones conceptuales y metodológicas (Bolen, et al., 2015; Bolen y Gergely, 2014; Zajac, et al., 2015), así como también que la entrega de credibilidad no asegura que se desplieguen acciones de protección y apoyo (Elliot y Carnes, 2001). De este modo, por un lado, se resalta la necesidad de atender a estas limitaciones estableciendo parámetros específicos para la medición y evaluación del apoyo parental, y, por otro lado, resulta importante proyectar investigaciones que integren otras dimensiones del apoyo parental y familiar más allá de la entrega de credibilidad.

Por último, sobre la sintomatología de los niños/as en relación a la credibilidad de la familia extensa, a pesar de que los porcentajes de niños/as con presencia de sintomatología eran relativamente similares entre casos con credibilidad y donde algunos miembros no entregaron credibilidad, sí se pudo apreciar una mayor diferencia respecto de los niños/as que no presentaron sintomatología. De este modo, en los casos con credibilidad por parte de la familia extensa se apreció una frecuencia considerablemente mayor de niños/as sin sintomatología. Estos resultados van en la línea de destacar el rol que cumple la familia extensa como un contexto de apoyo y sostén para el núcleo familiar, además de propiciar el desarrollo de acciones protectoras relativas a la agresión sexual por parte de sus cuidadores (Plummer, 2006).

Segundo, sobre la sintomatología de las figuras cuidadoras, resulta importante destacar que de los casos donde existe credibilidad por parte de los adultos responsables, estas mismas figuras se encontraron en un 46.4% con presencia de sintomatología y en un 54.6% con ausencia de ella. La literatura ha establecido que en algunos casos las dificultades de salud mental en cuidadores podrían obstaculizar la entrega de contención, protección y credibilidad (Bolen y Lamb, 2004; Echeburúa y De Corral, 2006). Al observar en esta memoria que, entre quienes entregaron credibilidad a la agresión, se distribuye casi equitativamente aquellos/as con presencia o ausencia de sintomatología, es posible hipotetizar tentativamente que las consecuencias psicológicas en las figuras de cuidado primario no se relacionarían necesariamente con disminuir sus capacidades de otorgar credibilidad al relato de los niños/as.

Respecto de la credibilidad de la familia extensa en relación a la sintomatología de las figuras cuidadoras, resulta llamativo que en los casos donde toda la familia otorga credibilidad, un 64.7% de los adultos responsables se encuentran sin presencia de sintomatología. Esto resulta contrastante con que, de los casos donde no hay credibilidad por parte o la totalidad de la familia extensa, un 64.2% de los adultos se encuentran con sintomatología. Lo anterior tendría concordancia con que el impacto psicológico de las figuras cuidadoras tendría relación no sólo con la experiencia abusiva de los niños y niñas, sino también con los costos y consecuencias a partir de la develación (Echeburúa y Guerricaechevarría, 1999; Gutiérrez y Lefèvre, 2019; Kilroy, et al., 2014), dentro de lo cual se encuentra la disolución del sistema familiar, dificultades en las relaciones con la familia extensa, presiones, hostilidad, y respuestas conflictivas del entorno cercano por proteger al agresor o a partir del abuso en sí (Alaggia, 2002, Cantón-Duarte y Cortés, 2000; Gutiérrez y Lefèvre, 2019). Estos resultados tienen relevancia en la medida que permite visualizar el contexto familiar extenso en el cual se encuentran las figuras cuidadoras y los niños/as que han sido víctimas de abuso sexual, resaltando que la ausencia de credibilidad y de soporte por parte de la familia extensa podría incidir en el bienestar y salud mental de las figuras cuidadoras primarias.

En este sentido, Christiansen, et al. (2012) señalan que un alto porcentaje de personas significativas en torno a víctimas de violación -miembros de la familia, parejas y amigos- manifestarían dificultades al proveerles su apoyo, asociado principalmente a inseguridades respecto a cómo entregar un apoyo adecuado, ante lo cual estarían particularmente interesadas en recibir educación sobre cómo reaccionar y apoyar oportunamente.

De este modo, la presente memoria y los antecedentes discutidos previamente permiten relevar la importancia del rol de la familia extensa y el entorno cercano en su constitución como red de apoyo para las figuras cuidadoras y los niños/as. Al comienzo de esta memoria, la credibilidad de la familia extensa ocupó un rol secundario en contraste a la credibilidad de las figuras cuidadoras, no obstante, con el desarrollo de esta investigación, el apoyo del entorno familiar extenso cobró relevancia en relación al bienestar de las figuras cuidadoras y los niños/as. Así, entender la experiencia de agresión sexual como una vivencia que puede impactar profundamente a los cuidadores de los niños/as, -mediante los cambios asociados a la develación, la coexistencia de otras formas de violencia, la reactivación de experiencias sexuales abusivas en su infancia, entre otros- permite enfocar la investigación y el trabajo clínico no sólo al apoyo que proveen las figuras de cuidado primaria a los niños/as, sino también al rol crucial que puede tener el entorno cercano para el apoyo a cuidadores.

5. Sobre la relación entre la sintomatología de los niños, niñas y sus cuidadoras/es

Por último, respecto de la relación entre la sintomatología de los niños/as y la sintomatología de los adultos, primero es importante señalar que corresponde al aspecto correlacional de esta investigación, y que tiene como hipótesis que mayores niveles de sintomatología de los niños y niñas estaría asociado a mayores niveles de sintomatología en sus figuras cuidadoras.

Al respecto, primero fue posible establecer como resultado descriptivo de esta investigación que en los casos donde los niños y niñas presentaron sintomatología, en un 57.1% las figuras cuidadoras también presentaron sintomatología. De los casos donde los niños y niñas no presentaron sintomatología, en un 83.3% las figuras cuidadoras tampoco presentaron sintomatología. Esto permite visualizar en términos de distribución de frecuencias que la presencia o ausencia de sintomatología en las figuras cuidadoras coincidiría relativamente con la presencia o ausencia de sintomatología en niños y niñas. Para profundizar este resultado descriptivo se evaluó la correlación entre los puntajes totales obtenidos en los instrumentos. Fue posible determinar como resultado de esta memoria que sí se aprecia una correlación moderada entre los niveles de sintomatología de los niños/as que han sido víctimas de agresión sexual, y la sintomatología presentada por los adultos. Dicho lo anterior, es posible señalar que la hipótesis es aceptada.

La investigación en población general ha podido determinar y caracterizar la asociación entre la sintomatología de padres y madres, con psicopatología infantil (Almonte y Montt, 2019; Ford, et al., 2004). De acuerdo a la literatura ha podido asociarse dificultades de salud mental de los padres y madres, como depresión y trastornos de ansiedad, al desarrollo de problemas conductuales y emocionales en los niños y niñas de población general (Eley, et al., 2015; McAdams, et al., 2015).

Particularmente en relación a los resultados de esta investigación, Kashani (1985) respecto de población general, señala que el alto reporte de sintomatología externalizante en los

niños y niñas por parte de las figuras cuidadoras, podría tener relación con la disminución de la tolerancia de este tipo de comportamientos dadas las propias dificultades emocionales y de salud mental de sus cuidadores. En este sentido, Samaniego (2015) indica que un menor grado de tolerancia parental y mayor grado de psicopatología en padres y madres estaría asociado a mayores problemas comportamentales y emocionales en los niños/as, señalando que la salud mental, particularmente de madres, tendría un rol explicativo en la presencia de psicopatología infantil.

Si bien se ha podido determinar ampliamente esta relación en población general, esta memoria permite responder a una carencia en la literatura nacional e internacional respecto a la relación entre la sintomatología de los niños/as que han sido víctimas de agresión sexual y de sus figuras cuidadoras. Al mismo tiempo, en la literatura recientemente se ha vuelto foco de estudio las consecuencias de la agresión sexual de los niños/as en cuidadores. Así, a nivel internacional, los estudios han podido determinar sintomatología específica en figuras cuidadoras a partir de la experiencia de agresión sexual de los niños/as, no obstante, a nivel nacional y latinoamericano la literatura se ha abocado a los significados, dificultades y reacciones emocionales de esta población. De este modo, esta memoria resulta un aporte significativo al determinar una prevalencia de un 48.6% de figuras con presencia de sintomatología, además de establecer la existencia de correlación entre esta expresión sintomática con la sintomatología manifestada por niños y niñas con antecedentes de agresión sexual, al inicio de un proceso terapéutico en PRM.

6. Futuras Investigaciones y Proyecciones para la Práctica

A partir de lo anterior, se proponen diferentes proyecciones investigativas. En primer lugar, resultaría importante acoger a las limitaciones del presente estudio, principalmente, el tamaño muestral, representatividad de grupos e integrar múltiples perspectivas de la sintomatología de niños y niñas. Podría ser relevante profundizar en otras áreas del concepto de apoyo familiar y parental, por ejemplo, respecto del apoyo emocional al niño/a mediante el uso de metodologías cualitativas. En relación a la representatividad de casos sin credibilidad y dado el carácter voluntario de la investigación, podrían desarrollarse estudio retrospectivos de cuidadoras/es que hayan transitado desde no credibilidad a credibilidad, pudiendo ahondar en dicho proceso de transformación. Por último, sería relevante también especificar la sintomatología de las figuras cuidadoras, por ejemplo, mediante el uso de instrumentos específicos de sintomatología depresiva y de estrés postraumático. Esto para atender a que ser cuidadores de un niño/a que ha sido víctima de agresión sexual se constituye también como una experiencia traumática, sobre todo en vista de la potencial reactivación de experiencias de agresión sexual, otras formas de maltrato en su propia infancia, haber sido víctimas de violencia intrafamiliar, entre otros.

Los resultados de esta memoria permiten hipotetizar que un trabajo especializado con figuras cuidadoras tendría impacto en los resultados de un proceso psicoterapéutico en niños y niñas con experiencia de agresión sexual, por ello, en segundo lugar, siendo esta memoria realizada con un corte transversal, se insta a investigaciones futuras de corte longitudinal que puedan evaluar la asociación entre la expresión sintomática de figuras cuidadoras y niños/as con antecedentes de agresión sexual, a lo largo de un proceso psicoterapéutico. En la misma línea de abordar el proceso de cambio psicoterapéutico, recientemente Pizarro y Capella (2021) realizan una investigación de análisis de caso de una madre que acompaña a sus hija/os a psicoterapia por experiencia de agresión sexual, destacando que el proceso de cambio ocurre como un proceso conjunto entre la madre y sus hijas/os, de forma paralela e interrelacionada, y para la cuidadora

requiere responder a las necesidades de sus hija/os, a la vez de abordar experiencias vulneradoras de su propia historia. Este estudio también destaca la necesidad de intervenciones que consideren a estas figuras como eje fundamental en el proceso y sean entendidos como víctimas indirectas (Pizarro y Capella, 2021).

Por último, esta investigación tiene principalmente un aporte práctico en el trabajo clínico con familias que ingresan a un programa de reparación de maltrato. Determinar la presencia de sintomatología en cuidadores y su asociación con la de los niños y niñas, permite resaltar la creciente importancia de aproximaciones multidimensionales en la respuesta de agresiones sexuales infantiles, relevando la necesidad de intervenciones especializadas con cuidadores luego de la develación de una agresión sexual (Fuller, 2016; Van Toledo y Seymour, 2013). Estas intervenciones incluyen proveer información y desarrollo de herramientas para el ejercicio del rol parental y protector de los niños/as, así como también deben profundizar la atención a las propias reacciones emocionales de las figuras cuidadoras y la integración de dicha experiencia traumática (Pizarro y Capella, 2021; Van Toledo y Seymour, 2013). En esta línea, Álvarez, et al. (2012) indican que aquellos niños y niñas cuyas madres participaron de una intervención psicoeducativa grupal, reportaron una disminución importante de sintomatología, junto a un mayor avance psicoterapéutico, en comparación con aquellos niños/as que, si bien también participaban de un proceso reparatorio individual, sus madres no eran partícipes de una intervención.

No obstante, existe escasa o inexistente información sobre la disponibilidad y características de estas intervenciones para cuidadores posterior a una develación de agresión sexual (Van Toledo y Seymour, 2013). Específicamente en Chile, la oferta programática del Servicio Nacional de Menores (SENAME) ofrece una serie de programas de protección ante vulneraciones de derechos de los niños y niñas. Particularmente, respecto de los programas de reparación de maltrato grave (PRM), si bien los lineamientos técnicos de PRM reconocen la necesidad de atender e incorporar a los adultos protectores en la intervención desde un enfoque sistémico, el trabajo con estas figuras se encuentra casi exclusivamente dispuesto en profesionales trabajadores/as sociales, quienes deben en muchos casos intervenir sobre las dinámicas relacionales de la familia (Sename, 2015). En este sentido, se evidencia que la intervención con figuras cuidadoras en Chile tiene principalmente relación con garantizar sus funciones de cuidado y protección, sin poner un foco especial en atender las profundas dificultades en términos de salud mental y elaboración de dicha experiencia que puede resultar traumática también para las figuras primarias de cuidado (Dussert, et al., 2017).

En síntesis, la presente investigación respondió a la pregunta ¿cómo presentan sintomatología los niños/as y sus figuras cuidadoras al inicio de un proceso terapéutico en PRM, considerando la credibilidad relativa a la agresión sexual, y cómo se relacionan entre sí ambas expresiones de sintomatología? Primero, respecto del contexto de apoyo familiar, medido mediante la credibilidad de las figuras cuidadoras y la familia extensa, la presente memoria resalta el rol que cumple la familia extensa en el apoyo a los niños/as, y particularmente a las figuras cuidadoras, pudiendo hipotetizar que la credibilidad de la familia extensa podría impactar en el bienestar y expresión de síntomas psicológicos. Sumado a lo anterior, un resultado novedoso ante la carencia de estudios es la prevalencia de figuras cuidadoras con presencia de sintomatología al inicio de un proceso terapéutico de los niños/as que han sido víctimas de agresión sexual, y señalar la existencia de una correlación entre la expresión sintomática de los niños/as y sus figuras cuidadoras. De este modo, los resultados de esta memoria van en concordancia con la tendencia reciente y actual de sostener con evidencia la noción de las figuras

cuidadoras como víctimas indirectas de la agresión sexual (Azzopardi, et al. 2018) y por lo tanto destacar la necesidad de desarrollar intervenciones especializadas con figuras cuidadoras en función de potenciar su rol protector y de soporte para los niños y niñas, pero también principalmente destacar esta importancia no sólo por su rol de cuidado, sino como un espacio de elaboración conjunta de una experiencia traumática vivenciada por niños, niñas, y sus cuidadoras.

Referencias

- Almonte, C. y Montt, M. A. (2019). *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*. (3° ed.). Editorial Mediterráneo.
- Aguilar, M. (2009). Abuso sexual en la infancia. *Anales de Derecho*, 27(0), 210–240.
- Álvarez, P., Socorro, A., y Capella, C. (2012). Influencia de Una Intervención Grupal Para Madres En El Cambio Psicoterapéutico de Sus Hijos/as Víctimas de Agresiones Sexuales. *Revista de Psicología*, 21(2), 31–54.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26424861002>
- Alaggia, R. (2002). Balancing acts: Reconceptualizing support in maternal response to intra-familial child sexual abuse. *Clinical Social Work Journal*, 30(1), 41–56.
<https://doi.org/10.1023/A:1014274311428>
- Arriagada, M., y Thiers, M. (2005). *Diseño, Implementación y Validación de Una Intervención Psicoeducativa Grupal Para Padres No Agresores de Niños Víctima de Abuso Sexual*. [Tesis de Pregrado, Universidad de Chile].
- Azzopardi, C. (2015). *The Discursive Construction of Gendered Attributions of Blame for Child Sexual Abuse: A Feminist Critical Discourse Analysis of Maternal Failure to Protect in Child Welfare Policy and Practice*. [Tesis doctoral, University of Toronto]
- Azzopardi, C., Alaggia, R., & Fallon, B. (2018). From Freud to Feminism: Gendered Constructions of Blame Across Theories of Child Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 27(3), 254–275. <https://doi.org/10.1080/10538712.2017.1390717>
- Barudy, J. (1998). *El Dolor Invisible de la Infancia, una lectura ecosistémica* (1° ed.). Ediciones Paidós Ibérica.

- Bick, J., Zajac, K., Ralston, M. E., & Smith, D. (2014). Convergence and divergence in reports of maternal support following childhood sexual abuse: Prevalence and associations with youth psychosocial adjustment. *Child Abuse and Neglect*, 38(3), 479–487. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.11.010>
- Bolen, R. M. (2002). Guardian Support of Sexually Abused Children: A Definition in Search of a Construct. *Trauma, Violence, & Abuse*, 3(1), 40–67. <https://doi.org/10.1177/15248380020031003>
- Bolen, R. M., Dessel, A. B., & Sutter, J. (2015). Parents will be parents: Conceptualizing and measuring nonoffending parent and other caregiver support following disclosure of sexual abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 24(1), 41–67. <https://doi.org/10.1080/10926771.2015.1005267>
- Bolen, R. M., & Gergely, K. B. (2014). A Meta-Analytic Review of the Relationship Between Nonoffending Caregiver Support and Postdisclosure Functioning in Sexually Abused Children. *Trauma, Violence, and Abuse*, 16(3), 258–279. <https://doi.org/10.1177/1524838014526307>
- Bolen, R. M., & Lamb, J. L. (2004). Ambivalence of Nonoffending Guardians after Child Sexual Abuse Disclosure. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(2), 185–211. <https://doi.org/10.1177/0886260503260324>
- Brown, P., Capella, C y Antivilo, A. (2014). Propiedades psicométricas de la versión para padres del Strengths and Difficulties Questionnaire. *Revista de Psicología Universidad de Chile*, 23(2), 28-44.
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin*, 99(1), 66–77. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.99.1.66>

- Cantón-Cortés, D., & Cortés, M. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de Psicología*, 31(2), 552–561. <http://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.31.2.180771/175601>
- Cantón-Duarte, J., y Cortés, M. (2000). *Guía Para La Evaluación Del Abuso Sexual Infantil*. Ediciones Pirámide.
- Capella, C. (2010). Develación del Abuso Sexual en Niños y Adolescentes: Un Artículo de Revisión. *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de La Infancia y Adolescencia*, 21(1), 44–56.
- Capella, C. (2011). *Hacia narrativas de superación: El desafío para la psicoterapia con adolescentes de integrar la experiencia de agresión sexual a la identidad personal* [tesis doctoral, Universidad de Chile]. Repositorio Universidad de Chile.
- Capella, C. y Miranda, J. (2003). *Diseño, implementación y evaluación piloto de una intervención psicoterapéutica grupal para niñas víctimas de abuso sexual*. [Tesis de pregrado, Universidad de Chile].
- Carrasco, F. (2017). *Problemas emocionales y conductuales en niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales: un estudio descriptivo comparativo* [tesis de título, Universidad de Chile]. Repositorio Universidad de Chile.
- Carvahlo, Q., Galvão, M., Cardoso, M. (2009). Abuso sexual infantil: percepção de mães em face do abuso Sexual de suas filhas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 17(4), 501-506.

- Centro de Atención a Víctimas de Atentados Sexuales [CAVAS] (2003). *Centro de atención a víctimas de atentados sexuales CAVAS Metropolitano: 16 años de experiencia*. Versión/producciones gráficas.
- Christiansen, D., Bak, R., & Elklit, A. (2012). Secondary victims of rape. *Violence and Victims*, 27(2), 246–262. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.27.2.246>
- Código Penal [CP]. Art. 361, 366, 366 quáter. 12 de noviembre de 1874 (Chile)
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2000). Predictors of treatment outcome in sexually abused children. *Child Abuse and Neglect*, 24(7), 983–994. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00153-8](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00153-8)
- Collin-Vézina, D., Daigneault, I., & Hébert, M. (2013). Lessons learned from child sexual abuse research: Prevalence, outcomes, and preventive strategies. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(22), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-22>
- Corcoran, J. (2004). Treatment Outcome Research with the Non-Offending Parents of Sexually Abused Children: A Critical Review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13(2), 59-84. http://dx.doi.org/10.1300/J070v13n02_04
- Cortés, D., Cantón-Cortés, y Cantón, J. (2011). Consecuencias a Largo Plazo Del Abuso Sexual Infantil: Papel de La Naturaleza y Continuidad Del Abuso y Del Ambiente Familiar. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual* 19(1):41–56.
- Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R. P., Thomas, S. D., Wells, D. L., & Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse and Neglect*, 34(11), 813–822. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.04.004>

- Cyr, M., Allard, M. A., Fernet, M., & Hébert, M. (2019). Paternal support for child sexual abuse victims: A qualitative study. *Child Abuse and Neglect*, 95, 1-11.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104049>
- Cyr, M., Frappier, J. Y., Hébert, M., Tourigny, M., McDuff, P., & Turcotte, M. È. (2016). Psychological and Physical Health of Nonoffending Parents After Disclosure of Sexual Abuse of Their Child. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(7), 757–776.
<https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1228726>
- Cyr, M., Frappier, J. Y., Hébert, M., Tourigny, M., McDuff, P., & Turcotte, M. E. (2018). Impact of child sexual abuse disclosure on the health of nonoffending parents: A longitudinal perspective. *Journal of Child Custody*, 15(2), 147–167.
<https://doi.org/10.1080/15379418.2018.1460649>
- Dussert, D., Capella, C., Lama, X., Gutiérrez, C., Águila, D., Rodríguez, L., & Beiza, G. (2017). Narrativas de padres de niños, niñas y adolescentes que han finalizado psicoterapia por agresiones sexuales: un proceso de superación conjunta. *Psykhe*, 26(1), 1-14.
- Echeburúa, E., & De Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12(43–44), 75–82.
<https://doi.org/10.4321/s1135-76062006000100006>
- Echeburúa, E., y Guerricaechevarría, C. (1999). *Concepto, Factores de Riesgo y Efectos Psicopatológicos Del Abuso Sexual Infantil*. En San Martín, J. *Violencia contra los niños* (pp. 86-112). Editorial Ariel.
- Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: Víctimas y agresores. Un enfoque clínico* (1.º ed.) Editorial Ariel.

- Echeburúa, E. y Guerricaecheverría, C. (2011). Tratamiento Psicológico de las Víctimas de Abuso Sexual Infantil Intrafamiliar: Un Enfoque Integrador. *Behavioral Psychology*, *19*(2), 469-486.
- Edelbrock, C., Costello, A., Dulcan, M., Conover, N., & Kala, R. (1986). Parent-Child Agreement on Child Psuchiatric Symtoms assessed via Structures Interview. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *27*(2), 181–190.
- Eley, T., McAdams, T., Rijdsdijk, F., Lichtenstein, P., Narusyte, J., Reiss, D., Neiderhiser, J. (2015). The Intergenerational Transmission of Anxiety: A Children-of-Twins Study. *American Journal of Psychiatry*, *172*(7), 630–637. doi: 10.1176/appi.ajp.2015.14070818
- Elliott, A., & Carnes, C. (2001). Reactions of Nonoffending Parents to the Sexual Abuse of Their Child: A Review of the Literature. *Child Maltreatment*, *6*(4), 314–31. Doi: <https://doi.org/10.1177/1077559501006004005>
- Equipo Revista Latinoamericana de Derecho y Religión (2019).Chile: Ley Número 21.160. Declara Imprescriptibles los Delitos Sexuales contra Menores. *Revista Latinamericana de Derecho y Religión*, *5*(2), 1–8. <https://doi.org/10.7764/rldr.9.108>
- Errázuriz, P, Opazo, S, Behn, A, Silva, O y Gloger, S. (2017). Spanish Adaptation and Validation of the Outcome Questionnaire OQ-30.2. *Frontiers in Psychology*, *6*73(8). [https://doi: 10.3389/fpsyg.2017.00673](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00673).
- Espeleta, M. (2017). *Cambio psicoterapéutico en niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales: la perspectiva de sus padres*. [Tesis de Pregrado, Universidad de Chile].
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics using SPSS*. (3° ed.). SAGE Publications

- Finkelhor, D. (1999). *Child Sexual Abuse. Challenges Facing Child Protection and Mental Health Professionals*. En E. Ullmann & W. Hilweg (eds.), *Childhood and Trauma. Separation, Abuse, War*. (pp. 101-115). (M. Margreiter & K. Henschel trad.). Ashgate Publishing.
- Finkelhor, D. (2009). The prevention of childhood sexual abuse. *Future of Children*, 19(2), 169–194. <https://doi.org/10.1353/foc.0.0035>
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A Conceptualization. *Journal of Child Sexual Abuse*, 55(4), 530–541. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x>
- Ford, T., Goodman, R., & Meltzer, H. (2004). The relative importance of child, family, school and neighbourhood correlates of childhood psychiatric disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(6), 487-496. doi 10.1007/s00127-004-0782-0
- Fong, H. fai, Bennett, C. E., Mondestin, V., Scribano, P. V., Mollen, C., & Wood, J. N. (2016). Caregiver perceptions about mental health services after child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 51, 284–294. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.09.009>
- Fuller, G. (2016). Non-offending parents as secondary victims of child sexual assault. *Trends and Issues in Crime and Criminal Justice*, 500, 1–7.
- Fundación para la Confianza (2018). *Prevalencia del Abuso Sexual Infantil en la Región Metropolitana*. <https://www.paralaconfianza.org/test/wp-content/uploads/2018/12/aqu%C3%AD.pdf>
- Gaete, J., Montero-Marin, J., Valenzuela, D., Rojas-Barahona, C. A., Olivares, E., & Araya, R. (2018). Mental health among children and adolescents: Construct validity, reliability, and

parent-adolescent agreement on the 'Strengths and Difficulties Questionnaire' in Chile. *PLoS ONE*, 13(2), 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191809>

García, J. J., & Peña, E. L. (2018). Reacción psicológica ante la experiencia de abuso sexual extrafamiliar en padres de niños abusados. *Psicogente*, 21(40), 378–402. <https://doi.org/10.17081/psico.21.40.3079>

Godbout, N., Briere, J., Sabourin, S., & Lussier, Y. (2014). Child sexual abuse and subsequent relational and personal functioning: The role of parental support. *Child Abuse and Neglect*, 38(2), 317–325. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.10.001>

Gómez, E., Cifuentes, B., & Sieverson, C. (2013). Características asociadas al abuso sexual infantil en un programa de intervención especializada en Santiago de Chile. *Summa Psicológica*, 7(1), 91–104. <https://doi.org/10.18774/448x.2010.7.114>

Gómez, A., Santelices, M., Gómez, D., Rivera, C. y Farkas, C. (2014). Problemas conductuales en preescolares chilenos: Percepción de las madres y del personal educativo. *Estudios Pedagógicos XL*, (2), 175-187.

Goodman, R. (1994). A Modified Version of the Rutter Parent Questionnaire Including Extra Items on Children's Strengths: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(8), 1483–1494. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1994.tb01289.x>

Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 38(5), 581–586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>

- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337–1345. <https://doi.org/10.1097/00004583-200111000-00015>
- Grandgenett, H. M., Pittenger, S. L., Dworkin, E. R., & Hansen, D. J. (2019) (en prensa). Telling a trusted adult: Factors associated with the likelihood of disclosing child sexual abuse prior to and during a forensic interview. *Child Abuse and Neglect*. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104193>
- Guelzow, J. W., Cornett, P. F., & Dougherty, T. M. (2002). Child Sexual Abuse Victims' Perception of Paternal Support as a Significant Predictor of Coping Style and Global Self-Worth. *Journal of Child Sexual Abuse*, 11(4), 53–72. https://doi.org/10.1300/J070v11n04_04
- Guerra, C., & Farkas, C. (2015). Sintomatología en víctimas de abuso sexual: ¿son importantes las características “objetivas” del abuso? *Revista de Psicología*, 24(2), 1–19. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2015.38013>
- Gutiérrez, C., & Lefèvre, F. (2019). Descubrimiento del abuso sexual del niño: revelación o silencio. *Revista Cubana de Salud Pública*, 45(1), 1–18.
- Guzmán, J. L. (2016). Evaluación Y Racionalización de la Reforma de los Delitos contra la Libertad Sexual. *Revista de Ciencias Sociales*, 68, 105–136. <https://doi.org/10.22370/rcs.2016.68.481>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. del P. (2014). *Metodología de la Investigación*. (6ta ed.). Mc Graw Hill Education.

- Hobbs, M. & Laurens, K. (2019). Psychometric Comparability of Self-Report by Children Aged 9–10 versus 11 Years on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Child Indicators Research*. doi:10.1007/s12187-019-09633-7
- Ibáñez, M. (2013). El Estudio del Apego y de la Función Reflexiva: Instrumentos para el Diagnóstico y la Intervención Terapéutica en Salud Mental. *Temas de Psicoanálisis*, (5), 1-26.
- Intebi, I. (2008). *Abuso sexual infantil. En las mejores familias*. Buenos Aires: Granica
- Jofré, G. D. (2017). Abuso sexual paterno-filial, credibilidad y protección a niñas, niños y sus madres protectoras como víctimas del delito. *Revista Electrónica Instituto de Investigaciones Jurídicas y Sociales A. L. Gioja*, 0(19), 118–137.
- Kashani, J., Orvaschel, H., Burk, J. & Reis, J. (1985). Informant Variance: The Issue of Parent-Child Disagreement. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24(4), 437-441.
- Kellogg, N. D., Koek, W., & Nienow, S. M. (2020). Factors that prevent, prompt, and delay disclosures in female victims of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 101, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104360>
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of Sexual Abuse on Children: A Review and Synthesis of Recent Empirical Studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164–180. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.113.1.164>

- Kilroy, S. J., Egan, J., Maliszewska, A., & Sarma, K. M. (2014). "Systemic trauma": The impact on parents whose children have experienced sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23(5), 481–503. <https://doi.org/10.1080/10538712.2014.920458>
- Lambert, M., Burlingame, G., Umphress, V., Hansen, N., Vermeersch, D., Clouse, G. & Yanchar, S. (1996). The Reliability and Validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical psychology and psychotherapy*, 3(4), 249-258.
- Larraguibel, M., Rojas-Andrade, R., Halpern, M., Montt, M. (2021). Impacto de la Pandemia por COVID-19 en la Salud Mental de Preescolares y Escolares en Chile. *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*, 32(1), 12-21.
- Lovett, B. (2004). Child sexual abuse disclosure: Maternal response and other variables impacting the victim. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 21(4), 355–371. <https://doi.org/10.1023/B:CASW.0000035221.78729.d6>
- Maida S., Molina P., Basualto R., Bahamondes P., Leonvendagar B., y Abarca C. (2005). La experiencia de abuso en las madres: ¿Es un predictor de abuso sexual de sus hijos? *Revista Chilena de Pediatría*, 76(1), 41–47. doi: 10.4067/s0370-41062005000100005
- Maffioletti, F., & Huerta, S. (2011). Aproximación Fenomenológica de los Delitos Sexuales en Chile: La Realidad Nacional. *Revista Jurídica Del Ministerio Público de Chile*, 47.
- Malloy, L., & Lyon, T. (2006). Caregiver Support and Child Sexual Abuse: Why Does It Matter? *Journal of Child Sexual Abuse*, 15(4), 97–103. <https://doi.org/10.1300/J070v15n04>
- Mandiola, S. (2008). *Breve Análisis de los Delitos Sexuales contenidos en la Legislación Chilena*. Documento Diplomado Agresiones Sexuales Universidad de Chile.

- Martínez, A & Campos, W. (2015). Correlación entre Actividades de Interacción Social Registradas con Nuevas Tecnologías y el grado de Aislamiento Social en los Adultos Mayores. *Revisa Mexicana de Ingeniería Biomédica*, 36(3), 181-191. <https://doi.org/10.17488/RMIB.36.3.4>
- Masilo, G. M., & Davhana-Maselesele, M. (2016). Experiences of mothers of sexually abused children in North-West province, post disclosure. *Curationis*, 39(1), 1–9. <https://doi.org/10.4102/curationis.v39i1.1659>
- McAdams, T., Rijdsdijk, F., Neiderhiser, J., Narusyte, J., Shaw, D., Natsuaki, M., Eley, T. (2015). The relationship between parental depressive symptoms and offspring psychopathology: evidence from a children-of-twins study and an adoption study. *Psychological Medicine*, 45(12), 2583–2594. doi:10.1017/S0033291715000501
- McCarthy, A., Cyr, M., Fernet, M., & Hébert, M. (2019). Maternal Emotional Support following the Disclosure of Child Sexual Abuse: A Qualitative Study. *Journal of Child Sexual Abuse*, 28(3), 259–279. <https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1534919>
- Mebarak, M., Martínez, M., Sánchez, A., y Lozano, J.. (2010). A Review of the Symptomatology of Child Sexual Abuse. *Psicología Desde El Caribe* (25), 128–54.
- Melville, J. D., Kellogg, N. D., Perez, N., & Lukefahr, J. L. (2014). Assessment for self-blame and trauma symptoms during the medical evaluation of suspected sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 38(5), 851–857. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.01.020>
- Ministerio del Interior y Seguridad Pública (2013). *Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales*.

- Ministerio de Salud de Chile y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2011). *Guía Clínica: Atención de Niños, Niñas y Adolescentes menores de 15 años Víctimas de Abuso Sexual*.
- Ministerio Público (2019, 25 de enero). *Informe estadístico de la Fiscalía: Denuncias de delitos crecieron en un 4,37% en el año 2018*.
- Ministerio Público (2020). *Boletín Estadístico Anual. Enero-diciembre 2019*.
- Observatorio Niñez y Adolescencia (2017). *Cifra Negra de Violencia Sexual contra Niñas, Niños y Adolescentes: Ocultamiento social de una tragedia*. (Reporte I de monitoreo de derechos)
- Olafson, E. (2011). Child sexual abuse: Demography, impact, and interventions. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 4(1), 8–21. <https://doi.org/10.1080/19361521.2011.545811>
- Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R. (2009). *Psicología del Desarrollo. De la Infancia a la Adolescencia* (11° ed.). McGraw-Hill.
- Pereda, N. (2009). Consecuencias Psicológicas Iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles Del Psicólogo*, 30(2), 135–144. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77811726004>
- Pereda, N. (2010). Consecuencias Psicológicas a Largo Plazo Del Abuso Sexual Infantil. *Papeles Del Psicólogo*, 31(2), 191–201. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77813509005>
- Pereda, N. (2011). Resiliencia en niños víctimas de abuso sexual : el papel del entorno familiar y social. *Educación Social: Revista de Intervención Socioeducativa*, 103–114.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M. y Gómez-Benito, J. (2009). The Prevalence of Child Sexual Abuse in Community and Student Samples: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 328–38.

- Perrone, R. & Nannini, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la infancia: Una visión sistémica de las conductas sociales violentas* (2° ed.). Editorial Paidós.
- Pinto-Cortéz, C., & Guerra, C. (2019). Victimización sexual de niños, niñas y adolescentes chilenos: prevalencia y características asociadas. *Revista de Psicología*, 28(2), 1–12.
<https://doi.org/10.5354/0719-0581.2019.55658>
- Pinto-Cortéz, C., Pereda Beltrán, N., & Chacón Fuertes, F. (2017). Prevalencia del abuso sexual infantil en hombres del norte de Chile. *Interciencia*, 42(2), 94–100.
- Pizarro, R. y Capella, C. (2021). Acompañamiento a hijos/as a psicoterapia por agresiones sexuales: cambio en una madre. *Revista de Psicología* 30(2). 1-15.
- Plummer, C. (2006). The discovery process: What mothers see and do in gaining awareness of the sexual abuse of their children. *Child Abuse & Neglect*. 30(11), 1227-1237.
doi:10.1016/j.chiabu.2006.05.007
- Quiroz, M. I., & Peñaranda, F. (2009). Significados y respuestas de las madres al abuso sexual de sus hijas(os). *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 7(2), 1027–1053.
- Rakow, A., Smith, D., Begle, A. M., & Ayer, L. (2011). The association of maternal depressive symptoms with child externalizing problems: The role of maternal support following child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 20(4), 467–480.
<https://doi.org/10.1080/10538712.2011.588189>
- Ramírez, C. & Fernández, A. (2011). Abuso Sexual Infantil: Una revisión con base en pruebas empíricas. *Behavioral Psychology*, 19(1), 7–39.

- Rodríguez, Y., Aguiar, B. A., & Garcia, I. (2012). Consecuencias Psicológicas Del Abuso Sexual Infantil. *Eureka*, 9(1), 58–68.
- Samaniego, V. (2015). Factores asociados a la salud mental infantil: diferencias entre padres y madres en sus interacciones con los niños [Conferencia]. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Buenos Aires.
- Santa-Sosa, E. J., Steer, R. A., Deblinger, E., & Runyon, M. K. (2013). Depression and parenting by nonoffending mothers of children who experienced sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 22(8), 915–930. <https://doi.org/10.1080/10538712.2013.841309>
- Sawyer, G. K., & Hansen, D. J. (2014). Heterogeneous symptom patterns of sexually abused children in treatment: Understanding the complexity of the problem. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23(8), 900–917. <https://doi.org/10.1080/10538712.2014.964439>
- Servicio Nacional de Menores. (2015). Orientaciones técnicas: Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Grave.
- Silva, H. (2004). Modificaciones al Código Penal por la Ley 19.927 sobre Pornografía Infantil y otras figuras penales. *Revista de Derecho y Ciencias Penales*, 6, 85–99. <https://rduss.com/index.php/rduss/article/view/241>
- Sinclair, C., y Martínez, J. (2006). Culpa o Responsabilidad: Terapia Con Madres de Niñas y Niños Que Han Sufrido Abuso Sexual. *Psykhe*, 15(2), 25–35. Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282006000200003>
- Sterba, S., Egger, H. & Angold, A. (2007). Diagnostic specificity and nonspecificity in the dimensions of preschool psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48(10), 1005–1013. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01770.x

- Stanger, C & Lewis, M. (1993) Agreement Among Parents, Teachers, and Children on Internalizing and Externalizing Behavior Problems. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22(1), 107-116. doi: 10.1207/s15374424jccp2201_11
- Teubal, R. (2010). Las Madres Frente Al Abuso Sexual Infantil Intrafamiliar de Sus Hijos ¿Son Víctimas? *Revista Trabajo Social*, (9), 1–18.
<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/revistraso/article/view/5280>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2012). *4° Estudio sobre maltrato infantil*.
https://www.unicef.org/lac/Cuarto_estudio_maltrato_infantil_unicef.pdf
- Van Toledo, A., & Seymour, F. (2013). Interventions for caregivers of children who disclose sexual abuse: A review. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 772–781.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.006>
- Von Bergen, A. & de la Parra, G. (2002). OQ-45.2, Cuestionario para evaluación de resultados y evolución en psicoterapia: adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación. *Revista Terapia Psicológica*, 20(2), 161-176.
- Wamser-Nanney, R. (2017). Maternal Support Following Childhood Sexual Abuse: Links to Parent-Reported Children's Outcomes. *Child Abuse and Neglect* 67, 44–53.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.02.023>
- Williams, Javonda, y Nelson-Gardell, D. (2012). Predicting Resilience in Sexually Abused Adolescents. *Child Abuse and Neglect* 36(1):53–63.
- Ysern De Arce, J., y Becerra, P. (2006). Abuso Sexual Intrafamiliar: Prevalencia Y Características En Jóvenes De 3º Medio De Liceos Municipalizados De Chillán. *Theoria*, 15(1), 79–85.

Zajac, K., Ralston, M. E., & Smith, D. W. (2015). Maternal support following childhood sexual abuse: Associations with children's adjustment post-disclosure and at 9-month follow-up.

Child Abuse and Neglect, 44, 66–75. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.02.011>

Zimba, W., Menon, J, Thankian, K. y Mwaba (2016). The Psychological Impact of Child Sexual Abuse on Primary Caregivers. *Medical Journal of Zambia*, 43(3), 167- 173.

Anexos

Anexo 1: Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ-Cas)

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

Nombre del niño/a

Varón/Mujer

Fecha de nacimiento.....

	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
1. Tiene en cuenta los sentimientos de otros			
2. Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo			
3. Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas			
4. Comparte frecuentemente con otros niños/as chucherías, juguetes, lápices, etc			
5. Frecuentemente tiene rabietas o mal genio			
6. Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a			
7. Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos			
8. Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a			
9. Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado, o enfermo			
10. Está continuamente moviéndose y es revoltoso			
11. Tiene por lo menos un/a buen/a amigo/a			
12. Pelea con frecuencia con otros niños/as o se mete con ellos/ellas			
13. Se siente a menudo infeliz, desanimado o lloroso			
14. Por lo general cae bien a los otros niños/as			

	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
15. Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse			
16. Es nervioso/a o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a			
17. Trata bien a los niños/as más pequeños/as			
18. A menudo miente o engaña			
19. Los otros niños se meten con él/ella o se burlan de él/ella			
20. A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños)			
21. Piensa las cosas antes de hacerlas			
22. Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios			
23. Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as			
24. Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente			
25. Termina lo que empieza, tiene buena concentración			

© Robert Goodman, 2005

Firma

Fecha

Madre/padre/maestro/otros

Anexo 2: Outcome Questionnaire (OQ-30.2)

Cuestionario de Resultados (OQ[®]-30)

Fecha: ____/____/____

Instrucciones: Para ayudarnos a entender como se ha estado sintiendo, b sese en los **ÚLTIMOS SIETE DIAS**, incluyendo el día de hoy. Lea cuidadosamente las frases y seleccione la categoría que mejor describa cómo se siente esta semana. En el cuestionario el término "TRABAJO" se refiere al empleo, la escuela, el trabajo voluntario, ser dueña de casa, cuidar los niños, etc.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre
1. Tengo dificultades para dormir, o no me puedo quedar dormido.....					
2. Nada me interesa.....					
3. Me siento presionado (estresado en el trabajo/escuela).....					
4. Me siento culpable.....					
5. Estoy satisfecho con mi vida.....					
6. Me siento irritado, molesto.....					
7. Pienso en quitarme la vida.....					
8. Me siento débil.....					
9. Encuentro Satisfacción en mi trabajo.....					
10. Me siento atemorizado.....					
11. Necesito tomar bebidas alcohólicas en la mañana, después de haber tomado el día anterior. (Si esto no le ocurre marque nunca).....					
12. Me siento inútil.....					
13. Me abruman (angustian) los problemas de mi familia.....					
14. Me siento solo.....					
15. Discuto frecuentemente.....					

Continúa...

Nunca	Casi	Algunas	Con	Casi
-------	------	---------	-----	------

		nunca	veces	frecuencia	siempre
16. Tengo dificultades para concentrarme.....					
17. Me siento sin esperanza en el futuro.....					
18. Soy una persona feliz.....					
19. Me perturban o molestan pensamientos de los que no me puedo deshacer.....					
20. Me molesta que me critiquen porque tomo o me drogo. (No se refiere a medicamentos recetados). (Si esto no le ocurre marque nunca).....					
21. Tengo malestares estomacales.....					
22. Trabajo/estudio tan bien como lo hacía antes.....					
23. Tengo dificultades para llevarme bien con mis amigos y conocidos.....					
24. Tengo problemas en el trabajo/escuela debido a las drogas o el alcohol . (Si esto no le ocurre marque nunca).....					
25. Siento que algo malo va a ocurrir.....					
26. Me siento nervioso.....					
27. Siento que me va bien en el trabajo/escuela.....					
28. Siento que algo anda mal con mi mente.....					
29. Me siento triste.....					
30. Mis relaciones con otros me satisfacen.....					

Desarrollado por Michael J. Lambert, Ph.D. y Gary M. Burlingame, Ph.D.

© Copyright 1996 American Professional Credentialing Services LLC. All Rights Reserved. License Required For All Uses.

Validado en la población Chilena por Errázuriz et al. (2017).

Más información en Errázuriz, P., Opazo, S., Behn, A., Silva, O., & Gloger, S. (2017). Spanish adaptation and validation of the Outcome Questionnaire OQ-30.2. *Frontiers in Psychology*, 8.

**Anexo 3: Ficha de caracterización de caso completada por profesional Psicólogo
(elaboración Equipo Fondecyt 1200627)**

Ficha de caracterización de caso del niño/a

A llenar por el equipo de Investigación	
Código Paciente: _____	Código Centro: _____
Fecha contacto inicial: _____	
Modalidad de aplicación (virtual o presencial): _____	
Nombre de evaluador responsable: _____	

Marcar con una X la respuesta que corresponda, o detallar información donde lo requiera.
Responda de acuerdo a la información que tenga del caso y/o su evaluación profesional.

Paciente			
Nombre			
Edad			
Fecha de Nacimiento			
Sexo	Femenino	Masculino	Otro (explicar)
Curso y Establecimiento educacional			
Fecha de Ingreso			
Modalidad del ingreso	De forma presencial		De forma virtual
Fuente de derivación	Fiscalía	Tribunales de familia	Otro (detallar)
Tiempo en lista de espera (en meses)			
Fecha primera sesión con la familia/adulto responsable			
Fecha primera sesión con el/la niño/a			
Sesiones realizadas hasta el momento (en las que usted ha participado)	N° total de sesiones hasta el momento:		
	Cuántas han sido sesiones presenciales	Cuántas han sido sesiones no presenciales	
	Modalidad (señalar cuántas han sido en cada modalidad)		
	Sesiones solo con el/la niño/a	Sesiones con la familia	Sesiones en dupla psicosocial
			Sesiones solo con psicólogo

Tratamientos previos	Si		No		
	Por abuso sexual		Otro motivo (detallar cuál)		
	¿Cuándo? (detallar)				
¿Hay algún diagnóstico de Salud mental?	Si		No		
	TEA	Déficit cognitivo (leve)	Otro (detallar)		
Agresión sexual (si hay más de una agresión, responder respecto a la que origina la derivación al centro)					
Tipo agresión	Abuso sexual	Violación	Otro (detallar)		
Frecuencia	Único	Repetido	Crónico	No hay información	
Figura del agresor	¿Quién es el agresor? (detallar)				
Relación con el agresor	Intrafamiliar	Extrafamiliar conocido	Extrafamiliar desconocido	No hay información	
Edad del agresor	Adolescente		Adulto		Otro (detallar)
Sexo del agresor	Femenino		Masculino		Otro (explicar)
Contacto actual con el agresor	Vive con el agresor	Contacto esporádico	No hay contacto	Otro (detallar)	
Develación	<i>Forma en que inicia la develación</i>				
	Premeditada y espontánea	Por eventos precipitantes	Por preguntas de adultos	Circunstancial/accidental	Sospecha / no revelada
	<i>A quién se dirige la develación</i>				
Figura adulta familiar		Figura adulta	Par (a otro niño/a o adolescente).		

	(detallar)	extrafamiliar (detallar)	Detallar.		
	<i>Latencia entre AS y develación</i>				
	Inmediata		Tardía (detallar tiempo aprox)		
Credibilidad	<i>Credibilidad inicial del adulto responsable (inmediatamente posterior a la develación)</i>				
	Hay credibilidad		No hay credibilidad	Ambivalente	
	<i>Credibilidad actual del adulto responsable (al momento del ingreso al centro)</i>				
	Hay credibilidad		No hay credibilidad	Ambivalente	
	<i>Credibilidad familia extensa (actual)</i>				
	Hay credibilidad		No hay credibilidad	Algunos miembros no dan credibilidad (detallar quienes)	
¿Hay denuncia?	Si		No		
Escenario judicial en Fiscalía	En etapa de investigación		Hay resolución		
	Detallar:				
Escenario judicial en Tribunales de familia	No hay causa		Si hay causa (detallar)		
Otras experiencias de vulneración (marcar X todas las que correspondan)	Otra agresión sexual	Maltrato físico	Maltrato psicológico	Negligencia	Presenciar violencia de género en la pareja
	Otra (detallar)				
	Si corresponde detallar: figura agresora, hace cuánto tiempo, etc.				
¿Hay otra/s víctima/s en la familia (por el mismo u otro	Si		No		
	¿Quién? Detallar:				

agresor)?					
Psicólogo/a					
Nombre					
Sexo	Femenino	Masculino	Otro (explicar)		
Edad					
Años de experiencia Clínica: en años o meses (si es menos de un año)					
Años de experiencia Agresiones Sexuales Infantojuveniles (ASI): en años o meses (si es menos de un año)					
Formación posterior al título de Psicólogo	Si		No		
	Diplomado	Magíster	Otro (detallar)		
	Temática				
	Abuso sexual	Psicología clínica	Otro (detallar)		
Enfoque terapéutico:	Sistémico	Constructivista	Psicoanálisis	Integrativo	Otro (detallar)
Mail de contacto:					
Otras observaciones					

Anexo 4: Ficha de caracterización de caso completada por profesional Trabajador Social (elaboración Equipo Fondecyt 1200627)

Ficha de caracterización de caso de la familia del niño/a

A llenar por el equipo de Investigación	
Código Paciente: _____	Código Centro: _____
Fecha contacto inicial: _____	
Modalidad de aplicación (virtual o presencial): _____	
Nombre de evaluador responsable: _____	

Marcar con una X la respuesta que corresponda, o detallar información donde lo requiera. Responda de acuerdo a la información que tenga del caso y/o su evaluación profesional.

Datos del niño/a	
Nombre	
Edad	
Familia	

Grupo familiar que vive con el niño (Detallar)					
Nivel socioeconómico	Bajo	Medio bajo	Medio	Medio alto	Alto
Efectos crisis social: económicos, salud mental, otros (Mencionar todas las que correspondan y detallar)					
Efectos pandemia Covid-19: salud, económicos, educación, relaciones intrafamiliares-sociales, otros (Mencionar todas las que correspondan y detallar)					

Adulto responsable (acompaña al niño/a)

Nombre			
Relación con el niño	Madre	Padre	Otro (detallar)
Sexo	Femenino	Masculino	Otro (explicar)

Edad			
Nivel educacional	Enseñanza básica	Enseñanza media	Universitaria/técnica
	Completa		Incompleta (detallar)
Ocupación (detallar)			
Teléfono contacto			
¿Asiste o ha asistido a tratamiento en salud mental?	Si	No	
	Si contestó "si": Detallar (cuándo y por qué motivo)		
¿Existe otro cuidador primario o figura significativa?	Si	No	
	¿Quién? Detallar la relación con el/la niño/a		
Si hay otro adulto que acompaña regularmente al niño/a al centro, por favor completar sus datos, sino continuar con apartado "Respecto a las sesiones con el adulto y/o familia"			
Nombre			
Relación con el niño	Madre	Padre	Otro (detallar)
Sexo	Femenino	Masculino	Otro (explicar)
Edad			
Nivel educacional	Enseñanza básica	Enseñanza media	Universitaria/técnica
	Completa		Incompleta (detallar)
Ocupación (detallar)			
Teléfono contacto			
¿Asiste o ha asistido a tratamiento en salud mental?	Si	No	
	Si contestó "si": Detallar (cuándo y por qué motivo)		

Respecto a las sesiones con el adulto y/o familia						
Fecha primera sesión con la familia/adulto responsable						
Sesiones realizadas hasta el momento (en las que usted ha participado)	N° total de sesiones hasta el momento:					
	Cuántas han sido sesiones presenciales			Cuántas han sido sesiones no presenciales		
	Modalidad (señalar cuántas sesiones en cada modalidad)					
	Sesiones con el/la niño/a	Sesiones con la familia	Sesiones en dupla psicosocial	Sesiones solo con trabajador/a social		
Trabajador/a social						
Nombre						
Sexo		Femenino	Masculino	Otro (explicar)		
Edad						
Años de experiencia profesional en años o meses (si es menos de un año)						
Años de experiencia Agresiones Sexuales Infantojuveniles (ASI): en años o meses (si es menos de un año)						
Formación posterior al título de Trabajador social	Si		No			
	Diplomado	Magíster		Otro (detallar)		
	Temática					
Abuso sexual			Otro (detallar)			
Enfoque de intervención		Sistémico/ecológico		Otro (detallar)		

Mail de contacto:	
Otras observaciones	

Anexo 5: Documento aprobación Comité de Ética



N° 04-16/2020

INFORME DE EVALUACIÓN

I. IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Título	Proceso de cambio psicoterapéutico en niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales: Hacia un modelo comprensivo de la influencia de factores de los adultos responsables, las intervenciones y la relación terapéutica.
Investigador(a) Responsable	Claudia Capella Sepúlveda.
Departamento	Psicología
Adjudicado/ presentado a:	Concurso FONDECYT Regular 2020 N°1200627
Región(es)	Metropolitana

II. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO

El proyecto se propone caracterizar el proceso de cambio psicoterapéutico en niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales y analizar la influencia de otros factores presentes: padres o adulto responsable, el tipo de intervenciones y la relación terapéutica en el proceso de cambio, en vistas de su comprensión. El enfoque metodológico corresponde a una investigación longitudinal, mixta convergente, que trabajará con una muestra de niños y niñas entre 4 y 9 años que han sido víctimas de agresiones sexuales y que son atendidos en programas colaboradores del SENAME en la región Metropolitana. Se realizará, primeramente, una fase cuantitativa, en la cual se aplicarán cuestionarios a padres y/o adultos responsables de niños/as, y también a sus psicoterapeutas, en tres momentos diferentes de la intervención: al inicio, a los 6-8 meses de iniciada la intervención y al final, con el fin de evaluar, el cambio sintomático en las/os niñas/os, y su relación con factores de los adultos responsables, las intervenciones y la relación terapéutica. Luego se realizará una fase cualitativa de

1

análisis de casos múltiples en mayor profundidad, considerando 10 casos. Para ello se implementarán diferentes estrategias de recolección de datos en los tres momentos de la intervención mencionados previamente. Se realizarán entrevistas a: los niños/as y producción de dibujos; sus padres y/o adultos responsables y sus psicoterapeutas, las que serán sometidas a análisis cualitativos narrativos. Además, en estos 3 momentos se harán registros audiovisuales de 5 sesiones terapéuticas, las que serán analizadas por observadores externos. Junto con esto, se realizará una entrevista a los niños/as y sus adultos responsables luego de 3-6 meses de finalizada la intervención. Finalmente se realizará una fase de integración de la información cuantitativa y cualitativa.

III. EVALUACIÓN DE ASPECTOS ÉTICOS

El Comité de Ética de la Investigación ha evaluado los antecedentes presentados por la Investigadora Responsable (IR). El valor social, los objetivos de la investigación, su marco teórico y metodología, fueron evaluados positivamente por FONDECYT.

El Comité estima que el proyecto es de riesgo mayor que el mínimo, atendiendo a su temática, estudio comprensivo sobre procesos de cambio psicoterapéutico con menores víctimas de agresiones sexuales; su metodología, entrevistas, observación y videograbación de sesiones terapéuticas; la población en estudio, niñas y niños menores de edad victimizados sexualmente. En vistas de aminorar los riesgos involucrados y sus previsibles efectos, la IR ha incorporado los siguientes resguardos: un protocolo de contención y derivación en caso de una eventual desestabilización emocional de los participantes; y, criterios para la selección, capacitación y supervisión del equipo de investigación encargado de aplicar los cuestionarios, las videograbaciones y las entrevistas a los participantes.

Al mismo tiempo, el Comité considera que la IR cautela en todo momento y mediante procedimientos adecuados los derechos de los participantes, especialmente, el resguardo del anonimato y la protección de la confidencialidad de toda la información levantada. Con respecto al conocimiento de los resultados, la IR compromete enviar un resumen ejecutivo a todos los

2

participantes.

Se ha revisado los siguientes documentos presentados por la IR. Un formulario de Asentimiento Informado para entrevista, registro audiovisual y producción gráfica de niños y niñas; dos formularios de Consentimiento Informado para cuestionario y entrevista de padres o representantes legales; dos formularios de Consentimiento Informado para cuestionario y entrevista de terapeutas; una Carta de Confidencialidad para el equipo de investigación; y, la Carta de Autorización Institucional. Y se considera que están redactados conforme a los estándares éticos y procedimentales establecidos. Se adjuntan documentos visados.

Por lo anteriormente expuesto, el Comité declara no tener reparos éticos con el proyecto, calificándolo como aprobado.



COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN
Facultad de Ciencias Sociales
UNIVERSIDAD DE CHILE

Prof. Dr. Uwe Kramp Denegri
Presidente
Comité de Ética de la Investigación
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile

Santiago, 5 de mayo de 2020.

Anexo 6: Consentimiento informado Adulto Responsable



Departamento de Psicología

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada/o padre, madre o Representante Legal:

Mediante esta carta nos dirigimos a usted con la intención de solicitar su colaboración en la realización de un estudio que está siendo desarrollado por el Departamento de Psicología de la Universidad de Chile, y que ha sido adjudicado en el concurso FONDECYT Regular 1200627 año 2020 por la psicóloga Claudia Capella en calidad de investigadora responsable. A través de esta carta queremos informarle de las características de la investigación con el propósito de ayudarlo/a a tomar una decisión respecto de la invitación a participar.

El estudio se denomina "Proceso de cambio psicoterapéutico en niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales: Hacia un modelo comprensivo de la influencia de factores de los adultos responsables, las intervenciones y la relación terapéutica" y tiene como objetivo caracterizar el proceso de cambio psicoterapéutico en niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, y analizar la influencia de distintos factores en el proceso de cambio, integrando la perspectiva de los diferentes actores involucrados.

El estudio contempla diferentes fases, buscando conocer la perspectiva de diferentes actores, y analizar la influencia de diferentes factores, sobre este proceso de cambio psicoterapéutico que están llevando a cabo. Para esto, lo invitamos personalmente a participar, debido a que está iniciando junto con su hijo/a o representado/a un proceso de intervención psicoterapéutica, en un Centro especializado en esta temática.

Su participación implicaría responder cuestionarios que de acuerdo al contexto sociosanitario serán aplicados de manera presencial o bien le serán enviados por correo electrónico en tres momentos de la intervención, con una duración de 45 minutos a una hora aproximadamente, en cada ocasión. Para esto, se solicitará responder cuestionarios al inicio de la terapia, luego de unos meses de iniciada la intervención, y posteriormente al terminar el proceso. En paralelo, también se solicitará al terapeuta de su representado y al trabajador/a social de su caso responder unos breves cuestionarios. En ningún momento solicitaremos una participación directa de su representado.

El proceso de completar los cuestionarios será acompañado por miembros del equipo de investigación con formación avanzada en psicología y/o trabajo social, debidamente capacitados para ello, este acompañamiento se realizará de manera presencial o a través de videollamada. Los instrumentos aplicados buscan recolectar información relevante sobre la sintomatología presente en el niño/a y su terapia, así como información respecto a usted (antecedentes de su historia, relación con su hijo y salud mental). En este sentido, se espera que la participación en la investigación tenga un efecto beneficioso, en la medida que permitan reflexionar respecto de este tema. Esta actividad no conlleva riesgo para usted. Del mismo modo, ella tampoco considera ningún beneficio o compensación asociada, ni para usted ni para los demás participantes.

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

Su participación será totalmente voluntaria y podrá decidir en cualquier momento dejar de participar sin tener que dar explicaciones de ningún tipo y sin que ello tenga ninguna consecuencia para usted o su representado/a. En caso de que usted decida no participar, esto no influirá en la atención que se les entrega en el Centro.

La información recabada en los cuestionarios será usada exclusivamente para los fines de esta investigación. Si usted accede a participar se resguardará estrictamente el anonimato y la confidencialidad de la información que usted nos entregue, la que será almacenada y resguardada en la oficina de la Investigadora Responsable durante el tiempo que dure la investigación, bajo su cuidado y sin que nadie ajeno al estudio tenga acceso a los datos. Eso implica que ni sus nombres ni las respuestas a los cuestionarios, así como ningún dato de identificación suya aparecerán en las publicaciones o presentaciones resultantes de este estudio. La información obtenida será identificada con números, por lo cual no se podrán reconocer los nombres de ninguno de los participantes. Transcurridos 5 años de finalizado el estudio todos los datos obtenidos serán destruidos, por medio de borrar los archivos de éstos de los medios en que hayan sido almacenados.

La información recabada en los cuestionarios podría ser transmitida a los terapeutas a cargo, lo que podría favorecer el tratamiento que reciben en el centro. Si usted autoriza que se informe de los contenidos de sus cuestionarios a los profesionales a cargo, por favor indíquelo en el formulario de consentimiento que se presenta a continuación.

Asimismo, le informamos que usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación, por lo cual les pedimos anoten su email o teléfono al final de esta carta para enviar un resumen de los resultados una vez que finalice el proyecto.

Le informamos, además, que el Comité de Ética de la Investigación en Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, aprobó la realización de este proyecto de investigación. Cualquier consulta que pudiese tener sobre los aspectos éticos de este proyecto o sobre los derechos que le competen a Ud. como participante del estudio, puede formularse directamente a su Presidente, el profesor Uwe Kramp Denegri (Av. Capitán Ignacio Carrera Pinto

1045, Ñuñoa; F. (56-2)29772443; email: comite.etica@facso.cl).

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

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

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

Desde ya agradecemos su disposición.

Saluda atentamente,

Claudia Capella
Investigadora Responsable

CONSENTIMIENTO

Yo, _____, representante legal de _____, señalo que he sido invitado/a a participar en la investigación "Proceso de cambio psicoterapéutico en niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales: Hacia un modelo comprensivo de la influencia de factores de los adultos responsables, las intervenciones y la relación terapéutica", que desarrolla el Departamento de Psicología de la Universidad de Chile. He leído y comprendido la información del documento de consentimiento y mis dudas han sido aclaradas.

Acepto voluntariamente participar, pudiendo terminar mi participación en cualquier momento. Finalmente, doy fe de que he firmado dos ejemplares de este consentimiento, quedando uno en mí poder.

Autorizo que la información recabada en los cuestionarios sea transmitida a los profesionales a cargo de nuestro tratamiento en el centro. SI _____ NO _____ (favor marcar)

Firma representante legal

Firma Entrevistador

Firma Investigador Responsable
Prof. Claudia Capella

Lugar y Fecha: _____

Correo electrónico para envío de resultados: _____

Este documento consta de 4 páginas y se firma en dos ejemplares, quedando uno para cada parte.

Anexo 7: Consentimiento Informado Psicólogo



FACSO
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile




Departamento de Psicología

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada/o profesional:

Mediante esta carta nos dirigimos a usted con la intención de solicitar su colaboración en la realización de un estudio que está siendo desarrollado por el Departamento de Psicología de la Universidad de Chile, y que ha sido adjudicado en el concurso FONDECYT Regular 1200627 año 2020, por la psicóloga Claudia Capella en la calidad de Investigadora Responsable. A través de esta carta queremos informarle de las características de la investigación con el propósito de ayudarlo/a a tomar una decisión respecto de la invitación a participar.

El estudio se denomina "Proceso de cambio psicoterapéutico en niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales: Hacia un modelo comprensivo de la influencia de factores de los adultos responsables, las intervenciones y la relación terapéutica" y tiene como objetivo caracterizar el proceso de cambio psicoterapéutico en niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, y analizar la influencia de distintos factores en el proceso de cambio, integrando la perspectiva de los diferentes actores involucrados.

El estudio que contempla una fase cuantitativa y una cualitativa, busca conocer la perspectiva de diferentes actores (los niños/as, sus padres, sus psicoterapeutas y observadores externos), y analizar la influencia de diferentes factores, sobre este proceso de cambio psicoterapéutico que están llevando a cabo, sin pretender valorar la labor de un terapeuta en particular. Los resultados de esta investigación, se espera nos ayude a conocer cómo les podemos entregar un mejor apoyo a los niños/as que han sido víctimas.

Para esto, requerimos de su colaboración como terapeuta de un niño/a que está siendo atendido en un centro especializado. Su participación implicaría completar breves cuestionarios y fichas de atención del proceso psicoterapéutico que está llevando a cabo con su paciente, los cuales serán de acuerdo al contexto sociosanitario serán aplicados de manera presencial o bien enviados a su correo electrónico, en tres ocasiones durante el proceso de intervención, lo cual tendrá una duración aproximada de 20 a 30 minutos en cada ocasión. Se pedirá completar la información al inicio de la terapia, luego alrededor de 6-8 meses de iniciada la intervención, y posteriormente al terminar el proceso. También se aplicarán instrumentos a la figura a cargo del niño/a y al trabajador/a social a cargo del caso.

El proceso de completar los cuestionarios, será apoyado por miembros del equipo de investigación con formación avanzada en psicología y/o trabajo social, debidamente capacitados para ello, este acompañamiento se realizará de manera presencial o a través de videollamada. Los instrumentos aplicados buscan recolectar información relevante sobre la sintomatología presente en el niño/a,

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



FACSO
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile

COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN
Facultad de Ciencias Sociales
UNIVERSIDAD DE CHILE



Departamento de Psicología

las características del caso, el proceso terapéutico y su evolución y factores de cambio. En este sentido, se espera que la participación en la investigación tenga un efecto beneficioso, en la medida que permitan reflexionar respecto de este tema. Esta actividad no conlleva riesgo para usted. Del mismo modo, ella tampoco considera ningún beneficio o compensación asociada, ni para usted ni para los demás participantes.

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

La información obtenida será usada exclusivamente para los fines de esta investigación, cuyos resultados serán publicados y/o presentados. Si accede a participar se resguardará estrictamente el anonimato y la absoluta confidencialidad de la información, la que será manejada exclusivamente por los investigadores. La información obtenida será almacenada e identificada con números, por lo cual no se podrán reconocer de ninguna manera los nombres ni otros datos que permitieran identificar a los participantes. En las publicaciones o presentaciones de la investigación no se incluirá ningún dato que permita identificar a un centro o terapeuta en específico. La información será resguardada por la Investigadora Responsable, en sus oficinas de trabajo, evitándose que personas ajenas a la investigación tengan acceso a ella. La información recolectada será guardada durante el tiempo que dure la investigación. Transcurridos 5 años de finalizado el estudio todos los datos obtenidos serán destruidos, por medio de borrar los archivos de éstos de los medios en que hayan sido almacenados.

Asimismo, le informamos que usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación, por lo cual les pedimos anote su email o teléfono al final de esta carta para enviar un resumen de los resultados una vez que finalice el proyecto.

Le informamos además, que el Comité de Ética de la Investigación en Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, aprobó la realización de este proyecto de investigación. Cualquier consulta que pudiese tener sobre los aspectos éticos de este proyecto o sobre los derechos que le competen a Ud. como participante del estudio, puede formularse directamente a su Presidente, el profesor Uwe Kramp Denegri (Av. Capitán Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa; F. (56-2)29772443; email: comite.etica@facso.cl).

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

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



Departamento de Psicología

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

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

Desde ya agradecemos su disposición.

Saluda atentamente,

Claudia Capella
Investigadora Responsable



FACSO
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile




Departamento de Psicología

CONSENTIMIENTO

Yo, _____, he sido invitado/a a participar en la investigación "Proceso de cambio psicoterapéutico en niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales: Hacia un modelo comprensivo de la influencia de factores de los adultos responsables, las intervenciones y la relación terapéutica" que desarrolla el Departamento de Psicología de la Universidad de Chile. He leído y comprendido la información del documento de consentimiento y mis dudas han sido aclaradas.

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

Firma participante

Firma Entrevistador

Firma Investigadora Responsable
Prof. Claudia Capella

Lugar y Fecha: _____

Correo electrónico para envío de resultados: _____

Este documento consta de 3 páginas y se firma en dos ejemplares, quedando uno para cada parte.

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

Anexo 8: Consentimiento informado Trabajador Social



FACSO
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile



Departamento de Psicología

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada/o profesional trabajador/a social:

Mediante esta carta nos dirigimos a usted con la intención de solicitar su colaboración en la realización de un estudio que está siendo desarrollado por el Departamento de Psicología de la Universidad de Chile, y que ha sido adjudicado en el concurso FONDECYT Regular 1200627 año 2020, por la psicóloga Claudia Capella en la calidad de Investigadora Responsable. A través de esta carta queremos informarle de las características de la investigación con el propósito de ayudarlo/a a tomar una decisión respecto de la invitación a participar.

El estudio se denomina "Proceso de cambio psicoterapéutico en niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales: Hacia un modelo comprensivo de la influencia de factores de los adultos responsables, las intervenciones y la relación terapéutica" y tiene como objetivo caracterizar el proceso de cambio psicoterapéutico en niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, y analizar la influencia de distintos factores en el proceso de cambio, integrando la perspectiva de los diferentes actores involucrados.

El estudio que contempla una fase cuantitativa y una cualitativa, busca conocer la perspectiva de diferentes actores (los niños/as, sus padres, sus psicoterapeutas, trabajadores sociales y observadores externos), y analizar la influencia de diferentes factores, sobre este proceso de cambio psicoterapéutico que están llevando a cabo, sin pretender valorar la labor de un terapeuta en particular. Los resultados de esta investigación, se espera nos ayude a conocer cómo les podemos entregar un mejor apoyo a los niños/as que han sido víctimas.

Para esto, requerimos de su colaboración como trabajador social del caso de un niño/a y su familia que está siendo atendidos en un centro especializado. Su participación implicaría completar breves cuestionarios y fichas de atención del proceso terapéutico que está llevando a cabo con la familia del niño/a, los cuales de acuerdo al contexto sociosanitario serán aplicados de manera presencial o bien serán enviados a su correo, en tres ocasiones durante el proceso de intervención, lo cual tendrá una duración aproximada de 20 a 30 minutos en cada ocasión. Se pedirá completar la información al inicio de la terapia, luego alrededor de 6-8 meses de iniciada la intervención, y posteriormente al terminar el proceso. También se aplicarán instrumentos a la figura a cargo del niño/a y al psicólogo/a a cargo del caso.

El proceso de completar los cuestionarios será apoyado por miembros del equipo de investigación

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

con formación avanzada en psicología y/o trabajo social, debidamente capacitados para ello, este acompañamiento se realizará de manera presencial o a través de videollamada. Los instrumentos aplicados buscan recolectar información relevante sobre la sintomatología presente en el niño/a, las características del caso, el proceso terapéutico y su evolución y factores de cambio. En este sentido, se espera que la participación en la investigación tenga un efecto beneficioso, en la medida que permitan reflexionar respecto de este tema. Esta actividad no conlleva riesgo para usted. Del mismo modo, ella tampoco considera ningún beneficio o compensación asociada, ni para usted ni para los demás participantes.

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

La información obtenida será usada exclusivamente para los fines de esta investigación, cuyos resultados serán publicados y/o presentados. Si accede a participar se resguardará estrictamente el anonimato y la absoluta confidencialidad de la información, la que será manejada exclusivamente por los investigadores. La información obtenida será almacenada e identificada con números, por lo cual no se podrán reconocer de ninguna manera los nombres ni otros datos que permitieran identificar a los participantes. En las publicaciones o presentaciones de la investigación no se incluirá ningún dato que permita identificar a un centro o terapeuta en específico. La información será resguardada por la Investigadora Responsable, en sus oficinas de trabajo, evitándose que personas ajenas a la investigación tengan acceso a ella. La información recolectada será guardada durante el tiempo que dure la investigación. Transcurridos 5 años de finalizado el estudio todos los datos obtenidos serán destruidos, por medio de borrar los archivos de éstos de los medios en que hayan sido almacenados.

Asimismo, le informamos que usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación, por lo cual les pedimos anote su email o teléfono al final de esta carta para enviar un resumen de los resultados una vez que finalice el proyecto.

Le informamos, además, que el Comité de Ética de la Investigación en Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, aprobó la realización de este proyecto de investigación. Cualquier consulta que pudiese tener sobre los aspectos éticos de este proyecto o sobre los derechos que le competen a Ud. como participante del estudio, puede formularse directamente a su Presidente, el profesor Uwe Kramp Denegri (Av. Capitán Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa; F. (56-2)29772443; email: comite.etica@facso.cl).

Del mismo modo, en caso que usted tenga alguna duda o pregunta respecto de esta investigación,

previa a decidir su participación o posteriormente en cualquier momento durante el proceso, se puede comunicar con la Investigadora Responsable, Psicóloga Claudia Capella Sepúlveda, al fono (56-2) 29787790 o al correo electrónico ccapella@u.uchile.cl.

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

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

Desde ya agradecemos su disposición.

Saluda atentamente,

Claudia Capella
Investigadora Responsable



CONSENTIMIENTO

Yo, _____, he sido invitado/a a participar en la investigación "Proceso de cambio psicoterapéutico en niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales: Hacia un modelo comprensivo de la influencia de factores de los adultos responsables, las intervenciones y la relación terapéutica" que desarrolla el Departamento de Psicología de la Universidad de Chile. He leído y comprendido la información del documento de consentimiento y mis dudas han sido aclaradas.

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

Firma participante

Firma Entrevistador

Firma Investigador Responsable
Prof. Claudia Capella

Lugar y Fecha: _____

Correo electrónico para envío de resultados: _____

Este documento consta de 4 páginas y se firma en dos ejemplares, quedando uno para cada parte.

Anexo 9: Variables colapsadas para realizar prueba Chi cuadrado

Características del niño

Sexo:

- Masculino
- Femenino

Etapas del Desarrollo:

- Preescolar
- Escolar

Características de la agresión

Tipo de Agresión:

- Abuso Sexual / Sospecha de Abuso Sexual
- Violación

Frecuencia de las Agresiones:

- Único/repetido
- Crónico

Vínculo con el Agresor:

- Intrafamiliar
- Extrafamiliar conocido / Extrafamiliar desconocido

Rol paterno agresor:

- Padre o Padrastro
- Otro Intrafamiliar

Credibilidad relativa a la Agresión Sexual

Credibilidad de la Figura Cuidadora

- Hay Credibilidad
- No hay Credibilidad / Credibilidad Ambivalente

Credibilidad de la Familia Extensa

- Hay Credibilidad
- No hay Credibilidad / Algunos Miembros de la Familia no dan Credibilidad

Sintomatología

Sintomatología de los Niños y Niñas

- Presencia de sintomatología
- Ausencia de sintomatología / Límite

Sintomatología de las Figuras Cuidadoras

- Funcional
- Disfuncional

Anexo 10: Detalle prueba Chi Cuadrado Sintomatología Niños/as por variable Sexo

Total SDQ	Sexo				Valor χ^2	p
	Femenino		Masculino			
Presencia de Sintomatología	14	53.8%	7	77.8%	1.60	0.262
Límite/Ausencia de Sintomatología	12	46.2%	2	22.2%		
TOTAL	26	100.0	9	100.0		

Anexo 11: Detalle prueba Chi Cuadrado Sintomatología Niños/as por variable Etapa del Desarrollo

Total SDQ	Etapa del Desarrollo (N=35)				Valor χ^2	P
	Pre-escolar		Escolar			
Presencia de Sintomatología	11	61.1%	10	58.8%	0.0191	1.000
Límite/Ausencia de Sintomatología	7	38.9%	7	41.2%		
TOTAL	18	100.0	17	100.0		

Anexo 12: Detalle prueba Chi Cuadrado Sintomatología Niños/as por variable Tipo de Agresión Sexual

Total SDQ	Tipo de Agresión (N=35)				Valor χ^2	P
	Abuso Sexual/Sospecha		Violación			
Presencia de Sintomatología	17	56.7%	4	80.0%	0.972	0.627
Límite/Ausencia de Sintomatología	13	43.3%	1	20.0%		
TOTAL	30	100.0	5	100.0		

Anexo 13: Detalle prueba Chi Cuadrado Sintomatología Niños/as por variable Frecuencia de las Agresiones

Total SDQ	Frecuencia de Agresión (N=25)				Valor χ^2	P
	Único		Repetido/Crónico			
Presencia de Sintomatología	6	54.5%	9	64.3%	0.244	0.697
Límite/Ausencia de Sintomatología	5	45.5%	5	35.7%		
TOTAL	11	100.0	14	100.0		

Anexo 14: Detalle prueba Chi Cuadrado Sintomatología Niños/as por variable Vínculo con el Agresor

Total SDQ	Vínculo con el Agresor (N=33)				Valor χ^2	P
	Intrafamiliar		Extrafamiliar			
Presencia de Sintomatología	19	67.9%	1	20.0%	4.07	0.066
Límite/Ausencia de Sintomatología	9	32.1%	4	80.0%		
TOTAL	28	100.0	5	100.0		

Anexo 15: Detalle prueba Chi Cuadrado Sintomatología Niños/as por variable Rol Paterno del Agresor

Total SDQ	Rol Paterno del Agresor (N=33)				Valor χ^2	P
	Padre/Padrastro		Otro Intrafamiliar			
Presencia de Sintomatología	8	57.1%	11	78.6%	1.47	0.420
Límite/Ausencia de Sintomatología	6	42.9%	3	21.4%		
TOTAL	14	100.0	14	100.0		

Anexo 16: Detalle prueba Chi Cuadrado Sintomatología Niños/as por variable Credibilidad de la Figura Cuidadora

Total SDQ	Credibilidad Inicial AR (N=33)				Valor χ^2	P
	Hay Credibilidad		No hay Credibilidad/ Credibilidad Ambivalente			
Presencia de Sintomatología	16	57.1%	3	60.0%	0.0142	1.000
Límite/Ausencia de Sintomatología	12	42.9%	2	40.0%		
TOTAL	28	100.0	5	100.0		

Anexo 17: Detalle prueba Chi Cuadrado Sintomatología Niños/as por variable Credibilidad de la Familia Extensa

Total SDQ	Credibilidad Actual FE (N=31)				Valor χ^2	P
	Hay Credibilidad		No hay Credibilidad/ Algunos miembros no dan Credibilidad			
Presencia de Sintomatología	9	52.9%	9	64.3%	0.406	0.717
Límite/Ausencia de Sintomatología	8	47.1%	5	35.7%		
TOTAL	17	100.0	14	100.0		

Anexo 18: Tabla Resumen prueba Chi Cuadrado SDQ Subescala Hiperactividad

Variables		Valor χ^2	p
Características de los Niños y Niñas	Sexo	0.0753	1.000
	Etapa del Desarrollo	0.0484	1.000
Características de la Agresión Sexual	Tipo de Agresión	0.734	0.630
	Frecuencia de Agresión	0.244	0.697
	Vínculo con el Agresor	9.07e-4	1.000
	Rol Paterno del Agresor	1.15	0.472
Credibilidad relativa a la Agresión Sexual	Credibilidad Inicial Adulta Responsable	3.830	0.131
	Credibilidad Actual Familia Extensa	1.110	0.461

Anexo 19: Tabla Resumen prueba Chi Cuadrado SDQ Subescala Problemas Conductuales

Variables		Valor χ^2	p
Características de los Niños y Niñas	Sexo	0.224	0.712
	Etapa del Desarrollo	0.686	0.500
Características de la Agresión Sexual	Tipo de Agresión	0.627	0.972
	Frecuencia de Agresión	0.887	0.435
	Vínculo con el Agresor	1.050	0.360
	Rol Paterno del Agresor	0.138	1.000

Credibilidad relativa a la Agresión Sexual	Credibilidad Inicial Adulta Responsable	0.0142	1.000
	Credibilidad Actual Familia Extensa	0.241	0.725

Anexo 20: Tabla Resumen prueba Chi Cuadrado SDQ Subescala Síntomas Emocionales

Variables		Valor χ^2	p
Características de los Niños y Niñas	Sexo	0.224	0.712
	Etapas del Desarrollo	2.31	0.176
Características de la Agresión Sexual	Tipo de Agresión	3.890	0.134
	Frecuencia de Agresión	3.380	0.111
	Vínculo con el Agresor	0.0142	1.000
	Rol Paterno del Agresor	0.448	0.723
Credibilidad relativa a la Agresión Sexual	Credibilidad Inicial Adulta Responsable	9.07e-4	1.000
	Credibilidad Actual Familia Extensa	0.185	0.724

Anexo 21: Tabla Resumen prueba Chi Cuadrado SDQ Subescala Conducta Prosocial

Variables		Valor χ^2	P
Características de los Niños y Niñas	Sexo	1.140	0.553
	Etapas del Desarrollo	0.305	1.000
Características de la Agresión Sexual	Tipo de Agresión	0.547	1.000

	Frecuencia de Agresión	1.710	0.487
	Vínculo con el Agresor	0.849	0.400
	Rol Paterno del Agresor	0.112	1.000
Credibilidad relativa a la Agresión Sexual	Credibilidad Inicial Adulta Responsable	0.849	0.400
	Credibilidad Actual Familia Extensa	0.188	1.000

Anexo 22: Detalle prueba Chi Cuadrado Sintomatología de Figuras Cuidadoras por variable Sexo de los Niños/as

Categoría OQ.30	Sexo				Valor χ^2	P
	Femenino		Masculino			
Disfuncional	13	50.0%	4	55.6%	0.0826	1.000
Funcional	13	50.0%	5	44.4%		
TOTAL	26	100.0	9	100.0		

Anexo 23: Detalle prueba Chi Cuadrado Sintomatología de Figuras Cuidadoras por variable Etapa del Desarrollo de los Niños/as

Total SDQ	Etapa del Desarrollo (N=35)				Valor χ^2	P
	Pre-escolar		Escolar			
Disfuncional	9	50.0%	8	47.1%	0.0303	1.000
Funcional	9	50.0%	9	52.9%		
TOTAL	18	100.0	17	100.0		

Anexo 24: Detalle prueba Chi Cuadrado Sintomatología de Figuras Cuidadoras por variable Tipo de Agresión Sexual

Total OQ.30	Tipo de Agresión (N=35)				Valor χ^2	P
	Abuso Sexual/Sospecha		Violación			
Disfuncional	13	56.7%	4	80.0%	2.31	0.177
Funcional	17	43.3%	1	20.0%		
TOTAL	30	100.0	5	100.0		

Anexo 25: Detalle prueba Chi Cuadrado Sintomatología de Figuras Cuidadoras por variable Frecuencia de las Agresiones Sexuales

Total OQ.30	Frecuencia de Agresión (N=25)	Valor χ^2	P
-------------	-------------------------------	----------------	---

	Único		Repetido/Crónico			
Disfuncional	6	54.5%	7	50.0%	0.0510	1.000
Funcional	5	45.5%	7	50.0%		
TOTAL	11	100.0	14	100.0		

Anexo 26: Detalle prueba Chi Cuadrado Sintomatología de Figuras Cuidadoras por variable Vínculo con el Agresor

Total OQ.30	Vínculo con el Agresor (N=33)				Valor χ^2	P
	Intrafamiliar		Extrafamiliar			
Disfuncional	15	53.6%	1	20.0%	1.91	0.335
Funcional	13	46.4%	4	80.0%		
TOTAL	28	100.0	5	100.0		

Anexo 27: Detalle prueba Chi Cuadrado Sintomatología de Figuras Cuidadoras por variable Rol Paterno del Agresor

Total OQ.30	Rol Paterno del Agresor (N=33)				Valor χ^2	P
	Padre/Padrastro		Otro Intrafamiliar			
Disfuncional	7	50.0%	6	42.9%	0.144	1.000
Funcional	7	50.0%	8	57.1%		
TOTAL	14	100.0	14	100.0		

Anexo 28: Detalle prueba Chi Cuadrado Sintomatología de Figuras Cuidadoras por variable Credibilidad de la Figura Cuidadora

Categoría OQ.30	Credibilidad Inicial AR (N=33)		Valor χ^2	P
	Hay Credibilidad	No hay Credibilidad/ Credibilidad Ambivalente		

Disfuncional	13	46.4%	3	60.0%	0.313	0.656
Funcional	15	53.6%	2	40.0%		
TOTAL	28	100.0	5	100.0		

Anexo 29: Detalle prueba Chi Cuadrado Sintomatología de Figuras Cuidadoras por variable Credibilidad de la Familia Extensa

Categoría OQ.30	Credibilidad Actual FE (N=31)				Valor χ^2	P
	Hay Credibilidad		No hay Credibilidad/ Algunos miembros no dan Credibilidad			
Disfuncional	6	35.3%	9	64.3%	2.58	0.156
Funcional	11	64.7%	5	35.7%		
TOTAL	17	100.0	14	100.0		