



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

Cambio Psicoterapéutico en niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales y su relación con la Alianza Terapéutica Inicial

Memoria para optar al Título de Psicóloga

Autoras:

Camila Velilla Miranda y Maira Barra Lizama

Profesora Guía:

Claudia Capella Sepúlveda

**Mayo de 2024
Santiago de Chile**

Esta tesis está inserta dentro del Proyecto Regular N° 1200627 del Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT) titulado “Proceso de cambio psicoterapéutico en niños/as 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”, cuya investigadora responsable es la profesora Claudia Capella, académica del Departamento de Psicología de la Universidad de Chile.

Agradecimientos Generales

A nuestra profesora guía Claudia Capella, quien a través de su amplia trayectoria en temáticas asociadas a vulneraciones en la niñez, nos entregó con generosidad sus conocimientos y saberes. Valoramos su constante acompañamiento y disposición a lo largo de todo este proceso. Gracias por su comprensión y ayuda ante situaciones de incertidumbre, y por entregarnos palabras de incentivo y aliento frente a momentos de extenuación.

Al equipo del Proyecto Fondecyt, por recibirnos desde un inicio con afabilidad y calidez.

Gracias por las instancias de escucha y reflexión entregadas durante este tiempo. Finalmente, a los participantes del proyecto: a los psicólogos por sus valiosas contribuciones desde el rol profesional, y en especial, a las familias, niños y niñas, por permitirnos conocer sus historias, pese a la complejidad que aquello pudo conllevar.

Agradecimientos Personales

A mis papás, quienes son el motor de mi vida. Gracias por sostenerme a diario, incluso a kilómetros de distancia. Por nunca cortar mis alas y por entregarme hasta lo inalcanzable.

Los amo inmensamente.

A mis hermanos, por alentarme a alcanzar mis sueños y por siempre protegerme. A mi familia extensa, por abrazarme fuertemente cada vez que debía partir desde mi hogar.

A mi querido pequeño, por quedarse a mi lado todas las noches de estudio para acompañarme.

A mis amigas y amigos del alma. Por nunca abandonarme, por ser mi familia en esta gran ciudad y por enseñarme con su ternura e inteligencia, a ser valiente y resiliente. Y finalmente, a mi compañero incondicional, Leonardo. Gracias por estar a mi lado incluso antes de que este camino iniciara. Por acompañarme en todos los momentos importantes de mi vida y por siempre creer en mí, contenerme y alentarme a seguir frente a todo.

Maira Barra Lizama

A mi madre, Marcela, por estar ahí incondicionalmente desde el momento en que tomé mi primer respiro. Por contenerme, aconsejarme y sostenerme a lo largo de este camino. Te agradeceré siempre por ayudarme a convertirme en la mujer que soy hoy.

A mi hermana, Consuelo, por apaciguar mis momentos de angustia y hacer de este recorrido uno mucho más ameno y sereno. Espero corresponderte de igual forma cuando sea tu turno.

A mi padre, Francisco, por escuchar mis avances en cada viaje y compartir conmigo espacios de distensión y esparcimiento.

A mi familia extensa, tanto a quienes están en esta tierra como a quienes me observan desde otro lugar. Gracias por constantemente apoyarme y recordarme de lo que soy capaz.

A mis amigas y amigos, por las siempre presentes risas y palabras de aliento en cada encuentro que tuvimos durante este tiempo.

Y, finalmente, a quien escribe estas palabras. Porque sólo ella y yo sabemos que no fue sencillo llegar hasta aquí.

Camila Velilla Miranda

Resumen

La presente memoria se encuentra inserta en el Proyecto FONDECYT N° 1200627, denominado “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”. Como objetivo general, busca analizar el cambio psicoterapéutico obtenido entre el primer y tercer momento de la terapia observado en niños y niñas entre 4 y 9 años que han sido víctimas de agresión sexual, de acuerdo a las variables de edad, sexo y sintomatología inicial, y su relación con la alianza terapéutica inicial establecida con sus terapeutas. La muestra corresponde a 29 casos ingresados a los Programas de Protección Especializada en Maltrato Grave y Abuso Sexual Grave (PRM) de la Región Metropolitana. Se utilizaron los instrumentos Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) versión para padres, la Escala Pediátrica de Problemas/Estrés Emocional (PEDS), el Therapeutic Alliance Scales for Children (TASC-r) para terapeutas, junto a una Ficha de Caso completada por los profesionales psicólogos/as de PRM. Los resultados indican diferencias significativas entre la sintomatología pre y post-terapia, evidenciando la presencia de cambio psicoterapéutico al finalizar los tratamientos de los niños y niñas de la muestra. De igual forma, se observan resultados significativos en cuanto a la presencia de cambio psicoterapéutico internalizante en la variable de sintomatología inicial en la línea internalizante ($p < 0.05$), mientras que no se encontraron diferencias significativas en relación a las variables de edad y sexo. Por último, se presentó una correlación positiva moderada entre la presencia de cambio psicoterapéutico y la alianza terapéutica inicial en la escala PEDS, más no en el instrumento SDQ. Se sugiere que en futuras investigaciones se analicen mayores tamaños muestrales para garantizar la representatividad de la muestra, se incorpore la perspectiva de los niños y niñas mediante el multi reporte y se integre al análisis todos los momentos del proceso psicoterapéutico.

Índice

| | |
|---|-----------|
| Resumen..... | 4 |
| Introducción | 7 |
| Antecedentes Teóricos y Empíricos..... | 12 |
| Agresión Sexual Infantil..... | 12 |
| Cambio Psicoterapéutico | 26 |
| Alianza Terapéutica..... | 41 |
| Cambio Psicoterapéutico y Alianza Terapéutica Inicial con Niños y Niñas que han sido Víctimas de Agresión Sexual | 46 |
| Pregunta de Investigación, Objetivos e Hipótesis..... | 49 |
| Pregunta de Investigación..... | 49 |
| Objetivos | 49 |
| Hipótesis..... | 49 |
| Marco Metodológico..... | 51 |
| Diseño de Investigación | 51 |
| Definición de Variables..... | 51 |
| Participantes | 53 |
| Técnicas de recolección de datos | 58 |
| Procedimiento..... | 61 |
| Análisis de datos | 63 |
| Resultados | 65 |
| 1. Descripción del cambio psicoterapéutico observado entre el primer y tercer momento de la terapia en niños y niñas entre 4 y 9 años que han sido víctimas de agresión sexual y que se encuentran asistiendo a tratamiento en PRMs..... | 65 |
| 2. Evaluación de las diferencias en el cambio psicoterapéutico observadas entre el primer y tercer momento de la terapia en niños y niñas entre 4 y 9 años que han sido víctimas de agresión sexual, de acuerdo a las variables de edad, sexo y sintomatología inicial..... | 71 |
| 3. Identificación de la Alianza Terapéutica Inicial establecida con niños y niñas que han sido víctimas de agresión sexual y sus terapeutas..... | 86 |
| 4. Relación entre el cambio psicoterapéutico obtenido entre el primer y tercer momento de la terapia con niños y niñas que han sido víctimas de agresión sexual, y la alianza terapéutica inicial establecida con sus terapeutas durante el primer momento..... | 87 |

| | |
|--|------------|
| Discusión | 90 |
| I. Sobre el cambio psicoterapéutico en niños y niñas | 90 |
| II. Sobre el cambio psicoterapéutico en niños y niñas de acuerdo a las variables de edad y sexo | 91 |
| III. Sobre el cambio psicoterapéutico en niños y niñas de acuerdo a la presencia y ausencia de sintomatología inicial internalizante o externalizante. | 93 |
| IV. Sobre el cambio psicoterapéutico en niños y niñas de acuerdo a la alianza terapéutica inicial establecida con sus psicólogos/as | 94 |
| Aportes, limitaciones, futuras investigaciones y proyecciones para la práctica..... | 96 |
| Referencias..... | 99 |
| Anexos | 118 |
| Anexo N°1: <i>Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)</i> | 118 |
| Anexo N°2: <i>The Pediatric Emotional Distress Scale (PEDS)</i> | 120 |
| Anexo N°3: <i>Therapeutic Alliance Scales for Children (TASC-r)</i> | 123 |
| Anexo N°4: Ficha de Caracterización de Caso | 125 |
| Anexo N°5: Consentimiento Informado de Aplicación de Cuestionarios dirigido a los/as Adultos/as Responsables (AR) de los niños/as..... | 131 |
| Anexo N°6: Consentimiento Informado dirigido a los Psicólogos/as de los niños/as | 135 |

Introducción

Los delitos sexuales se configuran como una de las formas más graves de maltrato en las que se ejerce violencia contra la niñez y adolescencia, pues en esta transgresión se desconoce, vulnera y anula la dignidad y el respeto hacia esta población en su calidad de sujetos de derechos (Ministerio de Salud [MINSAL] y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2016).

Esta forma de maltrato activo se caracteriza por ser un acto sexualmente abusivo en el cual el agresor, a través de una relación asimétrica de poder, impone conductas sexuales transgresoras e inapropiadas para la edad y el desarrollo psicosexual de un niño, niña o adolescente (NNA), tales como las tocaciones de pechos o genitales, masturbación, exhibicionismo, exposición a pornografía, sexo vaginal, anal u oral, entre otros (Smith y Bentovim, 1994, como se citó en Centro de Atención a Víctimas de Atentados Sexuales [CAVAS], 2011).

Para la comprensión integral del fenómeno, en el marco de esta memoria utilizaremos el concepto de agresión sexual infantil (ASI) para referirnos a la totalidad de conductas sexuales abusivas tales como abuso sexual, violación, estupro, entre otros, pues este término nos permite dialogar entre el marco jurídico y psicosocial respecto a un concepto que, si bien contiene elementos específicos entre sí, a su vez es parte de un mismo fenómeno (CAVAS, 2011).

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud [OMS] señaló que al menos 150 millones de niñas y 73 millones de niños habían sido víctimas de algún tipo de abuso sexual antes de alcanzar los 18 años de edad (Mebarak et al., 2010). Mientras que los metanálisis realizados durante los últimos años, reportaron que cerca del 13% de las niñas y el 6% de los niños han experimentado algún tipo de abuso sexual por contacto (Barth et al., 2013, como se citó en OMS, 2017).

Realizando una aproximación a la realidad del continente, se evidencia que un 58% y 61% de los NNA de América Latina y del Norte, respectivamente, han sido víctimas de abuso físico, emocional o sexual durante el año 2020 (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020). En cuanto a Chile, la investigación realizada por Pinto-Cortéz y Guerra (2019) arrojó alarmantes cifras sobre la prevalencia de victimización sexual infantil en el país, informando que un 26,4% de los participantes han experimentado al menos un tipo de victimización sexual a lo largo de su vida, mientras que un 16,7% indicó haber vivenciado al menos un tipo de agresión sexual en el año anterior a su investigación.

Un estudio nacional sobre maltrato infantil llevado a cabo por UNICEF (2012), en el cual se introdujo por primera vez el concepto de ASI, reveló que la edad promedio en las primeras experiencias de abuso es de 8,5 años (MINSAL, 2016). De manera complementaria, las cifras entregadas en el año 2022 por la Subsecretaría de la Prevención del Delito [SPD], indicaron que el 31% de los casos denunciados por delitos sexuales son de niños/as con una edad inferior a los 14 años, siendo la población femenina donde se presenta una mayor

prevalencia, con un 85% del total de denuncias realizadas (Instituto Nacional de la Juventud [INJUV], 2023). Mientras que, por otra parte, el Primer Informe de Abuso Sexual elaborado por SENAME (2016), reveló que el 41,5% de los NNA que son ingresados en programas de salud mental por causas de ASI, se sitúan en el rango etario comprendido entre los 4 y 9 años, razón por la cual también es relevante tomar en consideración este grupo etario.

Uno de los elementos posiblemente vinculados a este alto índice de victimización, es la proximidad relacional en la que ocurre este tipo de delito. Estudios nacionales e internacionales han evidenciado que el 80% de los casos de agresión sexual infantil son cometidos por figuras agresoras que se encuentran dentro del círculo cercano de la víctima (Vásquez, 2003; CAVAS, 2004; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2005; Barudy, 1998, como se citó en Maffioletti y Huerta, 2011). Se estima que entre el 30% y 40% de los casos ocurren dentro el ámbito intrafamiliar, mientras que entre el 50% y 55% son cometidos dentro del ámbito extrafamiliar, por parte de agresores conocidos por los niños (Servicio Nacional de Menores [SENAME], 2019).

A partir de lo anterior, es posible señalar que las agresiones sexuales son eventos que aparecen tempranamente en la vida de los NNA y que suelen ser cometidos con frecuencia, siendo en su mayoría perpetradas por figuras agresoras con las cuales existe un vínculo previo, ya que los agresores tienden a manipular los lazos de cercanía y confianza establecidos con las víctimas (Maffioletti y Huerta, 2011; Pinto-Cortéz y Guerra, 2019).

En el contexto de las recientes modificaciones institucionales que se han llevado a cabo en Chile, el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia [SENAPENA], antes conocido como SENAME, asume la responsabilidad de restituir y reparar los derechos de los NNA que han experimentado una vulneración constitutiva de delito (Ministerio de Desarrollo Social y Familia [MDSF], 2021). En este sentido, los Programas de Protección Especializada en Maltrato Grave y Abuso Sexual Grave [PRM] representan una iniciativa gubernamental específicamente diseñada para brindar apoyo y atención integral a los NNA hayan sido víctimas de maltrato grave o agresión sexual (SENAME, 2015)

Estudios relacionados a esta temática indican que ser víctima de agresión sexual puede causar graves consecuencias en el desarrollo vital de las víctimas, debido al impacto traumático de esta vivencia (Maffioletti y Huerta, 2011). Así, se reportan alteraciones en el área cognitiva, afectiva, conductual, sexual y social en un corto, mediano y/o largo plazo (Maffioletti y Huerta, 2011; Pinto-Cortéz y Guerra, 2019).

En adición, se ha constatado una mayor prevalencia de síntomas y trastornos psiquiátricos en el desarrollo vital de NNA que han sido víctimas de ASI (Fleming, Mullen, Sibthorpe y Bammer, 1999; Peleikis, Mykletun y Dahl, 2005, como se citó en Pereda, 2010), los que pueden verse agravados si se encuentran interferidos por factores como un ambiente familiar disfuncional, la mantención del contacto directo con el agresor, un escaso apoyo o falta de credibilidad del entorno ante la develación del abuso sexual vivido, entre otros (Pinto-Cortéz y Guerra, 2019).

Considerando este contexto, la psicoterapia en niños y niñas que han sido víctimas de agresión sexual ha sido descrito como uno de los principales factores contribuidores en la disminución de la sintomatología y la superación de las secuelas psicoafectivas (Anderson y Hiersteiner, 2008; Capella, 2011; Fundación para la Confianza y Centro de Estudios de la Niñez, 2012; Phillips y Daniluk; 2004; Saha, Cheung y Thorne, 2011; Vilenica, Shakespeare y Obst, 2012, como se citó en Capella et al., 2016). Teniendo esto en consideración, resulta adecuado dirigir la atención hacia los Procesos de Intervención Individual (PII) que se llevan a cabo al interior de los PRMS, los cuales se configuran como tratamientos interventivos que están encabezados por un psicólogo/a y trabajador/a social, en el cual elaboran un proceso personalizado con objetivos, estrategias y características diseñadas para cada caso en particular. Dentro de él, buscan alcanzar objetivos tales como disminuir la sintomatología del NNA a nivel físico, emocional y conductual, favorecer el proceso de resignificación de la experiencia abusiva y fortalecer los recursos familiares y sociales; comprendiendo que ningún tipo de experiencia de ASI contiene similitud con otra, especialmente por los factores individuales que conciernen la vivencia de cada persona (SENAME, 2015). En este sentido, es relevante enfocarse en aquellos factores específicos del NNA y de la causa por la que ingresan a los Centros, como lo es la edad, el sexo, la cronicidad y la fase alcanzada de la agresión, el grado de daño observado, entre otros (SENAME, 2015). Puesto que contemplar estos elementos, les permite a los terapeutas elaborar óptimas estrategias interventivas.

En relación al primer objetivo orientado a reducir los niveles sintomáticos, es posible indicar que este uno de los principales resultados que se obtienen a partir de un abordaje psicológico, el cual es posible de conceptualizar como cambio sintomático (Roussos, 2013). Para el alcance de esta memoria, el cambio psicoterapéutico será entendido desde los lineamientos del autor anteriormente mencionado, quien lo describe como el crecimiento que ocurre a lo largo de un tratamiento psicológico, dentro del cual se obtiene reducción sintomática y cambios en los patrones de personalidad (Roussos, 2013). Dentro de la psicoterapia infanto-juvenil, el cambio puede ser reportado desde la perspectiva de los NNA, sus terapeutas, adultos responsables (AR) o expertos externos (Krause, 2011).

Si bien existe un amplio registro investigativo en psicoterapia sobre el cambio psicoterapéutico (Altimir et al., 2010), se reporta una falta importante de estudios sobre los factores que dificultan o facilitan los procesos de resignificación y superación de ASI (Capella, 2014). Para profundizar en esta temática, se estudiarán las variables de *edad*, *sexo* y *sintomatología inicial*, con el objetivo de establecer si estos factores contienen un rol significativo en la disminución sintomática obtenida entre el primer y tercer momento de los tratamientos de la muestra de niños y niñas al interior de PRMs.

Respecto a la edad y el sexo, se ha señalado que estos factores inciden de manera variable en los resultados obtenidos a partir de un proceso psicoterapéutico, postulando diversas posturas desde la literatura. Por una parte, se ha mostrado que los niños/as de menor edad pueden obtener mayor éxito terapéutico debido a la flexibilidad cognitiva presente en los primeros años de su desarrollo (Santibáñez et al., 2008), sin embargo, también se ha postulado

que el grupo de escolares son quienes pudiesen presentar mayor disminución sintomática, debido a la comprensión que podrían tener sobre las metas terapéuticas a alcanzar, el espacio psicoterapéutico y respecto al trabajo que se debe llevar a cabo para finalizar un tratamiento de manera óptima (Weisz et al., 1995).

Sobre la variable de sexo, los estudios alrededor de este factor presentan mayores divergencias, ya que los resultados difieren entre ellos y postulan que, si bien usualmente el grupo de sexo femenino es el que obtiene mayor presencia de cambio, esto puede deberse a aspectos metodológicos o sociales, más que a la implicancia que contiene la variable biológica de sexo femenino o masculino al interior de un proceso psicoterapéutico (Ogrodniczuk, 2006). De esta forma, autores tales como Weisz et al. (1995) han realizado estudios metaanalíticos dentro de los cuales han analizado la interacción entre estas dos variables de manera conjunta, demostrando que la fusión entre ellas sería más significativa para predecir y/o explicar el cambio sintomático, que sólo estudiar cada una por sí sola.

Por otra parte, la variable de sintomatología inicial ha sido altamente destacada como un factor de relevancia para este y otros estudios, puesto que la evidencia bibliográfica señala que los pacientes se benefician de manera directa cuando se evalúa y se adecúan las intervenciones psicoterapéuticas en razón de la presencia sintomática con la que se inicia un tratamiento psicológico, puesto de que esta manera los terapeutas son capaces de diseñar óptimas estrategias y predecir la forma en la que variará el cambio sintomático según cada caso particular (Probst et al., 2022). En esta misma línea, Koffman (2018) concluye que, si la meta específica inicial es predecir el cambio en un proceso terapéutico, es necesario que se optimice de manera temprana el tratamiento, con el objetivo de impactar positivamente en el curso futuro de la terapia.

Ahora bien, es complejo pensar en el logro de cambio sintomático sin el establecimiento de un factor significativo dentro de un proceso psicoterapéutico, como lo es la alianza terapéutica (AT) (Horvath et al., 2011). Según Santibáñez et al. (2008), el desarrollo de una buena AT no solo facilita los procesos de cambio sintomático, sino que también es un predictor importante de resultados positivos. Asimismo, Zorzella et al. (2015) y Gómez et al. (2021) señalan que esto puede ser entendido a partir del rol que desempeña la alianza en la terapia infantil, al ser un elemento clave para que el niño/a se adhiera con mayor fuerza al tratamiento propuesto y alcance la superación de la experiencia abusiva.

No obstante, para establecer una sólida alianza terapéutica inicial es importante que el terapeuta entre en contacto con el niño y su sistema familiar a través de una actitud cercana, lúdica y empática (Díaz, 2022), con el objetivo de que representen el espacio y el vínculo terapéutico como una oportunidad para abordar la experiencia de ASI de manera segura. De esta forma, será posible alcanzar las transformaciones que cada caso requiere, tales como la disminución sintomática y la reconstrucción y fortalecimiento de la identidad personales y de las relaciones interpersonales que se han visto afectadas a partir de la agresión sexual vivida (Madrid et al., 2022).

En síntesis, es posible señalar que las variables anteriormente nombradas (edad, sexo, sintomatología inicial y AT inicial) son relevantes de estudiar a lo largo de la presente memoria, debido a la incidencia que han tenido en los resultados de las investigaciones sobre psicoterapia y cambio; en tanto los análisis sobre disminución de sintomatología en niños y niñas que han sido víctimas de agresión sexual en un contexto natural, como lo son los PRMs, no ha sido una temática cuya profundización ha sido llevada a cabo de manera extensa tanto a nivel nacional como internacional (Weisz et al., 1998; Kazdin, 2004; Midgley, 2009; von Sydow et al., 2013; Russel, 2008, como se citó en Álamo, 2019). Además, en esta ocasión será novedoso analizar la significancia estadística de estos factores incidentes de cambio en un contexto altamente complejo, como lo es al interior de un proceso interventivo con niños y niñas que han sido agredidos sexualmente y que se encuentran en tratamiento psicoterapéutico al interior de Centros de PRM, puesto que esta muestra de estudio es de difícil acceso y los resultados observados podrían ser de utilidad investigativa y clínica, permitiendo la elaboración de intervenciones psicológicas efectivas que pongan énfasis en aquellos factores que inciden en la obtención de cambio sintomático.

Considerando lo previamente expuesto, la presente memoria se centrará en indagar la relación entre el cambio psicoterapéutico y la alianza terapéutica inicial en niños y niñas que han sido víctimas de agresión sexual infantil, emergiendo como el primer estudio dentro del Proyecto Fondecyt N°1200627 sobre cambio psicoterapéutico en la línea sintomática, en tanto corresponde a un producto científico inédito y que proporciona información novedosa respecto al estudio de cambio sintomático en niños/as que han sido víctimas de ASI.

Para llevar a cabo este objetivo, se aplicarán los instrumentos que evalúan sintomatología en la fase inicial y final de un proceso psicoterapéutico a los adultos responsables de 29 niños y niñas que hayan estado recibiendo tratamiento psicológico al interior de un Programas de Protección Especializada en Maltrato Grave y Abuso Sexual, mientras que el instrumento TASC-r sólo se aplicará en la fase inicial a los psicólogos/as de los niños/as involucrados en la presente muestra, junto con una Ficha de Caso. De esta forma, el reporte de los AR y terapeutas permitirán evaluar la ocurrencia o no de cambio psicoterapéutico entre dos momentos de comparación, junto con la incidencia que contienen los factores demográficos (edad y sexo) y clínicos (sintomatología inicial y establecimiento de AT inicial) en los resultados obtenidos al final de un tratamiento. Lo cual, desde la perspectiva de Midgley et al., (2015) y Altimir (2010), permitirá comprender la complejidad del cambio observado en los distintos momentos del tratamiento, más allá de la visión del mismo paciente.

A partir de las consideraciones anteriormente señaladas, esta investigación se centrará en responder: ¿Cuál es el cambio psicoterapéutico observado entre el primer (M1) y tercer momento (M3) de la psicoterapia, de acuerdo a las variables de edad, sexo y sintomatología inicial, en niños/as entre 4 y 9 años de edad que han sido víctimas de agresiones sexuales, y cuál es su relación con la alianza terapéutica inicial establecida con sus psicólogos/as?

¹ Para efectos de esta investigación, el primer y tercer momento se referirán al momento inicial (o Momento 1) y momento final (o Momento 3) de la terapia, respectivamente; los cuales coinciden con los momentos de evaluación que establece el Proyecto Fondecyt dentro del cual se inserta esta memoria.

Antecedentes Teóricos y Empíricos

Agresión Sexual Infantil

Agresión Sexual Infantil desde el Marco Jurídico

El Ministerio Público (s.f.) destaca a los delitos sexuales como todos aquellos actos que atentan contra la libertad y la indemnidad sexual de las personas, independientemente de su edad, estrato social, raza, etnia, sexo o nacionalidad, y dentro de sus características se señala como elemento esencial la utilización de la fuerza o del poder dirigido hacia fines de orientación sexual que la víctima no ha consentido (Rojas, 1995 como se citó en CAVAS, 2011), además de la ocurrencia mediante un proceso generalmente gradual de este tipo de delitos (Ministerio Público, s.f.).

En Chile, los delitos sexuales se encuentran descritos y sancionados en el Código Penal, siendo los de mayor conocimiento los tipificados como violación, violación impropia, delitos complejos asociados al delito de violación, estupro, sodomía de menor de edad, delitos de explotación sexual de menores de edad asociados a pornografía o prostitución y abuso sexual (Cavada, 2020). Considerando que la población en la que se centrará este estudio corresponde a niños y niñas entre 4 y 9 años, dentro del marco de esta investigación serán relevantes los delitos que incluyen estas edades.

Por una parte, se destaca el delito de Violación Impropia, el cual se basa en la penetración del órgano genital masculino en la vagina, ano o boca de una persona menor de 14 años, cualquiera sea su sexo e independiente de las circunstancias en que se produzca (Defensoría Digital, 2024). Adicionalmente, la legislación chilena distingue al delito de Abuso Sexual Propio o Directo en relación a la edad de la víctima, describiéndose como abuso sexual con contacto corporal de persona menor de catorce años (Vergara y Murillo, 2022).

En relación a lo anterior, es importante señalar que a partir de la creación de la ley 19.617 realizada dentro de la Reforma Procesal Penal del año 1999, los efectos penales del delito de abuso sexual actualmente se distinguen en cuanto a la edad de la víctima (CAVAS, 2011). En suma, en el año 2004 la ley 19.617 fue modificada por la ley 19.927, incluyendo entre sus cambios la elevación de la edad hasta la cual se presume de derecho la incapacidad de un menor de edad para consentir sexualmente, desde los 12 a los 14 años, protegiendo así la indemnidad, desarrollo e integridad sexual de los menores de 14 años. Esta modificación afecta a cada uno de los delitos sexuales y aumenta las penas para la mayoría de aquellos actualmente tipificados (Comité de los Derechos del Niño, 2009).

Finalmente, y ya más recientemente, en el año 2019 fue declarada la ley 21.160 que refiere a la imprescriptibilidad de delitos sexuales contra menores de edad, la cual permite perseguir por siempre penalmente a quienes resulten responsables, además de interponer acciones reparatorias tanto en contra de ellos como de terceros civilmente responsables (Chile

Atiende, 2022).

Es relevante mencionar cómo estos avances legislativos vienen a complementar el bien jurídico protegido de los NNA, puesto que, si bien existe el acuerdo legalmente establecido de que el bien jurídico protegido de cada persona corresponde al de la libertad sexual, se debe hacer énfasis en que las personas menores de edad carecen de un desarrollo psicosexual adecuado y necesario para ejercer su sexualidad libremente y expresar su voluntad. A partir de aquello, el bien jurídico protegido que se manifiesta en estos casos es el de la indemnidad sexual (CAVAS, 2003).

Conceptualización de Agresión Sexual Infantil (ASI)

El fenómeno de agresión o abuso² sexual infantil hacia niños, niñas y adolescentes, es un tipo de maltrato de índole transversal que ocurre en todas las sociedades y culturas y en todos los niveles sociales, económicos y educativos (MINSAL y UNICEF, 2011), siendo ampliamente abordado y caracterizado por organismos dentro y fuera de la esfera nacional.

Internacionalmente, la Convención de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas [CDN] ha sido fundamental durante las últimas décadas para guiar el progreso del abordaje del maltrato contra NNA, (Ligiero et al., 2019), orientando a las diferentes naciones a adoptar las medidas apropiadas para proteger a niños y niñas contra toda forma de violencia, describiéndola como toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, lesión, negligencia o negligencia en el tratamiento, maltrato o explotación, incluyendo abuso sexual (Plataforma de Infancia, 2023). Por su parte, los lineamientos conceptuales entregados por Krug et al. (2003) lo definen como todo tipo de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, trato negligente o abandono, y/o explotación, que provoque un daño para la supervivencia, salud, el desarrollo o la dignidad de niños y niñas.

Respecto al concepto de agresión sexual infantil, UNICEF (2017) la describe como la acción en la que un adulto o agresor hace intervenir o utiliza a un niño, niña o adolescente para realizar actos sexuales, estimularse a sí mismo, al niño o a otra persona, en la que la figura agresora corresponde a un adulto o un niño/a o adolescente con mayor conocimiento (sea un extraño, un hermano o alguna persona que se encuentre en una posición de autoridad como es un padre, padrastro o adulto responsable), quien utiliza a un NNA como objeto para su gratificación (Ligiero et al., 2019), mediante el desarrollo de diversas estrategias que comparten la presencia de una asimetría de poder y la implementación coercitiva (Ministerio de Educación [MINEDUC] y UNICEF, 2012).

Ya en la esfera nacional, UNICEF y MINSAL (2011), refieren al abuso sexual infantil como el involucramiento de un niño, niña o adolescente menor de 15 años en actividades sexuales no acordes al nivel de desarrollo cognitivo, emocional o social esperado para su edad,

² Para efectos de esta memoria, se utilizará el concepto de abuso o agresión sexual infantil (ASI) para referirnos a la totalidad de conductas sexuales abusivas.

el cual es guiado por una persona al menos 3 años mayor que el o la víctima. Desde una perspectiva psicosocial, SENAME (2019) conceptualiza al abuso sexual como el contacto e interacción en el cual la figura agresora, sea una persona adulta o una persona menor de 18 años significativamente mayor que el niño/a, usa a este último para estimularse sexualmente a sí mismo; mientras que desde una mirada jurídica, CAVAS (2011) describe el concepto de abuso sexual utilizando el concepto de agresión sexual, pues el abuso sexual es entendido como sólo uno de los diversos delitos sexuales penados por la ley, mientras que las agresiones sexuales como aquellas que abarcan todas las conductas sexuales abusivas. De este modo, se define al abuso sexual como el involucramiento de un niño/a o adolescente, en actividades sexuales que son inapropiadas a su edad y nivel de desarrollo psicosexual, las cuales son ejercidas bajo presión por otros que buscan alcanzar su propia satisfacción (CAVAS, 2011).

Características en torno a las Agresiones Sexuales Infantiles

Las cifras nacionales de delitos sexuales y violentos han registrado que la población de niños y niñas entre 10 y 17 años es la que presenta mayor prevalencia de victimización por agresiones sexuales (70.16%), con un promedio de edad de 11 años (Fundación Amparo y Justicia, 2023). Además, se indica que las mujeres son quienes viven mayores experiencias de victimización sexual, representando un 85.93% de las denuncias presentadas, mientras que solo el 14.07% de hombres registran denuncias en este contexto (Fundación Amparo y Justicia, 2023).

Si bien estas cifras proporcionan una visión sobre la prevalencia de este tipo de delito en población infantil, es importante tener en cuenta que las estadísticas no logran dimensionar la incidencia real de este fenómeno, debido a una alta tasa de cifra negra que no se refleja en las denuncias registradas (Capella, Gutiérrez y Steinberg, 2016). Este fenómeno puede atribuirse al componente relacional que complejiza la develación, detección y persecución de los delitos sexuales, puesto que en muchos casos las agresiones sexuales son perpetradas por figuras masculinas que pertenecen al círculo cercano de las víctimas, como se destaca en el informe de la Asociación Chilena Pro-Naciones Unidas [ACHNU] (2006). Por lo tanto, la presencia de esta dinámica implica la imposición de la ley del secreto y silencio por parte del agresor hacia la víctima, generando un entorno propicio para el aumento de la frecuencia o gravedad de las agresiones sexuales infantiles y para que ocurran develaciones con latencias más tardías (Maffioletti y Huerta, 2011).

El proceso de la develación corresponde al momento en el cual el abuso sexual es dado a conocer a personas ajenas a la situación abusiva, ya sea a través del descubrimiento o detección por parte de terceros, o por la divulgación que lleva a cabo la víctima (Capella, 2010). En ocasiones implica el cese de las agresiones sexuales, pero también en otras puede significar el comienzo de procesos legales y psicosociales de gran extensión que conllevan la posibilidad de experimentar victimización secundaria (Collings et al. 2005; Staller y Nelson-Gardell, 2005; Goodman Brown et al., 2003; Hershkowitz et al., 2007; Alaggia, 2004, como se citó en CAVAS, 2011).

En este contexto, resulta fundamental hacer una distinción de las tipologías de agresión

sexual, puesto que el vínculo preexistente entre la víctima, el agresor y su entorno puede mediar los efectos de esta experiencia (CAVAS, 2011). Así, se pueden distinguir dos categorías principales: las agresiones sexuales intrafamiliares (dentro de las cuales se incluyen las relaciones incestuosas) y las agresiones sexuales extrafamiliares (las cuales son perpetradas por personas conocidas o desconocidas).

- a) Agresiones sexuales intrafamiliares: A través del documento elaborado por SENAME (2019), se estima que este tipo de agresión representa entre el 70% y 89% de los casos denunciados (Huerta y Maffioletti, 2011) y se caracteriza por estar compuesta por un vínculo familiar (no necesariamente consanguíneo) entre el agresor y la víctima, quien en su rol o vínculo cercano, utiliza la relación de confianza instaurada para transgredir reiteradamente los límites establecidos (Correa y Riffo, 1995 en CAVAS, 2011; Barudy, 1998). En este contexto, se observan agresiones con frecuencias crónicas y develaciones tardías, puesto que el agresor instaura de manera progresiva una dinámica de coacción implícita dentro del espacio intrafamiliar, en la cual, a través de seducciones, amenazas y/o manipulación psicológica, instala una dinámica de secreto y silencio que provoca en la víctima sensaciones de confusión, vergüenza y/o culpa, lo cual hace difícil reconocer que está viviendo una situación abusiva (CAVAS, 2011).
- b) Agresiones sexuales extrafamiliares: Son aquellas transgresiones que se llevan a cabo fuera del medio familiar, en el cual el agresor puede ser un sujeto desconocido para el niño/a y su sistema, o sujeto conocido y perteneciente al entorno de la víctima (CAVAS, 2011). Según las estadísticas recogidas por SENAME (2019), entre el 50% y el 55% de los casos de agresión sexual son cometidos por figuras conocidas, mientras que sólo un 10% son cometidos por personas desconocidas por la víctima.

Este tipo de agresiones sexuales muestra grandes diferencias en comparación a aquellas que son cometidas por sujetos conocidos, especialmente por la forma en la que se accede para transgredir sexualmente a la víctima (CAVAS, 2011). Por una parte, dentro de las agresiones cometidas por figuras desconocidas, usualmente se somete a la persona a través de métodos de fuerza y/o violencia para obtener gratificación sexual y suele ser una experiencia única que se observa estadísticamente en un menor porcentaje de la población (SENAME, 2019).

Se ha observado que cuando el agresor forma parte del sistema extenso familiar o contiene un espacio de privilegio dentro del círculo social de la víctima, exponer la agresión vivida podría provocar grandes desestabilizaciones relacionales y/o económicas dentro del equilibrio normativo preexistente (CAVAS, 2011). Ante esto, existe la posibilidad de que emerjan diversas reacciones dentro del medio familiar y social, lo cual muchas veces puede generar temor en la víctima, ya sea por la posibilidad de que su experiencia no contenga credibilidad por parte de sus figuras significativas, o bien, porque este proceso de develación pueda provocar que se genere un ambiente hostil de mayor victimización hacia ella (CAVAS, 2011), siendo estas situaciones un agravante para la recuperación del daño psíquico de quienes han sido víctimas de

agresión sexual. En este escenario, es importante que las figuras significativas o de cuidado de la víctima puedan ser capaces de desplegar reacciones que permitan el ajuste emocional y comportamental, con el objetivo de favorecer la superación de la experiencia abusiva (Capella y Pizarro, 2021).

Por otra parte, cuando las agresiones sexuales son cometidas por figuras extrafamiliares conocidas, las víctimas suelen ser agredidas por una persona que tiene un contacto directo y privilegiado en su círculo social o familiar, como lo suelen ser profesores o amistades de la familia (Barudy, 1998). Por lo tanto, se entiende que los agresores suelen ser individuos de confianza y que a través de la relación de poder y cercanía que configuran a través del tiempo, logran acceder a las víctimas.

Este breve análisis nos brinda una comprensión básica de cómo ciertas características inherentes a la dinámica abusiva de ASI, tienen un impacto significativo en la forma en la que se vivencia esta experiencia. Algunos de estos elementos son: la edad, la frecuencia o severidad de la agresión, el vínculo preexistente entre el agresor y la víctima, la reacción del entorno ante la develación, y la existencia del uso de fuerza o violencia en la agresión sexual, entre otros (Cantón y Cortés, 2015; MINSAL y UNICEF, 2011). Por otra parte, también existen diferencias individuales que median los efectos de estas dinámicas abusivas en la vida de las víctimas y permiten comprender el impacto psicológico que podría provocar esta experiencia, tales como el procesamiento cognitivo y emocional de la víctima frente a este hecho, su estilo de afrontamiento y los sentimientos provocados a partir del abuso (CAVAS, 2011, Echeburúa y De Corral, 2006; Bravo-Evans et al., 2022).

Consecuencias Observadas en Casos de Agresión Sexual Infantil

Los estudios en torno a las consecuencias observadas en población que ha sido víctima de ASI indican que a partir de esta experiencia pueden presentarse diversos efectos psicológicos (Cantón y Cortés, 2015). En términos de prevalencia de psicopatología, el estudio realizado por Shrivastava et al. (2017) reportó que el 78% de las mujeres y el 82% de los hombres que han sido agredidos sexualmente en la infancia desarrollan un trastorno psiquiátrico a lo largo de su vida.

No obstante, es de gran importancia comprender que no existen síntomas patognomónicos o exclusivos derivados a partir de una agresión sexual, lo que complejiza el poder distinguir los efectos consecuentes de una experiencia de transgresión sexual y diferenciarlos de una problemática preexistente del funcionamiento psicológico previo (CAVAS, 2004). Por lo tanto, para entender la magnitud de esta problemática y la variabilidad de los efectos producidos por este tipo de victimización, es relevante conocer las consecuencias que se presentan con mayor prevalencia en los casos de ASI (Maffioletti y Huerta, 2011), las cuales han sido descritas como frecuentes, diversas y que afectan en todas las áreas de la vida de las personas.

Para un mayor entendimiento, Pereda (2009) las ha clasificado en relación al síntoma expresado. Así, se pueden distinguir las siguientes esferas:

- a) *Esfera emocional*: En este ámbito, prevalecen los problemas de tipo internalizante, como lo es la sintomatología postraumática, depresiva, ansiosa, baja autoestima, sentimientos de culpa, estigmatización, conductas e ideaciones suicidas y aparición de miedos y/o fobias (Pereda, 2009).
- b) *Esfera cognitiva*: Respecto al ámbito cognitivo, prevalece la dificultad en la capacidad de concentración y atención, bajo rendimiento escolar, deficiente funcionamiento cognitivo y conductas de hiperactividad (Pereda, 2009).
- c) *Esfera conductual*: En relación a los problemas conductuales, se observan síntomas externalizantes, los cuales son expresados a través de conductas disruptivas, mayor agresividad y hostilidad hacia otros (Pereda, 2009).
- d) *Esfera sexual*: En este ámbito se evidencia un aumento en las conductas de exhibición sexual, junto con un elevado conocimiento sobre sexualidad, el cual difiere de lo esperado según el desarrollo evolutivo (Pereda, 2009).
- e) *Esfera social*: La ruptura del lazo relacional que se ve transgredido en los casos de victimización sexual infantil, produce diversas consecuencias negativas, dentro de las cuales es posible identificar una mayor dificultad en las relaciones con otros, sean pares, figuras familiares y desconocidas, menor interés en jugar con otros y mayor sensación de desconfianza hacia figuras adultas y aislamiento social (Pereda, 2009).

Autores como Cantón y Cortés (2015) han indicado que dependiendo de la etapa evolutiva en la cual se presente la experiencia transgresora en la vida de las víctimas, las manifestaciones de dicha situación pueden expresarse de diversa manera, como lo es mediante cambios en las cualidades sintomatológicas de cada niño o niña. Para la utilidad de este marco conceptual, se hará una división de las consecuencias visualizadas en la etapa preescolar y escolar, debido a que es la población de interés del presente estudio.

- a) *Etapa preescolar*: Si bien la investigación respecto a las consecuencias que pueden presentarse en la etapa preescolar a partir de una experiencia de agresión sexual no ha sido tan amplia como para la población adulta (Vega-Arce y Núñez Ulloa, 2017), se ha observado que los problemas somáticos serían los principales efectos a observar al interior de este grupo etario. Dentro de estos, se encuentran las quejas somáticas, pérdida del control de esfínteres (enuresis y encopresis), dolores de cabeza, dolores estomacales, trastornos del sueño, cambios de hábitos en la comida, síntomas ansiosos, depresivos, desconfianza hacia otros, sentimientos de estigmatización y retraimiento. De esta misma forma, se pueden presentar conductas sexualizadas e inapropiadas, retrasos en el desarrollo y/o signos de estrés postraumático (Cantón y Cortés, 2015; Echeburúa y Corral, 2006).
- b) *Etapa escolar*: Los síntomas presentes en la edad escolar pueden persistir en forma de manifestaciones somáticas, junto con problemas emocionales en la línea depresiva,

trastornos disociativos, problemáticas en el autoestima, culpa, vergüenza y miedo generalizado. También es posible observar la presencia de problemas externalizantes como lo son las dificultades conductuales, en el aprendizaje, problemas en las relaciones con pares, bajo rendimiento escolar, conductas sexualizadas tales como el exhibicionismo, masturbación excesiva, desproporcionada curiosidad y conocimiento sexual precoz (Cantón y Cortés, 2015; Echeburúa y Corral, 2006).

Una vez revisados algunos de los efectos psicológicos más frecuentes en casos de ASI, es importante mencionar la aparición de efectos durmientes en el largo plazo (“*sleeper effects*”) en algunas de las víctimas. Estas hacen referencia a la manifestación de problemas emocionales o conductuales que podrían relacionarse con el haber vivido una experiencia de agresión sexual en la niñez, la cual según Cantón-Cortés (2013), podrían aparecer durante la edad adulta, a partir de un suceso estresante o una situación revictimizante que de paso a la aparición de esta sintomatología (Cantón y Cortés, 2015).

A partir de lo expuesto a lo largo de este apartado, es posible sintetizar que el fenómeno de ASI es una experiencia transgresora que, si bien no conforma síntomas causales a partir de su vivencia, puede provocar consecuencias psicológicas negativas en la vida de quien es víctima de este suceso (Cantón y Cortés, 2015; Pereda, 2010). No obstante, existe una amplia variabilidad en los efectos de esta experiencia, las cuales están mediados por múltiples variables que influyen en la gravedad de la sintomatología, como lo es el tipo de agresión, la relación de la víctima con el agresor, el apoyo social ante la develación, entre otros (Cantón-Cortés, 2013; Pereda, 2010).

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante destacar la importancia que contienen los procesos psicoterapéuticos para el tratamiento de estos casos (Capella et al., 2021). Por lo tanto, emerge como un desafío para los organismos clínicos evaluar adecuadamente y formular intervenciones que permitan disminuir la sintomatología de la población que ha sido víctima de ASI, con el objetivo de resignificar y superar las experiencias abusivas (CAVAS, 2003).

Psicoterapia con Niños, Niñas y Adolescentes que han sido Víctimas de Agresión Sexual Infantil

Conceptualización de Psicoterapia

La Asociación Americana de Psicología [APA] (2012), define a la psicoterapia como un tratamiento colaborativo basado en la relación entre una persona y su terapeuta, fundamentalmente desarrollada mediante el diálogo, que entrega un ambiente de apoyo que le permite al consultante expresarse abiertamente con un otro objetivo, imparcial y neutral.

Distintos autores han descrito este concepto como un tratamiento de problemas de naturaleza emocional en el que un individuo entrenado entabla una relación profesional con un paciente, en busca de cambiar o disminuir la presencia de síntomas, intervenir en las pautas distorsionadas de conducta y fomentar el desarrollo y crecimiento positivos de su personalidad

(Wolberg, 1977, como se citó en Feixas y Miró, 1993). También, otras definiciones la han conceptualizado como un tipo de relación en la que el psicoterapeuta trabaja con el paciente para crear una alianza segura, estable y afectuosa que le permita a este último explorar formas pasadas, presentes y futuras de experimentación sobre sí mismo, sus relaciones y el mundo (Mahoney, 1991, como se citó en Feixas y Miró, 1993).

Ahora bien, una terapia exitosa se caracteriza por poseer una relación de confianza y con contenido emocional entre paciente y psicólogo/a, un ambiente sanador y una participación activa entre paciente y terapeuta, que sea considerado por ambos como el medio óptimo para alcanzar los objetivos propuestos (Frank, 1991, como se citó en Campagne, 2014).

Psicoterapia con Niños, Niñas y Adolescentes

La niñez y la adolescencia corresponden a etapas críticas para un correcto despliegue de la salud mental de quienes conforman estos grupos etarios, pues durante estos años aparecen características evolutivas y se adquieren habilidades cognitivas y socioemocionales que moldearán su futuro desenvolvimiento (OMS, 2024).

No obstante lo anterior, en algunos casos ciertas fases del desarrollo de niños, niñas y adolescentes se acompañan de comportamientos que pueden ser indicadores de dificultades de mayor gravedad (Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH), 2021), lo que es evidenciado por organizaciones como la OPS (2020), la cual plantea que cerca de 1 de cada 5 NNA es diagnosticado con un trastorno mental, siendo aproximadamente la mitad de aquellos inicialmente desarrollados durante la infancia y la adolescencia (Kirby y Keon, 2004, como se citó en OMS, 2021).

A partir de esta problemática, se ha fomentado el desarrollo e implementación de estrategias multisectoriales que busquen promover la salud mental, la prevención de condiciones relacionadas a la misma y la prestación de atención a NNA y sus familias (OMS, 2024), siendo esencial la protección de quienes presenten mayor vulnerabilidad (UNICEF, 2021). En base a estas demandas, el trabajo clínico orientado a la infancia y adolescencia ha adquirido progresivamente mayor importancia respecto a su alcance, especialización y búsqueda de métodos terapéuticos eficaces (De-Jongh, 2017).

La psicoterapia en niños, niñas y adolescentes posee características que difieren de la psicoterapia en adultos, a pesar de que ambos procesos comparten su origen, teorías y metodologías (Ng et al., 2021). Por una parte, la iniciación y motivación hacia el tratamiento no suele ocurrir por parte del paciente, sino que ocasionalmente son promovidas por parte de un adulto cercano, pues los NNA raramente identifican estar experimentando dificultades o problemas (Kazdin y Weisz, 1998). Dicho aspecto debe ser considerado por el psicólogo al momento de iniciar el trabajo interventivo, pues puede verse enfrentado a actitudes y conductas no colaborativas y que podrían impedir el desarrollo de una buena relación terapéutica (Grimaldo Pérez, 1997).

Por otra parte, la demarcación de los objetivos del tratamiento no suelen ser propuestos por los NNA (Grimaldo Pérez, 1997), siendo los adultos quienes inician la terapia infanto-juvenil, comunicando al terapeuta las preocupaciones y metas que desean alcanzar mediante el tratamiento. Del mismo modo, la terapia infanto-juvenil también difiere de la terapia en adultos en la agencia que posee cada paciente, pues niños/as y adolescentes regularmente poseen limitado control en sus contextos familiares y escolares, lo que también podría impactar en el tratamiento psicoterapéutico (Ng et al., 2021). Lo anterior, se suma a otro aspecto característico de la psicoterapia infantil, el cual corresponde al factor evolutivo que caracteriza a niños y niñas, en tanto éstos se encuentran en una etapa de constante cambio y desarrollo propio (Álamo, 2019), el cual debe ser considerado por los terapeutas al momento de llevar a cabo el proceso terapéutico y/o evaluar los resultados del mismo

Finalmente, la psicoterapia en NNA también difiere de la psicoterapia en adultos en la fuente de información desde la cual los terapeutas planifican y monitorean el tratamiento. Esto, pues si bien la información es recogida desde los mismos pacientes, también es importante recoger las perspectivas de los adultos que rodean a cada joven, pudiendo aparecer desacuerdos y diferencias entre los distintos reportes. Así, la diversidad de los informantes podría entregarle al terapeuta una visión más enriquecedora de las fortalezas y debilidades de cada joven (Ng et al., 2021).

A partir de las particularidades asociadas a la terapia con NNA, han surgido una serie de desafíos metodológicos al momento de llevar a cabo un tratamiento con ellos, desarrollándose avances investigativos que han proporcionado importantes herramientas para desarrollar las psicoterapias (Kazdin y Weisz, 1998). Por lo tanto, con el objetivo de desarrollar un tipo de psicoterapia cuya variedad de métodos y técnicas utilizadas ayuden a niños, niñas y adolescentes que experimentan dificultades comportamentales y emocionales (Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente [AACAP], 2005), ha sido fundamental llevar a cabo una integración que permita poner atención no sólo la sintomatología de cada joven, sino que también sus logros y procesos de desarrollo.

Psicoterapia con Niños y Niñas que han sido Víctimas de Agresión Sexual

El abuso sexual (Centro de Atención Psicológica Integral [CEAPSI], s.f.) es una experiencia comúnmente denominada como un evento externo disruptivo que, dependiendo de las capacidades de afrontamiento y la vivencia subjetiva del sujeto, podría configurarse como traumático (Capella, 2011). Ante aquello, se vuelve esencial que las posibles repercusiones sean mitigadas a través de una atención y manejo temprano (Molina et al., 2020), siendo la psicoterapia un elemento de gran utilidad (Hernández, 2014), en tanto su objetivo se centra en reconocer los problemas presentes en el funcionamiento de cada niño/a, así como en aquellos conflictos que puedan aparecer en el futuro (Urquiza y Winn, 1994).

La investigación respecto a la efectividad de las intervenciones psicoterapéuticas en la temática de agresión sexual infantil ha sido abordada durante las últimas décadas, mediante el desarrollo de estudios analíticos a nivel internacional. Por un lado, y con el objetivo de

investigar los efectos independientes de diferentes elementos de tratamiento en problemas secundarios asociados al ASI, Hetzel-Riggin et al. (2007), concluyeron que el tratamiento psicológico en NNA que han sido víctimas de agresión sexual genera mejores resultados que la ausencia de tratamiento, mientras que en relación a la efectividad asociada a los distintos enfoques psicoterapéuticos, fue determinado que ante dificultades comportamentales los tratamientos más efectivos aludían a las terapias de grupo, de apoyo y específicas para el abuso, en tanto que el tratamiento cognitivo-conductual y la terapia individual tuvieron los mayores efectos a largo plazo en relación al malestar psicológico.

En la revisión desarrollada por Dorsey et al. (2017) respecto a los tratamientos psicosociales para niños, niñas y adolescentes, se identificó la terapia individual, la terapia individual con involucramiento de padres o cuidadores y la terapia de grupo, como las modalidades de tratamiento mejor establecidas (Ng et al., 2021), mientras que en el caso de las dificultades de autoconcepto, Hetzel-Riggin et al. (2007) evidenciaron mayor efectividad en la terapia cognitivo-conductual, la terapia de grupo y la terapia específica para el abuso. Respecto a las dificultades de funcionamiento social, la terapia de juego fue el tratamiento más destacado, siendo el tipo de intervención más utilizado por parte de las distintas corrientes teóricas al momento de elaborar estrategias y esquemas de solución a la problemática de ASI (Velázquez et al., 2013).

Similarmente, Sánchez-Meca et al., (2011) concluyeron que las más altas mejoras en el bienestar psicológico de NNA que han sido víctimas de abuso sexual, fueron alcanzadas mediante la combinación de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, la terapia de apoyo, y en menor grado, la terapia psicodinámica. Esto, pues combinar distintas aproximaciones, permite tratar simultáneamente los comportamientos, sentimientos y pensamientos de cada niño/a (Sánchez-Meca et al., 2011). En general, se ha descrito que la obtención de resultados positivos en niños y niñas que han sido víctimas de ASI se han visto incrementados con el uso de diferentes técnicas de intervención; destacándose el uso del juego y la creatividad como herramientas que contribuyen a su bienestar (Velázquez et al., 2013).

En síntesis, es posible señalar que la psicoterapia focalizada en resignificar las experiencias de agresión sexual, busca ayudar a que los niños y niñas comprendan e integren aquellas experiencias negativas que se encuentran interfiriendo en su crecimiento evolutivo y en la adaptación con su ambiente, para así facilitarles a recuperar su confianza y que se relacionen con su entorno social y familiar de una manera más adaptativa, junto con promover a que desarrollen estrategias de afrontamiento ante posibles futuras situaciones de riesgo (Monzón et al., 2014). Junto con esto, se espera que el trabajo psicoterapéutico le permita al niño/a incorporar lo vivido dentro de su continuo vital (CAVAS, 2003) para que alcance la superación; proceso que es posible de alcanzar mediante la resignificación e integración adaptativa de la experiencia en su identidad personal (Capella y Gutiérrez, 2014).

Por otro lado, el abordaje terapéutico también le ofrece a los niños/as la oportunidad de verbalizar y explorar diversas preocupaciones y/o dificultades, de entrenar la expresión de sus sentimientos, y de aprender ciertos comportamientos que puedan generar respuestas apropiadas

por quienes le rodean (Urquiza y Winn, 1994), destacándose la figura del terapeuta, quien tiene la posibilidad de identificar y/o integrar los conflictos, dificultades y recursos de cada niño/a al trabajo terapéutico, buscando potenciarlos y reforzarlos para que funcionen como herramientas que favorezcan el proceso reparatorio de la experiencia abusiva (CAVAS, 2003).

Finalmente, la investigación internacional ha puesto su foco en los testimonios entregados por los niños y niñas respecto a sus propias experiencias en el espacio psicoterapéutico, destacándose los estudios internacionales liderados por Foster y Hagedorn (2014) y Jessiman et al. (2017), los cuales evidenciaron que la resignificación les permitió a los jóvenes aprender a volver a confiar en otros y desarrollar un sentido de esperanza y optimismo frente al futuro, junto con una percepción de crecimiento personal (Madrid et al., 2022). Por otro lado, se ha señalado que, si bien el inicio del proceso terapéutico es vivenciado por los niños/as como un momento de nerviosismo y desconfianza, también es visualizado como un espacio de ayuda (Foster y Hagedorn, 2014; Jessiman et al., 2017; Madrid, 2022), siendo descrito por éstos como un tratamiento que les permitió sentir mayor alivio emocional tanto a ellos como a sus cuidadores (Jessiman et al., 2017; Capella et al., 2018).

Fases de la Intervención

El tratamiento en quienes han sido víctimas de ASI ha sido comúnmente contemplado de acuerdo a distintas fases (González, 2016), las cuales son delimitadas de acuerdo a la posibilidad cada vez mayor de que se elaboren las problemáticas asociadas a la situación de vulneración, así como en base a una mejora en el bienestar psicológico (Capella, 2011).

Urquiza y Winn (1994) dividen el proceso de psicoterapia en cuatro fases, denominadas como Fase de Admisión, Fase Inicial, Fase Intermedia o de Procesamiento y Fase de Consolidación o Término. De igual forma, Hill (2005) distingue las fases de Formación de la impresión inicial (I), Comienzo de la terapia (II), Trabajo terapéutico central (III) y Terminación (IV).

En general, la *fase de ingreso* integra las necesidades que cada niño/a requiere por parte de la psicoterapia a partir de la sintomatología observada en él (Urquiza y Winn, 1994). Por su parte, la *fase inicial* se enfoca fundamentalmente en la instalación de la relación terapéutica entre niño/a y profesional (Fernández, 2013), siendo central la construcción de un vínculo terapéutico confiable y seguro donde el menor pueda expresar sus dificultades y alcanzar una estabilización psicológica (Capella et al., 2008, como se citó en Capella, 2011).

En la *fase intermedia o central*, el terapeuta debe identificar de qué manera el niño/a se ha visto afectado por la experiencia abusiva, junto con explorar de manera conjunta herramientas y estrategias efectivas para lidiar productivamente con la sintomatología; mientras que la *fase de término*, refiere a la integración o utilización por parte del niño/a de sus nuevos pensamientos, sentimientos y/o percepciones, así como de las nuevas habilidades y comportamientos que ha desarrollado a lo largo del tratamiento (Urquiza y Winn, 1994).

Estrategias de Intervención

Junto con la delimitación de cada fase, la psicoterapia infantil se ha enfocado en el desarrollo de técnicas e instrumentos de indagación y diagnóstico, en busca de evaluar el malestar que sienten los niños y niñas, mediante encuadres y herramientas clínicas, así como de técnicas; cuya sugerencia es que se lleven a cabo de forma variada, en pos de facilitar el proceso de superación (Velázquez et al., 2013).

Respecto a la modalidad interventiva, se mencionan procedimientos tanto individuales como grupales, sea por separado o de manera combinada (Velázquez et al., 2013), donde la *terapia individual* tiene como objetivo comprender, integrar y resolver las experiencias que afectan el desarrollo, interacción y seguridad del niño/a, siendo un espacio que facilite la elaboración de la experiencia y que ayude en la identificación de dificultades relacionadas al mismo hecho u otras situaciones (Urquiza y Winn, 1994). Por su parte, la *terapia de grupo* permite que el niño/a resignifique su experiencia mediante la escucha y aprendizaje de los testimonios de sus pares, además de posibilitar la propia integración social mediante el desarrollo de habilidades relacionales y comunicativas (Urquiza y Winn, 1994).

La *terapia de juego* también ha sido considerada como una modalidad efectiva posible de implementar en el momento de admisión o evaluación y posterior tratamiento (Velázquez et al., 2013), puesto que sus características permiten que el niño/a exprese sus emociones y adquiera control sobre los recuerdos generados por la situación abusiva (Urquiza y Winn, 1994).

Finalmente, la *terapia familiar* también ha sido relevada como una intervención centrada en entregar apoyo psicológico a los familiares del niño/a y brindarles estrategias de crianza (Lameiras, 2002), además de ser una oportunidad para explorar los roles y las relaciones entre los integrantes, resolver dificultades comunicacionales e incrementar la cohesión familiar (Urquiza y Winn, 1994).

Otro aspecto a destacar, corresponde a la necesidad de considerar un trabajo multidisciplinario durante el proceso psicoterapéutico, incluyendo equipos de diversas áreas que colaboren con la intervención del terapeuta tales como profesionales de áreas de la salud y salud mental, del área judicial, educacional, comunitaria u otros asociados a los servicios sociales (Urquiza y Winn, 1994), realizando del mismo modo articulaciones con instituciones que permitan a los niños/as, sus familias y la comunidad obtener bienes y servicios complementarios a la intervención, sean programas de recuperación escolar, deportes, recreación, cultura, vivienda, mediación familiar, entre otros (SENAME, 2015).

Finalmente, cabe mencionar que la psicoterapia en niños y niñas víctimas de ASI requiere de un tiempo y oportunidades adecuadas que permitan estabilizar de manera parcial la situación abusiva o de maltrato, así como de un encuadre que contenga y oriente (SENAME, s.f.). En consecuencia, es fundamental que se reconozcan las fortalezas del niño/a, así como su edad y su desarrollo biopsicosocial (Velázquez et al., 2013), sus características y nivel de desarrollo, su modo de funcionamiento habitual y los conflictos principales presentados en su mundo psíquico y relacional; pues estas características guiarán las líneas de intervención a

realizar. (CAVAS, 2003). Asimismo, es importante destacar que si bien el proceso psicoterapéutico es imprescindible para estos niños y niñas, tanto las etapas de intervención como las estrategias a utilizar, pueden adoptar diversos tiempos y formas dependiendo de las características de cada caso (CAVAS, 2011).

Psicoterapia con Niños y Niñas que han sido Víctimas de Agresión Sexual en el Ámbito Nacional: Contexto de Intervención en Programas de Protección Especializada en Maltrato Infantil Grave y Abuso Sexual (PRM)

Diversos estudios han puesto énfasis en la falta de investigaciones a nivel nacional vinculadas al trabajo psicoterapéutico en ASI (Capella y Gutiérrez, 2014), así como en el reducido número de estudios asociados a la efectividad de las intervenciones en NNA que han sido víctimas de ASI (Guerra y Barrera, 2017), habiendo no sólo escasez en el número de publicaciones disponibles, sino que además una falta de información investigativa empírica asociada a la temática (Guerra, 2017).

No obstante aquello, durante los últimos años han surgido estudios que han concluido que la psicoterapia es una herramienta necesaria para lograr elaborar la experiencia transgresora de ASI, siendo fundamental observar aquellos aspectos de la intervención que impactan de manera más profunda y duradera en el tiempo (Capella et al., 2021), remarcando que es frente a las características asociadas al ASI y sus consecuencias en quienes son víctimas del mismo, que surge la necesidad de la presencia de apoyo psicológico que les permita a niños y niñas, trabajar las repercusiones de dichas experiencias (Alcea, s.f.).

Ante el interés del Estado de Chile por asumir la responsabilidad de reparar el daño asociado a la violencia sexual infantil, junto con la clara falta de dispositivos técnicos nacionales especializados en el abordaje de dicha temática, desde el SENAME se creó en 1997, la primera línea programática especializada en intervención de tipo reparatoria de ASI (Guerra, 2017). Actualmente, este tipo de intervención se inscribe bajo la Línea de Programas de Protección Especializada en Modalidad Maltrato Infantil Grave y Abuso Sexual (Guerra, 2017), ubicada en el nivel de protección especial de NNA involucrados en situaciones de vulneración de derechos, calificadas como graves, de alta complejidad y que necesiten de un abordaje multidisciplinario que privilegie la integralidad (SENAME, 2015). Esta línea programática tiene una cobertura única que abarca todas las regiones del país (SENAME, 2015a), alcanzando una atención total de 198.326 niños, niñas, adolescentes y jóvenes en los distintos programas de protección especializada durante el año 2022 (SENAPENA, 2023).

Desde el año 2018 y hasta el año 2025, se encuentra en desarrollo un Plan de Acción cuyo fin se centra en la instalación del Sistema de Protección Integral de Derechos (SPID), estructura institucional orientada a alcanzar el mayor bienestar posible para niños/as y adolescentes del país (MDSF, s.f.). Sin embargo, desde el año 2021, el organismo encargado de proteger a NNA en situación de vulnerabilidad es el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia [SENAPENA] (SENAPENA, 2023); institución cuya misión es proteger y restituir los derechos humanos amenazados y/o vulnerados de los niños,

niñas y adolescentes, garantizar tanto su participación como la de sus familiares, fortalecer su desarrollo integral, reparar y resignificar el daño, y prevenir posibles nuevas situaciones de vulneración con la ayuda de equipos técnicos y programas especializados (SENAPENA, 2023).

De manera específica, los Programas de Protección Especializada en Modalidad Maltrato Infantil Grave y Abuso Sexual (PRM) corresponden a un tipo de modelo de intervención dependiente del SENAPENA, cuyo accionar principal se orienta a contribuir al proceso de reparación del niño, niña o adolescente menor de 18 años que ha sufrido maltrato, sea psicológico y/o físico grave, constitutivo de delito, y/o abuso sexual infantil (SENAME, 2019), mediante la implementación de intervenciones dirigidas hacia los niños/as y orientadas al desarrollo de habilidades emocionales, cognitivas y socio-conductuales que les permitan confiar nuevamente en quienes los cuidan (Banco Integrado de Programas Sociales [BIPS], 2017). A esto se le suma la necesidad de fortalecer los recursos sociales y familiares, con el fin de colaborar con el bienestar psicológico y social de NNA; favorecer el proceso de resignificación de la vivencia de la experiencia abusiva e interrumpir la situación de vulnerabilidad constitutiva de delito, mediante la activación de mecanismos judiciales que resuelvan la situación legal de NNA y faciliten su acceso a la red de justicia (SENAME, 2019).

En relación a las orientaciones técnicas de los PRMs, y considerando el carácter de delito que constituyen los distintos tipos de maltratos vivenciados por los niños, niñas y adolescentes que reciben atención por parte de estos programas, la solicitud de ingreso a los mismos debe ser a través de los tribunales competentes, fiscalías o la red local. Del mismo modo, el equipo de estos proyectos debe estar conformado por profesionales que cuenten con experiencia y formación en intervención clínica y comunitaria (SENAME, 2012), siendo los psicólogos/as y trabajadores/as sociales quienes ejecutan colaborativamente las intervenciones psicoterapéuticas, familiares y sociocomunitarias (SENAME, 2019).

Finalmente, respecto al proceso de intervención en sí mismo, los programas siguen la misma lógica de etapas planteadas previamente, incluyendo las fases de Evaluación de Ingreso, Diseño de Plan de Tratamiento Individualizado, Ejecución del Plan de Intervención Individual, Egreso y Seguimiento (SENAME, 2019), mientras que el plazo establecido para cada caso es de una duración de hasta 12 meses si existe adulto responsable, y hasta 24 meses si no hubiese. Es importante destacar que dichos períodos de tiempo son definidos según las características y evolución de los procesos reparatorios de cada NNA y sus adultos a cargo involucrados en el proceso (SENAME, 2015).

Diversas investigaciones han sido desarrolladas a partir de los profundos cambios institucionales orientados a la protección especializada de niños, niñas y adolescentes en Chile (UNICEF, 2019). Tal es el caso del Centro de Estudios Justicia y Sociedad (2019), el cual, con el objetivo de contribuir al fortalecimiento de su línea programática, realizó una investigación en profundidad de la oferta existente entre los años 2015 y 2017 del SENAME. Dentro de sus resultados, se evidenciaron nodos críticos asociados al diseño, monitoreo y aseguramiento tanto del acceso a la oferta y calidad de los programas, como del financiamiento de estos.

Por otro lado, y en relación al desarrollo mismo de las intervenciones psicoterapéuticas, se registró una falta de coherencia entre éstas y los objetivos planteados en el diseño, además de una falta de claridad por parte de los actores involucrados respecto a los programas disponibles (UNICEF, 2019). Lo anterior se explica en la escasa cohesión que programas ambulatorios como los PRMs poseen en cuanto a sus objetivos y a los sujetos de atención; puesto que los enfoques son más bien globales (Gana, 2022). A su vez, el estudio presentó una serie de obstáculos por parte de los solicitantes para acceder a la oferta programática (UNICEF, 2019), aspecto que puede asociarse a la alta demanda y al tiempo de espera que NNA deben aguardar antes de ingresar a los programas, periodo que puede generar agravamientos o mutaciones de los efectos de la situación de vulneración tanto en ellos como en sus familias (Gana, 2022).

Por otra parte, estudios a nivel nacional también han buscado evaluar la efectividad del tratamiento psicoterapéutico en ASI implementado en distintos PRMs a partir de las perspectivas de los participantes. Por una parte, en una investigación realizada entre los años 2010 y 2012 se evidenció que, en los casos con mayor efectividad, primó una visión positiva respecto a las expectativas de la intervención y de las acciones y discursos de las figuras significativas, lo que permitió desarrollar con los niños/as un proceso de rearticulación de su autoestima. Asimismo, se destacó que en estos casos coincidía la presencia previa al inicio del proceso, de recursos instrumentales tanto en los niños/as como sus familias (Sotomayor, 2016). En cuanto a los casos menos efectivos, se destacaron características asociadas a una escasa problematización de la situación abusiva y baja capacidad para pedir ayuda por parte de quienes han sido víctimas, junto con resistencias a iniciar un proceso reparatorio por parte de sus figuras cuidadoras (Sotomayor, 2016).

Por su parte, en el estudio que se llevó a cabo Dussert et al. (2017), el cual se enfocó en analizar la perspectiva de los padres y madres de los niños/as, se reportó que los procesos psicoterapéuticos insertos dentro de estos Centros le permitió a dichas figuras darle sentido a la situación abusiva y transformar los significados que presentaban en torno a la experiencia de ASI; cambios que a su vez posibilitaron una mayor sensación de bienestar e impulsaron la realización de cambios personales (Dussert et al., 2017).

Cambio Psicoterapéutico

Conceptualización de Cambio Psicoterapéutico

El cambio psicoterapéutico ha sido un tema central dentro del campo de investigación sobre psicoterapia a lo largo de los años, desarrollándose distintas concepciones al respecto, puesto que no existe una definición única y operacional sobre este fenómeno (Roussos, 2013). Ante esto, Roussos (2013) refiere como noción general, que los términos en torno al cambio han estado mayormente asociados a los resultados obtenidos, la reducción de síntomas y los cambios en los patrones de personalidad a lo largo de un tratamiento. No obstante, en la actualidad siguen persistiendo dificultades para consensuar la manera de percibir el cambio y su vínculo con los objetivos de un proceso psicoterapéutico (Gómez Penedo et al., 2017).

En relación a la temática de cambio, se ha evidenciado al proceso de psicoterapia como tratamiento eficaz, produciendo grandes niveles de cambio positivo a lo largo de los tratamientos (Smith y Glass, 1977); no obstante, también se ha buscado conocer si los pacientes responden de manera efectiva a las intervenciones psicoterapéuticas que se llevan a cabo con ellos (Gómez Penedo et al., 2017).

En este contexto, es importante conocer la complejidad operacional que ha significado establecer una dimensión de cambio que logre medir los resultados de una terapia, puesto que el contenido de cambio que se quiera evaluar variará según los niveles de complejidad que se busquen medir o abordar en su intervención (Strupp, 2013, como se citó en Gómez Penedo et al., 2017). Frente a esto, Doss (2004) plantea que existen una serie de mecanismos de cambio propuestos desde los distintos modelos teórico-técnicos para pensar el cambio en psicoterapia, lo que implicará situarse desde una comprensión y abordaje específico para llevar a cabo su medición (Gómez Penedo et al., 2017).

Gómez Penedo et al. (2017) sostienen que la heterogeneidad en los objetivos de cambio que se buscan alcanzar a través de los tratamientos psicoterapéuticos genera gran diversidad al momento de evaluar dichos resultados. En este sentido, Ogles (2013) ha indicado que existe una variabilidad respecto a la forma en la cual se mide el cambio, siendo las impresiones entregadas por los terapeutas, las primeras formas que existieron para medirlos. Sin embargo, en la actualidad no se recomienda utilizar el reporte entregado desde los terapeutas como fuente única, puesto que podrían incurrir en sesgos al momento de evaluar el cambio en sus pacientes (Ogles, 2013); ante esto, se avanzó en el auto-reporte desde los propios pacientes, para hoy ser uno de los más calificados el que es analizado por observadores o jueces externos, a pesar de que es el que contiene mayor escasez en sus instrumentos (Krause et al., 2005; Gómez Penedo et al., 2017).

En relación a los métodos estandarizados de cambio, emerge la propuesta de Knight (1941), quien en su postulado describió ciertos criterios específicos para que los terapeutas pudieran medir el cambio en sus pacientes, siendo la recuperación sintomática como uno de los ejes principales para su análisis. Para complemento de lo anterior, se han integrado estrategias de significancia clínica, las cuales tienen como finalidad, evaluar con mayor detalle los efectos de la psicoterapia a través de la medición de resultados, los cuales en general son a través de la varianza sintomática (Ogles, 2013, como se citó en Gómez Penedo, 2017).

Es a partir de este requerimiento teórico-práctico, que Jacobson y Truax (1991, como se citó en Gómez Penedo et al., 2017) levantan de manera general un modelo clásico que permite establecer un criterio clínico previo sobre cómo un paciente debiera finalizar un proceso psicoterapéutico para que éste sea considerado exitoso. Dentro de él, establece dos condiciones necesarias: 1) *el paciente debe lograr un cambio lo suficientemente grande para que su resultado sea confiable desde la visión estadística*; 2) *el paciente debe encontrarse más cerca de la media de funcionamiento de la población regular, que la de la población patológica al momento de finalizar su tratamiento*. Si se cumplen ambos criterios, se consideraba que se

había alcanzado un nivel de cambio clínicamente significativo, lo cual indicaba que el paciente se encontraba “recuperado” (Gómez Penedo et al., 2017).

Este planteamiento permitió extender el desarrollo de medidas de tamaño de efecto que pudieran dar cuenta de la significancia estadística que alcanzaban los cambios dentro de los procesos psicoterapéuticos de los pacientes, debido a las mismas limitaciones que encontraron Jacobson y Truax dentro de su estudio. A partir de su investigación, determinaron que no era posible distinguir las magnitudes de las diferencias que podrían ocurrir a nivel individual de cada paciente, sólo con el análisis inter-sujeto de un grupo control y las magnitudes de diferencias de su muestra (Gómez Penedo et al., 2017). En vista de esto, los autores concluyeron que era necesario valorar los casos de manera individual, a través de un análisis singular de los resultados de la terapia, puesto que los cambios intra-sujetos podrían aportar información valiosa de significancia clínica.

Posteriormente, los estudios levantaron la importancia del análisis comparativo de puntajes pre y post-tratamiento que se pudieran obtener al momento de medir los cambios, siendo sugerible, de ser posible, evaluar toda la trayectoria de cambio de un proceso psicoterapéutico, puesto que la evaluación de dos medidas no permite divisar completamente su transcurso durante el abordaje (Tschacher y Ramseyer, 2009, como se citó en Gómez Penedo et al., 2017). Por lo tanto, la necesidad de establecer medidas repetidas a lo largo de la trayectoria de cambio, permitirá establecer la magnitud del cambio singular, su valoración, la comprensión de cómo se produjo este cambio, entre otros aspectos (Gómez Penedo et al., 2017); esto, a través de la utilización de modelos de evaluación estadísticos que estén orientados a estudiar las tendencias de cambio (Gómez Penedo, Muiños y Roussos, 2017; Raudenbush y Bryk, 2002, como se citó en Gómez Penedo et al., 2017), siendo la diferencia entre la medida inicial y final, lo que se considera conceptualmente como el cambio producido a lo largo de un abordaje terapéutico (Gómez Penedo et al., 2017).

Sin embargo, la complejidad que significa operacionalizar este término, sigue siendo una preocupación significativa para el campo de estudio, puesto que existe una falta de acuerdo teórico y consensos respecto la utilidad clínica que contiene medir los resultados de un proceso (Hill, Chui y Baumann, 2013, como se citó en Roussos, 2013). Por lo tanto, se necesita respaldar empíricamente a través de una teoría sólida, el cómo las personas cambian y cómo la psicoterapia facilita esos cambios (Stiles, 2013, como se citó en Roussos, 2013).

Ante este escenario, es relevante presentar otra de las grandes formas en las cuales ha sido estudiado y comprendido el concepto de cambio, el cual se encuentra orientado a las problemáticas funcionales como un principal objetivo de cambio, o también conocido como cambio subjetivo (Gómez Penedo et al., 2017).

El cambio subjetivo se ha entendido, desde los estudios nacionales liderados por Krause et al. (2006), como un fenómeno esencialmente subjetivo que se va construyendo de manera sucesiva a través de las distintas fases del proceso psicoterapéutico, siendo los patrones subjetivos de explicación e interpretación los que cambian a partir del trabajo en terapia,

desarrollando nuevas teorías subjetivas en el paciente a nivel conductual y emocional. Esta perspectiva nace desde la crítica ante el abordaje del cambio sintomático como la visión más amplia que existe para estudiar los resultados psicoterapéuticos, siendo Henry (1998, como se citó en Krause et al., 2006), quien indica que el enfoque sólo basado en la disminución sintomática omitiría otros cambios significativos y generales.

Así, se conceptualiza el cambio psicoterapéutico como un proceso irregular pero progresivo, en el cual existen períodos de avance, estancamiento y proceso, siendo un curso creciente en el cual no sólo existen mejoras a nivel sintomático y conductual, sino que emergen transformaciones subjetivas respecto a las representaciones de sí mismo y el entorno (Altimir et al., 2010; Alves, Fernández-Navarro, Ribeiro, Ribeiro y Gonçalves, 2014). En esta línea, el cambio puede ser observado desde la perspectiva del paciente, su terapeuta o participantes externos (Elliot, 2010).

En este escenario, Krause (2011) a través de la Teoría del Cambio Subjetivo, ha descrito los procesos de cambio al distinguir los factores de influencia que permiten el cambio y los contenidos, mecanismos e indicadores que dan cuenta del cambio (Krause et al., 2006, 2007; Krause, Valdés, Echávarri, y Vilches, 2011). Por su parte, McLeod y Balamoutsou (1996) han conceptualizado al cambio psicoterapéutico como la reautoría de ciertos aspectos existentes en la propia historia. Desde una perspectiva narrativa, este proceso es definido como una construcción de narrativas alternativas de sí mismo y del mundo no alineado al discurso dominante del problema (Gonçalves et al., 2009, como se citó en Gómez, 2016). A su vez, el cambio psicoterapéutico también ha sido definido como un cúmulo de cambios positivos o constructivos visualizados en el paciente en psicoterapia, a raíz de técnicas, factores específicos, factores del paciente, de su terapeuta, y de sus interacciones (Bergin y Rogers, 1986, como se citó en Farkas et al. 2009)

Así, la comprensión respecto del mecanismo desde el cual se obtienen estos cambios ha sido uno de los puntos de mayor divergencia dentro de los distintos marcos teóricos en el campo de la psicología clínica (Gómez Penedo et al., 2017). En la actualidad, la falta de consenso respecto a esta temática ha dado paso a la creación de diversas metodologías e instrumentos para medir y estudiar este fenómeno, siendo un desafío el poder seleccionar el marco más adecuado tanto en el campo clínico e investigativo (Gómez Penedo et al., 2017). Ante esto, Ogles (2013) sugiere que es relevante incorporar las distintas perspectivas involucradas en un tratamiento psicoterapéutico, tales como el paciente, su terapeuta y observadores externos, y que el cambio sea estudiado a través de instrumentos que ya se encuentren afianzados en los marcos teóricos del tratamiento aplicado, así como otros trans-teóricos que permitan integrar clínica y conceptualmente los resultados obtenidos.

El cambio psicoterapéutico en población infantil es entendido como un proceso global de transformación del niño respecto a la visión de sí mismo y de su entorno, la cual es articulada gradualmente a partir de significados y modelos nuevos que le permiten entender sus dificultades, así como mediante una construcción de una narrativa personal y relacional más integrada (Gómez, 2016). Además, y tomando en cuenta la etapa del desarrollo en la que se

encuentra, la aparición del cambio psicoterapéutico también integra el diálogo con las figuras parentales y significativas del niño, quienes corresponden al primer acercamiento hacia el proceso de socialización e intercambio con el otro, y por consecuencia, actúan como apoyo hacia el alcance de logros asociados a sus procesos evolutivos (Sepúlveda, 2013, como se citó en Gómez, 2016).

Proceso de Cambio Psicoterapéutico en Niños y Niñas

El proceso de cambio psicoterapéutico en niños y niñas ha sido descrito como progresivo y gradual, y tal como se ha visualizado en adultos, está constituido por distintas fases desarrolladas de manera sucesiva (Gonçalves et al., 2009; Krause et al., 2006; Mander et al., 2014, como se citó en Gómez, 2016). A partir de la propuesta desarrollada por Gómez (2016) en busca de comprender el proceso de cambio psicoterapéutico en esta población, se presentan las fases del proceso de cambio psicoterapéutico.

En primer lugar, se encuentra la *fase inicial*, en la cual se destaca una sensación de ambivalencia por parte del niño en cuanto a la ocurrencia de una problemática, así como de la validación tanto del espacio terapéutico, del terapeuta y de los elementos que entregan ayuda frente al problema (Echávarri et al., 2009; Mander et al., 2014; Gómez, 2016). Esta fase implicaría un cambio evidenciado en una aceptación por parte del niño de la existencia de un problema que genera molestia y ante el cual necesita ser ayudado. Asimismo, durante esta fase se observarían cambios en la resistencia a asistir a terapia, la cual se encuentra asociada a sensaciones de miedo, angustia e incertidumbre; transformaciones en las que la relación terapéutica estaría fundamentalmente involucrada (Gómez, 2016), en cuanto el terapeuta sería el encargado de contener y comprender al niño frente a esta expresión (Capella et al., 2017).

Posteriormente, se ubica la *fase intermedia* del proceso de cambio, la cual tiene como objetivo principal el trabajar en la problemática, buscando que los niños, niñas y sus familias adquieran un mayor conocimiento acerca del problema y del motivo de consulta inicial, (Altimir et al., 2010; Gonçalves et al., 2009; Gómez, 2016) lo que permitiría el desarrollo de habilidades y la adquisición de un mayor sentido de agencia frente la problemática, aspectos que se evidenciarían en acciones que buscan enfrentar dicha dificultad (Gonçalves et al., 2009; Gómez, 2016).

Por último, la *fase final* del proceso de cambio refiere a la existencia de un mayor conocimiento y bienestar por parte del niño/a acerca del problema que lo aquejaba, junto con la consolidación de nuevos aspectos de sí mismo y la construcción propia de una nueva narrativa (Altimir et al. 2010; Krause et al., 2006; Gonçalves, 2002; Gonçalves et al., 2009; Gómez, 2016).

En síntesis, el proceso de cambio psicoterapéutico abarcaría una mejor integración de la problemática en el desarrollo vital de cada niño/a, mediante la elaboración gradual de una narrativa más enriquecedora, flexible y coherente, en un proceso que comprende una transformación de la visión de cada niño/a, de sus relaciones y su entorno (Gómez, 2016).

Contenido y Evolución del Cambio Psicoterapéutico en Niños y Niñas

Durante los últimos sesenta años, la calidad y cantidad de investigaciones asociadas al proceso psicoterapéutico en niños/as se ha incrementado (Castrillón, 2020), indagando especialmente tanto en el contenido del cambio, como en la evolución del mismo durante el proceso psicoterapéutico (Álamo, 2019).

Dentro de dichos estudios, se destaca lo realizado por Carlberg (2009) respecto a los cambios más importantes visualizados en el niño/a y su familia dentro del proceso psicoterapéutico. En cuanto al contenido de cambio, se destacó la perspectiva de los terapeutas, quienes visualizaron cambios importantes tanto en el niño/a como en la relación terapéutica, reportándose un aumento y profundidad en el contacto visual y las conversaciones, una mayor reciprocidad en la interacción y un fortalecimiento de la relación.

En busca de describir los principales cambios de niños y niñas en el transcurso de un proceso psicoterapéutico, Álamo (2019) observó desde el reporte de los terapeutas y de los padres, que la terapia generó cambios en el niño/a en cinco principales dimensiones: afectiva, cognitiva, comportamental, identitaria y relacional. Lo anterior se relaciona con la propuesta elaborada por Gómez (2016), la cual se centra en una mirada comprensiva respecto al contenido de cambio en la vida tanto de niños/as como de adolescentes que han llevado a cabo procesos psicoterapéuticos. Este planteamiento considera el desarrollo de cinco áreas: *sintomatológica, de relación con el problema, nivel intrapersonal, nivel interpersonal y nivel conductual*; esferas que se encuentran estrechamente interrelacionadas y que si bien se asocian a los procesos de transformación y crecimiento de la población en general, resultan ser especialmente relevantes para la población infanto-juvenil, en tanto colaboran en la adquisición de habilidades (Carlberg et al., 2009) y en el desarrollo identitario de este grupo (Gibson y Cartwright, 2014).

En cuanto a la evolución del cambio psicoterapéutico, Álamo (2019) evidenció que los cambios fueron ocurriendo gradualmente y mediante transformaciones interrelacionadas, en donde aquellas que son generadas por los padres, refuerzan las que son desarrolladas por el niño/a y viceversa. En suma, se reportó que dichos cambios fueron ocurriendo en distintos niveles; inicialmente en los niños/as, luego en los padres, entre ambas figuras, y finalmente, en el contexto de terapia. Asimismo, en el estudio de Carlberg (2009) los terapeutas reportaron al menos un cambio cada tres meses de tratamiento, los cuales ocurrieron de manera continua y gradual (Carlberg, 2009; Álamo, 2019) y se presentaron durante la fase intermedia de la terapia, para luego ir en aumento hasta evidenciarse más claramente hacia el final del proceso (Álamo, 2019).

En esta misma línea, Pereira (2014) realizó un estudio en busca de indagar los criterios utilizados por los terapeutas para analizar dicha evolución, concluyendo que los criterios más relevantes durante las sesiones con niños y niñas fueron el demostrar conflictos mediante el

juego, hablar sobre los propios miedos, demostrar confianza con el terapeuta y entablar una comunicación afectiva con el mismo (Álamo, 2019).

Los autores también se han interesado en recoger la evaluación del cambio psicoterapéutico desde la perspectiva de los niños/as, reportándose desde Álamo (2019) que en cuanto al contenido de cambio, los niños y niñas manifestaron cambios en las esferas afectiva, comportamental, interpersonal y en menor medida, en la esfera de la identidad. Respecto a la sintomatología, en la esfera afectiva se evidenció una mejora en el estado anímico, una disminución en los miedos y en los síntomas ansiosos; mientras que en la esfera comportamental se destacó una mayor autonomía y madurez (Álamo, 2019). De esta forma es posible observar cambio psicoterapéutico debido a la disminución y/o remisión de los síntomas presentes en los niños/as, junto con un alivio de la sintomatología presentada al inicio o desarrollo del proceso de intervención (Elliot, 2008; Olivera et al., 2011, como se citó en Gómez, 2016).

Por otra parte, Carlberg (2009) constató que los niños y niñas manifestaron haber aumentado su autoestima, junto con su capacidad para manejar y expresar sus sentimientos, comportamientos y para contactarse consigo mismos. Asimismo, refieren haber logrado mejores relaciones sociales con sus padres y/o con sus pares (Álamo, 2019).

Adicionalmente, y con el objetivo de conocer la comprensión de los niños/as respecto a sus procesos de cambio psicoterapéutico, Álvarez (2017) reportó que desde sus propias narrativas, los niños/as habían sido capaces de identificar un antes y un después en las áreas de imagen personal, cambios en las relaciones interpersonales y cambios en el contexto escolar, los que son experimentados a lo largo del proceso de psicoterapia. Del mismo modo, y en busca de indagar la autopercepción de los niños sobre su proceso de terapia, Areas et al. (2020) evidenciaron que estos fueron capaces de expresar cambios asociados con aspectos conductuales, emocionales e interpersonales. A su vez, valoraron el cambio de manera positiva, señalando que el asistir a psicoterapia les parecía agradable en tanto implicaba recibir ayuda para solucionar sus problemas y/o aprender.

Aspectos Influyentes de Cambio Psicoterapéutico

Al interior de un proceso psicoterapéutico es posible observar la presencia de factores inespecíficos y específicos de la terapia, los cuales podrían influir en la obtención de resultados finales (Opazo, 2001 como se citó en Santibáñez et al. 2008). Estos aspectos se encuentran en constante interacción con otro tipo de factores extra terapéuticos, como lo es la situación contextual de los pacientes, el apoyo de figuras significativas, las expectativas iniciales ante el tratamiento, entre otros (Fonagy y Target, 1996).

Dentro de las variables que han sido mayormente estudiadas y que contienen cierta relación con los resultados psicoterapéuticos obtenidos al final de un tratamiento, es posible identificar aquellas de tipo demográfico y del diagnóstico clínico del paciente (Winkler y cols., 1989, como se citó en Santibáñez et al., 2008).

Según lo indicado por Luborsky, Mintz y Christoph (1979, como se citó en Santibáñez et al., 2008), las variables preexistentes del consultante son las que predicen con mayor magnitud el cambio sintomático en un proceso psicoterapéutico. En este sentido, las variables de *edad, sexo y sintomatología inicial* parecen abrir un camino de interés para comprender la variabilidad en los resultados posibles de observar en los tratamientos psicológicos con población infantil (Francés, Sweeney y Clarkin, 1985; Garfield, 1981, como se citó en Santibáñez et al., 2008). Por lo tanto, en esta ocasión se analizará la incidencia que contienen estos factores para la obtención de cambio psicoterapéutico en niños y niñas, para luego profundizar sobre el impacto de éstos mismos en población infantil que ha sido agredida sexualmente, teniendo en cuenta que estos aspectos también son considerados por sus terapeutas al comienzo de sus procesos en los Centros de PRM (SENAME, 2015).

En relación al rol que cumple la *edad* de los niños/as para la obtención de resultados psicoterapéuticos, Target (1993, como se citó en Fonagy y Target, 1996) destaca que esta variable contiene un gran impacto en la posibilidad de mejora sintomática posible de alcanzar. Asimismo, Cuijpers et al. (2020) indican a través de su estudio metaanalítico que no se ha estudiado a profundidad los efectos que contienen los procesos psicoterapéuticos a través de los distintos grupos etarios, a pesar de la relevancia científica que esto contiene; puesto que conocer esta información le permitiría a los profesionales del ámbito clínico adaptar los lineamientos de un tratamiento para alcanzar óptimos resultados, puesto que los procesos psicológicos varían según la edad de cada sujeto.

Es por esto que la evidencia científica que existe alrededor del factor de edad en la incidencia de cambio psicoterapéutico se presenta de manera muy variada. Por un lado, autores como Weisz et al. (1995) indican que los niños/as de mayor edad, debido al factor evolutivo que impacta en su desarrollo cognitivo y habilidades sociales presentes, pueden mostrar una mayor presencia de madurez cognitiva; la cual podría ser un elemento de colaboración y beneficio en la terapia una vez que se construye una sólida alianza terapéutica desde la cual sea posible trabajar, siendo los niños/as más grandes quienes pudieran alcanzar mejores resultados, ya que ellos comprenderían en mayor magnitud el propósito del proceso psicoterapéutico, y a su vez, estarían mayormente capacitados para trabajar a través del diálogo verbal como la estrategia terapéutica predominante (Weisz et al. 1995).

De la misma forma, Cuijpers et al. (2020) señalan que a menor edad del paciente, es posible observar menos tamaños de efecto en un tratamiento psicoterapéutico, puesto que al momento de comparar los resultados obtenidos entre grupos de niños y de mayor edad, se concluyó que el tamaño del efecto entre niños y otros de mayor edad, fue el que presentó mayor diferencia significativa.

De manera contraria, Casey y Berman (1985, como se citó en Weisz et al., 1995) no encontraron relaciones significativas entre esta variable y los resultados terapéuticos obtenidos, pues Weisz et al. (1987, como se citó en Weisz et al., 1995) logró identificar mayor cambio psicoterapéutico en niños/as de menor edad, al igual que Fonagy y Target (1996), quienes observaron en un estudio sobre niños/as y adolescentes, que el grupo que obtuvo mayor mejora

sintomática, independiente de su diagnóstico y severidad, fue el de niños/as pequeños. De la misma forma, Santibáñez et al. (2008) han señalado que los consultantes de menor edad pueden obtener mayor éxito en sus resultados, puesto que el factor evolutivo en su desarrollo les permite presentar una mayor flexibilidad cognitiva para adaptar nuevos elementos que surgen desde los procesos de terapia.

Por lo tanto, ante esta situación de ambivalencia en los resultados, es que se han realizado estudios en los que se combinan otras variables incidentes de cambio psicoterapéutico, como lo es la de *sexo*.

Autores tales como Jones, Zoppel (1982) y Ogrodniczuk (2006), han señalado que el sexo es una de las variables más consideradas dentro de las características del paciente, ya que muchas áreas de la vida se encuentran afectadas por esta categorización, por lo que es probable que un proceso psicoterapéutico también contenga diferencias en los resultados entre hombres y mujeres.

Sin embargo, al igual como se observa en los estudios sobre la incidencia de la edad en los resultados psicoterapéuticos, la literatura alrededor de la variable de sexo también contiene miradas divergentes. Mientras Kirshner, Genack y Hauser (1978, como se citó en Ogrodniczuk, 2006) no reportan diferencias significativas en los resultados entre hombres y mujeres, el estudio de Cottone, Drucker y Javier (2002, como se citó en Ogrodniczuk, 2006) señala que los hombres han obtenido mayores beneficios que las mujeres en sus tratamientos psicológicos.

En este escenario, se puede apuntar a que la diferencia en estos resultados inconsistentes radica fundamentalmente en razones de tipo metodológico, como lo es el análisis de una muestra de tamaño reducido, falta de perspectivas integradas en un estudio, menor cantidad de hombres que de mujeres al momento de evaluar comparativamente, entre otros (Ogrodniczuk, 2006).

Por otra parte, Mintz y O'Neil (1990, como se citó en Ogrodniczuk, 2006) también señalan que la variable de sexo sería un factor biológico que contiene mínima relevancia al interior de un proceso de tipo psicológico y que no se relaciona de manera significativa con el resultado en psicoterapia (Garfield, 1994; en Trull y Jerry, 2003, como se citó en Santibáñez et al., 2008) y que a diferencia del contenido sociocultural que pueden proveer las actitudes en torno al género, no existiría una relevancia importante en torno a este factor de estudio. Ahora bien, en ciertos contextos el género del consultante y el terapeuta podrían contener una relevancia, como lo ha identificado Trull y Jerry (2003, como se citó en Santibáñez et al., 2008), que pudiese darse en atención con víctimas de agresión sexual.

Así, es posible indicar que existen variables más allá del sexo que interactúan al interior de un proceso psicoterapéutico y que podrían explicar la variabilidad en los resultados. En este sentido, el metaanálisis de Weisz et al. (1995) realiza un estudio control de ciertas variables tales como la edad, sexo, experiencia del terapeuta, motivo de consulta, entre otros. La relevancia que contiene señalar lo anterior, tiene relación con los resultados que obtuvo el

agrupar los factores incidentes de cambio psicoterapéutico de edad y sexo, siendo posible observar que, en su interacción, estas dos alcanzaron valores significativos de cambio ($p < 0.0001$).

Siguiendo en la línea de los resultados destacados dentro del estudio de Weisz et al. (1995), se presenta la variable clínica de *sintomatología inicial* con la cual los pacientes comienzan un proceso de terapia, la cual contiene un rol predominante en los resultados psicoterapéuticos de manera individual y en interacción con otros componentes. Fonagy y Target (1996) hacen referencia a este concepto, indicando que este factor sobresale como uno de los elementos de mayor relevancia al momento de predecir el cambio en población infantil entre 6 a 12 años de edad. En esta misma línea, Santibáñez et al. (2008) definen que es una de las variables abordadas con mayor frecuencia en la literatura y que ha arrojado un grado de asociación significativa con los resultados visualizados al final de un proceso.

De manera principal, la sintomatología inicial será entendida como la severidad sintomática posible de medir al comienzo de un tratamiento psicoterapéutico, la cual, dependiendo el grado o línea de prevalencia, podría predecir mejoras clínicamente significativas y/o confiables (Koffmann, 2018). Según lo indicado por Koffmann (2018), la angustia sintomática visualizada en las primeras cinco sesiones sería el tiempo adecuado para predecir la presencia de cambio en las siguientes fases de un tratamiento; puesto que esta medición inicial funcionaría como un eje de trabajo desde el cual el terapeuta puede diseñar un plan de intervención, ya que, al poner atención en los niveles de angustia sintomáticos de cada paciente, es factible que se proyecte una mejora temprana sustancial.

Teniendo en cuenta esta evidencia científica, es posible indagar en la diferencia que existe entre la línea sintomática internalizante y externalizante en el proceso de obtención de cambio, y la relevancia que contiene la presencia de estos tipos de sintomatología.

Entre las variables que trabajó Santibáñez et al. (2008), se señaló que existe una creencia generalizada entre los profesionales del área clínica sobre que los pacientes con menor severidad en su problemática serían los que obtendrán mayores beneficios a lo largo de un tratamiento psicoterapéutico. Sin embargo, los datos en torno a esta aseveración son contradictorios e inconsistentes. Más bien, pareciera ser que junto con el nivel de gravedad, también se ha hecho hincapié en las líneas sintomáticas (externalizantes e internalizantes).

Así, se podría levantar la interrogante de Weisz et al. (1995), en la cual se preguntan si los resultados obtenidos difieren según el problema por el cual se consulta. Lo que en este caso, podría ser analizado desde la perspectiva de que, dependiendo la presencia de sintomatología en la línea internalizante o externalizante, se podrían observar resultados distintos.

En primer lugar, los síntomas de tipo externalizante son descritos como aquellos comportamientos desregulados y disruptivos tales como la impulsividad, la hiperactividad, la agresividad y la hostilidad con pares. Por otra parte, los síntomas internalizantes presentan un malestar emocional interno y se encuentran en una línea mayormente ansiosa y/o depresiva, en

el cual es común observar preocupación excesiva, temor, problemas al dormir, síntomas de culpa, entre otros (Yong et al., 2014).

Según lo presentado por Probst, Víslá y Flückiger (2022) sobre la presencia de síntomas internalizantes y su relación con la observación de cambios positivos en un tratamiento, se ha podido señalar que si bien este es uno de los predictores más comunes de disminución sintomatológica, también en ocasiones presenta evidencia controversial en su validez (Newman et al., 2013, como se citó en Probst et al., 2022). No obstante, en los más recientes estudios se ha confirmado de manera general que los pacientes con reporte de sintomatología inicial en esta línea, obtienen cambio en el largo plazo, independientemente de la severidad en sus síntomas (Newman y Fisher, 2010; Wetherell et al., 2005, como se citó en Probst et al., 2022). Esto puede ser entendido desde el foco que contienen las terapias orientadas a tratar aquellos síntomas que afectan mayormente al paciente; ese es el caso que presenta Goenjian et al. (1997), en el cual se observa que un proceso psicoterapéutico exitosamente orientado a aliviar aquellos síntomas de TEPT, obtuvo grandes resultados en su disminución sintomatológica. En este escenario, se puede indicar que el foco de la intervención en relación a la temática de trauma (la cual era la sintomatología predominante), fue lo que permitió obtener los cambios esperados.

Ahora bien, respecto a la presencia de síntomas en la línea externalizante y la predicción de resultados positivos, se ha señalado primeramente que este conjunto de comportamientos suele interferir negativamente en el desarrollo social y las relaciones interpersonales (Campbell et al., 2010; Capaldi y Stoolmiller, 1999; Kiesner, 2002; Renouf y Kovacs, 1997; Stice et al., 2004, como se citó en Yong et al., 2014). Este aspecto es importante de considerar, puesto que la vinculación entre terapeuta y paciente que se logre llevar a cabo incidirá de manera directa en la posibilidad de intervenir adecuadamente con el niño o niña, en función de disminuir su malestar sintomático (Zorzella et al., 2015).

También, es necesario comprender que estos dos tipos de sintomatologías no son entidades separadas, sino que más bien coexisten entre una y otra, siendo posible observar en el curso del desarrollo de las personas que ciertos síntomas o comportamientos dan paso a la expresión de otra línea sintomática con el paso del tiempo (Chase et al., 2008); más aún cuando la población consultante ha experimentado situaciones con altos niveles de trauma. En este contexto, es usual visualizar que los niños/as que han sido víctimas de alguna situación de este tipo, como lo son las ASI, frecuentemente presentan elevados niveles de sintomatología internalizante y externalizante (Manly, Kim, Rogosch y Cicchetti, 2001, como se citó en Zorzella et al., 2015).

En adición a lo anterior, el estudio de Chase et al. (2008) corrobora que es posible obtener cambio psicoterapéutico en la línea externalizante e internalizante cuando se aplica un tratamiento orientado a reducir el malestar predominante; lo que confirma nuevamente la importancia que contiene llevar a cabo tratamientos focalizados en disminuir la sintomatología que se presenta con mayor prevalencia.

En conclusión, es posible indicar que estos factores incidentes de cambio

psicoterapéutico, como lo es la edad, el sexo y la sintomatología inicial en un tratamiento psicológico, usualmente no trabajan de manera independiente en la disminución sintomática, sino que interactúan de manera conjunta para permitir una mejora sostenida a lo largo del tiempo en aquellos casos donde el tratamiento psicoterapéutico se establezca de manera exitosa (Fonagy y cols., 2002; Frank, 1988, como se citó en Sepúlveda, 2019).

Cambio Psicoterapéutico en Niños y Niñas que han sido Víctimas de Agresión Sexual

Conceptualización e Investigación sobre Cambio Psicoterapéutico en Niños y Niñas que han sido víctimas de Agresión Sexual

Respecto al proceso de cambio llevado a cabo por parte de niños y niñas que han sido víctimas de agresión sexual, este ha sido descrito como un “proceso de crecimiento y transformación global del niño/a o adolescente respecto de la visión del sí mismo, sus relaciones y el mundo, a través de un proceso de reconceptualización de la experiencia de agresión sexual” (Gómez, 2016, p.76).

Águila (2015), agrega que este proceso también implica la adquisición de nuevos significados y la construcción de nuevas teorías por parte de cada niño/a y sus figuras significativas, mediante la resignificación de la experiencia abusiva y el posterior alivio de las secuelas ocasionadas en sus desarrollos vitales, transformaciones que ocurren gradualmente a través de la elaboración de una narrativa que funciona como una alternativa a un relato traumático de la experiencia abusiva vivenciada.

De esta forma, aquel momento de reconceptualización y resignificación de la experiencia de ASI le permitiría a cada actor dar un significado a la misma e integrarla en su continuo vital como un acontecimiento más dentro de otros (Capella, 2011; Capella et al., 2016; Neimeyer et al., 2006; Ronen, 1996), comprendiendo que no es un hecho que definiría al niño o niña, en tanto éste es el autor de su propia experiencia (Espeleta, 2017).

En busca de evaluar el cambio psicoterapéutico en este tipo de población, la investigación ha puesto su centro en el cambio sintomático. De esta forma, Hetzel-Riggin, Brausch y Montgomery (2007) y Sanchez-Meca, Rosa-Alcázar y López-Soler (2011) se constituyen como algunos de los estudios que abordan esta temática desde lo conductual y sintomático, así como a partir de los lineamientos teóricos entregados por los organismos y centros de atención de víctimas de agresiones sexuales. Sin embargo, estos últimos no reflejan el impacto que contienen estos lineamientos en la práctica clínica y en la comprensión de los niños y niñas acerca de su proceso de cambio (Capella, 2014; Espeleta, 2017).

Si bien existen estudios que evalúan cambio psicoterapéutico mediante intervenciones específicas y/o dentro de contextos específicos, son escasas las investigaciones enfocadas en el trabajo con quienes han sido víctimas de ASI (Gómez, 2016); siendo minoritarios los estudios reportados sobre las perspectivas subjetivas de niños, niñas y adolescentes en cuanto a la

ocurrencia o no de cambios durante el proceso terapéutico, y cómo éstos impactan en el desarrollo de nuevos comportamientos y narrativas asociadas a la experiencia abusiva (Capella et al., 2018; Capella et al., 2022).

De igual manera, se observa un número reducido de estudios que han integrado en su trabajo investigativo las perspectivas entregadas por parte de las figuras cuidadoras y/o de los y las terapeutas (Águila et al., 2016; Capella et al., 2016, 2018; Dussert et al., 2017; Farr et al., 2021; Foster y Hagedorn, 2014; Jessiman, Hackett y Carpenter, 2017; Nelson-Gardell, 2001, como se citó en Capella et al., 2022). Lo anterior se replica a nivel nacional, en tanto los estudios que recogen las perspectivas de las figuras responsables y significativas de los niños/as han sido escasamente desarrollados, caracterizándose por abarcar el proceso de superación, la valoración de la terapia y la asistencia social, más que en el estudio mismo del cambio en psicoterapia (Espeleta, 2017).

No obstante, durante los últimos años se ha desarrollado a nivel nacional una línea de investigación enfocada en el proceso de cambio psicoterapéutico en niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de ASI. Entre ellos, se destaca el proyecto Fondecyt titulado “Cambio Psicoterapéutico en Agresiones Sexuales: Perspectiva de los niños/as y adolescentes que han sido víctimas, sus padres y sus psicoterapeutas”, desarrollado entre los años 2014 y 2017 y liderado por la investigadora Claudia Capella. Esta investigación reportó la presencia de una valoración positiva del proceso psicoterapéutico por parte de los niños/as (Vega, 2020).

Del mismo modo, el estudio desarrollado por Capella et al. (2018) respecto a los significados del cambio psicoterapéutico reveló que los niños y niñas lograron superar la experiencia abusiva a partir de un proceso positivo, el cual permitió un crecimiento personal en cada uno de ellos. En suma, niños y niñas mencionaron presentar al inicio de la terapia cambios afectivos asociados a una disminución de la sintomatología y una percepción de mayor bienestar; reportes que llevaron a las autoras a concluir que durante la etapa inicial aparecerían dichas sensaciones, en tanto la elaboración de la experiencia traumática se manifestaría posteriormente (Capella et al., 2018).

Finalmente, en su investigación sobre la continuidad del cambio psicoterapéutico en niños y niñas luego de finalizado el proceso psicoterapéutico, Capella et al. (2021) reportaron la presencia de cambios en las esferas sintomáticas, emocionales, sociales, identitarias y asociadas a la agresión sexual, destacándose además los esfuerzos personales y el apoyo de los adultos cuidadores como elementos que favorecieron la mantención del cambio. Asimismo, concluyeron que la mayoría de los cambios apreciados por los participantes se mantuvieron luego del término del proceso psicoterapéutico (Capella et al., 2021).

Proceso de Cambio Psicoterapéutico en Niños y Niñas que han sido Víctimas de Agresión Sexual

En busca de comprender los procesos de cambio psicoterapéutico en NNA que han sido víctimas de ASI, Gómez (2016) realizó una integración de la literatura referida al cambio

psicoterapéutico y al proceso de psicoterapia con este tipo de población. A continuación, se presenta lo expuesto por la autora, en el cual describe que este proceso ocurre a través de etapas consecutivas que implican una complejización gradual de las narrativas de los y las niños en torno a la experiencia abusiva (Gómez, 2016).

Primeramente, la *etapa inicial* se caracteriza por el ingreso al espacio psicoterapéutico, en el cual se busca la aceptación por parte de cada niño o niña sobre el carácter abusivo que contiene la experiencia de ASI vivenciada, la cual provoca molestia e implica ayuda o protección por parte de otros (Gómez, 2016). Dicho objetivo contempla el proceso de develación de lo ocurrido, el cual es atravesado por factores que implican distintos grados de dificultad y afectación para el niño/a (Capella, 2010; Gutiérrez y Steinberg, 2012; Gómez, 2016), siendo posible observar un desarrollo inicial de mecanismos de resistencia y/o ambivalencia (Vega, 2020), pero también con una sensación de alivio evidenciada a través de cambio emocional, una vez superadas dichas dificultades iniciales (Capella et al., 2022).

Es a partir de lo anterior que resulta fundamental que en esta fase se construya la alianza terapéutica, en tanto ésta actuaría como un vehículo facilitador de la disminución de resistencias y sentimientos de temor e inseguridad por parte del niño/a (Capella et al., 2016; Fernández, 2013; Llanos y Sinclair, 2001; Gómez, 2016), y que a su vez permitiría la validación del espacio psicoterapéutico como un lugar seguro y útil (Vega, 2020).

En segundo lugar, la *etapa media* es descrita como aquella en la que el trabajo psicoterapéutico sobre la experiencia de ASI es abordada con profundidad, en tanto es abarcada de mayor manera (Capella et al, 2022). Asimismo, durante esta etapa de tratamiento se destacan aspectos como la emocionalidad del niño/a en relación a lo vivenciado, los conflictos relacionales ocasionados por aquello, las dinámicas traumatogénicas y/o familiares asociadas a la experiencia, entre otros (Cantón y Cortés, 2004; Malacrea, 2000; SENAME, 2012; Gómez, 2016), permitiendo la aparición de cambios más profundos y complejos tales como la disminución de sentimientos de culpa, indefensión y estigmatización, la distinción de las figuras cuidadoras y de apoyo, entre otras; cuales se vincularían directamente con las características y consecuencias de la experiencia abusiva de cada uno de los niños y niñas (Águila, 2015).

Así, esta etapa respondería a un cambio en la comprensión y significación de la experiencia de ASI (Gómez, 2016), la cual conlleva transformaciones en diversas esferas tales como la remisión de la sintomatología, mejoras en la identificación y expresión emocional, cambios en las relaciones interpersonales, en la percepción de sí mismo y del entorno (Vega, 2020); cambios que posibilitan al niño/a a enfrentar lo vivenciado desde un nuevo posicionamiento (Gómez, 2016).

Finalmente, en la *etapa final* se evidenciaría un entrelazado entre diversos aspectos que contemplan la consolidación de lo construido durante las fases anteriores (Vega, 2020), observándose en el niño/a mayor optimismo respecto a la posibilidad de superar la experiencia abusiva, junto con una visión más positiva de sí mismo y el futuro (Capella et al., 2022).

Asimismo, durante esta etapa sería posible visualizar los logros alcanzados; evidenciándose por una parte un mayor bienestar, en tanto lograrían comprender la experiencia abusiva con mayor conciencia y profundidad, así como aceptar que, si bien el hecho no será olvidado, su recuerdo tendrá un menor impacto negativo (Vega, 2020).

En síntesis, el niño/a presentaría cambios vinculados a una mejora y/o remisión sintomatológica, una percepción mayor de bienestar psicológico, mayor unión con las figuras cuidadoras y/o familiares, entre otras (Capella et al., 2016; Dussert et al., 2017, como se citó en Gómez, 2016).

Por último, cabe destacar que durante esta etapa también podrían presentarse cambios en la alianza terapéutica, evidenciándose mayor cercanía y complicidad entre el niño/a y su terapeuta, además de un reconocimiento por parte del primero sobre la ayuda recibida por el profesional y del espacio terapéutico en el que se llevó a cabo el proceso (Águila, 2015; Krause, 2005; Lama, 2014, como se citó en Gómez, 2016).

Aspectos influyentes en el Cambio Psicoterapéutico en Niños y Niñas que han sido Víctimas de Agresión Sexual

Tal como es descrito en niños, niñas y adolescentes que no han sido víctimas de ASI, el proceso de cambio psicoterapéutico en quienes han sido víctimas de alguna experiencia abusiva se encuentra influenciado por múltiples elementos, los cuales pueden tanto facilitar como obstaculizar dicho proceso (Gómez, 2016).

- a) *Facilitadores del Cambio Psicoterapéutico:* Respecto al proceso de psicoterapia, la literatura ha descrito la posición empática y comprensiva del terapeuta como uno de los principales facilitadores del proceso psicoterapéutico (Capella et al., 2018), aspecto que es complementado al comprender la relación terapéutica como un vínculo sanador que posibilita la apertura, expresión y el abordaje de la experiencia abusiva (Gómez, 2016).

En relación con el proceso de intervención en sí mismo, NNA han considerado como aspecto facilitador de cambio, la posibilidad de hablar tanto de la experiencia abusiva como de otras temáticas (Gómez, 2016), junto con el uso por parte del terapeuta de técnicas verbales y no verbales durante las sesiones (Capella et al., 2018). En cuanto al formato de las intervenciones, mencionan que las participaciones en formatos grupales les ayudarían a superar sentimientos de soledad y aislamiento (Rodríguez, 2014, como se citó en Gómez, 2016), mientras que respecto a su duración, destacan como elemento positivo los periodos largos de intervención (Capella et al., 2018).

Asimismo, han emergido como facilitadores del cambio los aspectos personales de cada NNA, tales como la determinación personal, la capacidad de afrontamiento a posibles adversidades y la disposición al cambio (Espeleta, 2017).

Por otra parte, distintos estudios han identificado elementos extra-terapéuticos como facilitadores de cambio psicoterapéutico positivo, los cuales se encuentran asociados a las figuras significativas de cada niño/a, destacando el apoyo y ayuda de estas figuras tras la develación de la experiencia abusiva (Capella et al., 2018). Del mismo modo, desde el contexto judicial se ha destacado el buen trato por parte de los operarios de justicia y el cumplimiento de las expectativas asociadas al proceso judicial; mientras que en el contexto educacional y laboral se menciona el apoyo entregado tanto al NNA y a sus figuras cuidadoras (Espeleta, 2017).

- b) *Obstaculizadores del Cambio Psicoterapéutico*: Respecto a aquellas situaciones visualizadas como obstaculizadoras ante el proceso de cambio psicoterapéutico (Capella et al., 2021), NNA destacan la breve duración de la psicoterapia como un elemento que podría limitar la profundización de algunas temáticas (Hetzl-Riggin et al., 2007, como se citó en Gómez, 2016).

En cuanto al ámbito individual, la evitación de ciertos tópicos asociados a la experiencia abusiva, podrían interferir en el proceso de cambio psicoterapéutico (Espeleta, 2017). Dentro del ámbito extraterapéutico, se destaca la falta de escucha, credibilidad, apoyo y ayuda por parte de las figuras significativas de NNA como un obstaculizador en el proceso de superación (Gómez, 2016), junto con la exigencia por parte del entorno familiar para una rápida estabilización emocional por parte del niño (Espeleta, 2017).

Finalmente, dentro del contexto judicial, los malos tratos por parte del personal de justicia y el no cumplimiento de las expectativas ligadas al proceso, se constituyen como elementos obstaculizadores de cambio (Espeleta, 2017).

Alianza Terapéutica

Conceptualización de Alianza Terapéutica (AT)

A lo largo de los años, la alianza terapéutica (AT) se ha destacado por ser uno de los componentes de la relación terapéutica que ha cobrado mayor interés dentro del campo de investigación en psicoterapia (Krause et al., 2011), pudiendo ser conceptualizada en la actualidad como un factor esencial dentro de los procesos psicoterapéuticos, debido a su rol imprescindible para predecir el éxito terapéutico (Corbella y Botella, 2003).

La conceptualización en torno al término de alianza terapéutica presenta una gran data histórica, siendo Freud (1912, como se citó en Corbella y Botella, 2003) quien plantea la importancia sobre el interés y la actitud comprensiva que debe presentar el analista en el transcurso de los tratamientos terapéuticos, con la finalidad de que se establezca una relación positiva y beneficiosa que le permita al paciente, a través del rol transferencial, favorecer la aceptación y credibilidad de las interpretaciones del terapeuta, y desarrollar un compromiso en la realización del tratamiento propuesto (Corbella y Botella, 2003).

Más tarde, esta noción fue distanciándose de esta lectura transferencial, enriqueciéndose desde la escuela humanista al incorporar en su definición las cualidades de empatía, congruencia y aceptación incondicional como condiciones que debe presentar el terapeuta sobre el paciente para el establecimiento de una relación efectiva (Rogers, 1951, 1957, como se citó en Corbella y Botella, 2003).

Los planteamientos anteriores permitieron a Bordin (1979) construir un modelo de referencia general desde el cual se puede comprender la definición de alianza terapéutica, entendiéndose como aquella relación colaborativa que se establece entre terapeuta y cliente, en la cual se logra acordar de manera conjunta los elementos relativos al proceso psicoterapéutico que se encuentran orientados al cambio. El autor plantea tres componentes esenciales para su adecuada calidad y fuerza, estos son:

- a) *el acuerdo conjunto respecto a las tareas a realizar*
- b) *el establecimiento de un vínculo positivo entre terapeuta y paciente*
- c) *el acuerdo en relación a los objetivos a alcanzar dentro del tratamiento*

Respecto al primer componente de la alianza terapéutica, el autor indica que las tareas son aquellas acciones y pensamientos que forman parte del proceso terapéutico, las cuales al ser percibidas como importantes para la mejora del paciente, permiten su adecuado establecimiento de la AT (Bordin, 1979). En esta misma línea, el segundo componente referente a la construcción de una relación de confianza y aceptación emerge como un factor primordial en la configuración de una buena alianza, la cual, junto con el tercer componente del acuerdo respecto a los objetivos a alcanzar dentro del proceso terapéutico, da paso al establecimiento de una sólida alianza terapéutica (Bordin, 1979).

Horvath, Luborsky (1993) y Ovenstad et al. (2021) recalcan esta idea e indican que cuando el trabajo colaborativo es comprometido y va en sintonía a las necesidades del paciente, se facilita la adherencia al tratamiento y la obtención de resultados positivos en un proceso psicoterapéutico.

Respecto a este punto, se ha evidenciado que el adecuado establecimiento de la AT dentro de un tratamiento desempeña un rol crítico en la efectividad en los tratamientos y es considerado como un predictor de cambio, subyaciendo en la efectividad de cualquier tipo de terapia (Bordin, 1979; Horvath y Luborsky, 1993; Weinberger, 2002; Shirk y Karver, 2003; Zorzella et al., 2015). Dicho esto, se ha evidenciado que el impacto que contiene la alianza varía entre el 25% y el 30% en los resultados psicoterapéuticos, sin embargo, la asociación entre la AT y los resultados obtenidos no tienen una relación directa según el tiempo transcurrido del tratamiento; más bien, depende de la perspectiva de quién lo evalúa y de la fase en la que es medida (Horvath y Symonds, 1991; Horvath et al., 2011).

Desde la perspectiva de cambio sintomático, el trabajo de Gaston et al. (1991) mostró que las puntuaciones de AT lograron explicar el aumento en la variabilidad de los resultados de cambio finales. Esto, siendo medido desde la etapa inicial, hasta el final de los procesos

psicoterapéuticos. Por lo tanto, la hipótesis alrededor del rol que contiene la alianza terapéutica inicial en la obtención de cambio psicoterapéutico, toma más fuerza a través de los últimos estudios (Gaston et al., 1991).

Aun así, seguía sin estar claro si la AT era una condición necesaria para que una terapia tuviera éxito, o si bien, se constituía como un factor activo que impulsa directamente el cambio psicoterapéutico. Debido a la relevancia que contiene esta interrogante para comprender el impacto de la AT en los resultados psicoterapéuticos y la forma en la que su proceso influye en dichos resultados, Baier et al. (2020) decidieron ahondar en este debate a través de una revisión sistemática, lo cual rectificó que la alianza, como un constructo común e independiente del tipo de psicoterapia, contiene un rol mediador del cambio. Sus revisiones sistemáticas han examinado el factor de AT como un potencial mediador de cambio sintomático y ante esto, encontraron que un 70,3% de los resultados confirman esta afirmación. Lo anteriormente mencionado también se sostiene desde el metaanálisis de Flückiger et al. (2018), dentro del cual se manifestó que una fuerte alianza se encuentra asociada con la obtención de resultados positivos en un proceso psicoterapéutico.

Siguiendo en la línea de la comprensión de cambio, los autores corroboran que la AT juega un papel fundamental en la reducción de los síntomas, lo cual puede ser explicado por su mecanismo propio que influye dentro de un proceso psicoterapéutico, o por su influencia en conjunto con otros procesos de cambio dentro de un tratamiento (Baier et al., 2020).

Para fines de este estudio, será relevante profundizar respecto a la construcción de la alianza terapéutica inicial, puesto que los estudios han indicado que esta primera fase se constituye como un gran predictor de resultados beneficiosos a lo largo del proceso psicoterapéutico (Zorzella et al., 2015).

Alianza Terapéutica Inicial

Horvath y Marx (1991) han definido el curso de la alianza terapéutica como un procedimiento dinámico que atraviesa una serie de avances, rupturas y reparaciones a lo largo de su configuración. Diversos factores pueden afectar el establecimiento de la AT o su ruptura, sin embargo, la fase en la que esto ocurre tendrá un impacto significativo en los resultados y efectos posibles de alcanzar dentro de un proceso psicoterapéutico (Horvath y Luborsky, 1993). Esta visión se basa en la idea de que la AT no es una entidad estática, sino que se adapta y responde a las demandas y necesidades que se presentan a lo largo de las distintas fases que contiene un tratamiento (Luborsky, 1976).

Luborsky (1976) indica que se pueden desarrollar dos tipos de alianzas (de tipo 1 y de tipo 2) a lo largo de esta construcción dinámica, las cuales contienen características específicas según el momento en el que se establecen. Así, la AT de tipo 1 o también denominada AT inicial, se describirá en detalle a lo largo de este apartado debido al rol que contiene en la formación del vínculo positivo entre terapeuta y paciente.

La alianza terapéutica inicial se denomina como aquella que es desarrollada, en

promedio, a lo largo de las primeras cinco primeras sesiones de trabajo psicoterapéutico y que contiene su peak durante la tercera sesión (Horvath, 1981; Saltzman, Leutgert, Roth, Creaser y Howard, 1976, como se citó en Horvath y Luborsky, 1993). Por otro lado, autores como Botella y Corbella (2011) indican que desde la segunda a la sexta sesión, existiría mayor fuerza en la medición de la AT en relación a los resultados de la terapia; por lo tanto, se podría indicar que entre la quinta y la sexta sesión, es el tiempo adecuado para evaluar el establecimiento de una buena alianza en esta primera etapa.

Estudios como el de Gaston et al. (1991) han evidenciado que los puntajes de alianza terapéutica medidos en esta etapa inicial podrían contribuir sustancialmente al resultado final de la terapia, sobre todo cuando éstas muestran una mejora a nivel sintomático, puesto que de esta manera los terapeutas pueden poner énfasis en aquellos aspectos que están favoreciendo el cambio durante el tratamiento. Asimismo, se ha señalado que los pacientes que visualizan mejoras en sus procesos muestran más compromiso y apertura con sus terapeutas, lo que ayuda positivamente a afianzar la colaboración dentro de la alianza terapéutica (Gaston et al., 1991). Esto se puede comprender desde la primicia de que en la mayoría de las ocasiones, el motivo de consulta principal de los pacientes se encuentra focalizado en la disminución de los síntomas que les aquejan; por lo tanto, si el cambio inicial se mueve en la línea de lo sintomático, aumentará la participación o motivación para alcanzar los objetivos terapéuticos (Santibáñez, 2009).

Por lo tanto, es primordial que durante esta primera fase se constituya una relación cálida, de apoyo, ayuda y cuidado al paciente, con la finalidad de que se asegure una relación de confianza y contención desde la cual se pueda comenzar a trabajar colaborativamente en dirección a los objetivos y metas propuestas entre terapeuta y paciente (Luborsky, 1976). En este sentido, Krause (2011) señala que si no se alcanza una sensación de confianza en esta fase temprana, es muy complejo que se lleve a cabo un proceso de transformación; más bien, se pone en riesgo el trabajo y frecuentemente podría llevar a la ruptura de esta relación.

Una vez que el paciente logra expresar una sensación de comodidad a partir de esta acogida que realiza el terapeuta, formando un vínculo positivo y de aceptación, es posible construir un acuerdo en las tareas y objetivos conjuntos; este momento, tal como se mencionó con anterioridad, es denominado por Luborsky (1976) como alianza de tipo 2.

Teniendo en cuenta estos resultados, es posible señalar desde una mirada clínica que el fomento de una alianza sólida desde las primeras sesiones debe ser una prioridad, ya que contribuye positivamente en la reducción de síntomas y en distintos procesos de cambio que pueden ser impulsados desde este establecimiento (Baier et al., 2020).

Alianza Terapéutica con Niños y Niñas

Al analizar los planteamientos propuestos por Bordin (1979), es crucial discernir las principales diferencias que contienen estas propuestas en la formación de AT con niños y niñas, ya que se han observado divergencias en la aplicación de este modelo comprensivo en el

establecimiento de la alianza con población infanto-juvenil (Baylis et al., 2011).

La primera diferencia significativa se presenta en la disposición al iniciar un tratamiento psicológico, puesto que en este escenario, niños y niñas no son quienes consultan por atención psicoterapéutica de manera voluntaria (Goic, 2020), sea porque no tienen un interés inicial en comenzar un proceso, o bien desconocen las razones detrás de la consulta, lo que podría comprometer la motivación e implicancia en el establecimiento de las metas y objetivos de trabajo, junto con el vínculo entre ellos/as y sus terapeutas (Zorzella et al., 2015).

Oeztel y Scherer (2003) señalan que una buena alianza terapéutica tiene la misma fuerza correlativa para predecir resultados positivos con niños/as y adolescentes, que con adultos. De esta forma, Flückiger et al. (2018) señalan la presencia de un 95% de relación positiva entre los factores de AT y cambios observados, afirmando estadísticamente la idea de que la alianza es un predictor esencial de resultado psicoterapéutico y un elemento central para que las terapias con niños/as y adolescentes sean exitosas (Núñez y Gómez, 2019).

Para poder lograr este objetivo, la literatura ha ahondado en ciertos aspectos fundamentales que se recomienda, estén presentes. En primer lugar, es necesario que se forme un ambiente de confianza, confidencialidad, cercanía e interés en los primeros acercamientos con el paciente, ya que al visualizar al terapeuta como una figura lúdica, empática y comprensiva, el niño/a podrá acudir más fácilmente a solicitar ayuda o expresar las inquietudes emocionales o conductuales que vivencia y le aquejan (Shirk et al., 2011).

En relación a este punto, se ha descrito desde los postulados de Anna Freud (1946, como se citó en Núñez y Gómez, 2019) que el apego afectivo entre un niño/a y su terapeuta es una condición necesaria para todo el trabajo posterior que se piense llevar a cabo, ya que el vínculo afectivo va a permitir que el niño/a trabaje de manera intencionada y colaborativa en las tareas terapéuticas (Núñez y Gómez, 2019). De esta manera, distintos autores han manifestado que la asociación entre este vínculo y los resultados a obtener, son directos; incluso más allá de lo que postula Bordin (1979) del trabajo colaborativo como elemento central (Shirk, Karver y Brown, 2011).

El énfasis que esto contiene se debe a que la terapia infantil no es conceptualizada de la misma forma que es para un adulto. Los niños y niñas exploran este momento como una oportunidad de crecimiento y de trabajo participativo con otro dentro del cual deben existir condiciones de juego y comodidad iniciales para que el niño/a se sienta en confianza para llevar a cabo las tareas terapéuticas (Núñez y Gómez Penedo, 2019).

Otro de los factores que marcan diferencias significativas a la hora de establecer la AT con niños/as, tiene relación con el involucramiento y fortalecimiento de las relaciones con otros miembros del sistema terapéutico, tales como padres y/o adultos responsables, hermanos u otras figuras significativas, de manera adicional a los mismos pacientes infantiles (Karver et al., 2006).

En el ámbito de la psicoterapia infanto-juvenil, la dinámica terapéutica trasciende la clásica díada paciente-terapeuta, ya que la relación que se establezca con los adultos responsables será una parte primordial para desarrollar el compromiso y la permanencia de los niños y niñas dentro de sus tratamientos, puesto que su asistencia e involucramiento en los procesos se encuentra supeditado por las decisiones de terceros (Núñez y Gómez, 2019).

Los estudios realizados por Kazdin et al. (2006) y Shirk et al. (2011) donde se estudia la asociación entre AT y resultados terapéuticos, indican que los cambios son mayores cuando se establece una mejor calidad entre las múltiples alianzas (terapeuta y niño/a, terapeuta y padres o adultos responsables, entre otros). Asimismo, Águila (2015) resalta que cuando la interacción entre terapeuta y paciente es experimentada como una relación de ayuda, la alianza se configura como un elemento relevante en la producción de cambio terapéutico. En síntesis, la AT se destaca como un indicador temprano de cambio terapéutico en los tratamientos psicológicos con niños/as y adolescentes (Kazdin et al., 2006).

Teniendo esto en cuenta, el terapeuta tendrá la responsabilidad de involucrar y atender las múltiples perspectivas que se encuentren presentes dentro de un proceso psicoterapéutico, con la finalidad de establecer un sólido vínculo terapéutico que garantice la obtención de resultados efectivos (Shirk y Karver, 2011). Este aspecto, sin duda aportará en la calidad de la alianza, comprendiendo que la AT es un elemento esencial dentro del trabajo clínico en apoyo al cambio terapéutico (Hatcher y Barends, 2006).

En conclusión, al momento de establecer la alianza terapéutica con niños y niñas, será crucial que se establezca de forma previa un vínculo afectivo en el cual prime la empatía y confianza hacia ellos y sus padres u otras figuras relevantes para sus procesos, con el objetivo de que se elabore un trabajo colaborativo, dentro del cual exista compromiso y apoyo a la terapia, para el posterior desarrollo de una AT de calidad (Campbell y Simmonds, 2011). Esto abrirá la posibilidad de entregarle al paciente infanto-juvenil, una experiencia reguladora desde el ámbito relacional, con un terapeuta adulto, lo cual potencia la posibilidad de cambio (Núñez y Gómez, 2019).

Cambio Psicoterapéutico y Alianza Terapéutica Inicial con Niños y Niñas que han sido Víctimas de Agresión Sexual

Las experiencias traumáticas, especialmente las que ocurren dentro de una relación de cuidado, pueden tener un impacto significativo en la capacidad de los niños/as y adolescentes para vincularse con otros, incluyendo a sus terapeutas. A causa de lo anterior, aquellos que han sido agredidos sexualmente a menudo luchan por encontrar seguridad en las relaciones que establecen, puesto que perciben a los demás como personas que no son posibles de confiar (Cloitre, Cohen y Scarvalone, 2002; Eltz, Shirk y Sarlin, 1995, como se citó en Zorzella et al., 2015). Esto puede dificultar el establecimiento de la AT, lo que a su vez afecta negativamente en el éxito del tratamiento (Eltz et al., 1995; Ormaugh, Jensen, Wentzel-Larsen y Shirk, 2013, como se citó en Zorzella et al., 2015).

Las investigaciones llevadas a cabo por Ovenstad et al. (2022) sugieren que la combinación de una fuerte alianza terapéutica con elementos específicos del trauma ayudaría a optimizar los resultados del tratamiento propuesto. En este sentido, Capella et al. (2016) señala que la fase inicial de un proceso psicoterapéutico es el momento preciso para que el terapeuta se vincule emocionalmente con el niño/a y se obtengan cambios en la esfera sintomática y afectiva que faciliten la elaboración de la experiencia transgresora. Además, este vínculo tiene que ser creado a partir de la escucha activa y la sensación de apoyo y confianza que un niño/a sea capaz de sentir desde una figura desconocida, como lo es en un inicio, un terapeuta; puesto que el paciente debe sentir la libertad de expresar todo malestar que le aqueje, con la finalidad de abordar los pensamientos, sentimientos y experiencias por las cuales acude a terapia, para poder alcanzar el cambio anteriormente mencionado (Jessiman et al., 2017).

Si bien es esperable que se presenten dificultades para vincularse con el paciente, especialmente en las primeras fases del tratamiento (Zorzella et al., 2015), contar con un terapeuta que sea capaz de brindar contención emocional desde los primeros encuentros y posea experiencia en el abordaje de esta temática, es fundamental (Ovenstad et al., 2021), ya que este acompañamiento les puede ayudar a disminuir el miedo inicial para hablar sobre los eventos vividos, lo que facilitará el establecimiento de una sólida relación de trabajo terapéutico. A partir de esta base, es posible crear un espacio seguro que permita elaborar la situación de manera beneficiosa.

El componente afectivo que da paso al establecimiento de la relación entre terapeuta y paciente se considera como un facilitador para la apertura a la alianza psicoterapéutica, la obtención de logros y la superación de la experiencia de ASI. Para esto, las narrativas de los pacientes refieren que debe existir una disposición y esfuerzo por parte de ellos y de los psicólogos/as para entenderse mutuamente y conocerse, especialmente en las primeras sesiones de encuentro. Además, valoran que sus terapeutas sean sensibles a sus necesidades y demuestren una correcta motivación en la construcción de este vínculo, con la finalidad de que los niños y niñas puedan apropiarse del espacio de terapia y de sus procesos (Gómez et al., 2021).

Este logro relacional permite que los pacientes infanto-juveniles se vinculen positivamente dentro del espacio de trabajo psicoterapéutico y que se despliegue un sentido de participación, al visualizarlo como un lugar donde pueden pasar tiempo de recreación y distensión a través de actividades lúdicas, acompañados de sus psicoterapeutas y una oportunidad para poder dejar atrás la vivencia abusiva. De esta manera, niños y niñas relacionan esta experiencia de confianza y bienestar con otro adulto, con la posibilidad de recuperarse de su experiencia traumática (Gómez et al., 2021).

Sin embargo, para lograr la conformación de este vínculo y el despliegue de estos logros, se debe alcanzar un nivel de confianza y calidez que le permita al niño/a sentirse seguro dentro de este lazo, para colaborar en el trabajo terapéutico y manifestar sus pensamientos e inquietudes respecto a la experiencia abusiva y su diario vivir. Cabe destacar este punto, sobre

todo cuando uno de los aspectos centrales que caracterizan las agresiones sexuales, es la transgresión de un lazo relacional de confianza con otro; por lo tanto, establecer este vínculo muchas veces no es tan simple de lograr en un inicio, debido al temor que origina depositar la confianza en una figura desconocida y abordar la experiencia de agresión sexual vivida (Gómez et al., 2021).

A modo de conclusión, es posible indicar que un evento traumático de esta índole es una experiencia relacional que sólo puede resignificarse en relación con otro (Martínez, 2012, como se citó en Gómez et al., 2021); por lo tanto, el trabajo psicoterapéutico operaría como un vehículo de cambio en sí mismo al modelar relaciones saludables a lo largo de los tratamientos respectivos (Capella, 2014, como se citó en Gómez et al., 2021).

Pregunta de Investigación, Objetivos e Hipótesis

Pregunta de Investigación

¿Cuál es el cambio psicoterapéutico observado entre el primer (M1) y tercer momento (M3) de la psicoterapia, de acuerdo a las variables de edad, sexo y sintomatología inicial, en niños/as entre 4 y 9 años de edad que han sido víctimas de agresiones sexuales, y cuál es su relación con la alianza terapéutica inicial establecida con sus psicólogos/as?

Objetivos

Objetivo General

Analizar el cambio psicoterapéutico entre el primer y tercer momento de la terapia observado en niños/as entre 4 y 9 años que han sido víctimas de agresión sexual y que se encuentran en tratamiento en Programas de Protección Especializada en Maltrato Grave y Abuso Sexual (PRMs), de acuerdo a las variables de edad, sexo y sintomatología inicial, y su relación con la alianza terapéutica inicial establecida con sus terapeutas.

Objetivos Específicos

1. Describir el cambio psicoterapéutico observado entre el primer y tercer momento de la terapia en niños y niñas entre 4 y 9 años que han sido víctimas de agresión sexual y que se encuentran asistiendo a tratamiento en PRMs.
2. Evaluar diferencias en el cambio psicoterapéutico observadas entre el primer y tercer momento de la terapia en niños y niñas entre 4 y 9 años que han sido víctimas de agresión sexual, de acuerdo a las variables de edad, sexo y sintomatología inicial.
3. Identificar la alianza terapéutica inicial establecida en el primer momento de la terapia con niños y niñas entre 4 y 9 años que han sido víctimas de agresión sexual, y sus terapeutas.
4. Analizar la relación entre el cambio psicoterapéutico entre el primer y tercer momento de la terapia en niños y niñas entre 4 y 9 años que han sido víctimas de agresión sexual, y la alianza terapéutica inicial establecida con sus terapeutas.

Hipótesis

En la presente investigación, el primer y el tercer objetivo específico planteado son de carácter descriptivo y sólo el tercer objetivo no responde a una hipótesis específica. Asimismo, el segundo objetivo es de tipo comparativo y el cuarto objetivo es de tipo correlacional, por lo que, junto con el primer objetivo, las hipótesis formuladas estarán orientadas a estudiar lo descrito en estos planteamientos.

1. Cambio Psicoterapéutico en niños y niñas

Respecto al primer objetivo específico, se observará la presencia de cambio psicoterapéutico en niños y niñas, por medio de una disminución sintomatológica entre el primer y tercer momento de la terapia.

2. Cambio Psicoterapéutico según la edad de niños y niñas

Respecto al segundo objetivo específico, niños y niñas en etapa escolar desarrollarán mayores medias de cambio psicoterapéutico entre el primer y tercer momento de la terapia, en comparación a aquellos en etapa preescolar.

3. Cambio Psicoterapéutico según el sexo de niños y niñas

En cuanto al segundo objetivo específico, se observará que las medias de cambio en niñas entre el primer y tercer momento de la terapia serán mayores que en niños.

4. Cambio Psicoterapéutico según la sintomatología inicial internalizante de niños y niñas

En relación al segundo objetivo específico, niños y niñas que presenten sintomatología en la línea internalizante durante el primer momento de la terapia, presentarán mayores medias de cambio psicoterapéutico internalizante que aquellos que presenten ausencia de sintomatología en esta línea, en el primer momento de la terapia.

5. Cambio Psicoterapéutico según la sintomatología inicial externalizante de niños y niñas

En relación al segundo objetivo específico, niños y niñas que presenten sintomatología en la línea externalizante durante el primer momento de la terapia, presentarán mayores medias de cambio psicoterapéutico externalizante que aquellos que presenten ausencia de sintomatología en esta línea, en el primer momento de la terapia.

6. Relación entre Cambio Psicoterapéutico y Alianza Terapéutica Inicial

Respecto al cuarto y último objetivo, se observará una asociación positiva entre la media de cambio psicoterapéutico entre el primer y tercer momento de la terapia y la alianza terapéutica inicial establecida con niños y niñas.

Marco Metodológico

Diseño de Investigación

El presente estudio contiene un diseño de investigación de tipo no experimental, puesto que el fenómeno a observar no es intervenido en el contexto natural de los PRMs, lo cual implica no manipular ni controlar las variables obtenidas. A su vez, es de carácter longitudinal, ya que los resultados obtenidos en la fase cuantitativa se analizarán en base al primer y tercer momento del estudio (Hernández et al., 2014), lo que nos permitirá evaluar el cambio psicoterapéutico alcanzado, en relación al establecimiento de la alianza terapéutica inicial entre terapeuta y niño/a.

Se utilizará la metodología cuantitativa para aproximarnos al estudio de este fenómeno, dado que el objetivo central será analizar la relación que contiene el cambio psicoterapéutico observado durante el momento inicial y final en niños y niñas entre 4 y 9 años que han sido víctimas de agresión sexual y que se encuentran en PRMs, a partir del establecimiento de la alianza terapéutica inicial. Por lo tanto, se estudiarán las variables centrales de **cambio psicoterapéutico** y **alianza terapéutica inicial**, en conjunto con las variables secundarias de tipo categórica de **edad**, **sexo** y **sintomatología inicial**.

De acuerdo a los objetivos planteados, estas variables serán analizadas por medio de diferentes aproximaciones, las cuales permitirán medir y definir los conceptos y componentes del fenómeno de estudio, para posteriormente evaluar la relación entre las variables seleccionadas y sometidas a prueba (Hernández et al., 2014). Por una parte, un alcance de tipo descriptivo estará asociado al primer y tercer objetivo, mientras que un alcance de tipo comparativo se realizará respecto al segundo objetivo y uno de tipo correlacional estará ligado al cuarto y último objetivo.

Es importante señalar que el presente estudio se inserta dentro del primer y tercer momento de 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”, el cual se encuentra encabezado por la investigadora responsable, Dra. Claudia Capella Sepúlveda.

Definición de Variables

1. Cambio Psicoterapéutico

Definición conceptual: Diferencia entre la medida inicial y final de la psicoterapia (Gómez Penedo et al., 2017), la cual en métodos estandarizados incluye el eje de recuperación sintomática de pacientes como uno de los criterios específicos utilizados por terapeutas para medir dicha diferencia (Knight, 1941).

Definición operacional: Es el puntaje total obtenido de la sustracción entre los puntajes totales del primer momento (M1) y el tercer momento (M3) de la terapia (M1-M3). En esta investigación, la variable de cambio psicoterapéutico será evaluada mediante los instrumentos SDQ y PEDS y sus respectivas subescalas, de acuerdo a lo reportado por los adultos responsables de la muestra.

2. Alianza Terapéutica Inicial

Definición conceptual: Fase inicial de la alianza terapéutica considerada como vital para la consolidación del trabajo y la relación entre paciente y terapeuta, así como para la predicción del éxito del proceso y/o deserción del mismo (Hill, 2005; Howard et al., 1993; Krause, 2005; Oddli y Halvorsen, 2014; Oddli y Rønnestad 2012; Prochaska y DiClemente, 1983, como se citó en Fernández et al., 2016), cuya mayor fuerza de medición sobre los resultados terapéuticos, ocurre desde la segunda a la sexta sesión (Botella y Corbella, 2011).

Definición operacional: Es el puntaje total obtenido a través de la respuesta entregada por el psicólogo/a durante el primer momento de la terapia. En esta investigación, la variable de alianza terapéutica será evaluada mediante el instrumento TASC-r, de acuerdo a lo reportado por los terapeutas entre la primera y sexta sesión de psicoterapia.

3. Edad

Definición operacional: Esta variable se referirá al rango comprendido entre los 4 y los 9 años, los cuales serán agrupados en *preescolares* (4 a 6 años) y *escolares* (7 a 9 años) (Papalia et al., 2009). En esta investigación, la variable de edad fue obtenida de acuerdo a lo reportado por los terapeutas de la muestra en la Ficha de Caso.

4. Sexo

Definición operacional: Esta variable contempla las categorías *femenino* y *masculino*, según las características biológicamente determinadas de cada participante de la muestra. En esta investigación, la variable de sexo fue obtenida de acuerdo a lo reportado por los terapeutas en la Ficha de Caso.

5. Sintomatología Inicial

Definición operacional: En esta investigación, la variable de sintomatología inicial será evaluada mediante el instrumento SDQ, de acuerdo a lo reportado por los adultos responsables durante el primer momento de la terapia. El puntaje de cada subescala se obtiene sumando la puntuación de los 5 ítems que lo componen, generando así una puntuación que va de 0 a 10 puntos (Goodman, 1997). Para efectos de este estudio, la sintomatología inicial de tipo *internalizante* corresponderá al puntaje total obtenido de la suma de las subescalas de *Síntomas Emocionales (SE)* y *Problemas con Pares (PP)*, puntaje que puede ubicarse entre los 0 y 20 puntos, mientras que la sintomatología inicial de tipo *externalizante* será el puntaje total obtenido de la suma de las subescalas de *Hiperactividad (Hi)* y *Problemas Conductuales (PC)*, el cual puede variar entre 0 y 20 puntos (Gómez y Delgado, 2023).

Participantes

Se estudiaron 29 casos de niños y niñas entre 4 y 9 años que se encuentran recibiendo atención psicológica, tras haber sido víctimas de un hecho de agresión sexual.

Este proceso se situó entre el primer momento y el tercer momento de la psicoterapia. Para evaluar el cambio psicoterapéutico y obtener información de la variable de sintomatología inicial presente en niños y niñas, se recogieron las respuestas entregadas por los adultos/as responsables de los niños y niñas, durante el primer y tercer momento del proceso psicoterapéutico. Respecto a la alianza terapéutica inicial y las variables de edad y sexo, se consideraron las respuestas entregadas por los psicólogos/as durante el primer momento del proceso psicoterapéutico.

Como criterio de inclusión, los participantes debían estar insertos en Programas de Reparación de Maltrato Grave y/o Agresión Sexual (PRMs) pertenecientes a la Región Metropolitana. Además, debían ser parte de la muestra de estudio general del Proyecto Fondecyt N° 1200627, el cual estudia una población de niños y niñas entre 4 a 9 años de edad que han sido víctimas de agresiones sexuales.

La relevancia científica que contiene profundizar en este grupo etario tiene relación con explorar los procesos de cambio que ocurren al interior de esta muestra, puesto que los estudios previos relacionados a esta temática han analizado el cambio en adolescentes (Capella et al., 2017), más que en niños y niñas menores a 10 años.

En suma, la muestra seleccionada para este estudio particular correspondía a los casos del Fondecyt previamente mencionados, los cuales debían tener los instrumentos SDQ y PEDS en Momento 1 y Momento 3 de la terapia completamente respondidos. En cuanto al cuestionario TASC-r, los casos debían haber respondido dicho instrumento durante el Momento 1 del tratamiento, es decir, dentro de las primeras seis sesiones de intervención, en tanto es este periodo de tiempo el que será considerado para evaluar la AT inicial a lo largo de esta memoria.

Considerando los criterios de exclusión que establece el Proyecto Fondecyt, en el presente estudio no se incluirán participantes con niveles de daño orgánico cerebral, retardo mental, psicosis o que pertenezcan al espectro autista.

A continuación, se presenta una caracterización de los distintos actores que integran los procesos de intervención de la totalidad de los casos en estudio, presentándose separadamente las características de niños y niñas, adultos responsables y psicólogos/as.

Caracterización de niños y niñas

La muestra de la población infantil se compone de 29 casos de niños y niñas que se encuentran en un proceso de terapia en un centro de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Infantil (PRM) de la Región Metropolitana. Respecto al sexo de cada participante, un 65.5% de los casos corresponden a sexo femenino, mientras que un 34.4% de los casos refieren a sexo masculino, siendo así 19 niñas y 10 niños (**Tabla 1**). En cuanto a sus edades, los participantes poseen entre 4 y 9 años, presentando un promedio de 6.8 años (**Tabla 2**).

Con relación al tipo de agresión sexual vivenciada, se reportan 23 casos de abuso sexual, 2 casos de violación y 4 casos informados como “Otro” (**Tabla 3**). Asimismo, es posible indicar que 19 de estos casos fueron reportados como agresiones de tipo intrafamiliar, seguido por 8 de tipo extrafamiliar, 1 cometido por un sujeto desconocido y 1 en el cual se desconoce el tipo de relación que el niño/a contiene con el agresor.

Tabla 1

Sexo de los niños y niñas de la muestra

| Sexo | N | % del total |
|--------------|-----------|---------------|
| Femenino | 19 | 65.5 % |
| Masculino | 10 | 34.5 % |
| TOTAL | 29 | 100.0% |

Tabla 2

Edad de los niños y niñas de la muestra

| Edad | N | % del total |
|--------------|-----------|---------------|
| 4 | 1 | 3.4 % |
| 5 | 5 | 17.2 % |
| 6 | 6 | 20.7 % |
| 7 | 5 | 17.2 % |
| 8 | 7 | 24.1 % |
| 9 | 5 | 17.2 % |
| TOTAL | 29 | 100.0% |

Tabla 3*Agresión Sexual vivenciada por los niños y niñas de la muestra*

| Tipo de ASI | N | % del total |
|--------------|-----------|---------------|
| Abuso Sexual | 23 | 79.3 % |
| Violación | 2 | 6.9 % |
| Otro | 4 | 13.8 % |
| TOTAL | 29 | 100.0% |

Caracterización de psicólogos/as:

La información de las características de los psicólogos y psicólogas de la muestra se obtuvo a partir de la Ficha de Caso, la cual fue respondida por ellos mismos al inicio del proceso psicoterapéutico.

La muestra de terapeutas se compone de 29 psicólogos y psicólogas que se encuentran atendiendo en centros de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Infantil (PRM) a cada uno de los niños/as que componen la muestra. Respecto al sexo de cada psicólogo/a, un 86.2% de los casos corresponden a sexo femenino, mientras que un 13.8% de los casos refieren a sexo masculino, siendo así 25 mujeres y 4 hombres (**Tabla 4**). En cuanto a sus edades, los participantes poseen entre 26 y 48 años, presentando un promedio aproximado de 33 años (**Tabla 5**).

En relación a los años de experiencia ejerciendo como psicólogos/as clínicos vinculados a la temática de ASI, el periodo de tiempo varía entre 1 y 7 años, presentando un promedio de 3.1 años (**Tabla 6**). Finalmente, respecto al enfoque desarrollado por cada profesional, se reportan 15 casos de enfoque Sistémico, 5 casos de tipo Integrativo, 6 casos de Psicoanálisis, 1 caso de perspectiva Constructivista y 2 casos informados como “Otro” (**Tabla 7**).

Tabla 4*Sexo de los Psicólogos/as*

| Sexo | N | % del total |
|--------------|-----------|---------------|
| Femenino | 25 | 86.2 % |
| Masculino | 4 | 13.8 % |
| TOTAL | 29 | 100.0% |

Tabla 5*Edad de los Psicólogos/as*

| Edad | N | % del total |
|--------------|-----------|---------------|
| 25-30 años | 13 | 44.8 % |
| 30-35 años | 6 | 20.7 % |
| 35-40 años | 6 | 20.7 % |
| 40-45 años | 0 | 0.0 % |
| 45-50 años | 4 | 13.8 % |
| TOTAL | 29 | 100.0% |

Tabla 6*Años de Experiencia Clínica en ASI de Psicólogos/as*

| Años | N | % del total |
|--------------|-----------|---------------|
| 1 | 9 | 31.0% |
| 3 | 8 | 27.6 % |
| 4 | 6 | 20.7% |
| 5 | 4 | 13.8% |
| 7 | 2 | 6.9% |
| TOTAL | 29 | 100.0% |

Tabla 7*Enfoque Clínico de los Psicólogos/as*

| Enfoque | N | % del total |
|-----------------|-----------|---------------|
| Psicoanálisis | 6 | 20.7 % |
| Sistémico | 15 | 51.7 % |
| Constructivista | 1 | 3.4 % |
| Integrativo | 5 | 17.2 % |
| Otro | 2 | 6.9 % |
| TOTAL | 29 | 100.0% |

Caracterización de adultos/as responsables:

La información respecto a las características de los y las adultas responsables de la muestra se obtuvo a partir de la Ficha de Caso, la cual fue respondida por los psicólogos/as al inicio del proceso psicoterapéutico.

La muestra de las figuras cuidadoras se compone de 28³ adultos y adultas responsables que se encuentran acompañando a los NNA de la muestra en su proceso de terapia en un centro de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Infantil (PRM). Respecto al sexo de cada figura, un 93.1% de los casos corresponden a sexo femenino, mientras que un 3.45% de los casos refieren a sexo masculino, siendo así 27 mujeres y 1 hombre (Tabla 8). En cuanto a sus edades, los participantes poseen entre 23 y 57 años y presentan un promedio de 32.3 años (Tabla 9).

En relación a su parentesco con los niños y niñas participantes del estudio, se reportan 23 madres, 1 padre y 4 casos informados como “Otro” (Tabla 10).

Tabla 8
Sexo de los Adultos Responsables

| Sexo | N | % del total |
|--------------|-----------|---------------|
| Femenino | 27 | 96.4 % |
| Masculino | 1 | 3.6 % |
| TOTAL | 28 | 100.0% |

Tabla 9
Edad de los Adultos Responsables

| Rango | N | % del total |
|-----------------|-----------|---------------|
| 20-30 años | 9 | 32.1% |
| 30-40 años | 14 | 50.0% |
| 40-50 años | 3 | 10.7% |
| 50-60 años | 1 | 3.6% |
| Sin información | 1 | 3.6% |
| TOTAL | 28 | 100.0% |

³La muestra cuenta con dos participantes que son hermanos, por lo que comparten el mismo adulto responsable

Tabla 10*Parentesco de los Adultos Responsables*

| Parentesco | N | % del total |
|--------------|-----------|---------------|
| Madre | 23 | 82.1 % |
| Padre | 1 | 3.6 % |
| Otro | 4 | 14.3 % |
| TOTAL | 28 | 100.0% |

Técnicas de recolección de datos

Para efectos de esta investigación, la recolección de datos fue realizada mediante la selección y aplicación de parte de los instrumentos utilizados en el Proyecto Fondecyt N° 1200627: *Strengths And Difficulties Questionnaire (SDQ)*, la *Escala Pediátrica de problemas/Estrés Emocional (PEDS)*, el cuestionario *Therapeutic Alliance Scales for Children (TASC-r)* y la *Ficha de Caso*.

Cabe destacar que, si bien a lo largo del proyecto estos instrumentos fueron implementados durante los tres momentos de evaluación del cambio psicoterapéutico, en esta investigación la información recogida de los instrumentos SDQ y PEDS corresponde a lo evaluado durante el primer momento y el tercer momento de intervención, mientras que los datos recopilados del cuestionario TASC-r y la Ficha de Caso, refieren a lo aplicado durante el primer momento de intervención.

Adicionalmente, los instrumentos SDQ y PEDS serán respondidos por los adultos responsables de niños y niñas, mientras que tanto el cuestionario TASC como la Ficha de Caso serán contestados por los psicólogos/as de los participantes.

Es importante relevar que en consideración con el rango etario que poseen los niños y niñas, así como los aspectos éticos asociados a las edades de estos participantes, los instrumentos fueron aplicados a sus adultos responsables, y psicólogos/as correspondientes, por parte de los y las integrantes que forman parte del Equipo FONDECYT.

Instrumentos aplicados**1. *Strengths And Difficulties Questionnaire (SDQ)***

El cuestionario SDQ (Anexo N°1) es un instrumento elaborado por Robert Goodman (1999), descrito como un breve cuestionario de evaluación del comportamiento que indaga acerca de los síntomas y atributos positivos de niños, niñas y adolescentes. El SDQ se compone

de 25 ítems sobre distintas dificultades emocionales y comportamentales vivenciadas por niños, niñas y adolescentes entre 4 y 16 años de edad (Gaete et al., 2018). Es un cuestionario que entrega un registro de las conductas, relaciones y emociones de niños, niñas y adolescentes, a través de una composición de un grupo de indicadores que representan fortalezas y dificultades, y que a su vez se clasifican en 5 subescalas independientes: problemas conductuales, síntomas emocionales, hiperactividad, problemas con pares y conducta prosocial (Brown et al., 2014).

El SDQ cuenta con tres versiones a ser respondidas de manera autoadministrada por los/as adultos responsables, psicólogos/as y por los mismos niños y niñas (Gaete et al., 2018). Para efectos de esta investigación, el instrumento SDQ fue aplicado a los adultos responsables de los niños/as participantes, por lo que la versión utilizada fue la nombrada como “versión para padres”.

En cuanto a su modo de evaluación, los 25 ítems totales son puntuados de manera individual con 0, 1 o 2 en tres categorías de respuesta: *no es cierto*, *es cierto*, y *absolutamente cierto*. Las puntuaciones de las subescalas de hiperactividad, síntomas emocionales, problemas de conducta y problemas con pares se suman, para así generar una puntuación total de dificultades que puede ir desde 0 puntos a 40 puntos. Por su parte, la puntuación de la subescala de conducta prosocial no se incorpora en esta sumatoria en tanto sus ítems se puntúan inversamente (Goodman, 1997). La obtención entre 0 a 13 puntos se entenderá como *normal*, donde existe ausencia de psicopatología, mientras que la obtención entre 14 a 16 puntos será considerado *límite*, donde no es posible pesquisar presencia o ausencia de psicopatología; y la obtención entre 17 a 40 puntos se entenderá como *anormal*, donde existe presencia de psicopatología (Brown et al., 2014).

A nivel internacional, las propiedades psicométricas constitutivas de este cuestionario han sido establecidas de manera positiva en distintos países, tales como Inglaterra, Alemania, Rusia, India, China, Brasil, entre otros (Gaete et al., 2018).

En el caso de Chile, y de acuerdo a la literatura revisada, otros instrumentos de tamizaje utilizados en nuestro país para evaluar psicopatología infanto-juvenil cuentan con dificultades en término de extensión, y en consecuencia, costos elevados en la aplicación y menor aceptabilidad por parte de los informantes. Así, el SDQ posee características ventajosas referidas a su brevedad, facilidad de aplicación, exhaustividad, cobertura de amplio rango de edad, utilización de la misma versión para adultos responsables y profesores, y la inclusión de fortalezas (Brown et al., 2014). En suma, a nivel nacional se ha evidenciado que el instrumento posee una validez adecuada tanto en la versión de auto reporte de adultos responsables, como en la de niños y niñas (Gaete et al., 2018), destacándose una fiabilidad idónea en la escala total de dificultades (Brown et al., 2014).

A partir de lo anterior, para fines de esta investigación se utilizó el instrumento SDQ y todas sus subescalas para evaluar las características sintomáticas de la muestra, a excepción de la subescala de conducta prosocial, en tanto ésta no se conceptualiza como un síntoma, sino

más bien como un indicador de fortaleza (Goodman, 1997), por lo que no se incorporó su puntaje dentro del análisis estadístico.

2. *Pediatric Emotional Distress Scale (PEDS)*

La escala PEDS (Anexo N°2) es un instrumento desarrollado por Conway Saylor y colaboradores para intentar abarcar la ausencia tanto clínica como de investigación, de algún tipo de lista de verificación que evaluara los problemas de conducta asociados a síntomas de trauma y trauma específico (estrés postraumático) en niños, niñas y adolescentes desde la perspectiva de los padres (Saylor et al., 1999). El instrumento fue diseñado para medir de manera rápida, económica y amena tanto síntomas, como comportamientos asociados al trauma en niños y niñas desde los 2 años de edad (Spilsbury et al., 2005).

La escala se compone de 21 ítems, de los cuales 17 refieren al malestar general y 4 a conductas específicas asociadas al trauma vivenciado por niños, niñas y adolescentes (Saylor et al., 1999). En cuanto a su modo de evaluación, estos ítems y sus subescalas son puntuados de manera individual desde 0 puntos a 84 puntos. La obtención entre 0 y 27 puntos se entenderá como *bajo el umbral clínico*, mientras que la obtención entre 27 y 84 puntos se entenderá como *sobre el umbral clínico*.

El instrumento PEDS está diseñado para ser respondido por los adultos responsables, por lo que en este estudio la aplicación de la escala se realizó en los cuidadores de los niños y niñas participantes de la muestra.

Estudios han concluido que esta escala entrega información vital al realizar recomendaciones de manera inmediata para futuras intervenciones o evaluaciones que podrían permitir que tanto los adultos responsables como los niños, niñas y adolescentes, sean capaces de lidiar de mejor manera con las fases tempranas y tardías de las secuelas del evento traumático vivenciado (Saylor et al., 1999). Cabe destacar que, en el año 2014, Saylor y colaboradores desarrollaron la versión en español de la escala PEDS, la cual si bien no se encuentra validada en Chile, ya ha sido implementada preliminarmente por estudios nacionales (Bravo, 2023; Díaz, 2022) que han trabajado la temática de agresiones sexuales infantiles.

3. *Therapeutic Alliance Scales for Children (TASC-r)*

El cuestionario TASC (Anexo N°3) es un instrumento de auto reporte elaborado por Shirk y Sainz (1992), quienes se basaron en Bordin y sus planteamientos teóricos para determinar los aspectos a medir: el vínculo afectivo entre niño/a u adolescente y su terapeuta y el cumplimiento de objetivos. Mediante estos puntos, la escala mide la alianza terapéutica establecida entre el niño/a u adolescente y el profesional psicólogo/a (Spilsbury et al., 2005).

Si bien el cuestionario está diseñado para ser respondido tanto por los psicólogos/as, como por los niños y niñas, esta investigación buscó evaluar el establecimiento de la AT inicial desde la perspectiva de los profesionales, por lo que la aplicación del instrumento sólo se

realizó en los terapeutas de los niños y niñas participantes de la muestra.

Respecto a su método de evaluación, este instrumento se compone de 12 ítems puntuados de manera ascendente en cuatro categorías de respuestas: *nada/no es cierto (1)*, *poco (2)*, *bastante (3)* y *mucho (4)*, sumando un puntaje máximo de 48 puntos (Spilsbury et al., 2005). Shirk y Saniz no postularon puntajes de corte específicos para la interpretación del cuestionario, sin embargo, teniendo en cuenta que su puntaje mínimo corresponde a 12 puntos y el máximo es de 48 (Creed y Kendall, 2005), el punto medio entre ambos valores es 30 puntos, estimándose que un resultado menor a dicho puntaje estaría asociado a una tendencia a una baja alianza terapéutica, mientras que un resultado mayor a 30 puntos mostraría una tendencia a una alta alianza terapéutica (Saldivia y Fuentes, 2023).

A partir de lo anterior, para la presente investigación se establecerá la división mencionada a partir de los 30 puntos alcanzados, siendo considerados dentro de la categoría de “*tendencia a una baja alianza terapéutica*” a todos aquellos casos que alcanzaron una puntuación menor a 30 puntos, mientras que aquellos que obtuvieron 30 puntos o más se ubicaron en la categoría de “*tendencia a una alta alianza terapéutica*”.

En cuanto a su fiabilidad, los puntajes obtenidos a partir del cuestionario en diversos estudios previos han evidenciado grados importantes de validez y confiabilidad (Creed y Kendall, 2005; Fiorito, 2020), destacándose de forma particular un buen nivel de confiabilidad demostrado por el cuestionario TASC-r aplicado en psicólogos y psicólogas (Accurso y Garland, 2015). En Chile, el cuestionario no se encuentra validado, no obstante, ha sido adaptado e implementado por estudios nacionales (Goic, 2020; Horta, 2020) que han centrado sus trabajos en la variable de AT.

4. Ficha de Caracterización de Caso

La Ficha de Caso (Anexo N°4) es un instrumento elaborado por integrantes del proyecto de investigación y que incluye datos clínicos y sociodemográficos de cada niño/a, junto con información respecto a la agresión sexual correspondientemente vivenciada. En lo que respecta a esta investigación, y en busca de recabar información acerca de las variables de edad y sexo referente a los niños y niñas pertenecientes al escenario muestral del Equipo Fondecyt, la ficha de caso se aplicó a los psicólogos/as de los niños y niñas participantes.

Procedimiento

Como se mencionó con anterioridad, el subestudio de la presente temática se inserta dentro de la fase cuantitativa del Proyecto Fondecyt N°1200627. Dado el contexto de estudio de esta muestra particular, es fundamental que existan consideraciones éticas que respalden el trabajo a realizar por parte de los equipos. Por lo tanto, durante el año 2020, el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile aprobó la realización de esta investigación.

Posteriormente, el equipo del proyecto de investigación se puso en contacto con los centros colaboradores del SENAPENA (PRMs) correspondientes a la Región Metropolitana, los cuales otorgaron su aprobación y colaboración para llevar a cabo el estudio con los determinados casos de niños y niñas que estuvieran en tratamiento dentro de estos programas, en relación a los criterios de inclusión que estuvieran dentro de la identificación del proyecto.

Para la recolección de datos de este estudio, el equipo de trabajo cuantitativo fue previamente capacitado para llevar a cabo la aplicación de instrumentos a los adultos responsables del niño/a y las fichas de caso a los profesionales a cargo de sus tratamientos. No obstante, antes de llevar a cabo este proceso, era requisito leer en conjunto el consentimiento informado a cada participante para obtener su aprobación (Anexo N°5 y N°6).

Es importante destacar que el proceso de capacitación de instrumentos también incluía una preparación protocolar de contención por parte del equipo en caso de observar respuestas de riesgo o desestabilización emocional por parte de los adultos responsables al momento de implementar las pruebas.

Cabe mencionar que, al ser parte del equipo de trabajo cuantitativo, en calidad de tesisistas también participamos del proceso de aplicación de los instrumentos aplicados a los adultos responsables de la muestra. Estos fueron llevados a cabo en tres momentos diferentes de la intervención; es decir, al inicio (Momento 1), a los seis u ocho meses una vez iniciado el tratamiento (Momento 2) y en el cierre de este proceso (Momento 3). Para la utilidad de esta memoria, nos concentraremos en la observación de cambio respecto al primer y tercer momento de los distintos casos.

Durante el primer momento de aplicación de cuestionarios y fichas de caso, el contexto de emergencia sanitaria por la pandemia COVID-19, demandó ajustar las modalidades de recolección de datos. A raíz de aquello, la aplicación de instrumentos cuantitativos fue realizada en modalidad online (por medio de reuniones de Meet, Zoom o videollamadas de Whatsapp), con la finalidad de acercar a los participantes de la investigación a un encuentro remoto según su disponibilidad y con la compañía de un miembro capacitado del equipo, quien pudiera leer en conjunto el Consentimiento Informado. Posteriormente a la lectura, se llevó a cabo un procedimiento aprobado por el comité de ética, el cual consistía en que los participantes aceptaran o rechazaran de manera verbal su implicación dentro de la investigación.

Una vez aceptada la participación, se procedía a guiar en la lectura de las instrucciones y consignas de los cuestionarios, junto con responder las dudas que fueran surgiendo en el transcurso de la reunión. Se estimó que la duración de las aplicaciones online fuesen cubiertas en un periodo de 25 a 45 minutos tanto para profesionales, como para las figuras cuidadoras.

En busca de llevar a cabo la aplicación de cuestionarios durante el tercer momento de la terapia, el equipo de trabajo mantuvo contacto permanente con los psicólogos de cada caso, quienes informaron la fecha aproximada en la que terminaría cada tratamiento. Aquello permitió que se pudiera contactar a los adultos responsables y se llevara a cabo una nueva

aplicación de los instrumentos ya empleados al inicio de la terapia.

Debido al éxito que obtuvo la modalidad online, a partir de la flexibilidad que ofrecía la aplicación remota de cuestionarios cuantitativos, es que se mantuvo este formato a lo largo de los distintos momentos del proyecto, siendo necesaria la aplicación presencial de estos instrumentos sólo cuando fuese requerida. En base a lo anterior, es importante destacar que dentro del Proyecto Fondecyt se aplicaron más cuestionarios de los utilizados en esta memoria, los cuales también fueron implementados de manera remota.

Análisis de datos

La utilización del programa estadístico Jamovi permitió realizar el total de los análisis estadísticos descriptivos, comparativos y correlacionales de las variables centrales de cambio psicoterapéutico y alianza terapéutica inicial, junto con las variables clínicas y demográficas referentes a edad, sexo y sintomatología inicial de los niños y niñas correspondientes a la muestra del presente estudio. Lo anterior permitió describir, evaluar y comparar las muestras, con el objetivo de determinar las propiedades estadísticas de las variables recolectadas a través de los niveles de medición de tendencia central y estadísticos de dispersión (Hernández et al., 2014).

Se utilizó un valor de probabilidad igual o menor a 5% para determinar el grado de significancia, el cual indicaría si las medias poseen una diferencia significativa, o bien, que no es posible confirmar que dicha diferencia sea producto del azar (Molina, 2017).

Se construyó una variable de cambio psicoterapéutico, el cual fue conceptualizado como la sustracción de los valores sintomáticos entre el primer y tercer momento del proceso psicoterapéutico (M1-M3). La creación de este valor posibilitó llevar a cabo las tablas descriptivas, comparativas y de correlación, puesto que se configura como el elemento central desde el cual es posible asociar otras variables. Además, la construcción de este factor facilitó la comparación entre los resultados pre-prueba, es decir, los correspondientes al primer momento de estudio, con los post-prueba, correspondientes al tercer momento (Hernández et al., 2014). De esta manera, se pudo comparar las medias y/o varianzas de las variables de estudio en los distintos momentos, para determinar si se observan medias de cambio significativas (Hernández et al., 2014).

Se concretaron pruebas paramétricas de T-Student y pruebas no paramétricas de U de Mann Whitney (para muestras independientes) y Rangos de Wilcoxon (para muestras pareadas), con el objetivo de llevar a cabo las comparaciones en aquellos casos donde no se hayan podido cumplir los supuestos de normalidad, según a la prueba de Shapiro Wilk. En adición, se utilizó la prueba de Levene en aquellos casos donde fuera necesario evaluar la homogeneidad de los datos.

Finalmente, se realizaron Coeficientes de Correlación Lineal de Pearson para analizar la relación entre las variables de cambio psicoterapéutico y AT inicial. Este coeficiente es ampliamente utilizado para evaluar el grado de asociación entre variables cuantitativas que

están linealmente relacionadas (Camacho, s.f.). Además, permite analizar las asociaciones entre las variables en un nivel de intervalos o de razón (Hernández et al., 2014).

Para una mayor comprensión en el análisis de resultados, es importante indicar que el valor r del Coeficiente de Correlación de Pearson mide la dispersión de los puntos alrededor de una tendencia lineal subyacente entre dos variables continuas, en la cual el puntaje puede situarse desde cifras negativas a positivas (entre -1 a 1). De esta forma, -1 indica una correlación negativa perfecta, 0 es considerado como la ausencia de relación lineal entre las variables y el valor 1 significa una correlación positiva perfecta (Dagnino, 2014). A modo de clasificar las correlaciones obtenidas, se presentará una tabla en la cual se categorizan los valores de r posibles de observar a través de un Coeficiente de Pearson, basada en el postulado de Cohen (1988).

Interpretación del coeficiente de correlación de Pearson:

| Correlación Positiva | | Correlación Negativa | |
|-----------------------------|-----------|-----------------------------|-----------|
| +0.50 a + 1.00 | Fuerte | -0.50 a -1.00 | Fuerte |
| +0.30 a +0.49 | Moderada | -0.30 a -0.49 | Moderada |
| +0.10 a +0.29 | Débil | -0.10 a -0.29 | Débil |
| +0.09 | Muy Débil | -0.09 | Muy Débil |

Resultados

En este apartado se presentarán los resultados del presente estudio, los cuales fueron obtenidos a través del programa JAMOVI, en función de los objetivos específicos y de los instrumentos aplicados.

1. Descripción del cambio psicoterapéutico observado entre el primer y tercer momento de la terapia en niños y niñas entre 4 y 9 años que han sido víctimas de agresión sexual y que se encuentran asistiendo a tratamiento en PRMs.

Previo a la evaluación del cambio psicoterapéutico observado en niños y niñas entre el primer y tercer momento de sus tratamientos, se identificaron altos niveles de presencia sintomática de los participantes, a partir del reporte de los AR. En primer lugar (**Tabla 11**), el instrumento SDQ demostró que durante el Momento 1, el 96.6% de los niños y niñas (28) presentó un nivel elevado de sintomatología dentro del rango “*presencia de psicopatología*”, mientras que el 3.4% restante (1) se encontraba en la categoría “*límite*”. En oposición, ninguno de los participantes se ubicó en el rango de “*ausencia de psicopatología*”. Lo anterior permite indicar que el 100% de los casos evaluados en el primer momento de psicoterapia contaba con un grado considerable de sintomatología inicial.

Por otra parte, la evaluación realizada en el tercer momento logró evidenciar una disminución importante de la categoría “*presencia de psicopatología*”, reduciendo su porcentaje hacia un 20.7% (6) de la muestra total. Respecto a la categoría “*límite*”, se observó un leve aumento a un 13.8% (4), mientras que la categoría “*ausencia de psicopatología*” obtuvo el porcentaje de mayor predominancia, con un 65.5% (19) de los casos totales. En síntesis, es posible señalar que se alcanzó una gran disminución en los niveles sintomáticos entre el primer y tercer momento de la psicoterapia con niños y niñas.

Tabla 11

Categorías Sintomatológicas de niños y niñas en Momento 1 y 3 (SDQ)

| Categorías | Sintomatología M1 | % | Sintomatología M3 | % |
|---------------------------------|----------------------|--------|----------------------|--------|
| Presencia Psicopatología | 28 | 96.6% | 6 | 20.7% |
| Límite | 1 | 3.4% | 4 | 13.8% |
| Ausencia Psicopatología | 0 | 0.0% | 19 | 65.5% |
| Total | 29 | 100.0% | 29 | 100.0% |

Desde la escala PEDS, el análisis categorial de los niveles sintomáticos se llevó a cabo según la clasificación propuesta por el instrumento: “*bajo el umbral clínico*” y “*sobre el umbral clínico*”. A partir de aquello, se obtuvo como resultado que durante el primer momento de la terapia, el 100% de los participantes (29) presentaron niveles de sintomatología “*sobre el umbral clínico*”. Sin embargo, durante el tercer momento se visualiza una disminución de esta categoría, observándose que el 86.2% de los niños y niñas se mantienen dentro de esta clasificación (25), mientras que el 13.8% (4) descendió hacia la categoría “*bajo el umbral clínico*”. Si bien esta disminución no alcanza el mismo nivel que en el instrumento SDQ, es importante comprender que la escala PEDS mide niveles de sintomatología de trauma específico, siendo predominante en casos de agresión sexual infantil (**Tabla 12**).

Tabla 12

Categorías Sintomatológicas de niños y niñas en Momento 1 y 3 (PEDS)

| Categorías | Sintomatología M1 | % | Sintomatología M3 | % |
|--------------------------------|------------------------------|----------|------------------------------|----------|
| Sobre el Umbral Clínico | 29 | 100.0% | 25 | 86.2% |
| Bajo el Umbral Clínico | 0 | 0% | 4 | 13.8% |
| Total | 29 | 100.0% | 29 | 100.0% |

En la siguiente tabla se describe el cambio psicoterapéutico observado en el puntaje de las medias, entre el primer y tercer momento del tratamiento según el instrumento SDQ. Respecto a las medias obtenidas, se observó una disminución de los niveles de sintomatología al final del tratamiento, los cuales varían desde M= 24.3 durante el Momento 1, a M=12.2 durante el Momento 3. Asimismo, la media de cambio psicoterapéutico arrojó un puntaje de 12.1, lo que sugiere una reducción del puntaje SDQ entre los dos momentos de evaluación y una mejora sintomática de los participantes de la muestra (**Tabla 13**).

Tabla 13

Tabla Descriptiva de Cambio Psicoterapéutico de los niños y niñas en Momento 1 y 3 (SDQ)

| | Media | Desviación Estándar | Mínimo | Máximo |
|---------------|--------------|----------------------------|---------------|---------------|
| M1 | 24.3 | 5.81 | 14 | 37 |
| M3 | 12.2 | 5.73 | 0 | 26 |
| Cambio | 12.1 | 5.39 | 1 | 24 |

En relación al puntaje de las medias entre el primer y tercer momento del tratamiento según el instrumento PEDS, se observó una disminución de los niveles de sintomatología, con

una $M= 44.76$ durante el Momento 1, a una $M=36.31$ durante el Momento 3. En este escenario, la media de cambio psicoterapéutico arrojó un nivel de 8.79, lo que sugiere una reducción sintomática del puntaje PEDS entre los dos momentos de evaluación (**Tabla 14**).

Tabla 14

Tabla Descriptiva de Cambio Psicoterapéutico de los niños y niñas en Momento 1 y 3 (PEDS)

| | Media | Desviación Estándar | Mínimo | Máximo |
|---------------|-------|---------------------|--------|--------|
| M1 | 44.76 | 12.27 | 28 | 71 |
| M3 | 36.31 | 9.63 | 23 | 64 |
| Cambio | 8.79 | 6.86 | 1 | 29 |

Al comparar las medias de cambio entre el primer y tercer momento a través de la prueba T de Student, es posible señalar que la diferencia entre estos momentos alcanzó un p valor estadísticamente significativo ($p < 0.001$), pudiendo ser posible afirmar la hipótesis alternativa que indicaba la presencia de cambio psicoterapéutico (**Tabla 15**). Por otra parte, la prueba de normalidad realizada mediante Shapiro Wilk, indicó una distribución normal en el comportamiento de las muestras.

Tabla 15

Tabla Comparativa de Cambio Psicoterapéutico de los niños y niñas en Momento 1 y 3 (SDQ)

| | | | estadístico | gl | p |
|-----------|-----------|--------------|-------------|------|-------|
| M1 | M3 | T de Student | 12.1 | 28.0 | <.001 |

Nota. $H_a \mu \text{ Medida 1} - \text{Medida 3} > 0$

Al comparar las medias de cambio entre el primer y tercer momento a través de la prueba T de Student, es posible señalar que la diferencia entre M1 y M3 en PEDS alcanzó un p valor estadísticamente significativo ($p < 0.001$), lo que sugiere la presencia de cambio psicoterapéutico (**Tabla 16**). Por otra parte, la prueba de normalidad realizada mediante Shapiro Wilk indicó una distribución normal en el comportamiento de las muestras.

Tabla 16

Tabla Comparativa de Cambio Psicoterapéutico de los niños y niñas en Momento 1 y 3 (PEDS)

| | | | estadístico | gl | p |
|-----------|-----------|--------------|-------------|------|--------|
| M1 | M3 | T de Student | 6.23 | 28.0 | < .001 |

Nota. $H_a \mu \text{ Medida 1} - \text{Medida 2} \neq 0$

A continuación, se describe la prevalencia de sintomatología en la línea internalizante y externalizante presente en el instrumento SDQ.

A partir de esta tabla descriptiva, es posible observar una disminución de las medias en todas las subescalas entre el Momento 1 y 3 del tratamiento. Este resultado indica una disminución sintomatológica general en la muestra estudiada, tanto en la línea internalizante como externalizante (**Tabla 17**).

Tabla 17

Puntaje en Subescalas Sintomatológicas en Momento 1 y 3 (SDQ)

| | Sintomatología | Subescalas | Media | Desviación Estándar | Mínimo | Máximo |
|-----------|----------------|------------|-------|---------------------|--------|--------|
| M1 | Externalizante | Hi | 6.10 | 2.50 | 0 | 9 |
| | | PC | 3.03 | 2.08 | 0 | 8 |
| | Internalizante | SE | 4.00 | 2.71 | 0 | 10 |
| | | PP | 2.76 | 2.32 | 0 | 9 |
| M3 | Externalizante | Hi | 5.10 | 2.35 | 0 | 10 |
| | | PC | 2.38 | 1.54 | 0 | 5 |
| | Internalizante | SE | 2.83 | 2.28 | 0 | 8 |
| | | PP | 1.86 | 1.68 | 0 | 6 |

Nota. Subescala SDQ Hi: Puntaje Subescala Hiperactividad; Subescala SDQ PC: Puntaje Subescala Problemas Conductuales; SE: Puntaje Subescala Síntomas Emocionales; Subescala SDQ PP: Puntaje Subescala Problemas con Pares.

En la misma línea de la tabla anteriormente presentada, se indica que el instrumento PEDS se divide en tres subescalas sintomatológicas, dentro de las cuales se encuentran: Ansioso/Retraído (**AR**), Temeroso (**T**) y Acting Out (**AO**). En esta tabla descriptiva, los resultados arrojaron una disminución de las medias entre el Momento 1 y 3 en todas las subescalas, implicando una disminución sintomática general de la muestra. (**Tabla 18**).

Tabla 18

Puntajes en Subescalas Sintomatológicas en Momento 1 y 3 (PEDS)

| | Subescalas | Media | Desviación Estándar | Mínimo | Máximo |
|-----------|-------------------|--------------|----------------------------|---------------|---------------|
| M1 | A/R | 11.17 | 4.62 | 6 | 24 |
| | T | 11.62 | 3.45 | 6 | 20 |
| | AO | 14.17 | 4.90 | 7 | 24 |
| M3 | A/R | 8.55 | 2.84 | 6 | 19 |
| | T | 9.52 | 3.56 | 5 | 18 |
| | AO | 11.83 | 4.01 | 6 | 20 |

Nota. Subescala PEDS A/R: Ansioso/Retraído; Subescala PEDS T: Temeroso; Subescala PEDS AO: Acting Out.

Al comparar las medias de cambio entre el primer y tercer momento de la terapia de acuerdo a las subescalas del instrumento SDQ, es posible observar que se obtuvieron valores estadísticamente significativos en la mayoría de las subescalas del instrumento ($p < 0.05$), exceptuando la subcategoría de Problemas Conductuales (**PC**) (**Tabla 19**). Por otra parte, se indica una normalidad en el comportamiento de la muestra total, a excepción de las subescalas de Problemas Conductuales (**PC**) y Problemas con Pares (**PP**). Debido a esto, se utilizó un estadístico (no paramétrico) para pruebas pareadas, correspondiente a Rangos de Wilcoxon (W) para poder llevar a cabo la prueba comparativa según subescalas.

Tabla 19

Tabla Comparativa de Cambio Psicoterapéutico de los niños y niñas según subescalas en Momento 1 y 3 (SDQ)

| | | | estadístico | p |
|--------------|--------------|------------------|---------------------|----------|
| Hi M1 | Hi M3 | W de Wilcoxon | 257.50 ^a | 0.037 |
| PC M1 | PC M3 | W de Wilcoxon | 265.50 ^b | 0.064 |
| SE M1 | SE M3 | W de | 317.00 ^d | 0.009 |

| | | Wilcoxon | | |
|--------------|--------------|---------------|----------------------|-------|
| PP M1 | PP M3 | W de Wilcoxon | 172. 50 ^e | 0.046 |

Nota. $H_a \mu$ Medida 1 - Medida 2 \neq 0

^a 3 pares) de valores estaban repetidos; ^b 2 par(es) de valores estaban repetidos; ^d 1 par(es) de valores estaban repetidos;

^c 8 pares de valores estaban repetidos.

De acuerdo a la tabla comparativa de cambio psicoterapéutico a través del instrumento PEDS, es posible plantear que se obtuvieron valores estadísticamente significativos en todas las subescalas (**Tabla 20**). Por otra parte, al realizar la evaluación de normalidad del comportamiento de las muestras, el valor p sugiere una distribución normal de los datos en la mayoría de las subescalas, a excepción de la variable Acting Out (**AO**). Al igual que en la tabla anterior (**Tabla 19**), se utilizó el estadístico no paramétrico Rangos de Wilcoxon (W).

Tabla 20

Tabla Comparativa de Cambio Psicoterapéutico de los niños y niñas según subescalas en Momento 1 y 3 (PEDS)

| | | | estadístico | p |
|---------------|---------------|---------------|----------------------|--------|
| A/R M1 | A/R M3 | W de Wilcoxon | 265. 00 ^a | < .001 |
| T M1 | T M3 | W de Wilcoxon | 270. 50 ^a | < .001 |
| AO M1 | AO M3 | W de Wilcoxon | 252. 50 ^b | < .001 |

Nota. $H_a \mu$ Medida 1 - Medida 2 $>$ 0

^a 5 par(es) de valores estaban repetidos; ^b 6 par(es) de valores estaban repetidos.

A partir de la revisión anteriormente realizada, fue posible desplegar la primera hipótesis de “**Cambio Psicoterapéutico en niños y niñas**”, la cual buscaba observar si existía presencia de cambio psicoterapéutico en la muestra de niños y niñas, a partir de una disminución sintomatológica entre el Momento 1 y 3 de sus procesos de terapia. Para lograr este objetivo, se efectuaron tablas descriptivas y comparativas a través de la prueba T de Student y Rangos de Wilcoxon en los instrumentos SDQ y PEDS.

Los resultados evidenciaron la presencia de cambio sintomático en niños y niñas entre ambos momentos de manera estadísticamente significativa, por lo que esta **hipótesis se afirma**.

2. Evaluación de las diferencias en el cambio psicoterapéutico observadas entre el primer y tercer momento de la terapia en niños y niñas entre 4 y 9 años que han sido víctimas de agresión sexual, de acuerdo a las variables de edad, sexo y sintomatología inicial.

El segundo objetivo específico se centrará en evaluar a través de tablas descriptivas y comparativas, el cambio sintomático observado entre el primer y tercer momento de un proceso psicoterapéutico, según las variables secundarias de **edad, sexo y sintomatología inicial**, a través del instrumento SDQ y PEDS.

De acuerdo a la variable de **edad**, se ha dividido en la categoría de *preescolares* (4 a 6 años) y *escolares* (7 a 9 años) para una mejor comprensión de los grupos de niños y niñas presentes en la muestra.

En primer lugar (**Tabla 21**), se observó que durante el primer momento de evaluación, todos los preescolares (12) se encuentran en la categoría de “*presencia de psicopatología*”, conformando el 100% de los casos. De manera opuesta, durante el tercer momento se observó una gran disminución en la categoría de “*presencia de psicopatología*”, alcanzando un 16.7% (2) del total de la muestra, porcentaje que es compartido por el rango “*límite*”, el cual observa un leve aumento en sus casos (2). Mientras que por otra parte, se visualiza un aumento significativo en la categoría “*ausencia de psicopatología*”, conformando un 66.7% (8) del total de los niños y niñas preescolares. En base a estos resultados, es posible señalar que se alcanzó una gran disminución en los niveles sintomáticos entre el primer y tercer momento de la psicoterapia en preescolares.

Tabla 21

Categorías Sintomatológicas de preescolares en Momento 1 y 3 (SDQ)

| | Rango de Sintomatología | N | % |
|--------------|--------------------------------|----------|----------|
| M1 | Presencia Psicopatología | 12 | 100.0 % |
| | Límite | 0 | 0.0% |
| | Ausencia Psicopatología | 0 | 0.0% |
| Total | | 12 | 100.0% |
| M3 | Presencia Psicopatología | 2 | 16.7% |
| | Límite | 2 | 16.65% |
| | Ausencia Psicopatología | 8 | 66.7% |
| Total | | 12 | 100.0% |

Desde la escala PEDS, es posible indicar que durante el primer momento de la terapia (**Tabla 22**) todos los preescolares 100% (12) se posicionaron dentro del rango “*sobre umbral clínico*”. Al no observarse ningún caso en la categoría “*bajo umbral clínico*”, se concluye que al momento de iniciar sus tratamientos, todos los preescolares contenían una presencia importante de sintomatología de trauma.

En cuanto al tercer momento de evaluación, se pudo observar una leve disminución del total de los casos ubicados en el rango “*sobre umbral clínico*”, alcanzando un 91.7% de niños y niñas preescolares (11). Por su parte, la categoría “*bajo umbral clínico*” reportó un aumento de niños y niñas (1), con un 8.3% del total. Lo anterior indica que hubo una mínima disminución de categorías respecto a sintomatología de trauma entre el primer y tercer momento al interior del grupo de preescolares.

Tabla 22

Categorías Sintomatológicas de preescolares en Momento 1 y 3 (PEDS)

| | Rango de Sintomatología | N | % |
|--------------|--------------------------------|----------|----------|
| M1 | Sobre Umbral Clínico | 12 | 100.0% |
| | Bajo Umbral Clínico | 0 | 0.0% |
| Total | | 12 | 100.0% |
| M3 | Sobre Umbral Clínico | 11 | 91.7% |
| | Bajo Umbral Clínico | 1 | 8.3% |
| Total | | 12 | 100.0% |

En cuanto al grupo de escolares (**Tabla 23**), se observó que durante el primer momento de evaluación, gran parte de la muestra se posicionó en el rango “*presencia de psicopatología*”, alcanzando un porcentaje de 94.1% (16). Por su parte, la categoría “*límite*” sólo incluye 1 caso, con un 5.9% del total. Por lo tanto, durante este momento ningún participante logró posicionarse en la categoría “*ausencia de psicopatología*”.

En contraste, durante el tercer momento de intervención se observó una disminución significativa de los casos ubicados en la categoría “*presencia de psicopatología*”, alcanzando en esta ocasión un 23.5% (4) del total de los casos. Asimismo, el rango “*ausencia de psicopatología*” conforma el mayor porcentaje de la muestra, con un 64.7% (11) de los casos, mientras que la categoría “*límite*” eleva su prevalencia, con un 11.8% (2) del total de los casos

de escolares. A partir de estos resultados, es posible mencionar que en el Momento 3 se presentó una disminución en las categorías sintomáticas de los niños y niñas en etapa escolar.

Tabla 23

Categorías Sintomatológicas de escolares en Momento 1 y 3 (SDQ)

| | Rango de Sintomatología | N | % |
|--------------|--------------------------------|----------|----------|
| M1 | Presencia Psicopatología | 16 | 94.1 % |
| | Límite | 1 | 5.9% |
| | Ausencia Psicopatología | 0 | 0.0% |
| Total | | 17 | 100.0% |
| M3 | Presencia Psicopatología | 4 | 23.5% |
| | Límite | 2 | 11.8% |
| | Ausencia Psicopatología | 11 | 64.7% |
| Total | | 17 | 100.0% |

La siguiente tabla buscará observar la presencia de sintomatología “*sobre el umbral*” y “*bajo el umbral*” del grupo de escolares, según la escala PEDS.

De acuerdo al Momento 1 de evaluación (**Tabla 24**), todos los escolares 100% (17) se posicionaron dentro del rango “*sobre umbral clínico*”. Al no visualizarse ningún caso en la categoría “*bajo umbral clínico*”, es posible concluir que al momento de iniciar los tratamientos, todos los escolares contenían una presencia significativa de sintomatología traumática. En la misma línea de los resultados obtenidos con población preescolar, durante el Momento 3 pudo observarse una leve disminución sintomática en los casos “*sobre umbral clínico*”, alcanzando un 82.4% (14) del total de la muestra. Por su parte, la categoría “*bajo umbral clínico*” señaló un aumento de los casos, logrando un 17.6% (3) del total.

En base a los resultados anteriores, es posible plantear la presencia de una mínima disminución de sintomatología de trauma entre el primer y tercer momento al interior del grupo de escolares.

Tabla 24

Categorías Sintomatológicas de escolares en Momento 1 y 3 (PEDS)

| | Rango de Sintomatología | N | % |
|--|--------------------------------|----------|----------|
|--|--------------------------------|----------|----------|

| | | | |
|--------------|----------------------|----|--------|
| M1 | Sobre Umbral Clínico | 17 | 100.0% |
| | Bajo Umbral Clínico | 0 | 0.0% |
| Total | | 17 | 100.0% |
| M3 | Sobre Umbral Clínico | 14 | 82.4% |
| | Bajo Umbral Clínico | 3 | 17.6% |
| Total | | 17 | 100.0% |

En relación a la descripción del cambio psicoterapéutico visualizado entre el primer y tercer momento del tratamiento (**Tabla 25**), es posible señalar que al inicio del proceso tanto preescolares como escolares presentaban un puntaje de medias comparable $M=24.3$. Sin embargo, durante el tercer momento se observó una reducción en las medias de ambos grupos etarios, siendo los escolares quienes obtuvieron una mayor media de cambio sintomático $M=12.6$, en comparación con los preescolares $M=11.3$.

Tabla 25

Tabla Descriptiva de Cambio Psicoterapéutico de los niños y niñas de acuerdo a Edad en Momento 1 y 3 (SDQ)

| | Edad | N | Media | Desviación Estándar | Mínimo | Máximo |
|---------------|--------------|----|-------|---------------------|--------|--------|
| M1 | Escolares | 17 | 24.3 | 6.33 | 14 | 37 |
| | Preescolares | 12 | 24.3 | 5.24 | 17 | 32 |
| M3 | Escolares | 17 | 11.6 | 6.21 | 0 | 25 |
| | Preescolares | 12 | 12.9 | 5.14 | 7 | 26 |
| Cambio | Escolares | 17 | 12.6 | 6.68 | 1 | 24 |
| | Preescolares | 12 | 11.3 | 2.81 | 6 | 17 |

De acuerdo a la descripción del cambio psicoterapéutico observado en el puntaje de las medias entre el primer y tercer momento del tratamiento, según el instrumento PEDS, se observó una disminución de los niveles sintomáticos para ambos grupos etarios, siendo los

preescolares quienes logran una mayor diferencia en el puntaje final $M=8.92$, en comparación al grupo de escolares $M= 8.71$ (**Tabla 26**).

Tabla 26

Tabla Descriptiva de Cambio Psicoterapéutico de los niños y niñas de acuerdo a Edad en Momento 1 y 3 (PEDS)

| | Edad | N | Media | Desviación Estándar | Mínimo | Máximo |
|---------------|--------------|----|-------|---------------------|--------|--------|
| M1 | Escolares | 17 | 44.06 | 11.68 | 32 | 71 |
| | Preescolares | 12 | 45.75 | 13.53 | 28 | 71 |
| M3 | Escolares | 17 | 35.71 | 9.49 | 23 | 59 |
| | Preescolares | 12 | 37.17 | 10.18 | 27 | 64 |
| Cambio | Escolares | 17 | 8.71 | 7.75 | 1 | 29 |
| | Preescolares | 12 | 8.92 | 5.70 | 2 | 29 |

Al observar la tabla comparativa de cambio psicoterapéutico SDQ entre preescolares y escolares, es posible señalar que el valor de p es mayor al de significancia ($p<0.05$), por lo que no se puede rechazar la hipótesis nula. En este sentido, la hipótesis alternativa que indicaba que el grupo de escolares obtuvo mayor cambio que preescolares, no se puede afirmar, ya que la diferencia observada en la media de cambio entre escolares y preescolares no es estadísticamente significativa (**Tabla 27**). Asimismo, al realizar la evaluación de normalidad en el comportamiento de las muestras a través de la prueba de Shapiro Wilk, se indicó una distribución normal de los datos; esto implica que es posible utilizar la prueba t de Student.

Tabla 27

Tabla Comparativa de Cambio Psicoterapéutico de los niños y niñas de acuerdo a Edad (SDQ)

| | | estadístico | gl | p |
|---------------|--------------|--------------------|------|-------|
| Cambio | T de Student | 0.640 ^a | 27.0 | 0.264 |

Nota. $H_a \mu$ Escolares $>$ μ Preescolares

La tabla comparativa de cambio psicoterapéutico PEDS entre preescolares y escolares señaló que el valor de p es mayor al de significancia ($p<0.05$), por lo que no es posible rechazar la hipótesis nula. En este sentido, la hipótesis alternativa que indicaba que el grupo de escolares

obtuvo mayor cambio que preescolares, tampoco es posible de afirmar en la escala PEDS, ya que la diferencia observada no es estadísticamente significativa (**Tabla 28**).

Es importante mencionar que al momento de realizar la prueba de normalidad del comportamiento de las muestras a través de Shapiro Wilk, no se indicó una distribución normal de los datos, siendo necesario llevar a cabo la comparación a través de la prueba no paramétrica U de Mann Whitney para muestras independientes.

Tabla 28

Tabla Comparativa de Cambio Psicoterapéutico de los niños y niñas de acuerdo a Edad (PEDS)

| | | estadístico | p |
|---------------|-------------------|-------------|-------|
| Cambio | U de Mann Whitney | 88.00 | 0.740 |

Nota. $H_0 \mu \text{ Escolares} > \mu \text{ Preescolares}$

A continuación, se presentan las categorías sintomatológicas pertenecientes al instrumento SDQ de los niños y niñas entre el primer y tercer momento del estudio, de acuerdo a la variable de **sexo**.

En primer lugar (**Tabla 29**), se observó que durante el primer momento de evaluación, gran parte del total de la muestra de sexo femenino (18) se encuentra en el rango “*presencia de psicopatología*”, alcanzando una puntuación de 94.7%. Por otra parte, la categoría de “*límite*” incluye al 5.3% de los casos restantes (1), ya que no existen casos de niñas que se encuentren en rango “*ausencia de psicopatología*” al inicio de sus tratamientos.

En contraste, durante el tercer momento de intervención se observa una disminución significativa de los casos ubicados en la categoría de “*presencia de psicopatología*” (5), alcanzando un 26.3% del total, mientras que el rango “*límite*” mantiene el número de casos (1) observados en el primer momento, con un porcentaje de 5.3%. Finalmente, la mayor parte de los casos (13) se ubican en el rango de “*ausencia de psicopatología*” conformando un 68.5% de la muestra de niñas. A partir de estos resultados, es posible señalar que durante el Momento 3 se presentó una importante disminución en las categorías sintomáticas de las niñas de la muestra.

Tabla 29

Categorías Sintomatológicas de sexo femenino entre Momento 1 y 3 (SDQ)

| | Rango de Sintomatología | N | % |
|-----------|--------------------------|----|-------|
| M1 | Presencia Psicopatología | 18 | 94.7% |

| | | | |
|--------------|--------------------------|----|--------|
| | Límite | 1 | 5.3% |
| | Ausencia Psicopatología | 0 | 0.0% |
| Total | | 19 | 100.0% |
| <hr/> | | | |
| M3 | Presencia Psicopatología | 5 | 26.3% |
| | Límite | 1 | 5.3% |
| | Ausencia Psicopatología | 13 | 68.4% |
| Total | | 19 | 100.0% |

En la siguiente table se describirá la prevalencia de rangos sintomatológicos pertenecientes al instrumento PEDS entre el primer y tercer momento de estudio, de acuerdo a la población de sexo femenino de la presente muestra.

En primer lugar, se indica que durante el primer momento de evaluación, el total de la población de sexo femenino (19) se posicionó dentro de la categoría “*sobre umbral clínico*”, alcanzando el 100% de la muestra (**Tabla 30**). Lo anterior evidencia que la muestra general de participantes de sexo femenino presentaba un alto nivel de sintomatología de trauma al inicio de sus tratamientos.

Por otro lado, los resultados del tercer momento de la intervención presentan una leve disminución de los casos (15) en el rango de sintomatología “*sobre el umbral clínico*”, alcanzando un 79% de la muestra total. Por su parte, la categoría “*bajo umbral clínico*” presentó un aumento en el número de casos (4), con un 21% del total.

Tabla 30

Categorías Sintomatológicas de sexo femenino en Momento 1 y 3 (PEDS)

| | Rango de Sintomatología | N | % del Total |
|--------------|--------------------------------|----------|--------------------|
| M1 | Sobre Umbral Clínico | 19 | 100.0% |
| | Bajo Umbral Clínico | 0 | 0.0% |
| Total | | 19 | 100.0% |
| <hr/> | | | |
| M3 | Sobre Umbral Clínico | 15 | 79.0% |
| | Bajo Umbral Clínico | 4 | 21.0% |

| | | |
|--------------|----|--------|
| Total | 19 | 100.0% |
|--------------|----|--------|

Las categorías sintomatológicas del instrumento SDQ en población masculina (**Tabla 31**), permite observar que durante el primer momento de evaluación el 100% de los casos (10) se posicionó en la categoría “*presencia de psicopatología*”.

En contraste a lo observado en el Momento 1, en el Momento 3 se señala una disminución casi del total de los casos en la categoría “*presencia de psicopatología*”, sólo manteniendo uno de los casos (10%). Por otra parte, se observa un aumento en el número de casos ubicados dentro del rango “*límite*” (3), conformando un 30% del total, mientras que en la categoría “*ausencia de psicopatología*” se destaca el mayor aumento de casos (6), alcanzando un 60% del total de la muestra. A partir de estos resultados, es posible mencionar que entre el primer y tercer momento se presentó una importante disminución en las categorías sintomáticas de los niños de la muestra.

Tabla 31

Categorías Sintomatológicas de niños de sexo masculino entre Momento 1 y 3 (SDQ)

| | Rango de Sintomatología | N | % |
|--------------|--------------------------------|----------|----------|
| M1 | Presencia Psicopatología | 10 | 100.0% |
| | Límite | 0 | 0.0% |
| | Ausencia Psicopatología | 0 | 0.0% |
| Total | | 10 | 100.0% |
| M3 | Presencia Psicopatología | 1 | 10.0% |
| | Límite | 3 | 30.0% |
| | Ausencia Psicopatología | 6 | 60.0% |
| Total | | 10 | 100.0% |

Al igual que lo observado en la muestra de sexo femenino, durante el primer momento de la intervención, el 100% de la población de sexo masculino (10) se ubicó dentro del rango “*sobre umbral clínico*” (**Tabla 32**). Aquello indica que al inicio de sus procesos terapéuticos, todos los niños presentaban un nivel elevado de sintomatología de trauma.

Los resultados observados se replican en el tercer momento del tratamiento, observándose una mantención de los casos (10) dentro de la categoría “*sobre umbral clínico*”, conformando nuevamente el 100% del total de la muestra. De esta manera, se concluye que las categorías de

sintomatología de trauma en el grupo de sexo masculino, no disminuyó.

Tabla 32

Categorías Sintomatológicas de sexo masculino en Momento 1 y 3 (PEDS)

| | Rango de Sintomatología | N | % del Total |
|--------------|--------------------------------|----------|--------------------|
| M1 | Sobre Umbral Clínico | 10 | 100.0% |
| | Bajo Umbral Clínico | 0 | 0.0% |
| Total | | 10 | 100.0% |
| M3 | Sobre Umbral Clínico | 10 | 100.0% |
| | Bajo Umbral Clínico | 0 | 0.0% |
| Total | | 10 | 100.0% |

En cuanto a la descripción de cambio psicoterapéutico visualizado entre el primer y tercer momento del tratamiento a través del instrumento SDQ en niños y niñas (**Tabla 33**), es posible observar una disminución en el puntaje de las medias entre los dos momentos de intervención, visualizándose una baja de casi la mitad en la categoría de sexo femenino y masculino, señalando la presencia de cambio psicoterapéutico para ambos grupos.

Sin embargo, la media de cambio psicoterapéutico en niñas alcanza un puntaje de 11.6, mientras que para los hombres es de 13.1. De esta manera, se puede indicar que los niños obtuvieron una mayor media de cambio psicoterapéutico, en comparación a las niñas.

Tabla 33

Descripción del Cambio Psicoterapéutico de los niños y niñas de acuerdo a Sexo en Momento 1 y 3 (SDQ)

| | Sexo | N | Media | Desviación Estándar | Mínimo | Máximo |
|-----------|-------------|----------|--------------|----------------------------|---------------|---------------|
| M1 | Femenino | 19 | 23.9 | 5.88 | 14 | 35 |
| | Masculino | 10 | 24.9 | 5.92 | 17 | 37 |
| M3 | Femenino | 19 | 12.4 | 6.58 | 0 | 26 |
| | Masculino | 10 | 11.8 | 3.94 | 4 | 18 |

| | | | | | | |
|---------------|-----------|----|------|------|---|----|
| Cambio | Femenino | 19 | 11.6 | 6.01 | 1 | 24 |
| | Masculino | 10 | 13.1 | 4.04 | 6 | 19 |

Del mismo modo que se llevó a cabo la descripción del cambio psicoterapéutico en la tabla anterior, a través de la escala PEDS se aprecia una disminución importante en el puntaje de las medias entre el primer y tercer momento, tanto en niños como en niñas. Sin embargo, son los niños quienes destacan mayormente al bajar más de 10 puntos entre estos dos momentos de comparación (M=10.80), a diferencia del grupo de niñas (M=7.74).

A partir de estos resultados, es posible señalar que el cambio psicoterapéutico es mayor en hombres, que en mujeres (**Tabla 34**).

Tabla 34

Descripción del Cambio Psicoterapéutico de los niños y niñas de acuerdo a Sexo en Momento 1 y 3 (PEDS)

| | Sexo | N | Media | Desviación Estándar | Mínimo | Máximo |
|---------------|-------------|----------|--------------|----------------------------|---------------|---------------|
| M1 | Femenino | 19 | 41.79 | 11.42 | 28 | 71 |
| | Masculino | 10 | 50.40 | 12.40 | 35 | 71 |
| M3 | Femenino | 19 | 34.58 | 9.67 | 23 | 64 |
| | Masculino | 10 | 39.60 | 9.11 | 29 | 59 |
| Cambio | Femenino | 19 | 7.74 | 7.12 | 1 | 29 |
| | Masculino | 10 | 10.80 | 6.20 | 2 | 22 |

Al observar la tabla comparativa de cambio psicoterapéutico SDQ entre niños y niñas realizada con t de Student, es posible señalar que el valor de p es mayor al de significancia establecida ($p < 0.05$), por lo que no se puede rechazar la hipótesis nula. En este sentido, la hipótesis alternativa que indicaba que el grupo femenino obtuvo mayor cambio que el masculino, no es posible de afirmar, ya que la media de cambio entre niños y niñas no es estadísticamente significativa (**Tabla 35**). Por otra parte, al realizar la evaluación de normalidad en el comportamiento de las muestras a través de la prueba de Shapiro Wilk, se indicó una distribución normal de los datos.

Tabla 35

Tabla Comparativa de Cambio Psicoterapéutico de los niños y niñas de acuerdo a Sexo (SDQ)

| | | estadístico | gl | p |
|---------------|--------------|-------------|------|-------|
| Cambio | T de Student | -0.716 | 27.0 | 0.760 |

Nota. $H_0: \mu \text{ Femenino} > \mu \text{ Masculino}$

De acuerdo a la tabla comparativa de cambio psicoterapéutico PEDS entre niños y niñas, es posible señalar que el valor de p es mayor al de significancia ($p < 0.05$), por lo que no se puede rechazar la hipótesis nula (**Tabla 36**). En este sentido, la hipótesis alternativa que indicaba que el grupo de niñas obtuvo mayor cambio que los niños, no es estadísticamente significativa.

Por otra parte, al momento de realizar la prueba de normalidad del comportamiento de las muestras a través de Shapiro Wilk, no se indicó una distribución normal de los datos, siendo necesario llevar a cabo la comparación a través de la prueba no paramétrica U de Mann Whitney para muestras independientes.

Tabla 36

Tabla Comparativa de Cambio Psicoterapéutico de los niños y niñas de acuerdo a Sexo (PEDS)

| | | estadístico | p |
|---------------|-------------------|-------------|-------|
| Cambio | U de Mann Whitney | 61.50 | 0.941 |

Nota. $H_0: \mu \text{ Femenino} > \mu \text{ Masculino}$

A continuación, se presentará una tabla de caracterización de la presencia y ausencia de la variable de *sintomatología inicial* en la línea internalizante y externalizante con la que niños y niñas de la presente muestra de estudio inician sus tratamientos, a través de la información que brinda el instrumento SDQ.

Es importante señalar que la evaluación de sintomatología inicial se realizará únicamente a través de este instrumento, ya que las subescalas del instrumento PEDS solo permiten evaluar la presencia de sintomatología internalizante, y en la evaluación realizada durante el primer momento de intervención, señaló que el total de la muestra obtuvo un puntaje total “sobre el umbral clínico”, por lo que no es posible realizar una comparación entre presencia y ausencia de sintomatología internalizante a partir de esta escala.

Ahora bien, respecto al instrumento SDQ, es posible señalar que durante el primer momento, más de la mitad de los participantes presentaban sintomatología en la línea internalizante y externalizante (15), alcanzando un 51.72% del total. Por su parte, el resto de las categorías alcanzan porcentajes similares, con un 17.24% solo de presencia de síntomas en la línea internalizante (5), 20.69% solo externalizante (6) y un 10.34% (3) de ausencia de ambas líneas. A partir de lo anterior, es posible concluir que la mayoría de los niños y niñas de la muestra iniciaron sus procesos psicoterapéuticos con presencia de síntomas en ambas líneas

(Tabla 37).

Tabla 37

Caracterización de Sintomatología Inicial de niños y niñas en Momento 1 (SDQ)

| | Sintomatología | N | % |
|-----------|-----------------------|----------|----------|
| M1 | Presencia S.I. | 5 | 17.24% |
| | Presencia S.E. | 6 | 20.69% |
| | Presencia S.I. y S.E. | 15 | 51.72% |
| | Ausencia S.I. y S.E. | 3 | 10.34% |
| | Total | 29 | 100.0% |

Nota. Sintomatología Presencia S.I.: Puntaje Presencia Sintomatología Inicial Internalizante; Sintomatología Presencia S.E.: Puntaje Presencia Sintomatología Inicial Externalizante; Sintomatología Presencia S.I. y S.E.: Puntaje Presencia Sintomatología Inicial Internalizante y Externalizante; Sintomatología Ausencia S.I. y S.E.: Puntaje Ausencia Sintomatología Inicial Internalizante y Externalizante.

En la siguiente tabla, se presentan las categorías sintomatológicas pertenecientes al instrumento SDQ de los niños y niñas durante el primer momento de estudio, de acuerdo a la presencia y ausencia de sintomatología inicial internalizante.

Al observar los resultados (**Tabla 38**), se indica una presencia de 20 casos con sintomatología en la línea internalizante, correspondiente al 69.0% del total de los casos. Mientras que los casos con ausencia de síntomas internalizantes, alcanza a 9, con un 31.0% de su totalidad.

Tabla 38

Categorías Sintomatológicas de los niños y niñas según Presencia o Ausencia de Sintomatología Inicial Internalizante (SDQ)

| | Sintomatología | N | % |
|-----------|-----------------------|----------|----------|
| M1 | Ausencia S.I. | 9 | 31.0% |
| | Presencia S.I. | 20 | 69.0% |
| | Total | 29 | 100.0% |

Nota. Ausencia S.I.: Puntaje Ausencia Sintomatología Inicial Internalizante; Presencia S.I.: Puntaje Presencia Sintomatología Inicial Internalizante.

En cuanto a la descripción de cambio psicoterapéutico total a través del instrumento SDQ, es posible observar que entre el primer y tercer momento de la terapia, la media de cambio alcanzada en la categoría “*presencia de sintomatología internalizante*” fue de 4.30, mientras que la media de cambio correspondiente a la categoría “*ausencia de sintomatología internalizante*” arrojó un puntaje menor de 2.00. Así, la tabla muestra que los niños y niñas que presentaban sintomatología inicial internalizante experimentaron mayores medias de

cambio psicoterapéutico internalizante, en comparación con aquellos que no la presentaban (**Tabla 39**).

Tabla 39

Descripción del Cambio Psicoterapéutico Internalizante en los niños y niñas de acuerdo a Sintomatología Inicial Internalizante (SDQ)

| | | N | Media | Desviación Estándar |
|--------------------|---|----|-------|---------------------|
| Cambio INT. | Presencia Sintomatología Internalizante | 20 | 4.30 | 2.74 |
| | Ausencia Sintomatología Internalizante | 9 | 2.00 | 0.71 |

Por su parte, de acuerdo a la tabla comparativa de cambio psicoterapéutico internalizante, es posible plantear que al comparar las medias de cambio entre la presencia y ausencia de sintomatología inicial en esta línea, el valor p alcanzó un puntaje estadísticamente significativo ($p < 0.05$), siendo posible corroborar la hipótesis alternativa que indica que aquellos niños/as que presenten síntomas internalizantes durante el primer momento de la terapia, obtendrán mayores medias de cambio sintomático internalizante que aquellos que presenten ausencia de sintomatología en esta línea (**Tabla 40**).

Por otra parte, al momento de realizar la prueba de normalidad del comportamiento de las muestras a través de Shapiro Wilk, no se indicó una distribución normal de los datos, siendo necesario llevar a cabo la comparación a través de la prueba no paramétrica U de Mann Whitney para muestras independientes.

Tabla 40

Tabla Comparativa de Cambio Psicoterapéutico Internalizante de los niños y niñas de acuerdo a Sintomatología Inicial Internalizante (SDQ)

| | | estadístico | p |
|-------------------------|-------------------|-------------|-------|
| Cambio S.I. INT. | U de Mann Whitney | 34.50 | 0.004 |

Nota. $H_a \mu_{\text{Presencia}} > \mu_{\text{Ausencia}}$

Cambio S.I. INT: Puntaje de Cambio de Sintomatología Inicial Internalizante.

Al observar la tabla de categorías sintomatológicas de niños y niñas según sintomatología inicial externalizante, es posible señalar que 21 casos de la muestra presentan síntomas en esta línea, alcanzando un 72.4% de los casos totales. A su vez, los casos con ausencia de síntomas externalizantes conforman un 27.6% (8) del total de la muestra (**Tabla**

41). Frente a este escenario, se indica una mayor presencia de síntomas externalizantes, en comparación a la línea internalizante. Sin embargo, no alcanza a ser una cifra de gran relevancia, pues sólo contiene una diferencia de un caso entre sí.

Tabla 41

Categorías Sintomatológicas de los niños y niñas de acuerdo a Sintomatología Inicial Externalizante (SDQ)

| | Sintomatología | N | % |
|-----------|-----------------------|----------|----------|
| M1 | Ausencia S.E. | 8 | 27.6% |
| | Presencia S.E. | 21 | 72.4% |
| | Total | 29 | 100.0% |

Nota. Ausencia S.E.: Puntaje Ausencia Sintomatología Externalizante; Presencia S.E.: Puntaje Ausencia Sintomatología Externalizante.

Respecto a la tabla descriptiva de cambio psicoterapéutico, es posible señalar que entre el primer y tercer momento de la terapia, la media de cambio alcanzada en la categoría “*presencia de sintomatología externalizante*” fue de 4.00, en tanto la media de cambio referida a la categoría “*ausencia de sintomatología externalizante*”, reportó un puntaje de 3.00. (**Tabla 42**). Lo anterior indica que los niños y niñas experimentaron mayores medias de cambio psicoterapéutico externalizante a partir de la presencia de sintomatología inicial en esta línea sintomática, en comparación con aquellos con ausencia de sintomatología externalizante.

Tabla 42

Descripción del Cambio Psicoterapéutico Externalizante en los niños y niñas de acuerdo a Sintomatología Inicial Externalizante (SDQ)

| | | N | Media | Desviación Estándar |
|--------------------|---|----------|--------------|----------------------------|
| Cambio EXT. | Presencia Sintomatología Externalizante | 21 | 4.00 | 1.82 |
| | Ausencia Sintomatología Externalizante | 8 | 3.00 | 1.51 |

Finalmente, en la siguiente tabla comparativa de cambio psicoterapéutico externalizante, es posible plantear que al comparar las medias entre la presencia y ausencia de sintomatología inicial en esta línea, el valor p no alcanzó un puntaje estadísticamente significativo ($p < 0.05$), por lo que la hipótesis alternativa que indica que aquellos niños/as que presenten sintomatología en la línea externalizante durante el primer momento de la terapia, obtendrán mayores medias de cambio psicoterapéutico externalizante que aquellos que presenten ausencia de sintomatología en esta línea, no es posible de afirmar (**Tabla 43**).

Por otra parte, al momento de realizar la prueba de normalidad del comportamiento de las muestras a través de Shapiro Wilk, no se indicó una distribución normal de los datos, siendo necesario llevar a cabo la comparación a través de la prueba no paramétrica U de Mann Whitney para muestras independientes.

Tabla 43

Tabla Comparativa de Cambio Psicoterapéutico Externalizante de los niños y niñas de acuerdo a Sintomatología Inicial Externalizante (SDQ)

| | | estadístico | p |
|-------------------------|-------------------|-------------|-------|
| Cambio S.I. EXT. | U de Mann Whitney | 60.00 | 0.122 |

Nota. $H_a \mu_{\text{Presencia}} > \mu_{\text{Ausencia}}$

Cambio S.I. EXT: Puntaje de Cambio de Sintomatología Inicial Externalizante.

A partir de esta extensa revisión en relación al objetivo específico 2, en la que se buscaba evaluar si había presencia de mayores medias de cambio psicoterapéutico en niños/as en etapa escolar, en comparación con aquellos que se encontraban en etapa preescolar entre el Momento 1 y 3 de sus procesos de terapia, se efectuaron tablas descriptivas y comparativas a través de la prueba t de Student y U de Mann Whitney en los instrumentos SDQ y PEDS. Los resultados evidenciaron que la diferencia en el cambio psicoterapéutico entre escolares y preescolares no es estadísticamente significativa, por lo que la segunda hipótesis de “*Cambio Psicoterapéutico según la edad de niños y niñas*”, se **rechaza**.

Por su parte, la tercera hipótesis de “*Cambio Psicoterapéutico según el sexo de niños y niñas*”, en la cual se buscaba evaluar si había mayores medias de cambio en mujeres que en hombres; los resultados obtenidos evidenciaron que la diferencia en el cambio psicoterapéutico entre el grupo de sexo femenino y masculino no es estadísticamente significativa, por lo que **esta hipótesis se rechaza**.

En cuanto a la cuarta hipótesis de “*Cambio Psicoterapéutico según la presencia de sintomatología inicial de tipo internalizante de niños y niñas*”, se buscaba evaluar la hipótesis que habría mayores medias de cambio internalizante en niños y niñas con presencia de sintomatología inicial internalizante, que aquellos que tuviesen ausencia de sintomatología inicial en esta misma línea sintomática. Los resultados obtenidos evidenciaron que existe una diferencia estadísticamente significativa entre la variable de cambio internalizante SDQ y las categorías de presencia y ausencia de sintomatología inicial internalizante, por lo que **esta hipótesis se afirma**.

Finalmente, la quinta hipótesis de “*Cambio Psicoterapéutico según la presencia de sintomatología inicial de tipo externalizante de niños y niñas*”, se buscaba evaluar la hipótesis que habría mayores medias de cambio externalizante en niños y niñas con presencia de sintomatología inicial externalizante, que aquellos que tuviesen ausencia de sintomatología en esta línea. Los resultados obtenidos, no evidenciaron una diferencia estadísticamente significativa entre la variable

de cambio externalizante SDQ y las categorías de presencia y ausencia de sintomatología inicial en la línea sintomática, por lo que **esta hipótesis se rechaza.**

3. Identificación de la Alianza Terapéutica Inicial establecida con niños y niñas que han sido víctimas de agresión sexual y sus terapeutas.

El tercer objetivo específico se centró en identificar el establecimiento de la Alianza Terapéutica Inicial a partir del reporte entregado por los psicólogos/as durante el primer momento de la terapia. Cabe mencionar que para efectos de este estudio, se consideraron las primeras seis sesiones de psicoterapia como el periodo de tiempo adecuado para evaluar la AT inicial entre niño/a y terapeuta.

La información fue obtenida a través de la aplicación del instrumento TASC-r y de acuerdo a las dos categorías que éste distingue de acuerdo al puntaje obtenido: *Tendencia a una Alta AT* (>30) y *Tendencia a una Baja AT* (<30).

A través de la tabla de frecuencias, fue posible observar que la mayor parte de los participantes (21) clasificaron en la categoría de “*Tendencia a una Alta AT*” con un 72.4% del total de los casos, mientras que el 27.6% restante de niños y niñas (8) se ubicó en la categoría de “*Tendencia a una Baja AT*” (**Tabla 44**).

Ante estos resultados, se observa que la mayoría de los niños y niñas lograron establecer una buena alianza terapéutica inicial con sus psicólogos durante las seis primeras sesiones de intervención.

Tabla 44

Frecuencias de Tendencia de Alta y Baja Alianza Terapéutica Inicial

| Categoría | N | % |
|---------------------------------|-----------|---------------|
| Alta Alianza Terapéutica | 21 | 72.4 % |
| Baja Alianza Terapéutica | 8 | 27.6 % |
| TOTAL | 29 | 100.0% |

En la siguiente tabla se presentan los resultados respecto a la alianza terapéutica inicial alcanzada por el total de los casos, observándose que la media general alcanzó un puntaje de 33.17 (**Tabla 45**). Lo anterior sugiere que, en promedio, los niños y niñas del presente estudio han establecido una alianza terapéutica inicial satisfactoria con sus terapeutas.

Tabla 45

Descripción de la Alianza Terapéutica Inicial establecida entre niños y niñas y sus terapeutas (TASC-r)

| | N | Media | Desviación Estándar | Mínimo | Máximo |
|----------------|----------|--------------|----------------------------|---------------|---------------|
| TASC -r | 29 | 33.17 | 5.3 | 21 | 46 |

Posteriormente, se exponen las medias del grupo de baja alianza terapéutica y alta alianza terapéutica, las cuales indican que aquellos niños y niñas clasificados en la categoría de “*Tendencia a Alta AT*”, muestran puntajes más elevados en la escala de TASC-r, en comparación con aquellos en la categoría de “*Tendencia a Baja AT*” (**Tabla 46**).

Tabla 46

Descripción de la Alianza Terapéutica Inicial establecida entre niños y niñas y sus terapeutas según sus categorías (TASC-r)

| | Categoría | N | Media | Desviación Estándar | Mínimo | Máximo |
|-----------|--|----------|--------------|----------------------------|---------------|---------------|
| M1 | Con Tendencia a Alta Alianza Terapéutica | 21 | 35.7 | 3.58 | 30 | 46 |
| | Con Tendencia a Baja Alianza Terapéutica | 8 | 26.6 | 3.11 | 21 | 29 |

4. Relación entre el cambio psicoterapéutico obtenido entre el primer y tercer momento de la terapia con niños y niñas que han sido víctimas de agresión sexual, y la alianza terapéutica inicial establecida con sus terapeutas durante el primer momento.

En cuanto al cuarto objetivo específico, se buscó analizar la asociación entre la variable de cambio psicoterapéutico y alianza terapéutica inicial obtenida mediante la utilización del Coeficiente de Correlación de Pearson para los instrumentos SDQ, PEDS y TASC-r.

Al analizar el instrumento SDQ (**Tabla 47**), se pudo observar que el valor de asociación entre la variable de cambio psicoterapéutico y la AT inicial contiene un grado de correlación positiva débil ($r=0.214$) y que el valor p indica que la correlación no es estadísticamente significativa, lo que sugiere que existe una relación positiva, pero que la relación de la fuerza no es significativa entre ellas. Por lo tanto, es posible indicar que el establecimiento de la alianza terapéutica inicial no se asocia con una mayor presencia de cambio en SDQ total, ni en las subescalas del mismo instrumento.

Tabla 47

Correlación de Pearson entre Alianza Terapéutica Inicial (AT) y la variable de Cambio Psicoterapéutico (SDQ) junto a sus subescalas

| | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. |
|----------------------------|--------|----|--------|--------|--------|----|
| 1. AT Inicial | — | | | | | |
| 2. Cambio Total SDQ | 0.214 | — | | | | |
| 3. Cambio Total Hi | -0.077 | — | — | | | |
| 4. Cambio Total SE | 0.265 | — | 0.078 | — | | |
| 5. Cambio Total PC | -0.183 | — | 0.118 | 0.079 | — | |
| 6. Cambio Total PP | 0.275 | — | -0.007 | 0.343* | -0.137 | — |

Nota. H_a es correlación positiva. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

AT Inicial (Alianza Terapéutica Inicial): Reporte entregado por el terapeuta; Cambio Total SDQ; Puntaje de Cambio Total Instrumento SDQ; Hi Total: Puntaje Total Subescala Hiperactividad M1-M3; SE Total: Puntaje Total Subescala Síntomas Emocionales M1-M3; PC Total: Puntaje Total Subescala Problemas Conductuales; PP Total: Puntaje Total Subescala Problemas con Pares.

Al analizar el Coeficiente de Correlación de Pearson según la escala PEDS (**Tabla 48**), se indica que el valor de la asociación entre el cambio psicoterapéutico total y la AT inicial muestra un grado de correlación positiva moderada ($r=0.340$) y que el valor p indica que la correlación es estadísticamente significativa ($p<0.05$). Esto significa que a medida que aumenta la AT inicial, también lo hará la variable de cambio, debido a la fuerte correlación entre ambos. Por lo tanto, el establecimiento de la alianza terapéutica inicial se asocia con una mayor presencia de cambio en PEDS. Por otra parte, la presencia de una correlación positiva moderada y significativa en la subescala de Ansioso/Retraído (A/R), sugiere que a mayor AT inicial, hay mayor cambio en A/R.

Tabla 48

Correlación de Pearson entre Alianza Terapéutica Inicial (AT) y la variable de Cambio Psicoterapéutico (PEDS) junto a sus subescalas

| | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. |
|---|--------|----|-------|-------|----|
| 1. AT Inicial | — | — | | | |
| 2. Cambio Total PEDS | 0.340* | — | | | |
| 3. Subescala PEDS Ansioso/Retraído | 0.421* | — | — | | |
| 4. Subescala PEDS Temeroso | -0.120 | — | 0.043 | — | |
| 5. Subescala PEDS Acting Out | 0.171 | — | 0.154 | 0.262 | — |

Nota. H_a es correlación positiva. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

AT Inicial (Alianza Terapéutica Inicial); Reporte entregado por el terapeuta; Cambio Total PEDS: Puntaje Total Cambio Instrumento PEDS; A/R Total: Puntaje Total Subescala Ansioso/Retraído M1-M3; T Total: Puntaje Total Subescala Temeroso M1-M3; AO Total: Puntaje Total Subescala Acting Out.

La sexta hipótesis de “**Relación entre Cambio Psicoterapéutico y la Alianza Terapéutica Inicial**” buscaba corroborar la posible asociación positiva entre la media de cambio sintomático y la alianza establecida entre psicólogos/as y niños/as durante las primeras seis sesiones de trabajo terapéutico, observándose divergencias en los resultados obtenidos por parte de los instrumentos.

Por una parte, los resultados obtenidos a partir del instrumento **SDQ** no evidenciaron una correlación estadísticamente significativa entre el cambio psicoterapéutico y alianza terapéutica inicial. No obstante, los puntajes obtenidos a partir del instrumento **PEDS**, sí evidenciaron una correlación positiva moderada que fue estadísticamente significativa entre el cambio psicoterapéutico y la alianza terapéutica inicial, por lo que **esta hipótesis se afirma parcialmente**.

Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo analizar el cambio psicoterapéutico entre el primer y tercer momento de la terapia con niños y niñas entre 4 y 9 años que han sido víctimas de agresión sexual y que se encuentran en tratamiento en PRMs, incorporando las subvariables de edad, sexo y sintomatología inicial, así como su relación con la alianza terapéutica inicial establecida entre los niños/as y sus terapeutas. Los hallazgos obtenidos a través de este estudio dan cumplimiento a lo anterior, por lo que a continuación se discuten los principales resultados, aportes, limitaciones, y proyecciones futuras para la práctica, expuestos en relación a los objetivos específicos y las hipótesis desarrollados a lo largo de esta memoria.

I. Sobre el cambio psicoterapéutico en niños y niñas

En busca de responder lo planteado en el primer objetivo específico de este estudio, sobre la presencia de cambio psicoterapéutico en los niños y niñas, se analizaron los resultados entregados por los adultos responsables entre el primer y tercer momento de la terapia, afirmándose la primera hipótesis sobre la observación de cambio significativo en ambos instrumentos (SDQ y PEDS) y en la mayoría de las subescalas en la muestra estudiada. Estos resultados se condicen con lo expuesto a través de los estudios internacionales (Dallos y Draper, 2005; Estrada y Russel, 1999; Kazdin, 2002; Midgley, 2004, 2009; Urwin et al., 2009; Weisz et al., 2013), los que han comprobado la efectividad que contienen los tratamientos psicoterapéuticos a través de mediciones cuantitativas de reducción sintomatológica (Álamo, 2019).

Asimismo, los estudios metaanalíticos de Hetzel-Riggin et al. (2007) y Sánchez-Meca et al. (2011) resaltan la importancia de las terapias psicológicas, puesto que los tratamientos psicológicos producen cambios significativos en niños y niñas que han sido víctimas de ASI, en comparación con aquellos que no pueden acceder a este tipo de intervenciones; destacando así la efectividad que contiene la psicoterapia para facilitar la elaboración de estas experiencias transgresoras. A nivel nacional, lo planteado por Capella et al. (2014; 2021) también destaca la importancia del tratamiento psicoterapéutico para la elaboración y superación de las experiencias de ASI.

En cuanto al cambio observado en las tablas de categorías sintomáticas, se puede visualizar que entre el primer y tercer momento de la evaluación, el instrumento SDQ fue el que presentó en mayor magnitud una disminución desde la categoría “*presencia de psicopatología*” hacia “*ausencia de psicopatología*”; difiriendo a lo observado en la escala PEDS, en donde en la mayoría de los casos se mantiene un porcentaje elevado en la categoría “*sobre el umbral clínico*”.

Este contraste puede atribuirse a las diferencias en la sintomatología que mide cada instrumento, así como a las características que posee la muestra analizada en este estudio. Ésto, pues se ha planteado que los niños/as y adolescentes que han sufrido abusos sexuales presentan altos índices de sintomatología vinculada a TEPT (Arredondo, 2002; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2005; Saywitz et al., 2000), por lo que la reducción significativa de este tipo de sintomatología podría ser más difícil de alcanzar a través de la escala PEDS en tanto a diferencia

del instrumento SDQ, su finalidad es evaluar los síntomas de trauma general y específico en una muestra.

En adición, los resultados obtenidos a través de la escala PEDS también podrían estar asociados a los lineamientos establecidos por parte de los PRMs, específicamente aquellos vinculados a los plazos de intervención que se establecen para llevar a cabo los procesos psicoterapéuticos de resignificación y superación de las experiencias de ASI, pues se ha evidenciado que aquellas intervenciones que incluyen más sesiones o se desarrollan en periodos de tiempo más largos, tendrían mayores cambios positivos (Hetzl-Riggin et al., 2007; Sánchez-Meca et al., 2011). Además, dada la complejidad de las características contextuales que engloban a los niños/as y sus adultos/as responsables, así como la dinámica relacional que se encuentra implicada en una intervención psicológica por ASI, resulta complejo establecer una data de tiempo exacta en la que cada niño/a tardará en responder de elaboración de la experiencia de ASI (Intebi, 2011; Contreras y Muñoz, 2017).

Es importante considerar que la escala PEDS no ha sido estandarizada psicométricamente en Chile, por lo que el punto de corte para categorizar “*bajo y sobre el umbral clínico*” puede ser distinto para la población nacional una vez que se estandarice. Aun así, los resultados obtenidos son alentadores, puesto que al observar la presencia de cambio sintomático en casos de alta complejidad como lo son aquellos por agresión sexual en niños y niñas, podría concluirse que los tratamientos al interior de los PRMs estarían siendo efectivos en el alcance de los objetivos planteados en sus lineamientos de trabajo.

II. Sobre el cambio psicoterapéutico en niños y niñas de acuerdo a las variables de edad y sexo

El segundo objetivo específico de este estudio se enfocó en analizar la presencia de cambio psicoterapéutico entre el Momento 1 y 3 de la psicoterapia según diferentes variables, destacándose dentro de ellas, la variable de edad de los niños y niñas de la muestra. Los resultados entregados tanto por el instrumento SDQ como por la escala PEDS, coincidieron en no presentar una significancia estadística que permitiera afirmar que la edad es un criterio predictivo en la obtención de cambio psicoterapéutico, al indicar que el grupo de escolares no evidencia una mayor presencia de cambio psicoterapéutico que la población de preescolares. No obstante, sí se identificaron tendencias entre los instrumentos que se consideran relevantes de mencionar.

Primeramente, cabe destacar que a pesar de no alcanzar la significancia estadística necesaria, sí se observaron cambios en las categorías sintomatológicas y descriptivas de las medias de cambio entre estos dos grupos. Así, es posible indicar que las tablas descriptivas muestran una divergencia en los resultados de preescolares y escolares, en tanto a través del instrumento SDQ se observan mayores puntajes de cambio en escolares, mientras que en la escala PEDS se visualizan mayores puntajes para el grupo de preescolares.

En este escenario, y tal como se ha planteado por parte de la literatura existente, ante una

experiencia de victimización los niños/as en etapa preescolar podrían presentar rasgos disociativos como mecanismo de defensa, tales como olvidos de fragmentos importantes de sus experiencias de vida, periodos de pérdida de contacto con la realidad, entre otros (Cantón y Cortés, 2015; Echeburúa y Corral, 2006; Intebi, 2012). Por lo tanto, es posible hipotetizar que al llevar a cabo sus reportes, los adultos/as responsables no logran asociar ciertos síntomas específicos de las líneas internalizante y externalizante, a la experiencia de ASI que han vivenciado niños y niñas en etapa preescolar, sino que más bien los relacionan a hechos cotidianos, u otros acontecimientos que no se vinculan directamente con la experiencia transgresora vivenciada por los niños/as; lo que podría ayudar a comprender por qué los resultados obtenidos a través del instrumento SDQ evidenciaron menores medias de cambio en los niños/as más pequeños de la muestra.

La diferencia entre los resultados obtenidos en este estudio y lo planteado por la literatura, podría estar relacionado con las formas de expresión que manifiestan niños y niñas tras haber vivenciado una experiencia de ASI, siendo los escolares aquellos que exhiben mayormente sentimientos de culpa y vergüenza, mientras que los preescolares tienden a expresar dificultades de conducta internas, externas y ligadas a TEPT, entre otras (Cantón y Cortés, 2004; CAVAS, 2011; Echeburúa y Corral, 2006; Espeleta, 2017). En suma, y en coherencia con lo expresado por Fonagy y Target (1996) en el apartado de aspectos influyentes de cambio de esta memoria, es importante considerar que la disminución sintomática observada en cada caso también puede estar asociada a la cantidad de sesiones psicoterapéuticas que reciba el niño/a, por lo que este factor podría marcar una diferencia significativa en los resultados alcanzados por cada grupo.

Por su parte, los resultados arrojados por la escala PEDS indicaron una tendencia distinta al instrumento SDQ, evidenciando mayores medias de cambio en preescolares que en escolares entre Momento 1 y Momento 3 de la terapia. Estos resultados no coinciden con Weisz et al. (1995) e Intebi (2012), quienes han planteado que para que los niños/as que han sido víctimas de ASI puedan comprender el impacto de dicha experiencia, es necesario que éstos cuenten con un nivel de madurez cognitiva que les permita conocer y comprender las normas de la sociedad, las responsabilidades de los individuos y elaborar la experiencia traumática; desarrollo que podría estar asociado a un rango etario más elevado, pudiéndose concluir que niños/as de mayor edad podrían tener mayores herramientas cognitivas para asimilar la experiencia de ASI y por tanto, trabajar dicha vivencia en un proceso psicoterapéutico (Santibáñez et al., 2008).

No obstante, los resultados entregados por el instrumento PEDS sí se condicen con lo planteado por autores como Fonagy y Target (1996) y Santibáñez et al. (2008), quienes han relevado que el factor de edad como variable incidente en la disminución sintomática es ambivalente y variable, indicando en sus estudios sobre procesos psicoterapéuticos que sí es posible visualizar mayores resultados positivos en niños pequeños.

Los resultados alcanzados tanto por el instrumento SDQ, como por la escala PEDS podrían explicarse respecto a la baja consideración que se tiene hacia los niños/as más pequeños al momento de expresar sus experiencias, afirmándose que en virtud de su edad, esta población carece de claridad al momento de relatar elementos de la situación vivida (Velázquez et al., 2013). Asimismo, la información obtenida por este trabajo podría estar vinculada con la escasez investigativa a nivel

nacional relacionada a la expresión sintomática en preescolares (Gómez, et al., 2014; Bravo-Evans, 2022), mientras que en lo que respecta a las características de esta investigación, factores como el tamaño de la muestra y la diferencia numérica entre cada grupo podrían haber influido en los resultados alcanzados.

En relación a la presencia de cambio psicoterapéutico según la variable de sexo en los niños y niñas de la muestra, los resultados entregados por el instrumento SDQ y PEDS convergieron al no presentar una significancia estadística que permitiera afirmar que la población de sexo femenino de la muestra, evidencia mayores medias de cambio psicoterapéutico que la población de sexo masculino, rechazando la hipótesis de que el sexo sería una variable que incide en la obtención de cambio psicoterapéutico en esta muestra.

El contraste entre los resultados obtenidos y lo descrito por parte de la literatura, puede estar asociado a la falta de representatividad de las muestras planteado por Ogrodniczuk (2006), la cual podría incidir en que un grupo categorial de sexo presentara mayor cambio que el otro, puesto que dentro del fenómeno de las agresiones sexuales infantiles, se observa una mayor prevalencia de casos reportados por mujeres que por hombres (Cantón y Cortés, 2004; Echeburúa y Corral, 2006); lo cual ocurre debido a que las mujeres son el grupo demográfico que denuncia en mayor magnitud estos hechos (Fundación Amparo y Justicia, 2023). A partir de aquello, podría sugerirse que las futuras investigaciones lleven a cabo estudios con un mayor universo muestral.

Por otro lado, la obtención de estos resultados también podrían ser comprendidos a partir de una perspectiva más integral sobre el rol que contiene la variable de sexo en el proceso de cambio psicoterapéutico, en tanto se ha indicado que si bien distintos aspectos de la vida son influenciados por variables como lo es el género y el sexo, en los procesos psicoterapéuticos la diferencia de los resultados obtenidos entre hombres y mujeres es más bien mínima (Ogrodniczuk, 2006), puesto que la variable biológica de sexo no provee información pertinente por sí sola para explicar el cambio obtenido en una terapia (Mintz y O'Neil, 1990, como se citó en Ogrodniczuk, 2006).

III. Sobre el cambio psicoterapéutico en niños y niñas de acuerdo a la presencia y ausencia de sintomatología inicial internalizante o externalizante.

De acuerdo a la cuarta y quinta hipótesis propuesta en la presente memoria, se buscó analizar a través del instrumento SDQ, la diferencia en las medias de cambio según la *presencia y ausencia de cambio psicoterapéutico internalizante y externalizante*, de acuerdo a la sintomatología inicial en las líneas sintomáticas internalizante y externalizante, en niños y niñas entre 4 y 9 años que han sido víctimas de ASI.

Los resultados mostraron que en aquellos casos en los que se haya iniciado un tratamiento con presencia de sintomatología en la línea internalizante, se obtuvieron mayores medias de cambio psicoterapéutico internalizante, que en la población que presentaba ausencia de síntomas en esta línea, afirmándose la cuarta hipótesis de este trabajo. Lo planteado por la literatura sostiene estos

resultados, en cuanto se ha evidenciado que ciertas características iniciales, tales como la prevalencia de carga sintomática con la que los pacientes inician sus tratamientos, permiten predecir las trayectorias de cambio de los procesos psicoterapéuticos y apoyar a los terapeutas a diseñar intervenciones clínicas que faciliten el cumplimiento de los resultados (Koffmann, 2018).

En contraste con lo anterior, los resultados atinentes a aquellos casos en los que se haya iniciado un tratamiento con presencia de sintomatología en la línea externalizante, no evidenciaron la presencia de un valor estadísticamente significativo para corroborar que aquellos iban a obtener mayor cambio psicoterapéutico externalizante, que el grupo con ausencia de sintomatología en esta misma línea, siendo rechazada la quinta hipótesis de esta memoria.

En busca de analizar con mayor profundidad la información obtenida, resulta relevante mencionar que la presente muestra se caracterizó por poseer un nivel de sintomatología inicial elevado y similar tanto en la línea internalizante, como en la externalizante, aspecto que podría deberse a que la población que forma parte del estudio alcanza altos puntajes para ambas líneas sintomáticas, por lo que no existe un grupo que se superponga al otro y/o permita que haya una diferencia significativa al interior de la presente muestra, complejizando el proceso de diferenciar los grupos según presencia o ausencia de síntomas. Aquello es coherente con lo indicado por Chase et al. (2008), en tanto sostienen que la sintomatología de tipo internalizante y externalizante no son entidades separadas, sino que ambas coexisten con una elevada prevalencia en la sintomatología inicial de un sujeto, aún más cuando éste ha vivido experiencias con altos niveles de trauma (Zorzella et al., 2015).

De este modo, se podría hipotetizar que los niños y niñas con un perfil sintomático de tipo internalizante obtuvieron mayores medias de cambio psicoterapéutico específico internalizante que aquellos con ausencia de este tipo de sintomatología, debido a que dicho grupo presenta una mayor dificultad en negar o distanciarse del sufrimiento psicológico que le aqueja, y por lo tanto, manifiesta una mayor necesidad de disminuir aquel malestar; mientras que por el contrario, quienes presentan ausencia de sintomatología, evidencian posibilidades limitadas de mejora y no alcanzan el umbral de significancia sobre el cambio posible de obtener (Uckelstam et al., 2019).

IV. Sobre el cambio psicoterapéutico en niños y niñas de acuerdo a la alianza terapéutica inicial establecida con sus psicólogos/as

Finalmente, el cuarto objetivo específico de esta memoria buscó analizar la asociación entre la obtención de cambio psicoterapéutico en los niños y niñas de la muestra, en relación a la alianza terapéutica inicial establecida con sus terapeutas durante el primer momento de intervención. Para responder a este objetivo, se llevó a cabo un Coeficiente de correlación de Pearson a través de los instrumentos SDQ, PEDS y TASC-r.

Los resultados obtenidos desde la escala PEDS se observó una correlación positiva moderada entre la media de cambio psicoterapéutico total y la AT inicial establecida entre los niños/as y sus terapeutas. Este resultado coincide con lo planteado por Karver et al. (2006) respecto

a la relevancia que la alianza terapéutica posee al interior de un proceso psicoterapéutico al ubicarse como factor predictor de resultados positivos, así como en el fortalecimiento del vínculo relacional entre terapeuta, niño/a y su sistema familiar o de cuidados (Kazdin et al., 2006; Baier et al., 2020; Núñez, 2021).

Por el contrario, los resultados obtenidos por parte del instrumento SDQ no evidenciaron el establecimiento de una correlación positiva y estadísticamente significativa entre el cambio psicoterapéutico total y la variable de AT inicial, por lo que no es posible indicar que estos factores contienen un nivel de asociación significativa entre sí. De esta forma, la hipótesis planteada en esta investigación es afirmada de manera parcial.

La diferencia entre los resultados obtenidos a partir de los instrumentos SDQ y PEDS podría entenderse al considerar el escenario contextual desde el cual se desarrollan las terapias de resignificación y superación de ASI, siendo posible hipotetizar que al estar en conocimiento de la elevada sintomatología de trauma que presentan este tipo de casos, los terapeutas que forman parte de los PRMs se encuentran predispuestos a aproximarse hacia los niños y niñas de manera lúdica, cálida y contenedora desde los primeros acercamientos, con el objetivo de establecer una vinculación temprana con ellos y formar un espacio en el cual se sientan cómodos para elaborar la experiencia de agresión sexual (Zorzella et al., 2015).

Considerando lo anteriormente expuesto, es posible indicar que la muestra total del estudio inició sus tratamientos con una carga elevada de sintomatología de trauma, puesto que el 100% de los casos presentó un nivel sintomático “*sobre el umbral clínico*”. Por lo tanto, se podría hipotetizar que la observación de altos niveles de trauma permitió que los psicólogos/as integraran más estrategias de intervención clínica que facilitaran la apertura relacional con los niños/as al inicio de los procesos psicoterapéuticos, con el objetivo de que en el transcurso de las sesiones se estableciera una óptima alianza terapéutica inicial que permitiera la expresión de la sintomatología general de los niños/as, para alcanzar un nivel significativo de cambio psicoterapéutico en síntomas de TEPT; lo cual se condice con lo establecido por Ovenstad et al. (2022) y Díaz (2022), al señalar que la combinación de una fuerte AT junto con la presencia de síntomas de trauma, facilitarían la obtención de resultados positivos en un tratamiento.

En conclusión, la presente investigación respondió efectivamente a la pregunta ¿Cuál es el cambio psicoterapéutico observado entre el primer (M1) y tercer momento (M3) de la psicoterapia, de acuerdo a las variables de edad, sexo y sintomatología inicial, en niños/as entre 4 y 9 años de edad que han sido víctimas de agresiones sexuales, y cuál es su relación con la alianza terapéutica inicial establecida con sus psicólogos/as?

En primer lugar, respecto a la obtención de cambio psicoterapéutico entre el primer y tercer momento de tratamiento evaluado a través del reporte de los adultos responsables, este estudio permite afirmar que niños y niñas que asisten a terapia en PRMs evidencian cambio psicoterapéutico en la línea sintomática entre el inicio y el final de sus intervenciones psicoterapéuticas, siendo posible hipotetizar que éstas impactan en los procesos de recuperación y superación de la experiencia traumática en este tipo de población. Por otro lado, se desprende que la presencia de sintomatología internalizante al inicio del tratamiento, permite una mayor obtención

de cambio psicoterapéutico internalizante al final de la terapia. Finalmente, se observa una correlación positiva moderada entre el cambio total y la alianza terapéutica inicial a través de la escala PEDS, pudiéndose hipotetizar que ante situaciones de carácter traumático, el establecimiento inicial de una sólida alianza terapéutica entre psicólogos/as y niños/as influye positivamente en el cambio psicoterapéutico en síntomas post-traumáticos que éstos pueden alcanzar.

Aportes, limitaciones, futuras investigaciones y proyecciones para la práctica

Tras haber revisado los principales resultados obtenidos a partir de esta memoria, a continuación, se plantearán los diferentes aportes y proyecciones para la práctica clínica e investigativa. No obstante, y en busca de presentar proyecciones útiles y oportunas para aquello, también es importante considerar las limitaciones presentes en esta investigación.

Primeramente, resulta relevante mencionar que la muestra analizada en este estudio no fue comparada con otro grupo control que también haya sido víctima de ASI y no haya recibido atención psicoterapéutica en PRMs. En consecuencia, la variable de cambio psicoterapéutico será evaluada sólo a partir del tratamiento realizado con niños y niñas al interior de estos centros, no siendo posible afirmar que la obtención del cambio se deba a este tipo de intervención en específico, ni tampoco aseverar de forma total la efectividad de esta.

Asimismo, es importante destacar que este estudio es llevado a cabo en un contexto dentro del cual no es posible controlar todas las variables o elementos que intervienen en el escenario que rodea a la muestra. Aquello implica considerar que aun cuando a lo largo de este trabajo se ha reportado la influencia del proceso de intervención en la ocurrencia de cambio psicoterapéutico, también existen otras condiciones sea de tipo contextual, intra y/o extrafamiliar que podrían haber tenido algún grado de impacto en los resultados obtenidos (Dallos & Draper, 2005; Kazdin, 2002; von Sydow et al., 2013). Tal es el caso de la emergencia sanitaria por COVID-19, la cual tuvo repercusiones en el proyecto Fondecyt dentro del que se enmarca este estudio, siendo necesario que se realizara la aplicación de los instrumentos cuantitativos de manera virtual.

Por otro lado, se observan limitantes asociadas a la representatividad del grupo de estudio, en tanto al tratarse de un número reducido de niños y niñas, el tamaño de esta muestra pudo haber afectado en la falta de diferencias observadas al comparar los grupos de las variables de edad y sexo. A partir de aquello, sería interesante el desarrollo de investigaciones que consideren añadir un mayor número de participantes, la incorporación de otros grupos etarios, entre otros, en busca de realizar una indagación más característica y profunda respecto a la temática, así como la ejecución de estudios a nivel nacional que repliquen este trabajo en otras zonas geográficas del país. Asimismo, cabe mencionar que la muestra seleccionada contaba con todos los instrumentos requeridos respondidos de forma completa, siendo un grupo de participantes que podría poseer características distintas a aquellos casos que no fueron integrados en este trabajo, aspecto que sería importante de considerar en el proyecto Fondecyt dentro del cual se inserta esta investigación.

En relación a las perspectivas consideradas en este trabajo, esta investigación se destaca por

la utilización de diversos instrumentos que permiten integrar las perspectivas de los adultos responsables y de los psicólogos de los niños/as pertenecientes a la muestra estudiada, permitiendo que el análisis de los resultados obtenidos fuera analizado de manera más diversa y enriquecedora. No obstante, y considerando su ausencia en este estudio, podría plantearse como desaffofuturo, el desarrollo de investigaciones que integren la perspectiva de los niños y niñas, en tanto la incorporación de sus visiones les entrega la posibilidad de aportar información valiosa en sus procesos de cambio psicoterapéutico (Álamo, 2019; Carlberg et al, 2009; Carroll, 2002; Davies & Wright, 2008). Lo anterior podría complementarse con el desafío asociado de incorporar el multi-reporte dentro de este tipo de investigaciones, puesto que actualmente no existen instrumentos cuantitativos validados para su utilización en niños/as pequeños.

Lo mismo ocurre con la población adulta, en tanto el instrumento PEDS desde la perspectiva de los padres no se encuentra validado en Chile, lo que podría influir en los resultados obtenidos en cuanto criterios asociados a fiabilidad y validez. Si bien la escala ha sido implementada por estudios nacionales que trabajan la temática de agresiones sexuales infantiles (Díaz, 2022), incluyendo la presente investigación, resulta un desafío futuro fundamental el que se desarrolle una validación del instrumento en nuestro país.

Dentro de la misma línea, y en pos de fomentar la efectividad tanto de los procesos terapéuticos de niños y niñas que han vivenciado experiencias de ASI, como de las investigaciones mismas, sería interesante en futuros estudios incluir a los adultos responsables como parte del sistema consultante y no sólo como colaboradores del proceso de los niños/as, integrando, por ejemplo, el proceso de cambio alcanzado en ellos a lo largo de la psicoterapia; ésto, pues se ha evidenciado que la participación del entorno familiar dentro del tratamiento favorece la ocurrencia de cambio psicoterapéutico en los niños/as (Álvarez et al., 2012; Dussert et al., 2017; Fong et al., 2016; Habigzang & Koller, 2013; van Toledo & Seymour, 2013; Wamser-Nanney, 2017).

Por último, resulta relevante mencionar que este estudio se centró en un análisis a partir del primer y tercer momento de la psicoterapia, pudiendo ser interesante integrar a futuros análisis el transcurso total de la intervención, en tanto se ha observado que todos los momentos que constituyen la psicoterapia, poseen características diferentes entre sí (Águila et al., 2016; Altimir et al., 2010; Echávarri et al., 2009; Gonçalves et al., 2009; Jessiman, Hackett y Carpenter, 2017), siendo el cambio psicoterapéutico un proceso que involucra avances y retrocesos, en donde los distintos momentos de la psicoterapia evidencian la ocurrencia de diversas situaciones (Vega, 2020). Del mismo modo, y considerando que el cambio psicoterapéutico es un proceso en marcha, sería interesante que futuras investigaciones se incorporara una fase de seguimiento, en la que se estudie la continuación del proceso de cambio en esta población, una vez finalizada la psicoterapia.

Tal como se indicó en el apartado de introducción, la presente memoria se enmarca como el primer estudio cuantitativo dentro del proyecto Fondecyt sobre cambio sintomático, por lo que sus resultados proporcionan información de gran relevancia sobre los estudios de cambio en población infantil que ha sido víctima de ASI. Considerando que las características que envuelven la presente muestra implican consideraciones éticas que suelen dificultar el acceso a ella para elaborar producción científica, resulta pertinente destacar el aporte que este estudio entrega para el área

centrada en la investigación con este tipo de población.

Esta investigación también significa una contribución hacia los diferentes actores responsables de los reportes analizados. Por una parte, los resultados entregados específicamente a partir del análisis de la variable de Alianza Terapéutica Inicial podrían ser un aporte para los adultos responsables, en tanto a partir de aquella se distinguen los aspectos que influyen en la ocurrencia positiva de cambio psicoterapéutico en los niños y niñas a su cargo.

Por ejemplo, el conocer, a través del terapeuta, las facilidades y dificultades que cada niño/a posee al inicio del trabajo terapéutico, así como su percepción inicial acerca del profesional mismo, podría incentivar a que los cuidadores centren sus esfuerzos en mantener los aspectos positivos reportados, sea desarrollando estrategias parentales que busquen incentivar a los niños/as a participar y colaborar en las sesiones con el profesional, y/o en modificar aquellos factores que hayan obstaculizado el establecimiento de una AT inicial, a través estrategias que tengan como objetivo apaciguar las posibles angustias y resistencias que el niño/a posea. Asimismo, los resultados también podrían influir en la disposición de los propios adultos responsables a lo largo de la terapia, siendo posible que, por ejemplo, al visualizar una buena relación inicial establecida entre el niño/a y su terapeuta, quizás en pos de contribuir con el tratamiento de los niños/as, desarrollen una mayor adherencia al proceso terapéutico de éstos, o bien como cuidadores busquen ellos mismos establecer una relación terapéutica positiva con el profesional, entre otros.

Por otra parte, este estudio contribuye en el trabajo clínico de los psicólogos y psicólogas, pues el tener conocimiento del impacto que contienen los primeros encuentros terapéuticos en la disminución sintomática en los niños/as, podría permitirle a los terapeutas llevar a cabo estrategias de intervención enfocadas en propiciar un espacio terapéutico cercano y cálido para los niños/as, poniendo particular énfasis en aquellos métodos que permitan abarcar la sintomatología evaluada por el instrumento SDQ, pues fue este cuestionario el que no reportó una asociación positiva estadísticamente significativa entre el cambio psicoterapéutico y la AT inicial, según lo indicado a través de la Correlación de Pearson que se llevó a cabo entre estas dos variables. De esta forma, se podría hipotetizar que el ajustar las estrategias diagnósticas e interventivas hacia el trabajo emocional y comportamental de los niños/as, favorecería en la obtención de cambio psicoterapéutico en este tipo de población.

Finalmente, es relevante mencionar contribuciones asociadas a los organismos colaboradores del SENAPENA y sus líneas de acción, en tanto la información obtenida sobre las variables que influyen de manera positivamente en la ocurrencia de cambio psicoterapéutico en niños/as que han sido víctimas de ASI podrían incidir en las orientaciones técnicas establecidas respecto al proceso de intervención, a la población que participa como consultante, al equipo de trabajo, a los recursos materiales empleados, entre otros. Lo anterior podría evidenciarse, por ejemplo, al comparar los resultados que arrojaron los instrumentos respecto a las medias de cambio psicoterapéutico, en donde el SDQ mostró una media de cambio psicoterapéutico mucho más alta que la escala PEDS. Este resultado permitiría hipotetizar que el tiempo establecido por los lineamientos técnicos de los PRMs para la superación de la experiencia traumática quizás no es suficiente, por lo que sería interesante poner en discusión el periodo de tiempo que ha sido definido por para alcanzar una recuperación por parte de este tipo de población.

Referencias

- Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente. (2005). *¿Qué es la Psicoterapia de Niños y Adolescentes?*
https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Spanish/Que-es-la-Psicoterapia-de-Ni%C3%B1os-y-Adolescentes-053.aspx
- Accurso, E., & Garland, A. (2015). Child, caregiver, and therapist perspectives on therapeutic alliance in usual care child psychotherapy. *Psychological Assessment*, 27(1), 347–352.
<https://doi.org/10.1037/pas0000031>.
- Águila, D. (2015). *Cambio terapéutico en niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales: narrativas de sus psicoterapeutas* [Tesis de Magíster, Universidad de Chile].
<https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/137368>
- Alamo, N. (2019). *Contenidos y evolución del cambio en la psicoterapia con niños y niñas: propuesta de un modelo genérico y de proceso* [Tesis de Doctorado, Pontificia Universidad Católica de Chile]. <https://repositorio.uc.cl/handle/11534/22501>
- Alcea. (s.f.). *Psicólogos para problemas infantiles: ¿Qué trata un psicólogo infantil?*
<https://alceapsicologia.com/problemas-infantiles/#Principales-problemas-infantiles-en-terapia>
- Altimir, C., Capella, C., Núñez, L., Abarzúa, M., & Krause, M. (2017). Meeting in difference: Revisiting the therapeutic relationship based on patients' and therapists' experiences in several clinical contexts. *Journal of Clinical Psychology*, 73(11), 1510–1522.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22525>
- Altimir, C., Krause, M., de la Parra, G., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Perez, C., Echávarri, O., & Vilches, O. (2010). Clients', therapists', and observers' agreement on the amount, temporal location, and content of psychotherapeutic change and its relation to outcome. *Psychotherapy Research*, 20(4), 472–487.
<https://doi.org/10.1080/10503301003705871>
- Álvarez, C. (2017). *Cambio en psicoterapia desde las narrativas de niños y niñas en edad escolar que han participado de una Psicoterapia Grupal*. [Tesis de Magíster, Universidad de Chile]. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/168404>
- Alvarez, P. & Socorro, A. (2009). *Intervención grupal psicoeducativa para madres de niños/as víctimas de agresiones sexuales: evaluación de la influencia en el cambio psicoterapéutico de sus hijos/as*. [Tesis de Pregrado, Universidad de Chile].
- Areas, M., Olivera, J. y Roussos, A. (2020). Cambio y psicoterapia: la perspectiva del niño.

- Diversitas: *Perspectivas en Psicología*, 16(2), 245–257.
<https://doi.org/10.15332/22563067.5553>
- Asociación Americana de Psicología. (2012). *Entendiendo la Psicoterapia*.
<https://www.apa.org/topics/psychotherapy/entendiendo-la-psicoterapia>
- Asociación Chilena Pro Naciones Unidas. (2006). *Informe situación infancia en Chile: “Día mundial para la prevención del abuso infantil”*.
- Baier, A. L., Kline, A. C., & Feeny, N. C. (2020). Therapeutic alliance as a mediator of change: A systematic review and evaluation of research. *Clinical psychology review*, 82, 101921. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101921>
- Banco Integrado de Programas Sociales. (2017). *Protección - Programa de Protección Especializada en Maltrato Grave y Abuso Sexual (PRM)*. Ministerio de Desarrollo Social y Familia.
<https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/65039/2017/3>
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia: Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Ediciones Paidós.
- Baylis, P. J., Collins, D., & Coleman, H. (2011). Child alliance process theory: A qualitative study of a child centered therapeutic alliance. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 28(2), 79–95. <https://doi.org/10.1007/s10560-011-0224-2>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252–260.
<https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Bravo, A. (2022). *Consecuencias psicológicas de agresiones sexuales y credibilidad familiar: sintomatología en niños, niñas y sus cuidadores*. [Memoria para optar al título de Psicóloga no publicada]. Universidad de Chile.
- Brown, P., Capella, C., & Antivilo, A. (2014). Propiedades psicométricas de la versión para padres del Strengths and Difficulties Questionnaire. *Revista de Psicología*, 23(2), 28–44. <http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2014.36146>
- Camacho, C. (s. f.). *Coficiente de Correlación Lineal de Pearson*. Universidad de Sevilla.
<https://personal.us.es/vararey/adatos2/correlacion.pdf>
- Campagne, D. (2014). El terapeuta no nace, se hace. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(121), 75–95. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352014000100005>

- Campbell, A., & Simmonds, J. (2011). Therapist perspectives on the therapeutic alliance with children and adolescents. *Counseling Psychology Quarterly*, 24(3), 195–209. <https://doi.org/10.1080/09515070.2011.620734>
- Cantón-Cortés, D. (2013). Características y consecuencias del abuso sexual infantil. En D. Cantón-Cortés, M. R. Cortés, M. D. Justicia, & J. Cantón, *Violencia Doméstica, Divorcio y Adaptación Psicológica* (pp. 143-157). Pirámide.
- Cantón-Cortés, D., & Cortés, M. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de Psicología*, 31(2), 607–614. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.180771>
- 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 de Doctorado, Universidad de Chile] <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/112610>
- Capella, C., Azocar, E., Gómez, C., Albornoz, S., Pitrón, D., Pizarro, R., Vega, M., & Rodríguez, L. (2021). Cambio Psicoterapéutico en niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales: Evaluación de la continuidad y caracterización del cambio posterior a la psicoterapia. *Terapia psicológica*, 39(3), 329-352. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082021000300329>
- Capella, C., & Gutiérrez, C. (2014). Psicoterapia con niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales: Sobre la reparación, la resignificación y la superación. *Psicoperspectivas*, 13(3), 93-105. <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue3-fulltext-348>
- Capella, C., Gutierrez, C., Rodríguez, L., & Gómez, C. (2018). Change during psychotherapy: the perspective of children and adolescents who have been sexually abused. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 21(1), 24–39. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2018.288>
- Capella, C., Lama, X., Rodriguez, L., Águila, D., Beiza, G., Dussert, D., & Gutiérrez, C. (2016). Winning a race: Narratives of healing and psychotherapy in children and adolescents who have been sexually abused. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(1), 73–92.
- Capella, C. & Rodríguez, L. (2018). Buenas prácticas que favorecen el cambio psicoterapéutico en casos de agresiones sexuales: Integrando la perspectiva de niños/as y adolescentes que han sido víctimas, sus padres y psicoterapeutas. *Revista Señales*, (18), 7–22. https://www.sename.cl/web/wp-content/uploads/2017/02/Revista-Senales_N18-2018.pdf

- Capella, C., Rodríguez, L., Azócar, E., Lama, X., Núñez, L., Águila, D., Gómez, C., Espeleta, M., & Vásquez, V. (2022). Psychotherapeutic change in children and adolescents who have been sexually abused: a model from participants' perspectives. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 25(1). <https://doi.org/10.4081/ripppo.2022.583>
- Capella, C., Soza, J., García, G., Sepúlveda, G., Quiroga, F., González, I., González, N., Pérez, F., George, M., & Vergara, P. (2017). Cambio psicoterapéutico en niños/as y adolescentes desde el enfoque constructivista evolutivo: evaluación de un caso. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(1), 125–136. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281950399012>
- Carlberg, G., Thorén, A., Billström, S. & Odhammar, F. (2009). Children's expectations and experiences of psychodynamic child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 35(2), 175–193. <https://doi.org/10.1080/00754170902996130>
- Castrillón, C. (2020). Momentos significativos en psicoterapia con niños: un estudio sobre procesos de cambio. *Revista CES Psicología*, 13(3), 88–106. <https://www.scielo.org.co/pdf/cesp/v13n3/2011-3080-cesp-13-03-88.pdf>
- Cavada, J. P. (2020). *Concepto y catálogo de delitos sexuales: Chile y legislación extranjera* (Asesoría Técnica Parlamentaria). Biblioteca del Congreso Nacional. https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/29603/2/BCN_Concepto_y_cata_logos_de_delitos_sexuales_edit_GW.pdf
- Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales. (2003). *Centro de atención a víctimas de atentados sexuales CAVAS Metropolitano: 16 años de experiencia*. Versión/producciones gráficas Ltda.
- Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales. (2011). *Una revisión de la experiencia*. Instituto de Criminología, Policía de Investigaciones de Chile.
- Centro de Atención Psicológica Integral. (s. f.). *Vulneración de Derechos*. <https://ceapsi.cl/tratamientos/vulneracion-de-derechos/>
- Chase, R. M., & Eyberg, S. M. (2008). Clinical presentation and treatment outcome for children with comorbid externalizing and internalizing symptoms. *Journal of anxiety disorders*, 22(2), 273–282. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.03.006>
- ChileAtiende. (2022). *Ley de imprescriptibilidad de delitos sexuales contra menores de edad*. Gobierno de Chile. <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/67761-ley-de-imprescriptibilidad-de-delitos-sexuales-contra-menores-de-edad#:~:text=En%20julio%20de%202019%20fue,del%20tiempo%20favorezca%20la%20impunidad.>

- Clark, C. (2013). Irreducibly Human Encounters: Therapeutic Alliance and Treatment Outcome in Child and Adolescent Psychotherapy. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 12(3), 228-243. doi:10.1080/15289168.2013.82275198
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2^a ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Comité de los Derechos del Niño. (2009). *Examen de los informes presentados por los Estados partes con arreglo al artículo 44 de la Convención : Informes periódicos tercero y cuarto que los Estados Partes debían presentar en 1997*. <https://www.unicef.org/chile/media/2601/file>
- Contreras, J., & Muñoz, C. (2017). Análisis del Programa de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual del Servicio Nacional de Menores en la Región del BioBío, una perspectiva desde el recurso humano. *Revista de Estudios Políticos y Estratégicos*, 5(1), 12-28.
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación [Electronic version]. *Revista Anales de Psicología*, 2(19), 205-221.
- Creed, T. A., & Kendall, P. C. (2005). Therapist Alliance-Building Behavior Within a Cognitive-Behavioral Treatment for Anxiety in Youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 498–505. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.498>
- Dallos, R. & Draper, R. (2005). *An introduction to family therapy. Systemic theory and practice*. Glasgow: MacGraw-Hill Education.
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Eckshtain, D., Ng, M. Y., Corteselli, K. A., Noma, H., Quero, S., & Weisz, J. R. (2020). Psychotherapy for Depression Across Different Age Groups: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 77(7), 694–702. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0164>
- Davies, J. & Wright, J. (2008). Children's Voices: A Review of the Literature Pertinent to Looked-After children's Views of Mental Health Services. *Child and Adolescent Mental Health*, 13, 26-31.
- Deblinger, E., Annarino, A. P., Cohen, J. A., Steer, R. A. (2006). A Follow-up Study of a Multisite, Randomized, Controlled Trial for Children With Sexual Abuse-Related PTSD Symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(12), 1474–1484. doi:10.1097/01.chi.0000240839.56114.bb
- Defensoría Digital (2024). *Violación Impropia (menor de 14 años)*. <https://defensoriadigital.cl/servicios/derecho-penal/materias/violacion-impropia-victima-menor-de-14-anos>

- De-Jong, O. (2017). Psicoterapia infantil: elementos distintivos y propuesta de intervención. *Alternativas en Psicología*, 48-63. <https://alternativas.me/attachments/article/145/04%20-%20Psicoterapia%20infantil.pdf>
- Díaz, C. (2022). *Alianza terapéutica inicial en psicoterapia con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales: su relación con las consecuencias psicológicas y vínculo con el agresor* [Memoria para optar al título de Psicólogo no publicada]. Universidad de Chile.
- DiGuiseppe, R., Linscott, J., & Jilton, R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child-adolescent psychotherapy. *Applied Preventive Psychology*, 5, 85–100.
- Dorsey, S., McLaughlin, K. A., Kerns, S. E. U., Harrison, J. P., Lambert, H. K., Briggs, E. C., Revillion Cox, J., & Amaya-Jackson, L. (2017). Evidence Base Update for Psychosocial Treatments for Children and Adolescents Exposed to Traumatic Events. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 46(3), 303–330. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1220309>
- Doss, B. D. (2006). Changing the Way We Study Change in Psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(4), 368–386. doi:10.1093/clipsy.bph094
- 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. *Psykhé: Revista de la Escuela de Psicología*, 26(1), 1–14. <https://doi.org/10.7764/psykhe.26.1.950>
- Echeburúa, E. & Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12(43-44), 75-82. <http://tinyurl.com/5yk45p2c>
- Echeburúa, E. & Guerricaechevarría, C. (2021). *Abuso sexual en la infancia: Nuevas perspectivas clínicas y forenses*. Planeta. https://proassetspdlcom.cdnstatics2.com/usuaris/libros_contenido/arxius/46/45368_A_buso_sexual_en_la_infancia.pdf
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research*, 20(2), 123–135. doi:10.1080/10503300903470743
- Espeleta, M. (2017). *Cambio Psicoterapéutico en Niños/as que han sido Víctimas de Agresiones Sexuales: La Perspectiva de sus Padres*. [Tesis de Pregrado].

<https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/175128>

- Farkas, C., Hernández, B., & Santelices, M. (2009). Análisis de momentos de cambio en el proceso terapéutico adelantado bajo la modalidad de un taller grupal psicoeducativo con embarazadas primigestantes. *Universitas Psychologica*, 9(2), 409-422. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672009000200009&lng=pt&tlng=es
- Feixas, G. & Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia : una introducción a los tratamientos psicológicos*. (1a. ed.). Paidós. [https://www.academia.edu/34172782/Aproximaciones a la psicoterapia Una introducci%C3%B3n a los tratamientos psicol%C3%B3gicos](https://www.academia.edu/34172782/Aproximaciones_a_la_psicoterapia_Una_introducci%C3%B3n_a_los_tratamientos_psicol%C3%B3gicos)
- Fernández, O. (2013). *Alianza terapéutica, acciones comunicacionales e indicadores de cambio genéricos en la fase inicial de la psicoterapia con adolescentes, y su relación con resultados y adherencia al tratamiento*. [Tesis de Doctorado, Pontificia Universidad Católica de Chile] <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/183295>
- Fernández, S. (2020). *Revisión bibliográfica: Proceso de cambio psicoterapéutico en niños y adolescentes víctimas de abuso sexual: Propuesta de un modelo en etapas*. Universidad de Chile. Documento de uso interno, no publicado.
- Fiorito, P. (2020). *Alianza Terapéutica en niños/adolescentes y Estilo Personal del Terapeuta: Validación de la Escala de Alianza Terapéutica para Niños y Adolescentes revisada (TASC-r)* [Tesis de Licenciatura, Universidad de Palermo]. <https://dspace.palermo.edu/dspace/handle/10226/2244>
- Flückiger, C., Del Re, A., Wampold, B., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Predictors of outcome in child psychoanalysis: a retrospective study of 763 cases at the Anna Freud Centre. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 44(1), 27-77. <https://doi.org/10.1177/000306519604400104>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2017). *Un análisis de los datos del programa "Víctimas Contra las Violencias" a partir de la campaña "Abuso Sexual Infantil: Hablar es empezar a prevenir"*. Argentina. <https://www.unicef.org/argentina/media/1156/file/SerieLasViolencias5.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2019). *Estudio para el fortalecimiento de los Programas Ambulatorios del Servicio Nacional de Menores*. <https://www.unicef.org/chile/media/2441/file/desinternacion.pdf>

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2021). *Estado Mundial de la Infancia 2021: En mi mente: Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*. <https://www.unicef.org/media/114641/file/SOWC%202021%20Full%20Report%20Spanish.pdf>
- Fossa, P. (2012). Obstáculos del Proceso Terapéutico: Una Revisión del Concepto de Vínculo y sus Alteraciones. *Revista de Psicología Gepu*, 101-126.
- Foster, J., & Hagedorn, W. (2014) Through the Eyes of the Wounded: A Narrative Analysis of Children's Sexual Abuse Experiences and Recovery Process. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23(5), 538-557, doi: 10.1080/10538712.2014.918072
- Fundación Amparo y Justicia. (2023). *Niños, niñas y adolescentes víctimas de delitos sexuales graves: Ingreso de denuncias y respuesta del sistema de justicia penal*. <https://amparoyjusticia.cl/wp-content/uploads/2023/04/Estudio-Fundacion-amparo-y-Justicia.pdf>
- Gaete, J., Montero, J., Valenzuela, D., Rojas, C., 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): e0191809. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191809>
- Gana, T. (2022). *Oferta de programas ambulatorios del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia*. [Tesis de Pregrado, Universidad de Chile]. <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/195691/Tesis%20-%20Trinidad%20Gana.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gaston, L., Marmar, C., Gallagher, D., & Thompson, L. (1991). Alliance Prediction of Outcome Beyond in-Treatment Symptomatic Change as Psychotherapy Processes. *Psychotherapy Research*, 1(2), 104–112. doi:10.1080/10503309112331335531
- Goenjian, A. K., Karayan, I., Pynoos, R. S., Minassian, D., Najarian, L. M., Steinberg, A. M., & Fairbanks, L. A. (1997). Outcome of psychotherapy among early adolescents after trauma. *The American journal of psychiatry*, 154(4), 536–542. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.4.536>
- Goic, J. (2020). *Alianza terapéutica en psicoterapia infantil: ¿En qué medida los años de experiencia del terapeuta, el sexo y la edad del niño explican la calidad de la alianza inicial entre terapeutas y niños que asisten a psicoterapia?* [Tesis de Magíster, Universidad de Chile]. <https://repositorio.uc.cl/xmlui/bitstream/handle/11534/29285/ESCRITO%20TESIS.%20GOIC,%20JOSEFA.pdf?sequence=1>
- Gómez, C., Lama, X., & Capella, C. (2021). Psicoterapia y Superación de Agresiones Sexuales:

- Mensajes de Niños/as y Adolescentes a Pares y Psicoterapeutas. *Psykhe*, 30(2).
<https://doi.org/10.7764/psykhe.2019.22385>
- Gómez, C. (2016). *Cambio psicoterapéutico en niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales: Una aproximación y propuesta teórica* [Tesis de Pregrado, Universidad de Chile]. <https://tinyurl.com/zn3yh5zw>
- Gómez Penedo, J. M., Juan, S., Manubens, R. T., & Roussos, A. J. (2017). El estudio del cambio en psicoterapia: Desafíos conceptuales y problemas de investigación empírica. *Anuario de Investigaciones*, XXIV, 15-24.
- Gómez Penedo, J.M., & Roussos, A. J. (2012). ¿Cómo sabemos si nuestros pacientes mejoran? Criterios para la significancia clínica en psicoterapia: Un debate que se renueva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21, 173-190.
- González, N. (2016). *Género y Abuso Sexual Infantil: Construcciones en torno al género y cambio terapéutico desde la mirada de las y los terapeutas*. [Tesis de Magíster, Universidad de Chile]. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/145796>
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 40(5), 791–799.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10433412/>
- 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>
- Grimaldo Pérez, J. (1997). Psicoterapia de Niños. *Revista Liberabit*, 3, 95-102.
https://ojs3.revistaliberabit.com/publicaciones/revistas/RLE_03_1_psicoterapia-en-ninos.pdf
- Guerra, C. (2017). Investigación sobre psicoterapia en abuso sexual infantil: ¿Una tarea pendiente en Chile? *UST Summa Psicológica*, 14(1), 1-11.
<https://doi.org/10.18774/448x.2017.14.227>
- Guerra, C. & Barrera, P. (2017). Psicoterapia con víctimas de abuso sexual inspirada en la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma. *Revista de psicología (Santiago)*, 26(2), 16-28. <https://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2017.47952>
- Hatcher, R. L., & Barends, A. W. (2006). How a return to theory could help alliance research. *Psychotherapy: Theory, Research, & Practice*, 43, 292–299.
<http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.292>

- Hernández, D. (2014). *Análisis Crítico del Programa de Protección especializada en maltrato y abuso sexual infantil (PRM) propuesto por el Sename: Un acercamiento a los discursos que sostienen el rol de psicólogo y paciente*. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Repositorio Institucional. http://opac.pucv.cl/pucv_txt/Txt-6000/UCE6012_01.pdf
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Gobierno de Colombia. <http://observatorio.epacartagena.gov.co/>
- Hetzl-Riggin, M., Brausch, A., & Montgomery, B. (2007). A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: an exploratory study. *Child abuse & neglect*, 31(2), 125–141. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.10.007>.
- Hill, C. (2005). Therapist Techniques, Client Involvement, and the therapeutic Relationship: inextricably intertwined in the Therapy Process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(4), 431-442.
- Horta, C. (2020). *Alianza terapéutica inicial en la psicoterapia infantil : ¿Cuánto infuye el diagnóstico, la sintomatología clínica y el sexo del niño/a en la relación con su terapeuta?* [Tesis de Magíster, Pontificia Universidad Católica de Chile]. <https://repositorio.uc.cl/handle/11534/29284>
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561–573.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. doi: 10.1037/a0022186.
- Horvath, A. O., y Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139–149. doi: 10.1037//0022-0167.38.2.139
- Instituto Nacional de la Juventud. (2023). Capítulo 4: Violencia hacia las juventudes [Diapositiva de PowerPoint]. *Hablemos de Todo*. <https://recursoshdt.injuv.gob.cl/wp-content/uploads/2022/10/2-violencia-sexual-cifras-de-interes-2023.pdf>
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2021). La salud mental en la niñez. *Los niños y la salud mental: ¿Es sólo una etapa?*. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/los-ninos-y-la-salud-mental>
- Intebi, I. (2012). *Estrategias y modalidades de intervención en abuso sexual infantil intrafamiliar*. Gobierno de Cantabria. <https://bienestaryproteccioninfantil.es/estrategias-y-modalidades-de-intervencion-en->

[abuso-sexual-infantil-intrafamiliar/](#)

- Jessiman, P., Hackett, S., & Carpenter, J. (2017). Children's and carers' perspectives of a therapeutic intervention for children affected by sexual abuse. *Child and Family Social Work*, 22(2), 1024-1033. <https://doi.org/10.1111/cfs.12322>
- Jones, E. E., & Zoppel, C. L. (1982). Impact of client and therapist gender on psychotherapy process and outcome. *Journal of consulting and clinical psychology*, 50(2), 259-272. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.50.2.259>
- Karver, M., Handelsman, J., Fields, S., & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 50-65.
- Kazdin, A. E., & Weisz, J. R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 19-36. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.19>
- Kazdin, A. E., Whitley, M. & Marciano, P. L. (2006). Child-therapist and parent-therapist alliance and therapeutic change in the treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(5), 436-445. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01475.x
- Kendall-Tackett, K. A., Meyer Williams L. y Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164-180.
- Knight, R. O. (1941). Evaluation of the results of psychoanalytic therapy. *American Journal of Psychiatry*, 98, 434-446.
- Koffmann A. (2018). Early trajectory features and the course of psychotherapy. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 30(1), 1-12. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1506950>
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y Cambio. Una mirada desde la subjetividad*. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Krause, M., Dagnino, P. (2006). Evolución del cambio en el proceso psicoterapéutico. En E. Thumala & R. Riquelme (Eds.). *Avances en Psicoterapia y Cambio Psíquico* (pp. 21-36). Ediciones Sociedad Chilena de Salud Mental.
- Krause, M., Altimir, C., & Horvath, A. (2011). Deconstructing the Therapeutic Alliance: Reflections on the Underlying Dimensions of the Concept. *Clínica y Salud*,

22(3), 267–283. <https://doi.org/10.5093/cl2011v22n3a7>

- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud (Publicación Científica y Técnica N° 588). *Organización Panamericana de la Salud*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/725>
- Lameiras, M. (2002). *Abusos sexuales en la infancia: Abordaje psicológico y jurídico* (Primera edición). Biblioteca Nueva.
- Ligiero, D., Hart, C., Fulu, E., Thomas, A., & Radford, L. (2019). What works to prevent sexual violence against children: Evidence Review. Together for Girls. <https://files.mutualcdn.com/tfg/assets/files/What-Works-to-Prevent-Sexual-Violence-Against->
- López, F. (1994). Los abusos sexuales de menores. *Lo que recuerdan los adultos*. Ministerio de Asuntos Sociales.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. En J. L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92–116). Brunner/ Mazel.
- Madrid, M., Rodríguez, L., & Capella, C. (2022). Relación terapéutica, juego y abordaje de la experiencia de agresiones sexuales en psicoterapia: la perspectiva de niños/as y adolescentes. *Revista de Psicología*, 31(1), 1-14. <http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2022.64715>
- Maffioletti, F., & Huerta, S. (2011). Aproximación fenomenológica de los delitos sexuales en Chile: la realidad nacional. *Revista Jurídica del Ministerio Público de Chile*, 47. <https://goo.gl/Zqkxhf>
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438–450. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438>
- McLeod, J. & Balamoutsou, S. (1996). Representing narrative process in therapy: Qualitative analysis of a single case. *Counselling Psychology Quarterly*, 9, 61-76.
- Mebarak, M., Martínez, M., Sánchez, A. & Lozano, J. (2010). Una revisión acerca de la sintomatología del abuso sexual infantil. *Psicología desde el Caribe*, (25), 128-154. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2010000100007&lng=en&tlng=es.
- Midgley, N., Parkinson, S., Holmes, J., Stapley, E., Eatough, V. & Target, M. (2015). Beyond a diagnosis: The experience of depression among clinically-referred adolescents. *Journal of Adolescence*, 44, 269–279. doi:10.1016/j.adolescence.2015.08.007

Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2021). *Comienza Mejor Niñez, el nuevo Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia*. <https://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/noticias/comienza-mejor-ninez-el-nuevo-servicio-nacional-de-proteccion-especializada-a-la-ninez-y-adolescenci#:~:text=Mejor%20Ni%C3%B1ez%20tiene%20la%20misi%C3%B3n%20de,de%20Mejor%20Ni%C3%B1ez%20Mar%C3%ADa%20Jos%C3%A9%20Castro.&text=Mejor%20Ni%C3%B1ez%20tiene%20la,Ni%C3%B1ez%20Mar%C3%ADa%20Jos%C3%A9%20Castro.&text=tiene%20la%20misi%C3%B3n%20de,de%20Mejor%20Ni%C3%B1ez%20Mar%C3%ADa>

Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (s.f.). *Sobre el Plan*. <https://plandeaccioninfancia.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/sobre-el-plan#>

Ministerio de Educación & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2012). *Orientaciones para la prevención del abuso sexual infantil desde la comunidad educativa*. <https://bibliotecadigital.mineduc.cl/handle/20.500.12365/15623>

Ministerio de Planificación y Coordinación. (1993). *Plan nacional de la infancia: una oportunidad para las niñas, niños y adolescentes de todo Chile*. <https://catalogo.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=85>

Ministerio de Salud. (2011). *Guía Clínica: Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, víctimas de abuso sexual*. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/aaa27720f363a745e04001011e011120.pdf>

Ministerio de Salud. (2016). *Norma General Técnica para la Atención de Víctimas de Violencia Sexual* (No. 178). https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/10/NT_VICTIMAS-VIOLENCIA-SEXUAL_web.pdf

Ministerio Público (s. f.). *Áreas de Persecución*. <http://www.fiscaliadechile.cl/Fiscalia/areas/sexuales.jsp>

Molina, M. (2017). ¿Qué significa realmente el valor de p?. *Pediatría Atención Primaria*, 19(76), 377-381. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322017000500014&lng=es&tlng=es

Molina, D., Jaime, E., & Gutiérrez-Carvajal, O. (2020). Intervención psicológica del abuso sexual en niños: Revisión sistemática. *Revista Iberoamericana de psicología*, 12(3), 71–80. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.12308>

Monzón, J., Perera, J., Herreros, O., Gastaminza, X. & Rubio, B. (2014). El abuso sexual en la infancia y la adolescencia. *Paidopsiquiatría psicosomática. La interconsulta y la*

psiquiatría de enlace en Pediatría, 336-355.
<https://www.researchgate.net/publication/266796297> El abuso sexual en la infancia y la adolescencia

- Muran, J. C., & Barber, J. P. (Eds.). (2010). *The Therapeutic Alliance: An Evidence-Based Guide to Practice*. The Guilford Press.
- Ng, M. Y., Schleider, J. L., Horn, R. L., & Weisz, J. R. (2021). Psychotherapy for children and adolescents: From efficacy to effectiveness, scaling, and personalizing. En M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Castonguay (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change: 50th anniversary edition* (7^a ed., pp. 625–670). John Wiley & Sons, Inc.
- Norcross, J. C. (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. Oxford University Press
- Núñez, L., & Gómez, J. M. (2019). Capítulo 5: La alianza terapéutica en el tratamiento de niños/as y adolescentes en G. Genise, N. Genise & L. Crocama (Eds.), *Manual de psicoterapia y psicopatología de niños y adolescentes*, (pp. 79-101). Librería AKADIA Editorial.
- Núñez, L., Midgley, N., Capella, C., Álamo, N., Mortimer, R., & Krause, M. (2021). The therapeutic relationship in child psychotherapy: Integrating the perspectives of children, parents and therapists. *Psychotherapy Research*, 31(8), 988-1000. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1876946>
- Oetzel, K. B., & Scherer, D. G. (2003). Therapeutic engagement with adolescents in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40, 215–225.
- Ogles, B.M (2013). Measuring change in psychotherapy research. En M. J. Lambert (Ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6^a ed., pp. 134-166). Wiley.
- Ogrodniczuk, J. S. (2006). Men, women, and their outcome in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 16(4), 453–462. <https://doi.org/10.1080/10503300600590702>
- Olivera, J., Braun, M., Gómez Penedo, J.M, & Roussos, A. (2013). A qualitative investigation of former clients' perception of change, reasons for consultation, therapeutic relationship and termination. *Psychotherapy*, 50, 505-516.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Responding to Children and Adolescents Who Have Been Sexually Abused: WHO Clinical Guidelines. Geneva: World Health Organization. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493119/>

- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Mental health in school: a manual*. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. <https://applications.emro.who.int/docs/9789290225652-eng.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Salud mental del adolescente*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Mejorar la salud mental y cerebral de niños y adolescentes*. <https://www.who.int/activities/improving-the-mental-and-brain-health-of-children-and-adolescents>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *No hay salud sin salud mental*. <https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Violencia contra las niñas y los niños*. <https://www.paho.org/es/temas/violencia-contras-ninas-ninos>
- Ormhaug, S., Jensen, T., Wentzel-Larsen, T., & Shirk, S. (2014). The therapeutic alliance in treatment of traumatized youths: relation to outcome in a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(1), 52–64. <https://doi.org/10.1037/a0033884>
- Ovenstad, J., Haugland, S. A., & Hummelsund, E. (2021). The role of the therapeutic relationship in trauma-focused therapy: A qualitative study of patients' experiences. *Journal of Clinical Psychology*, 77(12), 2327-2340.
- Ovenstad, K. S., Jensen, T. K., & Ormhaug, S. M. (2022). Four perspectives on traumatized youths' therapeutic alliance: Correspondence and outcome predictions. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 32(6), 820–832. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.2011983>
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2009). *Psicología del Desarrollo: De la Infancia a la Adolescencia* (11ª ed.). McGraw-Hill.
- Páramo, M.D, (2011). Psicología Clínica de Niños y Adolescentes Psicoterapia para Adolescentes y Perfil del Psicólogo: Análisis de contenido de discursos grupales. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* , 20(2), 133-142.
- Pereda Beltrán, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del Abuso Sexual Infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30(2), 3-13.
- Pereda Beltrán, N. (2010). Consecuencias Psicológicas a Largo Plazo del Abuso Sexual Infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31(2), 191-201.

- 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>
- Plataforma de Infancia. (2023). *Observaciones Generales del Comité de los Derechos del Niño*. <https://www.plataformadeinfancia.org/derechos-de-infancia/observaciones-generales-comite-derechos-del-nino/>
- Probst, G., Višlá, A., & Flückiger, C. (2022). Patients' symptoms and strengths as predictors of long-term outcomes of CBT for generalized anxiety disorder - A three-level, multi-predictor analysis. *Journal of anxiety disorders*, 92, 102635. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102635>
- Roussos, A. (2013). Introduction to a special section on clients' perspective of change in psychotherapy. *Psychotherapy*, 50(4), 503–504. doi:10.1037/a0033847
- Safran, J., & Muran, J. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 286–291.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Guilford Press.
- Saldivia, B. y Fuentes, J. (2023). *Alianza Terapéutica Inicial en Psicoterapia por Agresión Sexual Infantil: Explorando su relación con variables clínicas y demográficas de niños/as y sus terapeutas*. [Tesis de Pregrado, Universidad de Chile]. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/198019>
- Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, AI, & López-Soler, C. (2011). The psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: A meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), 67-93.
- Santibáñez, P, Román, M., Lucero, C., Espinoza, A., Iribarra, D., & Müller, P. (2008). Variables inespecíficas en psicoterapia. *Terapia psicológica*, 26(1), 89-98. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100008>
- Santibáñez, P., Román, M.F., & Vinet, E. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26(2), 267-287.
- Saunders, R., Buckman, J. E. J., Cape, J., Fearon, P., Leibowitz, J., & Pilling, S. (2019). Trajectories of depression and anxiety symptom change during psychological therapy. *Journal of affective disorders*, 249, 327–335. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.043>
- Saylor, C., Swenson, C., Reynolds, S., & Taylor, M. (1999). The pediatric emotional distress scale: a brief screening measure for young children exposed to traumatic events.

Journal of clinical child psychology, 28(1), 70–81.
https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2801_6

Saywitz, K. J., Mannarino, A. P., Berliner, L., & Cohen, J. A. (2000). *Treatment for children who have been sexually abused*. *American Psychologist*, 55(9), 1040-1049.
<http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.9.1040>

Sepúlveda, M. G. (2019). Psicoterapia constructivista evolutiva con niños y adolescentes. En C. Almonte y M. E. Montt, *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia* (3ª edición) (pp.793-803). Editorial Mediterráneo.

Servicio Nacional de Menores. (2012). *Bases Técnicas Específicas. Línea Programas: Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Infantil (PRM)*.
https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/6454.pdf

Servicio Nacional de Menores. (2015). *Orientaciones Técnicas. Línea Programas: Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Grave (PRM)*.
https://www.sename.cl/wsename/p16_21-12-2018/2-ORIENTACIONES-TECNICAS-PRM.pdf.

Servicio Nacional de Menores. (2015) Catastro de la oferta programática de la red SENAME. *Departamento Planificación y Control de Gestión*.
<http://www.sename.cl/wsename/otros/op/CATASTRO-201501.pdf>

Servicio Nacional de Menores. (2016). *Primer Informe de Abuso Sexual en Niñas, Niños y Adolescentes en Chile*.

Servicio Nacional de Menores. (2019). *Aspectos Teóricos del Abuso Sexual Infantil*.
<https://www.sename.cl/web/wp-content/uploads/2019/05/01-Aspectos-teo%C3%8C%C2%81ricos-del-abuso-sexual-infantil.pdf>

Servicio Nacional de Menores. (2019). *Orientaciones Técnicas. Línea Programas: Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Grave (PRM)*.

Servicio Nacional de Menores. (s. f.). *Bases Técnicas Específicas: Programa de Protección Especializado Modalidad Maltrato Infantil Grave y Abuso Sexual*.
<https://www.sename.cl/wsename/otros/proteccion/BTE.pdf>

Servicio Nacional de Menores. (s.f.). *Nuestra institución*. Recuperado el 05 de Enero de 2024 de: <https://www.sename.cl/web/index.php/nuestra-institucion/>

Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia. (2023). *Ficha de Identificación Año 2024-2026: Definiciones Estratégicas*.
https://www.servicioproteccion.gob.cl/601/articles-965_archivo_01.pdf

- Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia. (2023). *Planificación Estratégica 2023 - 2027*. <https://www.servicioproteccion.gob.cl/portal/Repositorio/Otros/964:Planificacion-Estrategica-2023-2027>
- Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia. (2023). *Informe de Gestión 2022*. https://www.servicioproteccion.gob.cl/601/articles-1286_recurso_pdf.pdf
- Shirk, S. R., & Saiz, C. (1992). Clinical, empirical, and developmental perspectives on the therapeutic relationship in child psychotherapy. *Development and Psychopathology*, 4, 713–728.
- Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 452–464.
- Shirk, S., Karver, M., & Brown, R. (2011). The Alliance in Child and Adolescent Psychotherapy. *Psychotherapy Theory Research Practice Training*, 48(1), 17-24. <https://doi.org/10.1037/a0022181>
- Siegel, S. M. (1977). Symptom Change and Prognosis in Clinic Psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 34(3), 321. doi:10.1001/archpsyc.1977.01770150079009
- Sotomayor, F. (2016). Efectividad de la Terapia Reparatoria en el Área específica de la Violencia Sexual Infantil. *Rumbos TS. Un Espacio Crítico Para La Reflexión En Ciencias Sociales*, (13), 117-132. <https://revistafacso.ucecentral.cl/index.php/rumbos/article/view/62>
- Spilsbury, J., Drotar, D., Burant, C., Flannery, D., Creedon, R., & Friedman, S. (2005). Psychometric properties of the Pediatric Emotional Distress Scale in a diverse sample of children exposed to interpersonal violence. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 34(4), 758–764. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3404_17
- Uckelstam, C.J., Philips, B., Holmqvist, R. & Falkenström, F. (2019). Prediction of Treatment Outcome in Psychotherapy by Patient Initial Symptom Distress Profiles. *Journal of Counseling Psychology*. 66. 10.1037/cou0000345
- United Nations Children’s Fund. (2020). *Action to end child sexual abuse and exploitation: A review of the evidence*. New York. <https://www.unicef.org/documents/action-end-child-sexual-abuse-and-exploitation-review-evidence-2020>

- Urquiza, A. J., & Winn, C. (1994). Treatment for abused and neglected children--infancy to age 18. *United States Dept. of Health and Human Services Administration for Children and Families Administration on Children Youth and Families National Center on Child Abuse and Neglect*. <https://www.govinfo.gov/app/details/GOVPUB-HE25-PURL-LPS61781>
- Vega, M. (2020). *Proceso de cambio en adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales y sus adultos responsables: Narrativas tras el alta terapéutica*. [Tesis de Magíster, Universidad de Chile]. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/189515>
- Vega-Arce, M. & Núñez-Ulloa, G. (2017). Cribado de las experiencias adversas en la infancia en preescolares: revisión sistemática. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 74(6), 385-396. <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2017.07.003>
- Velázquez, M., Delgadillo, L. G., & González, L. (2013). Abuso Sexual Infantil, técnicas para su atención. *Reflexiones*, 92(1), 131-139. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72927050010>
- Vergara, P., & Murillo, J. (2022). *Manual psicossociolegal sobre abuso sexual infantil*. Material Docente N°48 de La Academia Judicial. <https://academiajudicial.cl/wp-content/uploads/2022/11/MD48-Manual-psicosociolegal-sobre-abuso-sexual-infantil.pdf>
- Wamser-Nanney, R. (2017). Maternal support following childhood sexual abuse: Links to parent-reported children's outcomes. *Child abuse & neglect*, 67, 44-53.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Han, S. S., Granger, D. A., & Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: a meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological bulletin*, 117(3), 450-468. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.450>
- Yong, M., Fleming, C. B., McCarty, C. A., & Catalano, R. F. (2014). Mediators of the Associations Between Externalizing Behaviors and Internalizing Symptoms in Late Childhood and Early Adolescence. *The Journal of early adolescence*, 34(7), 967-1000. <https://doi.org/10.1177/0272431613516827>
- Zorzella, K. P., Muller, R. T., & Cribbie, R. A. (2015). The relationships between therapeutic alliance and internalizing and externalizing symptoms in TraumaFocused Cognitive Behavioral Therapy. *Child abuse & neglect*, 50, 171-181. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.08.002>

Anexos

Anexo N°1: Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Este cuestionario es respondido por el Adulto/a Responsable (AR) de cada niño o niña.

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 | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 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 | | | |

Firma

Fecha.....

Madre/padre/maestro/otros (indique, por favor:)

Muchas gracias por su ayuda

Anexo N°2: *The Pediatric Emotional Distress Scale (PEDS)*. Esta escala es respondida por el Adulto/a Responsable de cada niño o niña.

Escala Pediátrica de Problemas Emocionales

(EPPE)

Si usted tiene un(-a) niño(-a) entre las edades de 2 a 10 años: Haga un círculo alrededor del número que mejor describa con qué frecuencia su hijo(-a) ha mostrado cada comportamiento DURANTE EL MES PASADO. Si usted tiene más de un hijo(-a) entre las edades mencionadas, favor de llenar un formulario por cada uno de los niños en estas edades.

Sexo del niño a ser evaluado: (M/F) _____

Edad del niño: _____ años y _____ meses

| | Casi nunca | A veces | Con frecuencia | Con mucha frecuencia |
|--------------------------------------|------------|---------|----------------|----------------------|
| 1. Se queja mucho. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Quiere cosas inmediatamente. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. No quiere dormir solo (-a). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Le cuesta acostarse/ dormirse. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Tiene pesadillas. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Parece tener miedo sin razón. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Parece preocupado. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Llora sin razón. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Aparenta estar triste y retraído. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| 10. Se aferra a los adultos/ no quiere estar solo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Parece hiperactivo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Le dan rabieta (pataletas). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Se frustra fácilmente. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Se queja de dolores. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. No actúa de acuerdo a lo esperado para su edad (i.e. moja la cama, habla como un bebé, se chupa el dedo). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Parece asustarse fácilmente. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Se comporta agresivamente. | 1 | 2 | 3 | 4 |

Si su hijo(-a) ha tenido un trauma o estrés (tensión, aflicción) durante este último año, favor de describirlo en la línea provista (e.g. tiene un ser querido en la guerra, enfermedad, muerte o pérdida, accidente, desastre natural). Luego, evalúe el comportamiento del niño en términos del trauma/estrés. (DESCRIBA EL TRAUMA/ESTRÉS).

| | Casi nunca | A veces | Con frecuencia | Con mucha frecuencia |
|--|------------|---------|----------------|----------------------|
| 1. Inventar juegos, Historias, o dibujos de _____. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| 2. Se refiere a _____ en la conversación. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Evita hablar de _____ aún cuando se le pregunta. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Parece tener miedo de cosas que le recuerda _____. | 1 | 2 | 3 | 4 |

Anexo N°3: *Therapeutic Alliance Scales for Children (TASC-r)*. Esta escala es respondida por el Psicólogo/a de cada niño/a.

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

VERSIÓN PARA TERAPEUTAS (TASC-T)

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

| | | | |
|--|-----------|---------------|------------|
| 1. A el/la niño/a le gusta estar con usted, su psicólogo/a. | | | |
| 1 Nada | 2 Poco | 3 Bastante | 4 Mucho |
| 2. Al niño/a le resulta difícil trabajar con usted en resolver problemas de su vida. | | | |
| 1 Nada | 2 Poco | 3 Bastante | 4 Mucho |
| 3. El/la niño/a lo considera un/a aliado/a. | | | |
| 1 Nada | 2 Poco | 3 Bastante | 4 Mucho |
| 4. El/la niño/a trabaja con usted en resolver sus problemas. | | | |
| 1 Nada | 2 Poco | 3 Bastante | 4 Mucho |
| 5. El/la niño/a parece ansioso/a de que la sesión termine rápido. | | | |
| 1 Nada | 2 Poco | 3 Bastante | 4 Mucho |
| 6. El/la niño/a espera con anhelo las sesiones de terapia. | | | |
| 1 Nada | 2 Poco | 3 Bastante | 4 Mucho |

| | | | |
|---|-----------|---------------|------------|
| 7. El/la niño/a siente que usted gasta demasiado tiempo enfocado en sus problemas/conflictos. | | | |
| 1 Nada | 2 Poco | 3 Bastante | 4 Mucho |
| 8. El/la niño/a está resistente a venir a terapia. | | | |
| 1 Nada | 2 Poco | 3 Bastante | 4 Mucho |
| 9. El/la niño/a utiliza el tiempo con usted para hacer cambios en su vida. | | | |
| 1 Nada | 2 Poco | 3 Bastante | 4 Mucho |
| 10. El/la niño/a expresa afecto positivo hacia usted, su psicólogo/a. | | | |
| 1 Nada | 2 Poco | 3 Bastante | 4 Mucho |
| 11. El/la niño/a preferiría no trabajar en los problemas/conflictos en terapia. | | | |
| 1 Nada | 2 Poco | 3 Bastante | 4 Mucho |
| 12. El/la niño/a es capaz de trabajar bien con usted el abordaje de sus problemas/conflictos. | | | |
| 1 Nada | 2 Poco | 3 Bastante | 4 Mucho |

Fecha: _____

Firma Psicólogo/a: _____

¡Muchas gracias por sus respuestas!

Anexo N°4: Ficha de Caracterización de Caso elaborada por Equipo FONDECYT N°1200627.
Esta ficha es completada por el profesional Psicólogo/a de cada niño o niña.

Ficha de caracterización de caso del niño/a

| 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 (detallar) | Figura adulta extrafamiliar (detallar) | Par (a otro niño/a o adolescente). 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 agresor)? | Si | No |
| | | |
| | ¿Quién? Detallar: | |
| | | |

| 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 N°5: Consentimiento Informado de Aplicación de Cuestionarios dirigido a los/as Adultos/as Responsables (AR) de los niños/as.



Departamento de Psicología

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada/o padre, madre o Representante Legal:

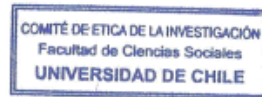
Mediante esta carta nos dirigimos a usted con la intención de solicitar su colaboración en la realización de un estudio que está siendo desarrollado por el Departamento de Psicología de la Universidad de Chile, y que ha sido adjudicado en el concurso FONDECYT Regular 1200627 año 2020 por la psicóloga 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.



Departamento de Psicología

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.

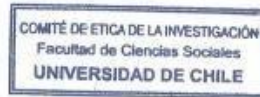
Su participación será totalmente voluntaria y podrá decidir en cualquier momento dejar de participar sin tener que dar explicaciones de ningún tipo y sin que ello tenga ninguna consecuencia para usted o su representado/a. En caso de que usted decida no participar, esto no influirá en la atención que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



Departamento de Psicología

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.

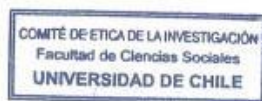
Finalmente quisiéramos señalarle que su consentimiento para participar en este estudio será una contribución relevante al desarrollo de lineamientos para la intervención de los niños/as y adolescentes que han sido víctimas y sus familias, entregándoles un mejor apoyo.

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



Departamento de Psicología

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

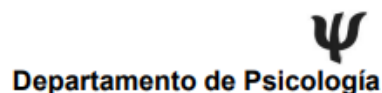
Firma Investigador Responsable
Prof. Claudia Capella

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 N°6: Consentimiento Informado dirigido a los Psicólogos/as de los niños/as



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,



FACSO
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.



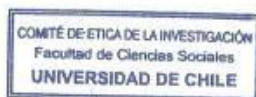
Finalmente quisiéramos señalarle que su consentimiento para la participación, será una contribución relevante a la formulación de lineamientos para la intervención de los niños/as que han sido víctimas, lo que puede contribuiría a entregarles un mejor apoyo.

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



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 mi 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