



**UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE POSTGRADO**

**POLIVICTIMIZACIÓN EN NIÑOS/AS QUE HAN SIDO VÍCTIMAS DE  
AGRESIONES SEXUALES Y EXPERIENCIAS ADVERSAS TEMPRANAS EN SUS  
CUIDADORES/AS**

**Tesis para optar al grado de magíster en Psicología  
con mención en Psicología Clínica Infanto Juvenil**

**JEANNETTE VEGA PÉREZ**

**Profesora guía:  
Dra. Claudia Capella Sepúlveda**

*Claudia Capella S.*

**Santiago de Chile, 2023**

## **Agradecimiento**

Agradezco al financiamiento de este estudio de posgrado, que fue proporcionado por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID) Magister Nacional/2020 -folio 22200501.

Agradezco la posibilidad de haber realizado esta investigación dentro del marco del FONDECYT Regular nro. 1200627 año 2020, titulada: “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”, cuya investigadora principal y guía de tesis es la Dra. Claudia Capella Sepúlveda.

A mi profesora guía, Claudia Capella, por compartir sus conocimientos y sabiduría con un acompañamiento respetuoso y amable.

A Marjorie y Miguelangel por compartir un espacio amoroso de compañerismo, escucha, comprensión, ánimo y valentía.

A mi esposo, familia y amigas, por el amor y apoyo constante.

## Resumen

El maltrato infantil contempla uno o varios tipos de formas de abuso hacia los/as niños/as que tienen consecuencias en su desarrollo evolutivo a corto y a largo plazo. Un tipo de maltrato o victimización vivido ellos/as es el abuso sexual infantil (ASI). Cuando experimentan un tipo de victimización, es más probable que experimenten otros tipos diferentes de victimizaciones y que sean más graves (polivictimización). De acuerdo con las repercusiones de las victimizaciones, cuando se evalúan estas victimizaciones en la infancia de los/as adultos/as, son identificadas como experiencias adversas en la infancia (ACEs). El objetivo de esta investigación es caracterizar las experiencias de polivictimización y sintomatología en los/as niños/as que han sido víctimas de ASI, y evaluar la posible relación con las ACEs, la violencia de género en la pareja (VGP) y la sintomatología de sus cuidadores/as. Los participantes son 63 cuidadores/as de niños/as que sufrieron ASI, y sus profesionales a cargo de la intervención dentro del programa de protección especializada en maltrato y abuso sexual infantil (PRM) de la región metropolitana. Entre los principales hallazgos, no se encontró una relación significativa entre las ACEs del cuidador/a y la polivictimización del niño/a. Además, la presencia de sintomatología general en los/as cuidadores/as tendría relación significativa con la presencia de psicopatología en los/as niños/as victimizados por ASI y/u otras victimizaciones. Se discute la relevancia de estos resultados incluyendo consideraciones de intervención clínica al incluir como foco de intervención a la diada niño/a-cuidador/a, y la consideración de evaluar la polivictimización, aunque el motivo de la intervención sea por haber vivido sólo un tipo de victimización, como el ASI.

**Palabras claves:** agresión sexual infantil, polivictimización, experiencias adversas en la infancia, violencia de género en la pareja.

## Índice

1. Introducción.....	4
2. Marco Teórico.....	8
2.1 Experiencias Adversas en la Infancia.....	8
2.2 Agresión Sexual Infantil.....	11
2.3 Polivictimización.....	14
2.4 Violencia de Género en la Pareja.....	16
3. Objetivos.....	19
3.1 Objetivo general.....	19
3.2 Objetivos específicos.....	19
4. Hipótesis.....	20
5. Marco metodológico.....	21
5.1 Diseño.....	21
5.2 Participantes.....	21
5.2.1 Caracterización de los niños y niñas.....	22
5.2.2 Caracterización de los/as cuidadores/as.....	25
5.3 Instrumentos.....	27
5.3.1 Ficha de caracterización de caso (Ver Anexo A y B).....	27
5.3.2 Childhood Trauma Questionnaire. Short Form (CTQ-SF). (Ver Anexo C).....	27
5.3.3 Outcome Questionnaire (OQ-30). (Ver Anexo D).....	28

5.3.4 Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). (Ver Anexo E) .....	28
5.4 Procedimiento .....	30
5.5 Análisis de datos .....	31
6. Resultados .....	33
6.1 Caracterización de las experiencias de polivictimización en niños y niñas .....	33
6.2 Sintomatología en niños y niñas víctimas de ASI que son categorizados como polivíctimas y aquellos que no son polivíctimas. ....	36
6.3 Las ACEs en el/la cuidador/a de niños y niñas que han sido víctimas de ASI.....	42
6.4 La VGP actual en el/la cuidador/a de niños y niñas que han sido víctimas de ASI. ....	43
6.5 Sintomatología de los/as cuidadores/as que sufrieron ACEs y VGP .....	45
6.5 Las ACEs y VGP en los/as cuidadores/as, y polivictimización niños y niñas que han sido víctimas de ASI.....	48
6.6 Las ACEs y sintomatología en los/as cuidadores/as, en relación con la polivictimización y síntomas en niños y niñas que han sido víctimas de ASI. ....	49
7. Discusión .....	53
8. Referencias.....	60
9. Anexos .....	73
9.1 Anexo A: Ficha de caracterización de caso completada por profesional Psicólogo (elaboración Equipo Fondecyt 1200627) .....	73
9.2 Anexo B: Ficha de caracterización de caso completada por profesional Trabajador/a Social (elaboración Equipo Fondecyt 1200627) .....	80
9.3 Anexo C: Childhood Trauma Questionnaire. Short Form (CTQ-SF). ....	85
9.4 Anexo D: Outcome Questionnaire (OQ-30).....	89
9.5 Anexo E: Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) .....	93
9.6 Anexo F: Documento aprobación Comité de Ética .....	96

9.7 Anexo G: Consentimiento informado del/a cuidador/a .....99

9.8 Anexo H: Consentimiento Informado Psicólogo/a.....103

9.9 Anexo I: Consentimiento Informado Trabajador/a Social.....107

## 1. Introducción

El maltrato infantil, es una problemática de salud pública mundial que, reconoce e involucra cuatro tipos principales de maltrato: abuso sexual, físico, emocional y negligencia (UNICEF, 2012). Cuando un niño, niña o adolescente (NNA), vivencia cualquier tipo de maltrato, genera gran perturbación y daño en su desarrollo psicosocial a corto y/o largo plazo (UNICEF, 2011).

A nivel internacional, el abuso sexual infantil (ASI), es un fenómeno de alta prevalencia. Se estima que el 13% de los niños, niñas y adolescentes son víctimas de este abuso en todo el mundo, donde el 7.6% de ellos/as representa a los hombres y el 18% de ellos/as a las mujeres (Stoltenborgh et al., 2011). En Chile, su prevalencia es del 8.7% en los niños y niñas, donde el 75% de ellos/as constituyó un abuso hacia las niñas y el 25% de ellos/as ocurrió hacia los niños (UNICEF, 2011). En tanto, en un estudio más reciente se observó una prevalencia en adolescentes chilenos del 26.4% (Pinto-Cortés y Guerra, 2019).

La vivencia del ASI es considerada una experiencia abusiva compleja y diversa, que se produce desde la dinámica de poder de un adulto hacia un/a NNA. En consecuencia, el fenómeno del ASI considera una amplia gama de características, en cuanto a la relación con el perpetrador (p.e. intrafamiliar o extrafamiliar), la etapa del ciclo vital en que se encontraba el/la NNA cuando se produjo el abuso, la ocurrencia a lo largo del tiempo (evento único, recurrente o crónico), el tipo de abuso sexual ejercido (con contacto físico: penetración anal, vaginal o bucal, tocaciones, etc.; o sin contacto físico: exhibicionismo, visualización de pornografía, etc.), entre otras (Barudy, 1998; Echeburúa y De Corral, 2006). Además, la experiencia de un/a NNA que ha sufrido abusos sexuales puede diferir mucho de la experiencia de abuso vivido por otro/a NNA, es decir, es una vivencia heterogénea, cuyas reacciones emocionales y comportamentales son variadas por lo que no es posible establecer un síndrome específico de la naturaleza de la agresión sexual infantil (Kendall-Tackett, et al., 1993; Maffioletti y Huerta, 2011; Murray et al., 2014; Sawyer y Hansen, 2014). Las consecuencias psicológicas pueden verse reflejadas en sintomatología de ansiedad, comportamientos y preocupaciones sexuales inapropiados, ira, culpa, vergüenza, depresión, trastorno de estrés postraumático y otros problemas desarrollados a corto y/o a largo plazo (Echeburúa y De Corral, 2006; Murray et al., 2014).

Los/as NNA que experimentan sólo una forma de maltrato, tienen una alta probabilidad de experimentar otras formas de victimización o también llamado polivictimización, en especial ciertos tipos de victimizaciones tienden a presentar más polivictimización, como es el caso del ASI. Por ejemplo: un estudio en niños/as entre 2-17 años que sufrieron ASI mostró que, el 75% de ellos/as son más propensos a experimentar más de 7 tipos de victimizaciones (Finkelhor et al., 2007a); y en un estudio retrospectivo de adultos/as entre 18-73 años que sufrieron ASI, reportaron que el 86% de todos ellos/as experimentaron en su infancia alguna forma de victimización (p.e.: violencia de género en la pareja en la infancia, abuso emocional, testigo de asesinato, etc.) en combinación con el ASI (Wolf y Prabhu, 2021); lo que indicaría que la ocurrencia de experiencias de victimización se producen conjuntamente y de forma acumulativa a lo largo de la vida (Finkelhor et al., 2007b; Kellogg y Menard, 2003).

Diferentes estudios han evidenciado que la presencia de múltiples tipos de maltrato se asocia con mayores consecuencias para la salud mental, que haber vivenciado un único tipo de victimización (Finkelhor et al., 2007a; Finkelhor et al., 2011; Rapsey et al., 2019). En un estudio longitudinal hallaron que, los/as niños/as que han sido polivictimizados, tienen cuatro veces mayor riesgo de sufrir dificultades emocionales en la edad adulta, que los/as niños/as que no fueron maltratados/as o donde el maltrato fue de menor gravedad, y dos veces más probabilidades de aquellos que sufrieron únicamente abuso sexual infantil (Rapsey et al., 2019).

En Chile, los estudios relacionados a las experiencias de polivictimización son escasos. La Primera Encuesta Nacional de Polivictimización en adolescentes, evidenció que el 8% del total de los casos (N total=19.684) son considerados polivíctimas, es decir, sufrieron 9 o más tipos de victimizaciones en el último año, y donde a medida que aumenta el número de victimizaciones, aumenta la sintomatología depresiva en el/a adolescente (Ministerio del Interior y Seguridad Pública, 2017). Otro estudio secundario a la encuesta nacional, evidencia que las experiencias de polivictimización predicen significativamente los síntomas de estrés postraumático (Pinto-Cortez et al., 2018).

De acuerdo a la evidencia anterior, podría ser relevante para las intervenciones clínicas, considerar la evaluación de la polivictimización al intervenir con NNA que consultan por sólo un tipo de maltrato (p.e.: sólo ASI).

Al evaluar la presencia de la polivictimización en los/as NNA, podría ser importante incluir una mirada intergeneracional, específicamente al observar las experiencias de maltrato



infantil (también llamado experiencias adversas en la infancia o ACEs) de los/as cuidadores y su sintomatología actual, para contribuir de forma integral al tratamiento de los niños y niñas. Un estudio reciente evidenció que la probabilidad de la presencia de polivictimización en los/as NNA se asocia de manera significativa con la presencia de historia de abuso o maltrato en sus cuidadores/as (en el 75% de los/as NNA polivíctimas, y en el 57.8% de los/as NNA que sufrieron sólo ASI) (Racine et al., 2022). Los estudios más recientes se inclinan a la existencia de la transmisión intergeneracional del maltrato, es decir, que los/as hijos/as de cuidadores/as que han sido víctimas de maltrato en su infancia, podrían presentar mayor riesgo de sufrir abusos en su infancia (Van-Ijzendoorn et al., 2019). Por ejemplo, los/as hijos/as de cuidadores/as que recibieron malos tratos en su infancia, reportan haber sufrido ASI e informaron más negligencia a diferencia de aquellos/as que no sufrieron malos tratos (Widom et al., 2015). Un estudio con población chilena, evidenció que existe relación entre las experiencias abusivas de la infancia materna y el ASI de su hijo/a (Maida et al., 2005).

Por otro lado, al evaluar la polivictimización también podría ser importante considerar qué tipo de victimizaciones determinadas están co-ocurriendo en la vida del niño/a, por ejemplo: la victimización por ASI y por violencia de género en la pareja o VGP.

La VGP se puede entender como cualquier comportamiento que ocurra dentro de una relación de pareja, que provoque daño físico, psicológico y/o sexual a sus miembros (Heise y García-Moreno, 2002). Aunque la VGP ocurre en el contexto de pareja, esta violencia impacta también a los niños y niñas que habitan en el mismo hogar, ya que ellos/as la experimentan directamente, ya sea escuchando o viendo el maltrato, visualizando la destrucción de los muebles del hogar, interviniendo en las peleas de la pareja, entre otras situaciones (Callaghan et al., 2015; Callaghan et al., 2017; Noble-Carr et al., 2019).

Desde la década de los 90, los científicos comenzaron a informar sobre la co-ocurrencia de la VGP y los distintos tipos de victimizaciones por separado, por ejemplo, VGP y maltrato infantil (Bidarra et al., 2016; Chan, 2011; Kennedy et al., 2012). Sin embargo, son pocos los estudios destinados a conocer sobre la co-ocurrencia de la VGP y el ASI (Alaggia y Turton, 2005; Bidarra et al., 2016; Goddard y Bedi, 2010). Un estudio que se enfocó en la VGP y el ASI, demostró que el ASI se asoció positivamente con el número de niños/as que vivían en hogares con VGP (Ramírez et al., 2011). Y en una reciente revisión, hallaron que la presencia de VGP tiende a debilitar las relaciones entre los/as cuidadores/as y este es un factor de riesgo

significativo en el ASI intrafamiliar, por ejemplo: el 85% de los/as niños/as expuestos a la VGP no se encontraron en situación de revelar sus abusos sexuales (Bidarra et al., 2016). Por otro lado, otros autores han encontrado que experimentar la VGP se encuentra asociado a sufrir maltrato infantil, incluyendo el ASI, y a ser polivíctimas (Miranda et al., 2021; Overline y Holt, 2019).

Dicho esto, sería relevante conocer sobre la prevalencia de la VGP en los/as niños que sufren ASI y sobre los factores que están operando

Mientras que el conocimiento sobre la polivictimización ha ido en aumento, son escasas las investigaciones que abordan la diferenciación caracterológica del fenómeno ASI y la sintomatología en los/as niños/as que la sufrieron, de aquellos/as que, además de sufrir ASI fueron polivictimizados (Racine et al., 2022). Además, podría ser importante en el marco de la polivictimización, conocer la prevalencia de VGP en los hogares de niños/as que han sido victimizados por ASI tras la escasa literatura al respecto (Bidarra et al., 2016). En la misma línea, más escasas aún, son los estudios que además consideran las experiencias adversas en la infancia (ACEs) de sus cuidadores/as y su sintomatología actual, pese a las sugerencias de investigadores de estudiar el rol de las ACEs de los/as cuidadores/as y el riesgo de la transmisión intergeneracional del trauma para la prevención de las dinámicas de violencia en sus descendencias (Racine et al., 2022).

De este modo, esta investigación cobra relevancia comunitaria, en la medida que podría contribuir a comprender el fenómeno del ASI en interacción con la posibilidad de sufrir otros tipos de victimizaciones, además de establecer relación con la historia de trauma de sus cuidadores/as y con la posible victimización de VGP en su adultez. De tal forma, abordar las ACEs de los/as cuidadores/as e incluirlos en la intervención de los niños y niñas, podría tener un rol relevante en la prevención de la transmisión intergeneracional del trauma.

Considerando lo antes expuesto, la pregunta de investigación que guía este estudio es: ¿Cuáles son las características y sintomatología de los niños y niñas que sufrieron ASI y que han sido polivictimizados/as, y cómo estas experiencias se relacionan con que sus cuidadores/as hayan sufrido experiencias adversas en su infancia, violencia de género en la pareja y presentan sintomatología general en la actualidad?

## 2. Marco Teórico

### 2.1 Experiencias Adversas en la Infancia

Experimentar cualquier tipo de abuso durante la etapa evolutiva infantil, tiene un gran impacto, con consecuencias psicológicas, emocionales y conductuales (UNICEF, 2012), constituyendo un factor de riesgo para el desarrollo presente y futuro (Cutajar et al., 2010). Las Experiencias Adversas en la Infancia (ACEs) se definen como las vivencias de diversos acontecimientos traumáticos, como el maltrato físico, psicológico y emocional, abuso sexual, negligencia y/o abandono, o cualquier trato que provoquen efectos negativos a corto y/o largo plazo para la salud física, social y mental del individuo desde el nacimiento hasta los 18 años (Finkelhor et al., 2015; Van-Niel et al., 2014). Estas experiencias se pueden presentar de forma aguda (evento único de corta duración) o crónica (eventos repetidos durante un largo periodo de tiempo) (Lafavor et al., 2020).

Los tipos de maltratos considerados como ACEs, se definen como (UNICEF, 2000):

- a) Maltrato físico: toda agresión que puede o no tener como consecuencia una lesión física, producto de un episodio único o repetido.
- b) Maltrato emocional: hostigamiento verbal de manera habitual, caracterizado por insultos, críticas, ridiculizaciones, indiferencia y rechazo implícito o explícito.
- c) Abandono y negligencia: es la falta de protección y cuidado mínimo por parte de sus cuidadores/as, no llegando a cubrir las necesidades básicas de los NNA.
- d) Abuso sexual: es toda forma de actividad sexual entre un adulto y un niño, niña o adolescente.

El primer estudio sobre la evaluación de las ACEs en adultos/as, contemplaba el maltrato infantil, como: abuso físico, abuso psicológico, abuso sexual, y las incapacidades familiares, como: encarcelamiento de los padres, enfermedades mentales, tendencia suicida, consumo de drogas de los padres, y violencia de género en la pareja (Felitti et al., 1998; Hustedde, 2021; LaBrenz, 2020). Desde entonces, nuevas investigaciones han evidenciado que otros tipos de ACEs también presentan efectos negativos en el desarrollo evolutivo, por lo que las investigaciones actuales han ampliado las categorías tradicionales de evaluación de las ACEs y continúan actualizándose y ampliándose desde una mirada sistémica (Cronholm et al., 2015; Finkelhor et al., 2015). Algunas nuevas categorías son: acoso escolar, aislamiento y rechazo por

parte de compañeros, pobreza, exposición a la violencia en la comunidad, entre otras (Cronholm et al., 2015; Finkelhor et al., 2015).

La prevalencia de este fenómeno nos muestra que, en la población adulta de Estados Unidos, casi el 62% de ellos/as vivenciaron al menos una ACEs y más de una cuarta parte informó de que había experimentado tres o más ACEs (Merrick et al., 2018). Cabe destacar que, el número de ACEs aumenta significativamente cuando la persona se identifica como de raza negra, hispana o multiracial, cuando no posee estudios secundarios, tiene bajos ingresos, hay desempleo o tiene incapacidad para trabajar, y cuando la persona pertenece a la comunidad LGTB+ (Merrick et al., 2018). A su vez, quienes experimentan cuatro o más ACEs en comparación con quienes no han experimentado ninguna, presentan entre 4-12 veces más riesgos de salud física, sexual y psicológica, que representan las principales causas de muerte en adultos/as (Felitti et al., 1998).

En Chile, un estudio efectuado en atención primaria de salud halló que el 82% de los/as pacientes habían experimentado al menos una ACEs y el 43% de ellos/as refirieron tres o más (Vitriol et al., 2017). Otro estudio efectuado en jardines infantiles chilenos con 50 diadas entre cuidadores/as principales y niños/as, en promedio el/la cuidador/a vivencia 5 ACEs (Ahumada, 2022).

A nivel fisiológico, toda persona posee un sistema biológico preparado para activarse ante situaciones donde su supervivencia esté corriendo peligro, o así lo interprete. Cuando los niños, niñas y adolescentes (NNA) vivencian situaciones estresantes, su cerebro las interpreta como eventos peligrosos, lo que activa su sistema biológico como forma de protegerlos/as del peligro (National Scientific Council on the Developing Child, 2020). Sin embargo, cuando existe una activación de manera frecuente, intensa y persistente durante la infancia como lo son las ACEs, los sistemas biológicos de su cuerpo involucrados se reajustan de tal manera que es más fácil y prolongada su activación, lo que conduce a un mayor riesgo de enfermedades relacionadas con el estrés, y a la utilización de comportamientos perjudiciales y nada saludables, como una manera de afrontar los traumas experimentados, los que serán visualizadas como: obesidad, diabetes, trastornos respiratorios e inmunológicos, afecciones cardiovasculares, promiscuidad, consumo problemático de alcohol, depresión, suicidio, trastorno de estrés postraumático, comportamiento delictivo, y otros problemas en su funcionamiento biológico,

físico, social, emocional, cognitivo y académico (Hustedde, 2021; Felitti et al., 1998; National Scientific Council on the Developing Child, 2020).

En la etapa evolutiva adulta, es posible que el proyecto de experimentar la maternidad y paternidad sea un evento considerado por muchos, con o sin planificación. Ante lo cual, se pudiera ver afectado el rol materno-paterno en aquellos/as adultos/as que durante su infancia sufrieron ACEs, ya que estas experiencias podrían tener repercusiones en el desarrollo y funcionamiento de sus propios/as hijos/as (Lafavor et al, 2020).

Aunque las prácticas de crianza y las adversidades específicas (como negligencia, maltrato infantil) han sido mayormente estudiadas, se sabe menos sobre las ACEs en adultos/as que tienen el rol de padre/madre y su ejercicio parental (LaBrenz, 2020). Sin embargo, éstos pocos estudios han colaborado en demostrar que las ACEs son un factor de riesgo para la transmisión intergeneracional de apegos poco saludables entre padres/madres e hijos/as (Steele et al., 2016). Un estudio sobre ACEs y estrés en la crianza de sus hijos/as, realizado a 118 madres con nivel socioeconómico bajo/empobrecido y medio/alto, encontró que, no importando su condición económica, por sí sólo, las ACEs pueden conducir al estrés marental, incluso entre madres con una buena posición económica, aunque no todas las adultas que sufrieron ACEs tienen altos niveles de estrés marental (Steele et al., 2016). Esto sugiere que, los efectos perjudiciales de las ACEs en la crianza podrían amortiguarse, con la presencia de factores protectores dentro del entorno familiar, como: apoyo familiar, hablar sobre sus sentimientos, disfrutar de las tradiciones familiares, apoyo de parte de sus amigos, entre otras (Bethell et al., 2019; Racine et al., 2022).

Otro estudio examinó la relación de las ACEs de padres latinos, con su funcionamiento parental (resiliencia parental, conexiones sociales, apoyo en momento de necesidad, competencia social y emocional y conocimiento de desarrollo infantil), salud mental (sentirse nervioso, tranquilo, feliz o deprimido actualmente) y consumo de sustancias. Sus resultados muestran que los padres que sufrieron 4 o más número de ACEs, y los padres que sufrieron 1 a 4 ACEs, tenían niveles significativamente más bajos de competencia parental que los que no sufrieron ninguna ACEs. Además, presentar mejores habilidades parentales, se relaciona con tener un mejor estado de salud mental (LaBrenz et al., 2020).

## 2.2 Agresión Sexual Infantil

Como se mencionó anteriormente, la ASI es considerada un tipo de ACEs. Las ASI son delitos que transgreden la libertad sexual de una persona, es decir, el derecho humano que tiene de elegir cómo, cuándo, dónde y con quién mantiene una relación sexual (CAVAS, 2003). Cuando la persona es menor de edad, no poseen un completo desarrollo psicosexual para poder ejercer la sexualidad libremente, y no tienen las condiciones necesarias de expresar su voluntad en este ámbito, la sociedad y el marco legal protege su indemnidad sexual (CAVAS, 2003). En Chile, sólo las personas mayores de 14 años, pueden brindar su consentimiento sexual. Sin embargo, no existen acuerdos universales sobre las características legales del fenómeno, ya que varían de acuerdo a la cultura y su legislación (Finkelhor, 1999; Ramírez y Fernández, 2011).

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, la agresión sexual constituye un delito, una forma de maltrato infantil e implica una vulneración a los derechos de los/as NNA. Aunque existen varias definiciones de ASI, tanto en el ámbito legal, médico, social, psicológico, etc. En este estudio utilizaré el concepto de agresión sexual infantil desde el marco psicosocial que engloba todas las figuras legales (violación, estupro, abuso sexual, etc.), conceptualizándose de esta forma todas las conductas sexuales dirigidas hacia los/as niños/as (Capella y Miranda, 2003).

La agresión sexual infantil (ASI), implica a un niño, niña o adolescente (NNA) en cualquier conducta de carácter sexual ejercida por un/a adulto/a buscando su satisfacción personal. Éstos/as NNA poseen un desarrollo psicosexual inmaduro, por lo que son incapaces de comprender a cabalidad la magnitud de las conductas sexuales, ni entregar su consentimiento real para llevarlas a cabo (Barudy, 1998).

En este fenómeno, el agresor sexual utiliza estrategias para llevar a cabo la conducta. De esta manera, las ASI implican coerción, que puede ser explícita y/o implícita, correspondiendo al uso de la fuerza física, presión, engaño, seducción, utilización del vínculo de confianza, intercambio de privilegios/regalos, chantaje emocional, complicidad/secreto, confusión, etc. (Cantón-Duarte y Cortés, 2000), y dentro de la asimetría de poder utilizada para dominar al otro/a por satisfacción sexual personal, que está dada por la diferencia etaria, de vulnerabilidad y/o dependencia (Barudy, 1998; Perrone y Nannini, 1997).

A su vez, este tipo de agresión refiere a comportamientos sexualmente abusivos, como: coito, sexo anal u oral, penetración de objetos, caricias de pechos o genitales, masturbación, exhibicionismo, exposición a pornografía o incitar a participar de actividades sexuales (Perrone y Nannini, 1997).

En términos evolutivos, incorporar a un NNA, a cualquier actividad sexual, es inapropiada, ya que su desarrollo psicosexual se encuentra inmaduro, de tal manera no puede comprender el significado social y sus efectos psicológicos de tales encuentros sexuales (Ramírez y Fernández, 2011).

Considerando que la agresión sexual infantil es un fenómeno relacional, es central distinguir el vínculo previo entre la víctima y su agresor, ya que conduce a efectos de daño de la experiencia abusiva (Navarro, 1998). De esta manera, es posible distinguir por un lado la agresión sexual de carácter intrafamiliar, que corresponde al abuso cometido por parte de un miembro de la familia del/a NNA, con o sin vínculo incestuoso, por ejemplo: padre, madre, tíos, abuelos, pareja de su padre/madre, primos, etc. El abuso sexual en este contexto, dificulta especialmente la develación, ya sea por el impacto emocional y por el desequilibrio familiar que pudiera generar esta información (Capella et al., 2020) Por otro lado, de carácter extrafamiliar, ya sea por una persona conocida (amigo, vecino, profesor, sacerdote, tío del bus escolar, etc.) o por un desconocido, donde la víctima no tiene un vínculo previo con el abusador (Barudy, 2000).

Además, la ASI es categorizada según la frecuencia de los actos abusivos, pudiendo ser un evento único (ocurre sólo una vez), un evento reiterado (ocurre generalmente por semanas o meses) o agresiones crónicas (suele extenderse por meses o años) (Capella, 2011).

Las agresiones sexuales tienen una alta prevalencia a nivel internacional y nacional (Capella et al., 2020). En Chile, un estudio reveló que cerca del 9% de los niños y niñas han sufrido ASI (UNICEF, 2012). Mientras que un estudio más reciente, reflejó que el 26.4% de adolescentes habían sido agredidos sexualmente (Pinto-Cortés y Guerra, 2019). Las agresiones sexuales generan un gran impacto en la vida de las personas, sin embargo, son escasamente reportadas. Esto se informa en el reporte del Observatorio de la niñez y adolescencia (2017) al señalar que el 70% de los casos de agresiones sexuales no llegan a ser denunciados, lo que corresponde a la cifra negra. Sin embargo, los casos denunciados son igualmente altas, por

ejemplo, durante el primer semestre de 2022, la Fiscalía de Chile ingresó 25.781 nuevos casos por delitos sexuales, donde 18.266 fueron NNA (Fiscalía, 2022).

Múltiples estudios evidencian que ser agredido sexualmente en la infancia y/o adolescencia afecta a todas las áreas de la vida de la víctima, tanto en su propia etapa infantil como al llegar a la etapa adulta. Las personas que son víctimas de ASI, no presentan el mismo patrón de síntomas, sino una gran variedad de ellos, inclusive algunos no presentan ningún síntoma debido a este tipo de victimización, lo que impide hablar de un síndrome de ASI que categorice sus síntomas físicos, emociones, cognitivos y sociales (Pereda y Gallardo-Pujol, 2011). Independiente de la heterogeneidad en la presentación de los síntomas y de la diversidad de las experiencias de ASI, las investigaciones indican que esta experiencia, tiene efectos significativos a corto y largo plazo, incluyendo síntomas de estrés postraumático, depresión, suicidio, comportamientos sexualizados y efectos neurobiológicos (De Bellis et al., 2011; Putnam, 2003).

Las consecuencias psicológicas negativas por el abuso, se presentan a corto plazo en el 80% de las víctimas, las que son moderadas por diferentes factores tales como, por ejemplo, la responsabilización del hecho de los padres hacia el/la NNA, y por sus mismas estrategias de afrontamiento según su etapa evolutiva. En cambio, el impacto de la agresión a largo plazo se puede presentar al menos en el 30% de las víctimas (Echeburúa y Corral, 2006). Las principales consecuencias de este tipo de victimización en NNA son: dificultades vegetativas (sueño, alimentación, esfínter), depresión, ansiedad, autolesiones, consumo de alcohol o drogas, miedo generalizado, culpa y vergüenza, desconfianza, trastorno de estrés postraumático, conductas sexualizadas, aislamiento, conductas antisociales, bajo rendimiento escolar, entre otras (Echeburúa y Corral, 2006).

Un estudio que evaluó a niños y niñas en siete momentos distintos entre los 4 a los 16 años, descubrió que los niños y niñas que tenían una historia de ASI presentaban problemas internalizantes y externalizantes significativamente mayores a lo largo del tiempo que los niños y niñas sin historia de agresión sexual. Mientras que con la edad los problemas de exteriorización disminuyen significativamente, para la interiorización aumentan. Además, se reporta que los niños tienden a presentar conductas externas, y las niñas conductas internas (Lewis et al., 2016). Así mismo, los niños y niñas que han sido abusados sexualmente muestran



mayores dificultades en regular sus emociones y mayores niveles de retraimiento y dificultades sociales en comparación con los niños y niñas que no han vivido ASI (Amedee et al., 2019).

Como se mencionó inicialmente, los efectos de las ACEs sobrepasan las generaciones. Desde allí que algunos estudios han encontrado asociación entre el historial de ASI en la madre con mayores dificultades en los niños y niñas que han sufrido ASI. Un estudio reciente reveló que los/as hijos/as de madres con antecedentes de ASI, presentaban más síntomas de disociación, problemas de interiorización y exteriorización, en comparación de las madres que no han vivido el abuso sexual. Además, la historia materna de ASI tiene una relación directa con su sintomatología actual como adulta y madre, es decir, con su angustia psicológica, síntomas de trastorno de estrés postraumático y disociación. El rol mediador de la educación materna, se asoció con la presentación de menos síntomas en sus hijos/as agredidos (Langevin et al., 2021).

### **2.3 Polivictimización**

Las investigaciones sobre la violencia contra la infancia que estaban focalizadas en el estudio de tipos únicos de victimización, no tenían el alcance de estimar la prevalencia y los efectos psicológicos, sociales, factores de riesgo y protectores para los niños y niñas que vivían múltiples experiencias de victimización (Pinto-Cortez y Venegas, 2015). A partir de ello, el modelo de victimología del desarrollo propuesta por Finkelhor (2007) es una teoría que se aproxima a los diferentes y acumulados tipos de victimizaciones que los niños y niñas pueden experimentar por diferentes motivos, o también denominado polivictimización (Pinto-Cortez y Venegas, 2015).

Se entenderá como polivictimización al hecho de experimentar variadas victimizaciones de diferentes tipos de maltrato, como: abuso físico, abuso sexual, violencia de género en la pareja, entre otras (Finkelhor et al., 2011). Se sabe que la polivictimización tiende a persistir a lo largo de la vida, y que no sólo las polivíctimas vivencian muchos tipos de victimizaciones, sino que también sufren victimizaciones más graves (Finkelhor et al., 2011). Mientras el interés por el estudio de la polivictimización ha ido en aumento, pocos estudios se han detenido a investigar las características del abuso y los síntomas de trauma entre los/as niños/as que sufrieron sólo ASI en comparación con los/as niños/as expuestos a la polivictimización incluyendo la ASI (Racine et al., 2022).

Según la Primera Encuesta Nacional de Polivictimización en adolescentes chilenos, el 90% de ellos/as han sufrido al menos un tipo de victimización en su vida y que, dentro de este porcentaje, el 10% de los/as adolescentes han sufrido 14 o más tipos de victimizaciones en su vida (Ministerio del Interior y Seguridad Pública, 2017).

Ser polivíctimas en la infancia o adolescencia trae consigo repercusiones en su salud física y mental en el corto y largo plazo (Finkelhor et al., 2011). Los/as niños/as que son polivíctimas (incluido la ASI), tienen mayores síntomas de trauma (p.e. agresión física, comportamiento oposicionista, comportamientos sexualizados, ansiedad, sentimientos de culpa, entre otras) y menos factores de protección, como: habilidades personales, apoyo de compañeros, habilidades sociales, apoyo educacional, etc., en comparación a los/as niños/as expuestos/as solamente a agresiones sexuales (Racine et al., 2022). Un estudio evidenció que los niños y niñas polivíctimas presentan mayor probabilidad de tener un historial de abuso en la infancia, tener padres con problemas de salud mental y drogas, así como ser más propensos a que el vínculo con su abusador sea intrafamiliar (Racine et al., 2022). Otro estudio reveló que, el 70% de los/as niños/as que fueron víctimas de ASI perpetrado por un conocido también fueron testigos de violencia de género en la pareja (Hamby et al., 2012).

Por otro lado, un estudio reciente, señala que los NNA que sufrieron ASI y que además fueron polivictimizados, muestran mayores síntomas de exteriorización, como agresión física, comportamientos sexualizados y uso problemáticos de drogas. Pero no presentan síntomas de interiorización, en comparación con los NNA que sufrieron sólo ASI (Racine et al., 2022). En otro estudio retrospectivo actual de adultos/as entre 18-73 años que sufrieron ASI, el 86% de ellos/as, fueron polivíctimas antes de los 18 años, en combinación con el ASI. Además, tenían más probabilidades de experimentar de forma significativa: ansiedad, depresión, problemas de sueño, disociación y síntomas de trauma relacionados con el ASI (Wolf y Prabhu, 2021).

Una victimización relevante, pero poco estudiada en combinación con el ASI es el acoso escolar. El 75% de los niños y niñas entre 9-12 años que sufrieron ASI, sufrieron victimización por pares en el contexto escolar al menos en algunas ocasiones. De hecho, la combinación de estas dos victimizaciones se asocia a un impacto psicológico más grave que sólo vivir uno de ellos, ya que los niños y niñas tienen menos oportunidades de desarrollarse en entorno seguros y no amenazantes (Tremblay-Perreault y Hébert, 2019).

En un estudio longitudinal de 25 años, las mujeres que sufrieron ASI, tenían casi el doble de riesgo de padecer trastornos de interiorización, y las mujeres polivíctimas (incluido la ASI), tenían más de cuatro veces más probabilidad de padecerlo, en comparación a las mujeres que no sufrieron ASI (Rapsey et al., 2019). Por lo que se visualiza las repercusiones profundas del maltrato en general y de las agresiones sexuales en particular a lo largo de la vida.

#### **2.4 Violencia de Género en la Pareja**

La Violencia de Género en la Pareja (VGP), es un tipo de violencia contra la mujer, que se considera una problemática de salud pública mundial que afecta a todos los sectores de la sociedad y avanza en proporciones epidémicas (WHO, 2013). La VGP la entenderemos como cualquier comportamiento que ocurra dentro de una relación de pareja, que provoque daño físico, psicológico y/o sexual a sus miembros; que incluye abuso físico como golpes; abuso psicológico en forma de intimidación, humillación y menosprecio; relaciones sexuales forzadas y otras formas de coerción sexual; y comportamientos controladores, como aislamiento social, monitoreo de su conducta y restricción de acceso a la información o asistencia (Heise y García-Moreno, 2002). Una lectura interpretativa y explicativa de la existencia de este fenómeno es a partir de la condición de subordinación de la mujer en la sociedad a lo largo de la historia, generando un desequilibrio de poder y violencia del género masculino por sobre el género femenino, discriminando a la mujer y subordinándolas al poder masculino (Vera et al., 2018; Lorente, 2001; ONU, 1993).

La magnitud de esta problemática evidencia que alrededor del 30% de las mujeres en el mundo que han mantenido una relación de pareja, han sufrido violencia física y/o sexual de parte de ella (UN WOMEN, 2020); reportándose en Sudamérica una prevalencia del 23,68% (WHO, 2013), cifras que se estiman han ido en aumento durante la pandemia mundial por COVID-19 (UN WOMEN, 2020). En Chile, en la Encuesta Nacional de Victimización la Violencia Intrafamiliar y Delitos sexuales, se reporta que un 41,4% de mujeres declara haber sufrido violencia por algún familiar que vive en su mismo hogar alguna vez en su vida; mientras que un 21,7% de las mujeres declaran haber sufrido este tipo de violencia en los últimos doce meses, donde la violencia psicológica ocurrió en un 20,2%, siendo ejercida por su pareja o ex pareja en un 70% de las veces; y la violencia física ocurrió en un 3,7%, siendo perpetrada en un 79,2% de las veces por su pareja o ex pareja (Ministerio del Interior y Seguridad Pública, 2020).

La VGP, es una experiencia que generaría consecuencias alarmantes en cuanto al desarrollo económico, al desarrollo social y a la salud física y mental de las cuidadoras (Walker-Descartes et al., 2021; WHO, 2013; Ivany et al., 2018). Los agresores suelen obstaculizar la independencia económica de ellas, ya sea tomando decisiones financieras, agotando los fondos existentes, creando deudas por parte del agresor, impidiendo que trabajen y/o restringiendo sus propios recursos (Dávila et al., 2021; Stylianou et al., 2013). La VGP a menudo conduce a la cuidadora al aislamiento social de sus redes de apoyo como amigos y familiares (Ivany et al., 2018; Yoshihama, 2002) lo que, junto con la dependencia económica, limita significativamente las opciones y los recursos para su seguridad y el apoyo para poner fin a la relación de violencia por parte de las mujeres (Fisher y Stylianou, 2019). Además, ellas como víctimas de VGP presentan mayor riesgo de padecer problemas de salud importantes en comparación con mujeres que no han sido víctimas de VGP, presentando malestar físico como: dolor crónico, contusiones, lesiones de órganos internos, fracturas, desmayos, pérdida del apetito y mayor riesgo de gripe; y en cuanto a su salud mental: reciben significativamente mayores diagnósticos de depresión, ansiedad generalizada, fobias, consumo problemático de alcohol, dependencia a drogas y tendencia suicida (Walker-Descartes et al., 2021; Pathak et al., 2019; Sugg, 2015), por lo tanto, la VGP constituye un factor de riesgo para el bienestar de la mujer (WHO, 2013; Ivany et. al, 2018).

El impacto de la VGP se expande al sistema familiar de los adultos de la relación de pareja, en su rol de padres y madres de NNA, presenciando la violencia de forma significativa y constante (Fernández-González et al., 2018; Holden, 2003; Holt et al., 2008; Izaguirre y Calvete, 2015). A nivel mundial, se estima que uno de cada cuatro niños/as menores de cinco años crecen con VGP en sus hogares (UNICEF, 2017; OMS, 2020), siendo reportado en el 13% de los adolescentes chilenos (Miranda et al., 2021). Es más, el 68% de las madres que son víctimas de VGP reportan que sus hijos/as oyeron o vieron la violencia de su agresor hacia ella (AIHW, 2019).

Los/as NNA que crecen con VGP, pueden percibirla con todos sus sentidos, como oír o ver a su cuidadora recibir abusos físicos, psicológicos y/o sexuales por parte de su pareja, e incluso pueden verse implicados directamente en ella, como al intentar intervenir en episodios violentos entre sus cuidadores y en consecuencia sufrir lesiones. Así mismo pueden presenciar las consecuencias de esta violencia, por medio del destrozo de los inmuebles, o enterarse de la

situación agresiva por medio de sus hermanos/as (Campo, 2015; Holden, 2003). Más aún, la literatura evidencia que la presencia de VGP en hogares con NNA aumenta la probabilidad de que ellos/as sufran otras formas de maltrato infantil, como violencia física, abuso sexual intrafamiliar, abuso psicológico, violencia comunitaria, maltrato de parte de sus pares, entre otras situaciones (Bidarra et al., 2016; Bradel-Warlick y Rosenbaum, 2021; Holden, 2003; Miranda et al., 2021; Overline y Holt, 2019).

La VGP ocasiona una afectación profunda en la salud mental de los/as NNA, considerándola como un factor de riesgo que se asocia con mayores problemas emocionales, comportamentales de interiorización y exteriorización, sociales, cognitivo, menor rendimiento académico, síntomas físicos y síntomas de trauma, en comparación a los/as NNA que no crecen con VGP (Timmons y Roy, 2020; Lamela et al., 2018). Incluso, estudios longitudinales y transversales, han encontrado que las consecuencias para la salud mental pueden ser duraderas en el tiempo, no remitiendo con el fin de la VGP o al llegar a la etapa adulta (Dumont y Lessard, 2019; Vu et al., 2016). Además, en algunos casos es probable que los problemas de adaptación de los/as NNA no surjan inmediatamente después de experimentar la VGP, apareciendo y desarrollándose más bien con el paso del tiempo, lo que se denomina como efecto durmiente (Vu et al., 2016). Del mismo modo, algunos NNA que crecen con VGP muestran resiliencia o funcionamiento adaptativo tras la adversidad, y no sufren efectos negativos clínicamente significativos (Rosser-Limiñana et al., 2020; Yule et al., 2019).

### 3. Objetivos

#### 3.1 Objetivo general

Caracterizar las experiencias de polivictimización y sintomatología en niños y niñas que han sido víctimas de abuso sexual (ASI), y evaluar la posible relación con las experiencias adversas en la infancia (ACEs), la violencia de género en la pareja (VGP) y la sintomatología de sus cuidadores/as.

#### 3.2 Objetivos específicos

- 1) Caracterizar las experiencias de polivictimización en niños y niñas que han sido víctimas de ASI.
- 2) Describir y comparar la sintomatología de niños y niñas víctimas de ASI que son polivíctimas, con aquellos niños y niñas que no son polivíctimas.
- 3) Caracterizar las ACEs en el/la cuidador/a de niños y niñas que han sido víctimas de ASI.
- 4) Caracterizar la VGP actual en el/la cuidador/a de niños y niñas que han sido víctimas de ASI.
- 5) Describir y comparar la sintomatología de los/as cuidadores/as que sufrieron ACEs de aquellos/as cuidadores/as que no sufrieron ACEs.
- 6) Describir y comparar la sintomatología de los/as cuidadores/as que sufrieron VGP, de aquellos/as cuidadores/as que no sufrieron VGP.
- 7) Comparar la experiencia de polivictimización de los niños y niñas víctimas de ASI que tienen cuidadores/as que sufrieron ACEs, de la experiencia de polivictimización de niños y niñas víctimas de ASI que tienen cuidadores/as que no sufrieron ACEs.
- 8) Comparar la experiencia de polivictimización de los niños y niñas víctimas de ASI que tienen cuidadores/as que sufrieron VGP, de la experiencia de polivictimización de niños y niñas víctimas de ASI que tienen cuidadores/as que no sufrieron VGP.
- 9) Establecer si existe una relación entre las ACEs y sintomatología en los/as cuidadores/as, con la polivictimización y síntomas en niños y niñas que han sido víctimas de ASI.

#### 4. Hipótesis

Dado que los objetivos específicos nro. 1, 3 y 4 son de carácter descriptivo, estos no contemplan hipótesis. A continuación, se formula la hipótesis 1 para abordar el objetivo 2, la hipótesis 2 al objetivo 5, la hipótesis 3 al objetivo 6, la hipótesis 4 corresponde al objetivo 7, la hipótesis 5 corresponde al objetivo 8 y, las hipótesis 6 y 7 corresponden al objetivo 9.

- 1) Se espera que, los niños y niñas que son polivíctimas presenten más psicopatología que los niños y niñas no polivíctimas.
- 2) Se espera que, los/as cuidadores/as que hayan vivenciado ACEs presenten mayor sintomatología clínica general, que los/as cuidadores/as que no vivenciaron ACEs.
- 3) Se hipotetiza que, los/as cuidadores/as que hayan vivenciado VGP presenten mayor sintomatología clínica general que los/as cuidadores/as que no vivenciaron VGP.
- 4) Se hipotetiza que, los/as cuidadores/as que hayan sufrido ACEs, se relacione con la presencia de polivictimización en los niños y niñas a cargo.
- 5) Se hipotetiza que, los/as cuidadores/as que hayan sufrido VGP, se relacione con la presencia de polivictimización en los niños y niñas a cargo.
- 6) Se espera encontrar que, a mayor gravedad de la sintomatología general del/la cuidado/a, mayor será la intensidad de síntomas clínicos del niño o niña a cargo.

## **5. Marco metodológico**

### **5.1 Diseño**

La presente investigación se plantea con un enfoque cuantitativo, y de alcance descriptivo-relacional. En el aspecto descriptivo busca indagar el estado de una o más variables en una población (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018). Además, la investigación incorpora un aspecto correlacional, pues pretende conocer el grado de asociación entre dos o más variables (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018), específicamente, se busca explorar la relación entre las ACEs y sintomatología en los/as cuidadores/as, con la polivictimización y sintomatología de niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales.

Esta investigación es de tipo no experimental, puesto a que se observa los fenómenos y variables tal como de manifiestan en su contexto natural para poder analizarlas, sin intervenir en ellas de forma intencional. Y de corte transversal, dado que se recolectarán los datos en un momento único (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018), correspondiente al inicio del proceso psicoterapéutico.

### **5.2 Participantes**

Los/as participantes de la presente investigación, corresponden a las figuras cuidadoras de niños y niñas entre 4 a 9 años, que han sido víctimas de agresión sexual, y que se encuentran iniciando su proceso psicoterapéutico en un Programa de Reparación Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Grave (PRM) de la Región Metropolitana, y los/as profesionales psicólogos/s y trabajadores/as sociales que se encuentran a cargo de este proceso. El PRM antes mencionado, es un programa subvencionado por el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia: Mejor Niñez, o ex Servicio Nacional de Menores (SENAME). Su objetivo es contribuir al proceso reparatorio de los niños, niñas y/o adolescentes que han sufrido maltrato físico y/o psicológico grave y/o agresión sexual que, a su vez califica como un hecho constitutivo de delito de acuerdo a la ley nro. 19.927 de delitos sexuales. La vía de ingreso formal al PRM, se realiza desde Fiscalías y/o Tribunales de Justicia tras la denuncia del hecho. La intervención de los procesos de reparación y protección está dirigida a todos los niños, niñas o adolescentes menores de 18 años, e implica consideraciones según el tipo de maltrato, su cronicidad, la etapa evolutiva de la persona, presencia de una figura adulta significativa,



motivación para participar de la terapia, entre otros elementos. Además, contempla un plan de intervención individual, brindando apoyo psicológico, activaciones de mecanismos legales, y realización de intervención familiar y/o adultos responsables. Este plan de intervención es liderado por una dupla psicosocial de profesionales psicólogos/as y trabajadores/as sociales (Mejor niñez, 2022; SENAME, 2015).

Para recabar información respecto del niño/a se incluirá a su figura cuidadora principal, quien realizará el reporte de sí mismo/a y del niño o niña a cargo, y al/a profesional que acompaña su proceso de terapia (psicólogo/a y trabajador/a social). Se trabajó con datos secundarios obtenidos dentro del marco de referencia del proyecto de investigación Fondecyt regular nro. 1200627, que corresponde a 63 participantes. Los participantes fueron seleccionados/as por muestreo no probabilístico o intencional, donde la elección se basó de acuerdo a las características y contexto de la investigación (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018), donde el interés primordial es analizar variables en relación a la agresión sexual, polivictimización y sintomatología de niños y niñas que han sido víctimas de agresión sexual y variables de ACEs, VGP y sintomatología en sus figuras cuidadoras. Como criterio de exclusión, no se incluirán en la investigación las figuras cuidadoras cuyos niños y niñas a cargo presentes niveles de daño orgánico cerebral, discapacidad intelectual, psicosis o trastornos del espectro autista. Además, fueron seleccionados sólo aquellos/as participantes del estudio mayor en que se inserta este estudio que hayan respondido a la totalidad de los instrumentos para este estudio (se detallarán más adelante), y se excluyeron quienes presentaban “sospecha de abuso”.

### **5.2.1 Caracterización de los niños y niñas**

A continuación, se describe las características de los niños y niñas de este estudio. Cuyos datos fueron obtenidos a partir de la Ficha de Caracterización de Casos que los/as psicólogos/as y trabajadores/as sociales completaron como profesionales a cargo del proceso de psicoterapia inicial de cada uno de ellos/as y de sus cuidadores/as.

Del total de 63 casos, el 74.6% se constituye por niñas, y un 25.4% por niños, siendo así 47 niñas y 16 niños. Lo que concuerda con la literatura científica, que señala que son las niñas quienes sufren mayoritariamente de agresiones sexuales (Observatorio de la Niñez y Adolescencia, 2017). De acuerdo a su etapa evolutiva, para esta tesis, se considerará etapa preescolar entre los 4-6 años, y en etapa escolar entre los 7-9 años (Papalia et al., 2012),

presentándose de forma casi igualitaria en esta muestra, siendo 31 preescolares y 32 escolares (Tabla 1).

**Tabla 1**

*Etapa Evolutiva de los niños y niñas*

Etapa Evolutiva	Femenino		Masculino		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Preescolar	22	34.9	9	14.3	31	49.2
Escolar	25	39.7	7	11.1	32	50.8
TOTAL	47	74.6	16	25.4	63	100.0

Respecto al fenómeno de la Agresión Sexual, el abuso sexual es el tipo agresión con mayor ocurrencia en los niños y niñas de la muestra, con el 88.9% de los casos. Según su etapa evolutiva, llama la atención que los preescolares (4-6 años) en su totalidad, sufrieron abuso sexual. Mientras que los escolares (7-9 años), vivenciaron los 3 tipos de agresiones sexuales: Abuso sexual, violación y otro (abuso sexual sin contacto, por ejemplo: ser fotografiado/a para satisfacción del agresor, ser obligado/a a ver material pornográfico, etc.) (Tabla 2).

**Tabla 2**

*Tipos de Agresiones Sexuales según la Etapa Evolutiva*

Tipo de Agresión Sexual	Preescolares		Escolares		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Abuso Sexual Infantil	31	100.0	25	78.1	56	88.9
Violación	0	0.0	6	18.8	6	9.5
Otro	0	0.0	1	3.1	1	1.6
TOTAL	31	100.0	32	100.0	63	100.0

Respecto a la frecuencia de las agresiones sexuales y el sexo de los niños y niñas. Se destaca que casi el 10% de los casos sufrieron ASI de forma crónica (Tabla 3).

**Tabla 3**

*Frecuencia de la Agresión Sexual*

Frecuencia	TOTAL	
	N	%
Episodio único	24	38.1
Repetido	22	34.9
Crónico	6	9.5
Sin información	11	17.5
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100.0</b>

Sobre la relación que tiene el niño y/o la niña con su agresor, se destaca que en el 98.4% de los casos, la figura agresora es conocida por la víctima infantil, ya sea dentro de su núcleo familiar, o fuera de ella (Tabla 4).

**Tabla 4**

*Relación del niño y niña con su agresor sexual*

Relación	TOTAL	
	N	%
Intrafamiliar	52	82.5
Extrafamiliar conoc.	10	15.9
Extrafamiliar descon.	1	1.6
Sin información	0	0.0
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100.0</b>

### 5.2.2 Caracterización de los/as cuidadores/as

La relación que tienen los/as cuidadores/as con los niños y niñas, hacen referencia a que, en primer lugar, la mayoría de ellas son su figura materna con el 81%, en segundo lugar, es su figura paterna y, en tercer lugar para 5 niños y niñas es otra figura adulta que los acompaña, como: abuela, tía, etc. (Tabla 5).

**Tabla 5**

*Relación del niño y niña con su cuidador/a*

Relación	TOTAL	
	N	%
Madre	51	81.0
Padre	7	11.1
Otro	5	7.9
TOTAL	63	100.0

De acuerdo a la edad de los/as cuidadores/as de los niños y niñas, se concentra en el 87.3% de los casos entre los 20 – 40 años (Tabla 6).

**Tabla 6**

*Edad de los/as cuidadores/as*

Edad	TOTAL	
	N	%
20-30 años	27	42.9
31-40 años	28	44.4
41-50 años	3	4.8
51-60 años	2	3.2
Sin información	3	4.8
TOTAL	63	100.0

Con respecto al nivel socioeconómico de los/as cuidadores/as, se destaca que ningún/a cuidador/a se clasificó en un nivel alto (Tabla 7).

**Tabla 7**

*Nivel Socioeconómico de los/as cuidadores/as*

Nivel Socioeconómico	TOTAL	
	N	%
Bajo	41	65.1
Medio	22	34.9
Alto	0	0.0
TOTAL	63	100.0

De acuerdo a su nivel educacional, aunque el 90.5% de los/as cuidadores/as tienen estudios Medios y/o Universitarios, hay 4 personas que sólo tienen estudios básicos, donde su rango etario se encuentra entre los 26-39 años (Tabla 8).

**Tabla 8**

*Nivel Educacional de los/as cuidadores/as*

Educación	TOTAL	
	N	%
Ens. Básica	4	6.3
Ens. Media	31	49.2
Universitaria/técnica	26	41.3
Sin información	2	3.2
TOTAL	63	100.0

En relación a la asistencia a tratamiento de salud mental de parte de los cuidadores/as, cabe destacar que 22 adultos/as se encuentran en tratamiento individual fuera del PRM, y que además reciben intervención/terapia familiar del PRM por el ingreso de su niño o niña al programa (Tabla 9).

**Tabla 9**

*Asistencia a tratamiento de salud mental de los/as cuidadores/as*

Tratamiento	TOTAL	
	N	%
Asiste	22	34.9
No asiste	39	61.9
Sin información	2	3.2
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100.0</b>

### 5.3 Instrumentos

#### 5.3.1 Ficha de caracterización de caso (Ver Anexo A y B)

Es un instrumento elaborado por el equipo Fondecyt, con el fin de obtener información de los niños y niñas, y sus cuidadores/as. Esta ficha fue completada por los/as profesionales psicólogos/as y trabajadores/as sociales a cargo del caso en el PRM. De acuerdo a los objetivos del presente estudio, los datos que se recolectarán son: caracterización del niño/a (edad, sexo, frecuencia de la agresión sexual, relación con el agresor, presenciar VGP y otras vulneraciones), y datos de caracterización del/a cuidador/a (relación con el/la niño/a, edad, sexo, nivel socioeconómico, nivel educacional, asistencia a tratamiento de salud mental, vivencia de VGP). Por lo tanto, desde esta ficha evaluaremos la experiencia de polivictimización del niño/a y VGP del/a cuidador/a.

#### 5.3.2 Childhood Trauma Questionnaire. Short Form (CTQ-SF). (Ver Anexo C)

Es un cuestionario auto-administrado, que evalúa distintas experiencias de abuso y negligencia infantil en adultos/as. La versión abreviada cuenta con 28 ítems, que se dividen en cinco áreas: abuso físico, abuso psicológico, abuso sexual, negligencia física y negligencia

psicológica (Bernstein, et al. 2003). Ha sido validado en Chile en su versión abreviada, encontrando una consistencia interna adecuada ( $\alpha = 0.7$  a  $0.9$ ) en las cinco escalas de evaluación (Domínguez, 2018). Este cuestionario se utilizó para evaluar ACEs de los/as cuidadores/as y fue respondido por ellos/as mismos/as.

### **5.3.3 Outcome Questionnaire (OQ-30). (Ver Anexo D)**

El OQ-30, es un cuestionario constituido por 3 áreas: sintomatología, relaciones interpersonales y rol social. De tal manera que se sugiere la evaluación del funcionamiento del individuo en un continuo desde cómo la persona se siente internamente, cómo se relaciona con los otros significativos y cómo está funcionando en tareas vitales como el trabajo y el estudio (Von Bergen y De la Parra, 2002). El OQ-30 es un instrumento de auto-reporte de 30 ítems que se evalúan de acuerdo a una escala sumativa tipo Likert de nivel ordinal, presentando como respuesta cinco categorías en cada uno de los ítems: nunca, casi nunca, a veces, con frecuencia y casi siempre. Cada ítem, consta de 5 puntos (0 a 4), de modo que el puntaje total es de 120 puntos, donde las puntuaciones mayores a 43 se considerarán “población disfuncional” o con “mayor angustia” (Errázuriz, et al., 2017). Para los ítems 5, 9, 18, 22, 27 y 30 deben puntuarse al revés. El instrumento fue adaptado al español y validado en población chilena por Errázuriz et al. (2017), y fue posible determinar que su versión en español presenta similares propiedades psicométricas del instrumento original. Para este estudio con este instrumento se evaluará la sintomatología de los/as cuidadores/as de niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales.

### **5.3.4 Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). (Ver Anexo E)**

El SDQ es un instrumento desarrollado por Robert Goodman, quien creó este cuestionario basándose en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV). Está diseñado para evaluar dificultades emocionales y conductuales, y conductas prosociales en niños, niñas y adolescentes entre 4 a 16 años. Existen tres versiones de este cuestionario: según el reporte de cuidadores y profesores de niños entre 4 a 16 años, y según el autoreporte en adolescentes de 11 a 16 años (Brown et al., 2014; Goodman, 2001).

El instrumento se compone de 25 ítems, divididos en cinco áreas correspondientes a: síntomas emocionales, problemas conductuales, hiperactividad, problemas con pares y

conducta prosocial, los cuales se pueden ordenar en dos factores de segundo orden: externalizante e internalizante (Goodman, 2001; Ortuño-Sierra et al., 2018). Cada uno de los 25 ítems es puntuado de acuerdo a una escala Likert de tres alternativas “no es cierto, es cierto y absolutamente cierto”, que puntúan 0, 1 y 2 puntos, respectivamente, a excepción de los ítems de fortalezas, que se puntúan de modo inverso (Brown et al., 2014). En esta investigación, la clasificación del rango se basó en la escala total que considera los siguientes puntajes y rangos: 0-13 puntos indica ausencia de psicopatología, 14-16 puntos se clasifica como estado límite, lo que indica que no es posible pesquisar la presencia o ausencia de psicopatología, y 17-40 puntos, que indica presencia de psicopatología (Goodman, 1997).

Para esta investigación se utilizó el cuestionario de SDQ de cuidadores de niños entre 4 a 16 años, es decir, será contestado por los/as cuidadores/as responsables, con el objetivo de evaluar la sintomatología clínica que presentan los niños y niñas a su cargo. La evaluación de sus propiedades psicométricas, fueron evaluadas en Chile (Brown et al., 2014) con la versión del SDQ de cuidadores/as de niños y niñas entre 4 a 11 años, encontrando que las cinco subescalas no muestran una fiabilidad aceptable, en contraste con su escala total que presentó una adecuada fiabilidad ( $\alpha = .79$ ). En 2018, Gaete et al., evaluaron la validez y fiabilidad del instrumento en la versión de preadolescentes y adolescentes entre 9 a 15 años, encontrando una adecuada consistencia interna en cada subescala. Considerando estos estudios, se considerarán como resultados tentativos los relacionados a las cinco subescalas del SDQ, utilizando los siguientes puntajes de corte (Tabla 10).

**Tabla 10**

*Puntajes de Corte del Instrumento SDQ (Goodman, 1997)*

Categorías	Ausencia de Psicopatología	Límite	Presencia de Psicopatología
Puntaje Total	0-13	14-16	17-40
Síntomas Emocionales	0-3	4	5-10
Problemas Comportamentales	0-2	3	4-10
Hiperactividad	0-5	6	7-10
Problemas con Pares	0-2	3	4-10
Conducta Prosocial	6-10	5	0-4



#### **5.4 Procedimiento**

El proyecto de investigación Fondecyt regular nro. 1200627, en donde se inserta esta investigación, fue aprobada por el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, durante el año 2020 (Anexo F). Posteriormente, el equipo del proyecto de investigación toma contacto con los centros PRM para aprobar su participación en la investigación. Los centros e instituciones apoyan la selección de los casos que serán invitados a participar, en base a los criterios de inclusión y exclusión de la investigación. Dada la edad de los niños y niñas y por resguardos éticos y metodológicos, la recolección de los datos consistirá en la aplicación de los instrumentos al cuidador/a del niño o niña y a los/as profesionales a cargo de su tratamiento psicológico en el PRM, sin contar con la participación de los niños y niñas. Debido al contexto de emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19, la recolección de los datos tuvo una modalidad online, pero también en algunos casos se realizó de manera presencial según el caso.

Desde los PRM se obtiene la información de contacto en primer lugar de los/as cuidadores/as de los niños y niñas, y en segundo lugar de los/as profesionales psicólogos/as y trabajadores/as sociales que están a cargo de su intervención en el centro. Realizándose un primer contacto vía telefónica o por correo electrónico, donde se invita formalmente a participar de la investigación y se explica la modalidad en que será realizado el primer encuentro de evaluación, que será online por vía Zoom, Meet o en su defecto Whastapp.

En el encuentro vía online con los/as participantes: cuidadores/as y profesionales, que es asistido por miembros del equipo Fondecyt con una adecuada formación para ello, se sigue un procedimiento común de acuerdo al protocolo de evaluación cuantitativa online, elaborado para el proyecto Fondecyt. En este encuentro se explica detalladamente la investigación, se responden dudas y se lee en conjunto el Consentimiento Informado (Anexo G, H, I), donde su aceptación o rechazo se registra en voz del participante con un dispositivo externo. Cabe señalar que este encuentro online se realiza en un periodo cercano al momento del ingreso al PRM por parte del niño/a que ha sido agredido sexualmente y su cuidador/a.

Posteriormente, se aplica y responde la ficha de caso y/o instrumentos. Esta instancia tiene una duración aproximada de 45 a 90 minutos para los/as cuidadores, y de 25 a 45 minutos para los/as profesionales, pudiendo destinar una segunda instancia de aplicación de ser necesario, según sea el caso. La asistencia del encuentro online por un miembro del equipo,

busca acompañar y orientar a los/as cuidadores/as y profesionales, por ejemplo, mediante la lectura de instrucciones, explicaciones de términos y palabras, entre otros. Además, ante la posibilidad de desestabilización emocional o evaluación de situaciones de riesgo a partir de la respuesta a los instrumentos de los/as participantes, el personal de asistencia, está capacitado/a para atender y contener a los/as participantes de acuerdo a un protocolo de contención.

## **5.5 Análisis de datos**

La información obtenida se analiza utilizando el programa estadístico JAMOVI versión 2.3.18. y se organiza de acuerdo al cumplimiento de los objetivos específicos de esta investigación.

Para dar cuenta del primer objetivo, se hicieron análisis de frecuencia y porcentaje de la variable polivictimización, diferenciando según la variable género (femenino, masculino) y la variable etapa evolutiva (preescolar, escolar). Además, estos datos descriptivos fueron sometidos a la prueba chi cuadrado, a fin de evaluar el supuesto de independencia de variables (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

Para el segundo objetivo, se realizó análisis de promedio, desviación estándar, frecuencia y porcentaje del reporte del instrumento SDQ. Así mismo, se realizó la prueba de chi cuadrado para probar la no relación de la variable de sintomatología con el puntaje total del SDQ, y la categorización: sólo ASI o polivíctimas. Como alternativa a la prueba t para muestras independientes, ya que los grupos a comparar no se distribuían con normalidad, se utilizó la prueba no paramétrica de U Mann Whitney para comparar los promedios del puntaje total y subescalas del SDQ con las categorías de niños y niñas: Sólo ASI y polivíctimas.

Para los objetivos tres y cuatro se realizaron análisis descriptivos de frecuencia y porcentaje para las variables de experiencias adversas en la infancia y violencia de género en la pareja de los/as cuidadores/as.

En el objetivo cinco se realizó análisis descriptivos de la escala total del instrumento OQ, presentando promedio, desviación estándar y frecuencia según sean cuidadores/as con o sin ACEs y con o sin VGP. Se realizó la prueba no paramétrica de U Mann Whitney y chi cuadrado.

Con el objetivo seis se utilizó la prueba de chi cuadrado para analizar las diferencias de medias entre las ACEs de los/as cuidadores/as y los niños y niñas que sufrieron sólo ASI de

aquellos que son polivíctimas. Además, se utilizó la misma prueba chi cuadrado para analizar de diferencia de medias de la variable VGP de los/as cuidadores/as.

Para finalizar, en el objetivo siete se realizó la matriz de correlación entre las variables polivictimización en niños y niñas, y el puntaje total y subescalas de: SDQ, OQ-30 y CTQ. En esta matriz se utilizó el coeficiente de Pearson para evaluar la correlación entre estas variables continuas. Los valores del coeficiente de Pearson varían en -1.00 (correlación negativa perfecta), 0.0 (ausencia de relación) y +1.00 (correlación positiva perfecta) (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

## 6. Resultados

### 6.1 Caracterización de las experiencias de polivictimización en niños y niñas

En relación al tipo de victimización vividas por los niños y niñas, cabe señalar que el 52.4% del total de los casos (total n= 63), sufrieron sólo un tipo de victimización, que fue la agresión sexual. Con respecto a quienes vivenciaron otra agresión sexual, fueron 4 casos y todos estos fueron vividos por niñas. También se destaca que 17 casos, es decir, el 27% de la muestra, presenciaron la violencia entre sus cuidadores. Además, hubo 3 niñas que sufrieron otro tipo de victimización, como: acoso escolar, presenciar el intento de suicidio de su madre y la dinámica hostil entre sus padres (Tabla 11). Cabe señalar que, como los tipos de victimizaciones en algunos casos fueron vivenciados simultáneamente por los niños y niñas, los porcentajes señalados no sumarían el 100.0%.

**Tabla 11**

*Tipos de Victimizaciones vividas por niños y niñas*

Victimizaciones	Femenino		Masculino		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Sólo ASI	24	51.1	9	56.3	33	52.4
Otra agresión sexual	4	8.5	0	0.0	4	6.3
Maltrato físico	9	19.1	4	25.0	13	20.6
Maltrato psicológico	5	10.6	3	18.8	8	12.7
Negligencia	8	17.0	2	12.5	10	15.9
Presenciar VGP	12	25.5	5	31.3	17	27.0
Otro	3	6.4	0	0.0	3	4.8

Respecto a los resultados de la prueba Chi Cuadrado (Tabla 12) de la variable Género Femenino y Masculino correspondiente a 0.129 con un valor de  $p$  de 0.720, no presenta una diferencia en la distribución de frecuencia, por lo que no existiría una relación significativa entre ser del género femenino o masculino y sufrir sólo agresión sexual o sufrir distintas victimizaciones (polivíctimas).

**Tabla 12**

*Tabla de Contingencia y Prueba Chi Cuadrado de polivictimización y género de niños/as*

	Niños y Niñas (N=63)				Valor $\chi^2$	p
	Femenino		Masculino			
Sólo ASI	24	51.1%	9	56.3%	0.129	0.720
Polivíctimas	23	48.9%	7	43.8%		
TOTAL	47	100%	16	100.0%		

De acuerdo a la etapa evolutiva, los tipos de victimizaciones son experimentados sin mayor diferenciación según la edad, pero el maltrato físico y psicológico son levemente vividos por más escolares que por preescolares (Tabla 13).

**Tabla 13**

*Tipos de Victimizaciones según la Etapa Evolutiva*

Victimizaciones	Preescolar		Escolar	
	N	%	N	%
Sólo ASI	17	54,8	16	50,0
Otra agresión sexual	2	6,5	2	6,3
Maltrato físico	5	16,1	8	25,0
Maltrato psicológico	3	9,7	5	15,6
Negligencia	5	16,1	5	15,6
Presenciar VGP	9	29,0	8	25,0
Otro	1	3,2	2	6,3

Respecto a los resultados de la prueba Chi Cuadrado (Tabla 14) de la variable Etapa Evolutiva de Preescolares y Escolares correspondiente a 0.148 con un valor de  $p$  de 0.701, no presenta una diferencia en la distribución de frecuencia, y se acepta la hipótesis nula de no relación entre las variables Preescolares/Escolares y sufrir sólo agresión sexual infantil y ser polivíctima.

**Tabla 14**

*Tabla de Contingencia y Prueba Chi Cuadrado de polivictimización y la etapa evolutiva de niños y niñas.*

	Niños y Niñas (N=63)				Valor $\chi^2$	p
	Preescolar		Escolar			
Sólo ASI	17	54.8%	16	50.0%	0.148	0.701
Polivíctimas	14	45.2%	16	50.0%		
TOTAL	31	100%	32	100.0%		

Con respecto al número de victimizaciones acumuladas en el tiempo, se informan que los niños y niñas han vivenciados mínimo 1 victimización y máximo 5 victimizaciones distintas a lo largo de su vida. Es importante destacar que, 14 niños y niñas de 6 años o menos, ya han vivido entre 2 -5 victimizaciones en su vida, representando el 45.2% de los preescolares. En cuanto al total de los casos, el 47.6% de los casos (30 casos) son considerados polivíctimas al vivenciar 2 o más tipos de victimizaciones en su vida. Además, 4 niños y niñas de 9 años o menos, ya han sufrido 5 tipos de victimizaciones diferentes antes de llegar a la preadolescencia, representando el 6.3% de la muestra total (Tabla 15).

**Tabla 15***Acumulación de Victimizaciones en niños y niñas*

Victimizaciones	Preescolar		Escolar		TOTAL	
	N	%	N	%	N=63	%
1 victimización	17	54,8	16	50,0	33	52,4
2 victimización	8	25,8	9	28,1	17	27,0
3 victimización	3	9,7	2	6,3	5	7,9
4 victimización	1	3,2	3	9,4	4	6,3
5 victimización	2	6,5	2	6,3	4	6,3
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>	<b>32</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>

## 6.2 Sintomatología en niños y niñas víctimas de ASI que son categorizados como polivíctimas y aquellos que no son polivíctimas.

En primer lugar, sobre la sintomatología de los niños y niñas, en relación a la puntuación en el instrumento SDQ, y la victimización sufrida, es posible señalar un puntaje mínimo de 2 puntos y máximo de 30 puntos en la escala total, con un promedio de 17.1 puntos (D.E.= 6.6). De acuerdo a la categorización de Goodman (1997), el promedio de puntaje se encontraría dentro de la categoría “Presencia de Psicopatología” (Tabla 16).

**Tabla 16***Puntaje de Escala Total del Instrumento SDQ*

Estadístico	Escala Total	Sólo ASI	Polivíctimas
Promedio	17.1	16.6	17.7
Desviación Estándar	6.6	6.1	7.1
Ptje. Mínimo	2.0	6.0	2.0
Ptje. Máximo	30.0	29.0	30.0

Del total de casos, un 54% presentaría sintomatología al inicio del proceso de intervención en PRM, 11 casos en la categoría límite y 18 casos en ausencia de sintomatología. En esta misma línea, se hizo una revisión de los resultados haciendo una distinción entre los niños y niñas que han sufrido sólo la victimización por ASI y aquellos/as que sufrieron entre 2 a 5 victimizaciones, es decir, se catalogarían como polivíctimas. Es posible apreciar que los niños y niñas polivíctimas sin síntomas son menos que aquellos/as que sufrieron sólo ASI, con un 26.7% y 30.3% respectivamente (Tabla 17).

**Tabla 17**

*Sintomatología según el nivel de victimización*

Síntomas	Sólo ASI		Polivíctimas		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Ausencia de sintomatología	10	30.3	8	26.7	18	28.6
Límite	6	18.2	5	16.7	11	17.5
Presencia de psicopatología	17	51.5	17	56.7	34	54.0
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>	<b>63</b>	<b>100.0</b>

Al hacer una revisión de los resultados de las subescalas del SDQ y la victimización en niños y niñas sólo por ASI, en primer lugar, es posible apreciar que hay una mayor prevalencia de Problemas Conductuales e Hiperactividad, con un 42.4% y 57.6% en la categoría presencia de psicopatología. También resulta importante señalar que un 90.9% del total de estos casos, estuvieron dentro de la categoría normal en la subescala Conducta Prosocial (Tabla 18).



**Tabla 18***Sintomatología de los niños y niñas que sufrieron sólo ASI por subescalas*

Categoría	Síntomas Emocionales		Problemas Conductuales		Hiperactividad		Problemas con Pares		Conducta Prosocial	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Ausencia de Sintomatología	17	51.5	10	30.3	11	33.3	17	51.5	30
Límite	3	9.1	9	27.3	3	9.1	4	12.1	1	3.0
Presencia de Psicopatología	13	39.4	14	42.4	19	57.6	12	36.4	2	6.1
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>

Por otro lado, al hacer la revisión de los resultados de las subescalas del instrumento, y la polivictimización de los niños y niñas, se destaca una mayor prevalencia de Síntomas Emocionales (50.0%), Problemas Conductuales (63.3%) e Hiperactividad (53.3%). También resulta relevante mencionar que al igual que el grupo de sólo ASI, los niños y niñas polivíctimas desarrollan con gran normalidad sus Conductas Prosociales, en el 93.3% de los casos, e incluso, ninguno presentó psicopatología en esta subescala (Tabla 19).

**Tabla 19***Sintomatología de los niños y niñas que sufrieron Polivictimización por subescalas*

Categoría	Síntomas Emocionales		Problemas Conductuales		Hiperactividad		Problemas con Pares		Conducta Prosocial	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Ausencia de Sintomatología	10	33.3	10	33.3	10	33.3	13	43.3	28
Límite	5	16.7	1	3.3	4	13.3	7	23.3	2	6.7
Presencia de Psicopatología	15	50.0	19	63.3	16	53.3	10	33.3	0	0.0
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>

Respecto a los resultados de la prueba Chi Cuadrado (Tabla 20) de la variable acumulación de victimizaciones (Sólo ASÍ y Polivíctimas) correspondiente a .168, significaría que se acepta la hipótesis nula de independencia o no relación entre las variables Puntaje Total SDQ y acumulación de victimizaciones y, por lo tanto, no existiría una relación significativa entre la presencia de sintomatología y el nro. acumulado de victimizaciones.

**Tabla 20**

*Tabla de Contingencia y Prueba Chi Cuadrado de Puntaje Total SDQ de acuerdo a la acumulación de victimizaciones de los niños y niñas*

Acumulación de victimizaciones	Puntaje Total SDQ (N=63)				Valor $\chi^2$	p
	Presencia		Ausencia			
	psicopatología		psicopatología/Límite			
Sólo ASI	17	50.0%	16	55.2%	.168	0.682
Polivíctimas	17	50.0%	13	44.8%		
TOTAL	34	100%	29	100.0%		

Respecto a los resultados de la prueba U de Mann-Whitney (Tabla 21) sobre el puntaje total del SDQ entre el grupo: Sólo ASI, es decir, sólo victimizados por ASI o no polivíctimas, y el grupo: polivíctimas, es decir, niños y niñas que vivieron entre 2 a 5 victimizaciones en su vida, la pequeña diferencia de medias encontrada en ambos no es estadísticamente significativa, por lo que se puede aceptar la hipótesis nula de igualdad de medias.

**Tabla 21**

*Tabla de Prueba U de Mann-Whitney de Puntaje Total SDQ de acuerdo a la acumulación de victimizaciones de los niños y niñas*

	Grupo	N	Media	DE	U	p
SDQ	Sólo ASI	33	16.6	6.13	429	.181
	Polivíctimas	30	17.7	7.07		

Finalmente, con respecto a los resultados de la prueba U de Mann-Whitney de acuerdo a las subescalas de Hiperactividad, Problemas Comportamentales, Síntomas Emocionales, Problemas con Pares y Conducta Prosocial del instrumento SDQ entre el grupo sólo ASI y el grupo polivíctimas, en todos los casos, la media es levemente mayor en los polivíctimas, pero esta diferencia no es estadísticamente significativa, por lo que se puede aceptar la hipótesis nula de igualdad de medias (Tabla 22).

**Tabla 22**

*Tabla de Prueba U de Mann-Whitney de Puntajes Subescalas del SDQ de acuerdo a la acumulación de victimizaciones de los niños y niñas*

	Grupo	N	Media	DE	U	p
Hiperactividad	Sólo ASI	33	6.2	2.6	482	.431
	Polivíctimas	30	6.5	2.4		
Problemas Comportamentales	Sólo ASI	33	3.4	2.1	452	.275
	Polivíctimas	30	3.5	1.9		
Síntomas Emocionales	Sólo ASI	33	4.1	2.6	430	.184
	Polivíctimas	30	4.7	2.8		
Problemas con Pares	Sólo ASI	33	2.7	1.7	490	.531
	Polivíctimas	30	2.9	2.3		
Conducta Prosocial	Sólo ASI	33	8.3	1.7	455	.285
	Polivíctimas	30	8.5	1.7		

### 6.3 Las ACEs en el/la cuidador/a de niños y niñas que han sido víctimas de ASI.

En relación a la caracterización de las ACEs vividas por los/as cuidadores/as de los niños y niñas que sufrieron ASI, el 52.5% de las cuidadoras de género femenino vivenciaron ACEs. En tanto, la totalidad de los cuidadores de género masculino no reportan haber sido victimizados en su niñez. Dentro de estas ACEs, el abuso sexual infantil fue vivido por el 32.8% del total de los casos (Tabla 23). Cabe señalar que los/as cuidadores/as pueden tener más de una victimización, por lo cual el porcentaje total es mayor al 100%. Además, del total de datos obtenidos de los/as cuidadores/as (N= 63), existen 2 datos perdidos, quedando un N=61.

**Tabla 23**

*Tipos de victimizaciones sufridas por los/as cuidadores en su infancia (ACEs) según el CTQ*

Victimizaciones	Femenino		Masculino		TOTAL	
	N=56	%	N=5	%	N	%
Sin victimización	24	42.9	5	100.0	29	47.5
Abuso Físico	16	28.6	0	0.0	16	26.2
Abuso Emocional	24	42.9	0	0.0	24	39.3
Abuso Sexual	20	35.7	0	0.0	20	32.8
Negligencia Física	13	23.2	0	0.0	13	21.3
Negligencia Emocional	8	14.3	0	0.0	8	13.7

En relación a las victimizaciones acumuladas en la infancia de los/as cuidadores, alrededor del 50% de ellos/as no sufrieron ACEs. Mientras que el 34.5% se encuentran en la categoría de polivíctimas, ya que vivenciaron 2 a 5 victimizaciones en su niñez (Tabla 24).

**Tabla 24***Acumulación de victimizaciones en la infancia de los/as cuidadores/as*

Victimizaciones	TOTAL	
	N	%
0 victimización	29	47.5
1 victimización	11	18.0
2 victimización	5	8.2
3 victimización	8	13.1
4 victimización	4	6.6
5 victimización	4	6.6
TOTAL	61	100.0

#### **6.4 La VGP actual en el/la cuidador/a de niños y niñas que han sido víctimas de ASI.**

En cuanto a la Violencia de Género en la Pareja sufrida por los/as cuidadores en la actualidad, los datos fueron obtenidos a partir del reporte de trabajadores/as sociales del PRM para un total de 41 casos, existiendo 22 casos sin información. Para efectos de este reporte, se consideraron que los/as cuidadores que (1) viven VGP (“con VGP”) son quienes informaron de violencia cruzada en la pareja, o violencia del hombre hacia su pareja mujer. (2) Sin VGP, se refiere a los/as profesionales que no reportaron Violencia Intrafamiliar o que reportaron Violencia Intrafamiliar, pero no reportaron violencia en la pareja (Tabla 25). Cabe destacar que el 41.5% de los casos registrados, sufren violencia de pareja en su adultez, siendo 17 casos respectivamente. Además, la violencia ejercida hacia la mujer es predominante, siendo 16 casos en mujeres, y 1 caso en los hombres.

**Tabla 25***VGP vivida por los/as cuidadores/as*

Categoría	Femenino		Masculino		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Con VGP	16	42.1	1	33.3	17	41.5
Sin VGP	22	57.9	2	66.7	24	58.5
TOTAL	38	100.0	3	100.0	41	100.0

Considerando los datos anteriores con respecto a las ACEs y VGP de los/as cuidadores/as, llama la atención que los/as cuidadores/as que no sufrieron ACEs, pero sí sufrieron VGP, duplican a los/as cuidadores que sí fueron victimizados en su infancia, en un 34.1% y 12.2% respectivamente. Y 12 cuidadores, que es casi el 30% de ellos/as, no han vivenciado ninguna victimización en su vida (Tabla 26).

**Tabla 26***Victimizaciones por ACEs y VGP en los/as cuidadores/as*

Victimizaciones	TOTAL	
	N	%
Con ACEs y con VGP	5	12.2
Con ACEs y sin VGP	14	34.1
Sin ACEs y con VGP	12	29.3
Sin ACEs y sin VGP	10	24.4
TOTAL	41	100.0

## 6.5 Sintomatología de los/as cuidadores/as que sufrieron ACEs y VGP

En primer lugar, sobre la sintomatología de los/as cuidadores/as de niños y niñas víctimas de ASI, en relación a la puntuación en el instrumento OQ-30, es posible señalar un puntaje mínimo de 7 puntos y máximo de 81 puntos en la escala total, con un promedio de 43.4 puntos (D.E.= 18.7). De acuerdo a la categorización de Errázuriz, et al. (2017), el promedio de puntaje se encontraría dentro de la categoría “Población Disfuncional” o de “Mayor Angustia” (Tabla 27). Cabe señalar que del total de datos obtenidos de los/as cuidadores/as (N= 63), existen 2 datos perdidos, quedando un N=61.

**Tabla 27**

*Puntaje de Escala Total del Instrumento OQ-30*

Estadístico	Escala Total
Promedio	43.4
Desviación Estándar	18.7
Ptje. Mínimo	7.0
Ptje. Máximo	81.0

El 54.1% de los/as cuidadores/as presentaría sintomatología al inicio del proceso de intervención en PRM, con 33 casos. Los/as cuidadores/as que sufrieron ACEs presentan levemente “disfuncional” que aquellos que no sufrieron ACEs, con un 29.5% y 24.6% respectivamente (Tabla 28).



**Tabla 28***Sintomatología según la presencia de ACEs*

Síntomas	Con ACEs		Sin ACEs		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Normal	13	21.3	15	24.6	28	45.9
Disfuncional	18	29.5	15	24.6	33	54.1
TOTAL	31	50.8	30	49.2	61	100.0

Respecto a los resultados de la prueba U de Mann-Whitney (Tabla 29) sobre el puntaje total del cuestionario OQ-30 entre el grupo de cuidadores/as con ACEs y cuidadores/as sin ACEs, la pequeña diferencia de medias encontrada, no es estadísticamente significativa, por lo que se puede aceptar la hipótesis nula de igualdad de medias.

**Tabla 29**

*Tabla de Prueba U de Mann-Whitney de Puntaje Total del OQ-30 de acuerdo a la ausencia y presencia de ACEs en cuidadores/as.*

	Grupo	N	Media	DE	U	p
OQ-30	Sin ACEs	29	40.1	18.5	376	.103
	Con ACEs	32	46.4	18.7		

Respecto a los resultados de la prueba U de Mann-Whitney (Tabla 30) sobre el puntaje total del cuestionario OQ-30 entre el grupo de cuidadores/as con VGP y cuidadores/as sin VGP, la pequeña diferencia de medias encontrada en que los cuidadores con VGP presentan levemente mayores puntajes, no es estadísticamente significativa, por lo que se puede aceptar la hipótesis nula de igualdad de medias.

**Tabla 30**

*Tabla de Prueba U de Mann-Whitney de Puntaje Total del OQ-30 de acuerdo a la ausencia y presencia de VGP en cuidadores/as.*

	Grupo	N	Media	DE	U	p
OQ-30	Sin VGP	24	38.4	18.0	179	.254
	Con VGP	17	42.6	20.1		

Respecto a los resultados de la prueba Chi Cuadrado (Tabla 31) de la variable Presencia y Ausencia de ACEs con presencial y ausencia de VGP en los/as cuidadores/as correspondiente a 3.35 con un valor de  $p$  de 0.06, lo cual significaría que no hay diferencia en la distribución de frecuencia, y se acepta la hipótesis nula de no relación entre las variables Presencia/Ausencia de ACEs y Presencia/Ausencia de VGP y, por lo tanto, no existiría una relación significativa entre la presencia de ACEs y la presencia de VGP.

**Tabla 31**

*Tabla de Contingencia y Prueba Chi Cuadrado de Presencia y Ausencia de ACEs en los/as cuidadores/as y Presencia y Ausencia de VGP en los/as cuidadores/as.*

	Cuidadores/as (N=41)				Valor $\chi^2$	p
	Sin VGP		Con VGP			
Sin ACEs	10	41.7%	12	70.6%	3.35	0.067
Con ACEs	14	58.3%	5	29.4%		
TOTAL	24	100%	29	100.0%		

### 6.5 Las ACEs y VGP en los/as cuidadores/as, y polivictimización niños y niñas que han sido víctimas de ASI.

En la tabla 32, se visualizan los resultados de la prueba Chi Cuadrado de la variable polivictimización en niños y niñas, con la variable ACEs en los/as cuidadores/as correspondiente a 0.455, lo cual significaría que se acepta la hipótesis nula de no relación entre las variables mencionadas y, por lo tanto, no existiría una relación significativa entre la presencia de ACEs en sus cuidadores/as con la polivictimización en niños y niñas.

**Tabla 32**

*Tabla de Contingencia y Prueba Chi Cuadrado de Polivictimización en niños y niñas y Presencia y Ausencia de ACEs en los/as cuidadores/as.*

	Cuidadores/as (N=61)				Valor $\chi^2$	p
	Sin ACEs		Con ACEs			
No polivíctimas (Sólo ASI)	17	58.6%	16	50.0%	0.455	0.500
Polivíctimas	12	41.4%	16	50.0%		
TOTAL	29	100%	32	100.0%		

De igual forma se midió a través de la prueba Chi Cuadrado la variable polivictimización en niños y niñas, con la variable VGP en los/as cuidadores/as, que correspondiente a 1.82, lo cual significaría que se acepta la hipótesis nula de independencia de variables evaluadas, por consiguiente, no existiría una relación significativa entre la presencia de VGP en sus cuidadores/as y la polivictimización en niños y niñas (Tabla 33).

**Tabla 33**

*Tabla de Contingencia y Prueba Chi Cuadrado de Polivictimización en niños y niñas y Presencia y Ausencia de VGP en los/as cuidadores/as.*

	Cuidadores/as (N=41)				Valor $\chi^2$	p
	Sin VGP		Con VGP			
No polivíctimas (Sólo ASI)	15	62.5%	7	41.2%	1.82	0.177
Polivíctimas	9	37.5%	10	58.8%		
TOTAL	24	100%	32	100.0%		

### **6.6 Las ACEs y sintomatología en los/as cuidadores/as, en relación con la polivictimización y síntomas en niños y niñas que han sido víctimas de ASI.**

A continuación, se presenta las matrices de correlación entre el número total de polivictimizaciones (1 a 5 victimizaciones) en los niños y niñas, medida a través de la Ficha de caracterización, el puntaje total y subescalas del instrumento CTQ (medida de ACEs de 0 a 5 victimizaciones), el puntaje total del SDQ (sintomatología niños y niñas) y el puntaje total y subescalas del instrumento OQ-30 (sintomatología cuidadores/as) (Tabla 33). Además, se utilizará la matriz de correlación entre el número total de polivictimizaciones (1 a 5 victimizaciones) en los niños y niñas, el puntaje total y subescalas del instrumento CTQ (medida de ACEs de 0 a 5 victimizaciones) y el puntaje total y subescalas del SDQ (sintomatología niños y niñas) (Tabla 34). Ambas matrices, fueron evaluadas mediante el coeficiente de correlación de Spearman.

En primer lugar, resulta importante señalar que no se aprecian correlaciones estadísticamente significativas entre la polivictimización en los niños y niñas, y la vivencia de ACEs en sus cuidadores/as como se esperaba. En cuanto a las variables evaluadas de sintomatología general de los/as cuidadores/as y sintomatología general de los niños y niñas, presenta una pequeña y significativa relación con un coeficiente de correlación de 0.397, es decir, a mayor sintomatología en el cuidador/a, mayor sintomatología en el niño/a. En la misma línea, la sintomatología total de los niños y niñas (SDQ TOT) presenta una pequeña y

significativa relación con la ACEs de Abuso Sexual, con un coeficiente de 0.466, es decir, a mayores experiencias de ASI en el cuidador/a, mayor sintomatología en el niño/a (Tabla 33).

En segundo lugar, no se encontró ninguna relación entre el número total de polivictimización y el puntaje total y subescalas del CTQ, ni con el puntaje total y subescalas del instrumento SDQ. En cuanto al puntaje de subescala CTQ Abuso Sexual, se encontró una pequeña y significativa relación con la escala total del SDQ y con las siguientes subescalas: hiperactividad (0.334), problemas conductuales (0.371) y síntomas emocionales (0.338). En cuanto a la escala total del CTQ, presentó una pequeña correlación positiva y significativa con la subescala del SDQ síntomas emocionales (0.366) (Tabla 34).

**Tabla 33***Matriz de Correlación de ACEs y sintomatología en cuidadores/as*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.POLI. NN	—											
2.CTQ AS	-0.017	—										
3.CTQ AF	0.089	0.470***	—									
4.CTQ AE	0.027	0.604***	0.723***	—								
5.CTQ NF	0.138	0.457***	0.644***	0.674***	—							
6.CTQ NE	0.055	0.525***	0.648***	0.804***	0.701***	—						
7.CTQ TOT	0.101	0.725***	0.851***	0.861***	0.767***	0.786***	—					
8.SDQ TOT	0.004	0.466***	0.189	0.366***	0.219	0.262*	0.367**	—				
9.OQ SM	0.006	0.220	0.157	0.335**	0.036	0.165	0.184	0.383**	—			
10.OQ RS	-0.107	0.180	0.119	0.220	0.136	0.279*	0.136	0.321*	0.545***	—		
11.OQRI	-0.159	0.262*	0.190	0.330**	0.165	0.367*	0.242	0.245	0.563***	0.460***	—	
12.OQ TOT	-0.045	0.251	0.178	0.359**	0.084	0.247	0.211	0.397**	0.970***	0.687***	0.704***	—

Nota. POLI. NN= Polivictimización en niños y niñas, CTQ ASI= CTQ Abuso Sexual, CTQ AF= CTQ Abuso Físico, CTQ AE= CTQ Abuso Emocional, CTQ NF= CTQ Negligencia Física, CTQ NE= CTQ Negligencia Emocional, CTQ TOT= CTQ Total, SDQ TOT= SDQ Total, OQ SM= OQ-30 Síntomas de Malestar, OQ-30 RS= OQ-30 Rol Social, OQ RI= OQ-30 Relaciones Interpersonales, OQ TOT= OQ-30 Total.

\*p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001

**Tabla 34**

*Matriz de Correlación de sintomatología (escala y subescalas) en niños y niñas, y sus cuidadores/as*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1.POLI. NN	—												
2.CTQ ASI	-0.017	—											
3.CTQ AF	0.089	0.470***	—										
4.CTQ AE	0.027	0.604***	0.723***	—									
5.CTQ NF	0.138	0.457***	0.644***	0.674***	—								
6.CTQNE	0.055	0.525***	0.648***	0.804***	0.701***	—							
7.CTQ TOT	0.101	0.725***	0.851***	0.861***	0.767***	0.786***	—						
8.SDQ HI	-0.107	0.334**	0.033	0.274*	0.009	0.132	0.178	—					
9.SDQ PC	0.014	0.371**	0.128	0.231*	0.153	0.282*	0.277	0.439***	—				
10.SDQ SE	0.150	0.338**	0.296*	0.323**	0.317**	0.226	0.366**	0.308*	0.303*	—			
11.SDQ PP	-0.068	0.218	0.021	0.141	0.089	0.066	0.187	0.198	0.251*	0.432***	—		
12.SDQ CP	-0.006	-0.063	-0.165	-0.132	-0.194	-0.214	-0.123	-0.086	-0.486***	-0.234	-0.406***	—	
13.SDQ TOT	0.004	0.466***	0.189	0.366***	0.219	0.262*	0.397**	0.710***	0.683***	0.762***	0.642***	-0.406***	—

Nota. POLI. NN= Polivictimización en niños y niñas, CTQ ASI= CTQ Abuso Sexual, CTQ AF= CTQ Abuso Físico, CTQ AE= CTQ Abuso Emocional, CTQ NF= CTQ Negligencia Física, CTQ NE= CTQ Negligencia Emocional, CTQ TOT= CTQ Total, SDQ H= SDQ Hiperactividad, SDQ PC= SDQ Problemas Comportamentales, SDQ SE= SDQ Síntomas Emocionales, SDQ PP= SDQ Problemas con Pares, SDQ CP= SDQ Conducta Prosocial, SDQ TOT= SDQ Total.

\*p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001

## 7. Discusión

Mediante el presente estudio, se buscó caracterizar las experiencias de polivictimización y sintomatología en los niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales y evaluar la posible relación con las experiencias adversas en la infancia, la violencia de género y la sintomatología de sus cuidadores/as.

En relación a la caracterización de las experiencias de polivictimización de los niños y niñas, se destaca que al momento su ingreso al PRM (N=63) por haber sido víctima de agresión sexual, 30 de ellos/as, es decir, el 47.6% ya habían sufrido entre 2 a 5 victimizaciones en su vida, por lo que se encuentran dentro de la categoría de polivíctimas. Según lo revelado en la literatura internacional, este porcentaje se consideraría bajo ya que se estima que el 64.5% de los niños y niñas han sufrido más de un tipo de victimización (Finkelhor et al., 2011). Además, este porcentaje también se consideraría bajo desde la perspectiva del estudio chileno sobre polivictimización, que reporta que el 90% de los/as adolescentes sufrieron más de un tipo de victimización (Ministerio del Interior y Seguridad Pública, 2017). De acuerdo a lo mencionado, puede que el bajo porcentaje de polivíctimas de esta investigación en comparación a los estudios mencionados, responda a que no se evaluó la polivictimización con instrumentos que midan específicamente esta variable, por lo que pudieron no ser considerados otros tipos de victimizaciones que sí fueron consultados en el estudio internacional y nacional como, por ejemplo: exposición a la violencia en la comunidad, y la violencia por medios digitales. Además, en esta investigación el reporte de las victimizaciones sufridas por los niños y niñas no fue directamente consultado a ellos/as, sino que fue a través de sus cuidadores/as y los/as profesionales a cargo de su intervención, pudiendo este factor implicar algún tipo de variación en el porcentaje de polivíctimas, y que en el futuro, sería un gran aporte estudiarla desde la perspectiva de niños y niñas, de acuerdo a la escasa literatura al respecto (Feng et al., 2019).

La identificación de la polivictimización en los niños y niñas y la evaluación integral de todos los tipos de victimizaciones vividos, resulta muy relevante para tomar medidas que aminoren los problemas de salud mental, ya que ellos/as tienen una mayor y significativa probabilidad de presentar psicopatología, en comparación a los niños y niñas que no son polivíctimas (Cyr et al., 2014; Finkelhor, et al., 2007a; Pinto-Cortez et al., 2018; Racine et al., 2022). De acuerdo a lo revelado en este estudio, se identificó que del total de los niños y niñas, el 54% presentaban



psicopatología. Cuando se comparó la presencia de psicopatología entre el grupo de niños y niñas que sufrieron sólo ASI (no polivíctimas) y el grupo de polivíctimas, en función de cumplir el segundo objetivo de este estudio, se encontró que, aunque los niños y niñas polivíctimas tienden a tener un mayor puntaje en todas las subescalas medidas de psicopatología, esta diferencia no es estadísticamente significativa. Por lo tanto, la hipótesis nro. 1 se rechaza, ya que planteaba que los niños y niñas polivíctimas presentarían más psicopatología que los niños y niñas no polivíctimas. Esta discrepancia con la literatura podría tener relación con que la comparación de la sintomatología del grupo de niños y niñas polivíctimas, fue con respecto al grupo de niños y niñas con victimización por agresión sexual, y que este tipo de victimización por sí misma ha sido considerada por la literatura como un factor de riesgo único que está fuertemente correlacionado con la psicopatología como, trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos de estrés postraumático, consumo problemático de alcohol y drogas, entre otros (Gewirtz-Meydan, 2020; Noll, 2021), por lo se infiere que haber comparado a los polivíctimas con un grupo que sólo hayan vivido una victimización que no sea agresión sexual, pudiera haber presentado una puntuación mayor y significativa psicopatología.

Por otro lado, la literatura nos muestra de manera contundente que, cuando se sufren múltiples victimizaciones en la niñez o ACEs, esto está asociado a presentar más síntomas clínicos y postraumáticos que pueden acompañar continuamente la infancia e incluso hasta la etapa adulta, y ser transmitida a su propia descendencia, es decir, que sus hijos/as y nietos/as tendrían más riesgo de sufrir victimizaciones y presentar sintomatología (Badenes-Rivera et al., 2019; Lafavor, et al., 2020; Dixon et al., 2005). En este estudio, al evaluar la presencia de ACEs en los/as cuidadores/as de niños y niñas que sufrieron ASI, se identificó que el 52.5% sufrieron algún tipo de ACEs, y que el 34.5% de los casos evaluados eran polivíctimas. También es importante señalar que dentro de los distintos tipos de victimizaciones que vivieron en su infancia, la agresión sexual infantil fue sufrida por un tercio de ellos/as. En este sentido, estos datos podrían estar hablando de la intergeneracionalidad del trauma, es decir, que los niños y niñas que tienen cuidadores que sufrieron ACEs, tienen mayor riesgo de sufrir diversos tipos de victimizaciones (Nayaran et al., 2021). Un estudio de revisión internacional indica que, las tasas de prevalencia de la continuidad del trauma oscilan entre el 7% y el 88% (Langevin et al., 2021) y aunque este rango es amplio, el porcentaje obtenido en esta investigación se encuentra dentro de ellas. Por otro lado, un estudio con adultos/as chilenos indica que un tercio de ellos/as han vivido un tipo de ACEs en su vida

(Zlotnick et al., 2006), por lo que el porcentaje obtenido en este estudio es mucho mayor. En cuanto al porcentaje de cuidadores/as que sufrieron ASI (20 casos) por sí mismo cobra relevancia, ya que la literatura ha evidenciado la continuidad intergeneracional del trauma considerando sólo la agresión sexual en la niñez del/a cuidador/a (Langevin et al., 2020), lo que sugiere que esta victimización por sí misma constituye una experiencia de alta gravedad y alto riesgo. Aunque el interés científico por la intergeneracionalidad del trauma ha ido en aumento, poco se conoce sobre el modo en que experimentar ACEs por parte de los/as cuidadores podría influir en la transmisión de ACEs a las próximas generaciones (Langevin et al., 2021; Nayaran et al., 2021). Una variable que podría mediar en la transmisión del trauma cuando los/as cuidadores/as sufren ACEs, sería la presencia de sintomatología que más adelante abordaré (Baril y Tourigny, 2015).

En cuanto a la caracterización de la victimización de la VGP en la etapa adulta de los/as cuidadores/as, sólo se contaron con 41 casos. Sin embargo, no es menor que 17 cuidadores/as hayan sufrido de VGP, y que coincide con el reporte de que 17 niños y niñas presenciaron VGP. La concordancia de los casos entre los/as cuidadores/as y los niños y niñas es interesante, ya que por una parte indicaría la importancia de detectar la vivencia en el/a cuidador/a de este tipo de violencia como un indicador de alta posibilidad de que el/a niño/a haya sido expuesto a ella directa e indirectamente, es decir, que sea polivíctima. Lo que coincidiría con la creciente literatura que refiere que la VGP presenta un mayor riesgo para los niños y niñas de sufrir maltrato psicológico y físico por parte de sus cuidadores/as, así como un factor de riesgo para los niños varones de continuar con la violencia como agresores en sus próximas relaciones de pareja en la adolescencia y/o adultez (Overline y Holt, 2019).

Al momento de comparar la sintomatología entre los/as cuidadores/as que sufrieron ACEs y aquellos/as que no fueron victimizados/as en su infancia, se encontró que no hubo diferencias significativas entre ambos grupos. De tal manera que se rechaza la hipótesis nro. 2 que hacía referencia a que los/as cuidadores/as que hayan vivenciado ACEs presenten mayor sintomatología clínica, que los/as cuidadores/as que no vivenciaron ACEs.

Y cuando se comparó la sintomatología entre los/as cuidadores/as que sufrieron VGP en su adultez, de aquellos/as que no sufrieron VGP, tampoco se encontró diferencias significativas entre ellos/as. Por lo que se rechaza la hipótesis nro. 3, que indicaba que los/as cuidadores/as que hayan vivenciado ACEs presenten mayor sintomatología clínica, que los/as cuidadores/as que no vivenciaron ACEs. Llama la atención que no se observe que los/as cuidadores/as con ACEs

presenten mayor y significativa sintomatología clínica que aquellos/as que no las vivenciaron, ya que la literatura ha evidenciado la positiva relación entre estas variables (Vitriol et al, 2017) así como se ha demostrado que ser victimizado por VGP tiene un gran impacto en la salud mental y física en comparación con las personas que no han sufrido VGP (Walker-Descartes et al., 2021; Pathak et al., 2019). Estos resultados podrían indicar que hay otros factores, además de las ACEs y VGP, que pudieran estar afectando la salud mental de los/as cuidadores/as de los niños y niñas y que impactan la vida adulta de ellos/as, como la carga laboral, duelos o pérdidas de familiares, ser cuidadores/as de enfermos/as o adultos/as mayores, o el mismo hecho de vivir la revelación del ASI de su niño/a y que en este estudio no fue consideradas las características del ASI vivido por los niños y niñas, lo que podría ser vivido de forma diferente si el agresor fuera la ex pareja, algún familiar o un desconocido, entre otras situaciones que no fueron considerados para este estudio. En este sentido, futuros estudios podrían incorporar la variable de características de la agresión sexual infantil al evaluar la sintomatología de los/as cuidadores/as que sufrieron o no ACEs.

Aunque como se mencionó, más de la mitad de los/as cuidadores/as sufrieron victimizaciones en su infancia, estas experiencias no se relacionaron con la presencia de polivictimización (2 a 5 victimizaciones) en los niños y niñas a cargo, por lo que se rechaza la hipótesis nro. 4 en que se esperaba que la presencia de ACEs en los/as cuidadores/as se relacione con la presencia de polivictimización en sus niños y niñas. Por otro lado, al comparar la presencia de polivictimización en los niños y niñas, con los/as cuidadores/as que sufrieron y no sufrieron VGP, tampoco se encontraron diferencias significativas. De tal forma, la hipótesis nro. 5 que hacía referencia a que los/as cuidadores/as que hayan sufrido VGP, tengan relación con la polivictimización de los niños y niñas, se rechaza. Aunque estos resultados difieren de lo que se esperaba, estos podrían responder a que habrían variables que modulan en la intergeneracionalidad del trauma. Como son las experiencias positivas y protectoras de los/as cuidadores/as, y la resiliencia de los niños y niñas, y que la literatura indica que los protegerían de sufrir victimizaciones (Narayan et al., 2021).

Con respecto a la evaluación de la posible relación entre la sintomatología de los/as cuidadores/as con la sintomatología de los/as niños/as, se encontró que efectivamente hay una relación leve y positiva entre estas variables, lo que va acorde a la hipótesis nro. 6 planteada que esperaba que, a mayor gravedad de la sintomatología general del/a cuidador/a, mayor sería la

gravedad de sintomatología general de los niños y niñas. La literatura nos muestra que, en la población general, existe una asociación entre las dificultades de salud mental entre los/as cuidadores/as y los niños y niñas, tales como: trastorno depresivo, trastorno de ansiedad, problemas conductuales, entre otros (Eley, et al., 2015; McAdams, et al., 2015). Por lo que, releva la importancia a la hora de evaluar la sintomatología de los niños y niñas, también considerar evaluar la sintomatología de sus cuidadores/as, y crear un plan de intervención del niño/a en que esté involucrada la figura cuidadora, así como derivar al/a cuidador/a a programas de salud mental enfocado en ellos/as.

A partir de lo anterior y en respuesta a la pregunta de investigación: ¿Cuáles son las características y sintomatologías de los niños y niñas que sufrieron ASI y que han sido polivictimizados/as, y cómo estas experiencias se relacionan con que sus cuidadores/as hayan sufrido experiencias adversas en la infancia, violencia de género en la pareja y presenten sintomatología general en la actualidad? Es posible decir que casi la mitad de los niños y niñas que ingresan a un PRM por haber sufrido agresión sexual infantil, podrían tener la condición de polivíctimas, y que esta condición no se relaciona significativamente con las experiencias de victimización infantil o adulta de sus cuidadores/as. Sin embargo, sigue siendo relevante evaluar la historia de victimizaciones de los/as cuidadores/as en la medida en que estas pudieran relacionarse con su sintomatología actual. Por consiguiente, es muy importante evaluar la sintomatología de su cuidador/a, ya que esta se relaciona positivamente con la sintomatología del niño y niña polivíctimas. La polivictimización del/a niño/a, no sólo sería una variable que indicaría la importancia de la intervención psicológica en ellos/as, sino que llama a involucrar en la evaluación e intervención al/a cuidador/a a cargo, como una manera de proteger el bienestar el/a niño/a. Es decir, atender especialmente la sintomatología del/ cuidador/a para que esta disminuya, se asociaría con la disminución de sintomatología en los/as niños/as.

Esta investigación tiene como principal aporte, visibilizar la relevancia de evaluar las posibles victimizaciones que acompañan a la agresión sexual infantil de los niños y niñas que ingresan a los PRM, inclusive en niños y niñas de edad preescolar, ya que la corta edad no impide que vivan victimizaciones. Además, visibilizar la importancia de la intervención familiar del maltrato para minimizar las repercusiones de la exposición a la violencia intergeneracional y posibilitar la interrupción de la polivictimización en los niños y niñas, y en sus cuidadores/as.

Otro aporte de esta investigación es reconocer y considerar en el proceso de intervención del niño y niña agredida sexualmente, la sintomatología de sus cuidadores/as. Atender directamente la angustia de los/as cuidadores/as, tendrá una repercusión significativa en el estado psicopatológico de los niños y niñas, por lo que es imperativo activar redes de salud para apoyar el bienestar de la diada. De hecho, este hallazgo se suma a la literatura existente, a que cada vez que se intervenga a un niño/a agredida sexualmente, se intervenga desde una perspectiva diádica entre el/a cuidador/a y el/a niño/a.

En cuanto a las limitaciones de este estudio, cabe señalar que metodológicamente no se obtuvo para la totalidad de los casos, la información requerida para la presencia de violencia de género en la pareja. Así mismo, no se especificó a la hora de recoger esta información, qué es lo que se entendía por VGP, por lo que esto pudiera no haber considerado comportamientos en la pareja de cuidadores/as que sí representarían violencia, o cuando se preguntó al profesional si el niño/a “presenció la VGP”, esto debió especificarse, ya que los niños y niñas experimentan la VGP con todos sus sentidos, ya sea estando o no en el espacio-tiempo en que ocurre este tipo de violencia. Otra limitación de este estudio, es que la medición de la polivictimización se realizó en base a alternativas de victimización que no incluían, por ejemplo: victimización por pares y hermanos/as, victimización en la comunidad, victimización por internet, entre otros. Aunque estas alternativas pudieran haber estado contenidas en la categoría “otras victimizaciones”, estas no fueron explicitadas verbalmente. Además, tanto la variable ACEs como VGP en el/a cuidador/a, no se evaluaron directamente, sino que sólo a través del reporte de los/as profesionales del PRM, pudiendo faltarles información relevante, más aún al inicio de la intervención psicoterapéutica. Por otro lado, en cuanto a las características sociodemográficas de los/as cuidadores/as, ninguno/a de ellos/as se autodeclararon de nivel socioeconómico alto, por lo que se considera una limitación de esta investigación, ya que abarcar todos los niveles socioeconómicos ayudaría a tener una comprensión más amplia de la muestra, y a conocer descriptivamente cómo se comporta el complejo fenómeno del ASI y polivictimización en personas sin necesidades económicas.

En consecuencia, el presente trabajo logra contribuir con un importante aporte clínico a la práctica de los procesos terapéuticos de niños y niñas, al respaldar la importancia de ampliar el foco de intervención en los casos de ASI a la diada cuidador/a-niño/a, y alejarse de considerar al cuidador/a como un acompañante de la intervención de su niño/a, sino incluirlo como con quien también se va a intervenir. Esto a partir de la relación positiva de la sintomatología del/a cuidador/a

y la sintomatología del niño/a. Además, se considera relevante incluir en la intervención a otros tipos de victimización coexistentes, por su alta prevalencia en los niños y niñas que ingresan a un PRM, aunque el motivo del ingreso sea por la agresión sexual. Además de

Como futuras líneas de desarrollo, se propone profundizar el estudio de la variable polivictimización, ampliando las alternativas de victimización propuestas en este estudio (incluyendo, por ejemplo: victimización por medios digitales, victimización por pares, victimización por hermanos, etc.) y donde el grupo de comparación sean niños y niñas con sólo una victimización sea distinta a la agresión sexual infantil o sea sin ningún tipo de victimización. Por otro lado, sería muy enriquecedor cambiar las características de la muestra, en donde los/as cuidadores/as se encuentren en un nivel socioeconómico alto, o donde los/as cuidadores/as que hayan sufrido ACEs sean equitativamente del género femenino y masculino, ya que esto podría brindar nuevas perspectivas y complejidad para la intervención.

## 8. Referencias

- Ahumada, D. (2022). Experiencias adversas tempranas de los cuidadores: su relación con el estrés parental y la sintomatología depresiva [Tesis de Magíster, Universidad Católica de Chile]. <https://repositorio.uc.cl/handle/11534/66109>
- Amédée, L., Tremblay-Perreault, A., Hébert, M. y Cyr, C. (2019). Child victims of sexual abuse: Teachers' evaluation of emotion regulation and social adaptation in school. *Psychology in the Schools*, 56(7), 1077-1088. Doi: 10.1002/pits.22236
- Alaggia, R., y Turton, J. (2005). Against the odds: The impact of woman abuse on maternal response to disclosure of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 14(4), 95–113.
- Australian Institute of Health and Welfare [AIHW] (2019) *Family, Domestic and Sexual Violence in Australia: Continuing the National Story 2019*. AIHW.
- Badenes-Ribera, L., Fabris, M., Prino, L., Gastaldi, F. y Longobardi, C. (2019). Physical, Emotional, and Sexual Victimization Across Three Generations: a Cross-Sectional Study. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 13(4), 409–417. <https://doi.org/10.1007/s40653-019-00273-1>
- Baril, K. y Tourigny, M. (2015). Le cycle intergénérationnel de la victimisation sexuelle dans l'enfance: modèle explicatif basé sur la théorie du trauma. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, (1), 28-63. Doi: 10.3917/cnmi.151.0028
- Barudy, J. (1998). *Dolor invisible de la infancia*. Paidós.
- Barudy, J. (2000). Violencia agresiva y violencia ideológica en la fenomenología humana en Vilches, O. (Ed.), *Violencia en la cultura: riesgos y estrategias de intervención* (pp. 11-29). Sociedad Chilena de Psicología Clínica.
- Bernstein, D., Stein, J., Newcomb, M., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stoke, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D. y Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse and Neglect*, 23, 169-190. Doi:10.1016/s0145-2134(02)00541-0
- Bethell, C., Jones, J., Gombojav, N., Linkenbach, J. y Sege, R. (2019). Positive Childhood Experiences and Adult Mental and Relational Health in a Statewide Sample: Associations

- Across Adverse Childhood Experiences Levels. *JAMA Pediatrics*, 173(11), 1-10. Doi: 10.1001/jamapediatrics.2019.3007
- Bidarra, Z., Lessard, G. y Dumont, A. (2016). Co-occurrence of intimate partner violence and child sexual abuse: Prevalence, risk factors and related issues. *Child Abuse & Neglect*, 55, 10-21.
- Bradel-Warlick, L. & Rosenbaum, A. (2021). Poly-victimization: The Co-occurrence of Intimate Partner Violence with Other Forms of Aggression en Geffner, R., White, J., Hamberger, L., Rosenbaum, A., Vaughan-Eden, V. y Vieth, V. (eds.), *Handbook of Interpersonal Violence and Abuse Across the Lifespan*. Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-62122-7\\_154-1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-62122-7_154-1)
- Brown, P., Capella, C. y Antivilo, A. (2014). Propiedades psicométricas de la versión para padres del Strengths and Difficulties Questionnaire. *Revista de Psicología Universidad de Chile*, 23(2), 28-44.
- Callaghan, J., Alexander, J., Sixsmith, J. y Fellin, L. (2015). Beyond Witnessing: Children's Experiences of Coercive Control in Domestic Violence and Abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 33(10), 1551-1581.
- Callaghan, J., Alexander, J., Fellin, L., Mavrou, S. y Papathanasiou, M. (2017). Children and Domestic Violence: Emotional Competencies in Embodied and Relational Contexts. *Psychology and Violence*, 7(3), 333-342.
- Campo, M. (2015). *Children's exposure to domestic and family violence: Key issues and responses*. Australian Institute of Family Studies.
- Cantón-Duarte, J., y Cortés, M. (2000). *Guía Para La Evaluación Del Abuso Sexual Infantil*. Ediciones Pirámide.
- Capella, C. y Miranda, J. (2003). *Diseño, implementación y evaluación piloto de una intervención psicoterapéutica grupal para niñas víctimas de abuso sexual* [Tesis de Pregrado. Universidad de Chile].
- Capella, C. (2011). *Hacia narrativas de superación: El desafío para la psicoterapia con adolescentes de integrar la experiencia de agresión sexual a la identidad personal* [Tesis Doctoral, Universidad de Chile]. Repositorio Universidad de Chile.
- Capella, C., Núñez, L., Olhaberry, M. y Álamo, N. (23 de diciembre de 2020). Agresiones sexuales a niños, niñas y adolescentes en Chile: experiencias y lecciones durante la pandemia.



- CIPER Chile. <https://www.ciperchile.cl/2020/12/23/agresiones-sexuales-a-ninos-ninas-y-adolescentes-en-chile-experiencias-y-lecciones-durante-la-pandemia/>
- Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales [CAVAS] (2003). *Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales. CAVAS Metropolitana: 16 años de experiencia*. Policía de Investigaciones de Chile.
- Chan, K. (2011). Children exposed to child maltreatment and intimate partner violence: A study of co-occurrence among Hong Kong Chinese families. *Child Abuse & Neglect*, 35(7), 532–542. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.03.008>
- Cronholm, P., Forke, C., Wade, R., Bair-Merritt, M., Davis, M., Harkins-Schwarz, M., Pachter, L. y Fein, J. (2015). Adverse childhood experiences: Expanding the concept of adversity. *American journal of preventive medicine*, 49(3), 354-361.
- Cutajar, M., Mullen, P., Ogloff, J., Thomas, S., Wells, D. y Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse & Neglect*, 34 (11), 813-822. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.04.004>
- Cyr, K., Clément, M., y Chamberland, C. (2014). Lifetime Prevalence of Multiple Victimizations and Its Impact on Children’s Mental Health. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(4), 616–634. <https://doi-org.uchile.idm.oclc.org/10.1177/0886260513505220>
- Dávila, A., Johnson, L., y Postmus, J. (2021). Examining the Relationship Between Economic Abuse and Mental Health Among Latina Intimate Partner Violence Survivors in the United States. *Journal of interpersonal violence*, 36, 287-310. Doi: 10.1177/0886260517731311
- De Bellis, M., Spratt, E. y Hooper, S. (2011). Neurodevelopmental biology associated with childhood sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 20(5), 548–587. <http://dx.doi.org/10.1080/10538712.2011.607753>
- Dixon, L., Browne, K., y Hamilton-Giachritsis, C. (2005). Risk factors of parents abused as children: A mediational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment (Part I). *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 46(1), 47-57. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00339.x
- Domínguez, A. (2018). Validación inicial del “Childhood Trauma Questionnaire-Short\_Form” versión española en Chile [Tesis de Magíster, Pontificia Universidad Católica de Chile]. <https://repositorio.uc.cl/handle/11534/22107>

- Dumont, A. y Lessard, G. (2019). Young Adults Exposed to Intimate Partner Violence in Childhood: The Qualitative Meanings of this Experience. *Journal of Family Violence*, 35(8), 781-792. Doi: 10.1007/s10896-019-00100-z
- Echeburúa, E., y Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de medicina forense*, 12(43-44), 75-82. <https://doi.org/10.4321/s1135-76062006000100006>
- Eley, T., McAdams, T., Rijdsdijk, F., Lichtenstein, P., Narusyte, J., Reiss, D. y Neiderhiser, J. (2015). The Intergenerational Transmission of Anxiety: A Children-of-Twins Study. *American Journal of Psychiatry*, 172(7), 630-637. Doi: 10.1176/appi.ajp.2015.14070818
- Errázuriz, P., Opazo, S., Behn, A., Silva, O. y Gloger, S. (2017). Spanish Adaptation and Validation of the Outcome Questionnaire OQ-30.2. *Frontiers in Psychology*, 673(8). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00673>.
- Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Williamson, D., Spitz, A., Edwards, V., Koss, M. y Marks, J. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.
- Fernández-González, L., Calvete, E., Orue, I., y Mauri, A. (2018). Victims of domestic violence in shelters: Impacts on women and children. *The Spanish Journal of Psychology*, 21(18), 1-10. Doi:10.1017/sjp.2018.21
- Feng, J., Hsieh, Y., Hwa, H., Huang, C., Wei, H. y Shen, A. (2019). Childhood poly-victimization and children's health: A nationally representative study. *Child Abuse & Neglect*, 91, 88-94. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.02.013>
- Finkelhor, D. (1999). *Child Sexual Abuse. Challenges Facing Child Protection and Mental Health Professionals*. En Ullmann, E. y Hilweg, W. (eds.), *Childhood and Trauma. Separation, Abuse, War*. (pp. 101-115). (Margreiter, M. y Henschel, K. trad.). Ashgate Publishing.
- Finkelhor, D. (2007). Developmental Victimology. The Comprehensive Study of Childhood Victimization. En Davis, R., Lurigio, A. y Herman, S. (Eds.), *Victims of crime* (3ª ed.). Sage Publications.

- Finkelhor D, Ormrod R. y Turner H. (2007a) Polyvictimization and trauma in a national longitudinal cohort. *Development and Psychopathology*, 19, 149–66. Doi: 10.1017/S0954579407070083
- Finkelhor, D., Ormrod, R. y Turner, H. (2007b). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse and Neglect*, 31, 7–26. Doi:10.1016/j.chiabu.2006.06.008
- Finkelhor, D., Turner, H., Ormrod, R., Hamby, S., y Kracke, K. (2009). National Survey of Children's Exposure to Violence. *Juvenile Justice Bulletin. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention*.
- Finkelhor, D., Turner, H., Hamby, S. y Ormrod, R. (2011). Polyvictimization: Children's Exposure to Multiple Types of Violence, Crime, and Abuse. *OJJDP Juvenile Justice Bulletin*, 1-11.
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H., y Hamby, S. (2015). A revised inventory of adverse childhood experiences. *Child Abuse & Neglect*, 48, 13-21.
- Fiscalía (2022). *Boletín estadístico, primer semestre enero-junio 2022*. Ministerio Público de Chile. <http://www.fiscaliadechile.cl/Fiscalia/estadisticas/index.do>
- Fisher, E. y Stylianou, A. (2019). To Stay or to Leave: Factors Influencing Victims Decisions to Stay or Leave a Domestic Violence Emergency Shelter. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(4), 785-811. Doi: 10.1177/0886260516645816
- Gaete, J., Montero-Marin, J., Valenzuela, D., Rojas-Barahona, C. A., Olivares, E., & Araya, R. (2018). Mental health among children and adolescents: Construct validity, reliability, and parent-adolescent agreement on the “Strengths and Difficulties Questionnaire” in Chile. *Journals Plos ONE*, 13(2), 1-18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191809>
- Gewirtz-Meydan, A. (2020). The relationship between child sexual abuse, self-concept and psychopathology: The moderating role of social support and perceived parental quality. *Children and Youth Services Review*, 113. <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2020.104938>
- Goddard, C., y Bedi, G. (2010). Intimate partner violence and child abuse: A child-centred perspective. *Child Abuse Review*, 19(1), 5–20. <http://dx.doi.org/10.1002/car.1084>

- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581–586. Doi:10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337–1345. <https://doi.org/10.1097/00004583-200111000-00015>
- Hamby, S., Finkelhor, D. y Turner, H. (2012). Teen dating violence: Co-occurrence with other victimizations in the National Survey of Children's Exposure to Violence [NatSCEV]. *Psychology of Violence*, 2, 111–124.
- Heise, L. y Garcia-Moreno, C. (2002). Violence by intimate partners en: Krug, E., Dahlberg, L. L., Mercy, J., Zwi. A. y Lozano, R. (Eds.) *World Report on Violence and Health*. Geneva, Switzerland (pp. 87–121). World Health Organization,
- Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Mc Graw Hill.
- Holden, G. (2003). Children exposed to domestic violence and child abuse: Terminology and taxonomy. *Clinical child and family psychology review*, 6(3), 151-160.
- Holt, S., Buckley, H., y Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child abuse & neglect*, 32(8), 797-810.
- Hustedde, C. (2021). Adverse Childhood Experiences. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 48(3), 493-504. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2021.05.005> p
- Ivany, A., Bullock, L., Schminkey, D., Wells, K., Sharps, P. y Kools, S. (2018). Living in Fear and Prioritizing Safety: Exploring Women's Lives After Traumatic Brain Injury From Intimate Partner Violence. *Qualitative health research*, 28(11), 1708–1718. Doi:10.1177/1049732318786705
- Izaguirre, A., y Calvete, E. (2015). Children who are exposed to intimate partner violence: Interviewing mothers to understand its impact on children. *Child Abuse & Neglect*, 48, 58-67.
- Kellogg, N. y Menard, S. (2003). Violence among family members of children and adolescents evaluated for sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 27(12), 1367– 1376.

- Kendall-Tackett, K., 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. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.113.1.164>
- Kennedy, A., Bybee, D., Kulkarni, S. y Archer, G. (2012). Sexual victimization and family violence among urban African American adolescent women: Do violence cluster profiles predict partner violence victimization and sex trade exposure? *Violence Against Women*, 18(11), 1319–1338.
- LaBrenz, C., Panisch, L., Lawson, J., Borczyk, A., Gerlach, B., Tennant, P., Nulu, S. y Faulkner, M. (2020). Adverse childhood experiences and outcomes among at-risk Spanish-speaking Latino families. *Journal of Child and Family Studies*, 29(5), 1221-1235.
- Lafavor, T., De Boer, D. y Poole, M. (2020). Intergenerational effects of early parental adversity on child developmental outcomes among families living in emergency homeless shelters. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 31(3),1264-1280. [doi:10.1353/hpu.2020.0093](https://doi.org/10.1353/hpu.2020.0093).
- Langevin, R., Hébert, M. y Cabecinha-Alati, S. (2020). Multilevel factors associated with the intergenerational continuity of child sexual abuse. *Children and youth services review*, 113. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105007>
- Langevin, R., Hébert, M., y Kern, A. (2021). Maternal history of child sexual abuse and maladaptive outcomes in sexually abused children: the role of maternal mental health. *Journal of interpersonal violence*, 37, 15-16. Doi: 10.1177/08862605211013963
- Langevin, R., Marshall, C., y Kingsland, E. (2021). Intergenerational Cycles of Maltreatment: A Scoping Review of Psychosocial Risk and Protective Factors. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(4), 672–688. <https://doi.org/10.1177/1524838019870917>
- Lamela, D., Jongenelen, I., Pinto, R. y Levendosky, A. (2018). Typologies of intimate partner violence-maternal parenting and children’s externalizing problems: The moderating effect of the exposure to other forms of family violence. *Child Abuse & Neglect*, 81, 60-73.
- Lewis, T., McElroy, E., Harlaar, N. y Runyan, D. (2016). Does the impact of child sexual abuse differ from maltreated but non-sexually abuse children? A prospective examination of the impact of child sexual abuse on internalizing and externalizing behavior problems. *Child Abuse & Neglect*, 51, 31-40. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.11.016>

- Lorente, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal. Agresión a la mujer: realidades y mitos*. Ares y Mares.
- McAdams, T., Rijdsdijk, F., Neiderhiser, J., Narusyte, J., Shaw, D., Natsuaki, M. y Eley, T. (2015). The relationship between parental depressive symptoms and offspring psychopathology: evidence from a children-of-twins study and an adoption study. *Psychological Medicine*, 45(12), 2583–2594. Doi:10.1017/S0033291715000501
- Maida, A., Molina, M., Basualto, C., Bahamondes, C., Leonvendagar, X., y Abarca, C. (2005). La experiencia de abuso en las madres: ¿Es un predictor de abuso sexual de sus hijos? *Revista chilena de pediatría*, 76(1), 41-47.
- Maffioletti, F. y Huerta, S. (2011). Aproximación Fenomenológica de los Delitos Sexuales en Chile: La Realidad Nacional. *Revista Jurídica Del Ministerio Público de Chile*, 47.
- Mejor Niñez (2022). *Programas Mejor Niñez. Versión Preliminar Marzo*. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. [https://www.mejorninez.cl/descargas/doc-MN/colaboradores/2022/gestion/ppt\\_instancia\\_01.pdf](https://www.mejorninez.cl/descargas/doc-MN/colaboradores/2022/gestion/ppt_instancia_01.pdf)
- Merrick M, Ford D, Ports K. y Guinn, A. (2018). Prevalence of adverse childhood experiences from the 2011-2014 Behavioral Risk Factor Surveillance System in 23 States. *JAMA Pediatrics*, 172(11),1038–1044. Doi :10.1001/jamapediatrics.2018.2537
- Ministerio del Interior y Seguridad Pública (2017). *Primera Encuesta Nacional de Polivictimización en Niñas, Niños y Adolescentes*. Subsecretaría de Prevención del Delito. <http://www.spd.gov.cl/media/2018/02/PPT-Primera-Encuesta-de-Polivictimizacion.pdf>
- Ministerio del Interior y Seguridad Pública (2020). *Cuarta Encuesta de Violencia contra la Mujer en el Ámbito de Violencia Intrafamiliar y en Otros Espacios*. <http://cead.spd.gov.cl/estudios-y-encuestas/>
- Miranda, J., Crockett, M. y Vera-Pavez, J. (2021). The co-occurrence of intimate partner violence with other victimizations: A nationally representative survey of Chilean adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 117(4) 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105046>
- Murray, L., Nguyen, A. y Cohen, J. A. (2014). Child sexual abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 23(2), 321-337.

- National Scientific Council on the Developing Child (2020). *Connecting the Brain to the Rest of the Body: Early Childhood Development and Lifelong Health Are Deeply Intertwined*. Harvard University.
- Navarro, C. (1998). *Patrones de vinculación de madres de víctimas de abusos incestuosos: Los peligros del vínculo*. [Memoria de Pregrado. Universidad de Chile].
- Narayan, A., Lieberman, A. y Masten, A. (2021). Intergenerational transmission and prevention of adverse childhood experiences (ACEs). *Clinical Psychology Review*, 85. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101997>
- Noble-Carr, D., Moore, T. y McArthur, M. (2019). Children's experiences and needs in relation to domestic and family violence: Findings from a meta-synthesis. *Child & Family Social Work*, 1-10. Doi: 10.1111/cfs.12645.
- Noll J. (2021). Child Sexual Abuse as a Unique Risk Factor for the Development of Psychopathology: The Compounded Convergence of Mechanisms. *Annual review of clinical psychology*, 17, 439–464. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-112621>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020). *Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia contra los niños 2020: resumen de orientación*. Organización Mundial de la Salud.
- Observatorio Niñez y Adolescencia [ONA] (2017). *Cifra negra de violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes: Ocultamiento social de una tragedia*. Observatorio Niñez y Adolescencia, Reporte I de monitoreo de derechos, Santiago, Chile.
- Organización de las Naciones Unidas [ONU] (1993). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer: Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993. <https://www.refworld.org/es/docid/50ac921e2.html>
- Ortuño-Sierra, J., Aritio-Solana, R., y Fonseca-Pedrero, E. (2018). Mental health difficulties in children and adolescents: the study of the SDQ in the Spanish National Health Survey 2011-2012. *Psychiatry Research*, 259(1), 236-242. Doi:10.1016/j.psychres.2017.10.025
- Overline, C. y Holt, S. (2019). European Research on Children, Adolescents and Domestic Violence: Impact, Interventions and Innovations. *Journal of Family Violence*, 34, 365-369.
- Papalia, D., Feldman, R. y Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano* (12ª Ed.). Mc Graw Hill.



- Pathak, N., Dhairyawan, R. y Tariq, S. (2019). The experience of intimate partner violence among older women: A narrative review. *Maturitas*, 121, 63-75. Doi: 10.1016/j.maturitas.2018.12.011
- Pereda, N. y Gallarado-Pujol, D. (2011). Revisión sistemática de las consecuencias neurobiológicas del abuso sexual infantil. *Gaceta Sanitaria*, 25(3), 233-239. Doi:10.1016/j.gaceta.2010.12.004
- Perrone, R. y Nannini, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia*. Paidós.
- Pinto-Cortez, C., y Guerra, C. (2019). Victimización sexual de niños, niñas y adolescentes chilenos: prevalencia y características asociadas. *Revista de psicología*, 28(2), 20-31.
- Pinto-Cortez, C., Moraga, C., y Henríquez, D. (2018). Polyvictimization experiences as predictors of posttraumatic stress symptoms in a sample of Chilean adolescents. *Interciencia*, 43(5), 329-335.
- Pinto-Cortez, C. y Venegas, K. (2015). Experiencias de victimización y polivictimización en jóvenes chilenos. *Señales*, 9, 5-25.
- Putnam, F. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269–278. <http://dx.doi.org/10.1097/01.CHI.0000037029.04952.72>
- Racine, N., Zhu, J., Hartwick, C. y Madigan, S. (2022). Differences in demographic, risk, and protective factors in a clinical sample of children who experienced sexual abuse only vs. poly-victimization. *Frontiers in psychiatry*, 12, 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.789329>
- Rapsey, C., Scott, K. y Patterson T. (2019) Childhood sexual abuse, poly-victimization and internalizing disorders across adulthood and older age: findings from a 25-year longitudinal study. *Journal of Affective Disorder*, 244,171–179. Doi: 10.1016/j.jad.2018.10.095
- Ramírez, C. y Fernández, A. (2011). Abuso Sexual Infantil: Una revisión con base en pruebas empíricas. *Behavioral Psychology*, 19(1), 7–39.
- Ramírez, C., Pinzon-Rondon, A. y Botero, J. (2011). Contextual predictive factors of child sexual abuse: The role of parent–child interaction. *Child Abuse & Neglect*, 35(12), 1022–1031. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.10.004>



- Rosser-Limiñana, A., Suriá-Martínez y Mateo, M. (2020). Children exposed to intimate partner violence: association among battered mothers parenting competences and children's behavior. *Environmental Research and Public Health*, 17(4), 1134
- Sawyer, G., y Hansen, D. (2014). Heterogeneous symptom patterns of sexually abused children in treatment: Understanding the complexity of the problem. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23(8), 900–917. Doi:10.1080/10538712.2014.964439
- Servicio Nacional de Menores [SENAME] (2015). *Orientaciones Técnicas: programas de protección especializada en maltrato y abuso sexual grave (PRM)*. Ministerio de Justicia. [https://www.sename.cl/wsename/p16\\_21-12-2018/2-ORIENTACIONES-TECNICAS-PRM.pdf](https://www.sename.cl/wsename/p16_21-12-2018/2-ORIENTACIONES-TECNICAS-PRM.pdf)
- Stoltenborgh, M., Van Ijzendoorn, M., Euser, E., y Bakermans-Kranenburg, M. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child maltreatment*, 16(2), 79-101.
- Sugg, N. (2015). Intimate Partner Violence: prevalence, health consequences, and intervention. *Medical Clinics*, 99(3), 629-649. Doi: 10.1016/j.mcna.2015.01.012
- Timmons, P. y Roy, E. (2020). Relation between exposure to parental intimate partner violence during childhood and children's functioning, en Geffner, R., White, J., Hamberger, L., Rosenbaum, A., Vaughan-Eden, V. y Vieth, V. (eds.), *Handbook of Interpersonal Violence and Abuse Across the Lifespan*. Springer. Doi: 10.1007/978-3-319-62122-7\_312-1
- Tremblay-Perreault, A. y Hébert, M. (2019). Uncovering the associations between child sexual abuse, peer victimizations and behavior problems using child, parent and teacher reports. *Journal of School Violence*, 19(3), 336-348. <https://doi.org/10.1080/15388220.2019.1697276>
- United Nations Childrens Fund [UNICEF] (2000). *Maltrato Infantil en Chile. UNICEF Responde*. UNICEF.
- United Nations Childrens Fund [UNICEF] (2011). *Guía Clínica: atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, víctimas de abuso sexual*. Ministerio de la salud de Chile y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- United Nations Childrens Fund [UNICEF] (2012). *Cuarto estudio de maltrato infantil*. UNICEF.

- United Nations Childrens Fund [UNICEF] (2017). *Una situación habitual. Violencia en las vidas de los niños y adolescentes*. UNICEF.
- United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women [UN WOMEN] (2020). *COVID-19 and Ending Violence Against Women and Girls*. UN WOMEN. <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2020/Issue-brief-COVID-19-and-ending-violence-against-women-and-girls-en.pdf>
- Van-IJzendoorn, M., Bakermans-Kranenburg, M., Coughlan, B. y Reijman, S. (2020). Annual Research Review: Umbrella synthesis of meta-analyses on child maltreatment antecedents and interventions: differential susceptibility perspective on risk and resilience. *Journal of child psychology and psychiatry*, 61(3), 272-290.
- Van-Niel, C., Pachter, L., Wade, R., Felitti, V. y Stein, M. (2014). Adverse Events in Children: Predictors of Adult Physical and Mental Conditions. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* 35(8), 549-551. DOI: 10.1097/DBP.0000000000000102
- Vera, L., Londoño, N., Ortegón, M., y Romero, J. (2018). Narrativas biográficas de mujeres que han experimentado violencia de pareja. *Razón Crítica*, 5, 177-209. Doi:[10.21789/25007807.1357](https://doi.org/10.21789/25007807.1357)
- Vitriol, V., Cancino, A., Leiva-Bianchi, M., Serrano, C., Ballesteros, S., Pothoff, S., Cáceres, C., Ormazábal, M. y Asenjo, A. (2017). Depresión adulta y experiencias infantiles adversas: evidencia de un subtipo depresivo complejo en consultantes de la atención primaria en Chile. *Revista Médica de Chile*, 145, 1145-1153. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000901145>
- Von Bergen, A. y De la Parra, G. (2002). OQ-45.2, Cuestionario para evaluación de resultados y evolución en psicoterapia: adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación. *Revista Terapia Psicológica*, 20(2), 161-176.
- Vu, N., Jouriles, E., McDonald, R. y Rosenfield, D. (2016). Children's exposure to intimate partner violence: A meta-analysis of longitudinal associations with child adjustment problems. *Journal Clinical Psychology Review*, 46, 25-33.

- Walker-Descartes, I., Mineo, M., Vaca, L. y Agrawal, N. (2021). Domestic Violence and Its Effects on Women, Children, and Families. *Pediatric Clinic*, 68(2), 455-464. Doi: 10.1016/j.pcl.2020.12.011 p
- Widom, C., Czaja, S. y DuMont, K. (2015). Intergenerational transmisión of child abuse and neglect: Real or detection bias? *Science*, 347(6229), 1480–1485. <https://doi.org/10.1126/science.1259917>
- Wolf, M. y Prabhu, S. (2021). Through the eyes of a child: Witnessing childhood trauma is as impactful as experiencing trauma for polyvictimized survivors of child sexual abuse. *Journal of interpersonal violence*, 36(11-12), 5663-5677. <https://doi.org/10.1177/08862605188079>
- World Health Organization [WHO] (20 de octubre de 2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. World Health Organization. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>
- Yule, K., Houston, J. y Grych, J. (2019). Resilience in Children Exposed to Violence: A Meta-analysis of Protective Factors Across Ecological Contexts. *Journal Clinical Child and Family Psychology Review*, 22, 406-431. Doi: 10.1007/s10567-019-00293-1
- Zlotnick C., Johnson J., Kohn R., Vicente B., Rioseco P. y Saldivia S. (2006) Epidemiology of trauma, post-traumatic stress disorder and comorbid disorders in Chile. *Psychological Medicine*, 36 (11), 1523-33. Doi: [10.1017/S0033291706008282](https://doi.org/10.1017/S0033291706008282)

## 9. Anexos

### 9.1 Anexo A: Ficha de caracterización de caso completada por profesional Psicólogo (elaboración Equipo Fondecyt 1200627)

#### Ficha de caracterización de caso del niño/a

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

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

Paciente			
Nombre			
Edad			
Fecha de Nacimiento			
Sexo	Femenino	Masculino	Otro (explicar)

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

Tratamientos previos	Si		No	
	Por abuso sexual		Otro motivo (detallar cuál)	
	¿Cuándo? (detallar)			
¿Hay algún diagnóstico de Salud mental?	Si		No	
	TEA	Déficit cognitivo (leve)	Otro (detallar)	
<b>Agresión sexual</b>				
(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.				
	Si			No	



¿Hay otra/s víctima/s en la familia (por el mismo u otro agresor)?					
	¿Quién? Detallar:				
<b>Psicólogo/a</b>					
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:	
<b>Otras observaciones</b>	

**9.2 Anexo B: Ficha de caracterización de caso completada por profesional Trabajador/a Social (elaboración Equipo Fondecyt 1200627)**

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

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

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

Datos del niño/a					
Nombre					
Edad					
Familia					
Grupo familiar que vive con el niño (Detallar)					
Nivel socioeconómico	Bajo	Medio bajo	Medio	Medio alto	Alto
Efectos crisis social: económicos, salud mental,					

otros (Mencionar todas las que correspondan y detallar)			
¿Hay antecedentes de Violencia intrafamiliar (VIF)?	Si (detallar)	No	
Efectos pandemia Covid-19: salud, económicos, educación, relaciones intrafamiliares-sociales, otros (Mencionar todas las que correspondan y detallar)			
<b>Adulto responsable (acompaña al niño/a)</b>			
Nombre			
Relación con el niño	Madre	Padre	Otro (detallar)
Sexo	Femenino	Masculino	Otro (explicar)
Edad			
Nivel educacional	Enseñanza básica	Enseñanza media	Universitaria/técnica
	Completa		Incompleta (detallar)
Ocupación (detallar)			
Teléfono contacto			
¿Asiste o ha asistido a tratamiento en salud mental?	Si	No	
	Si contestó “si”: Detallar (cuándo y por qué motivo)		

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

Fecha primera sesión con la familia/adulto responsable				
Sesiones realizadas hasta el momento (en las que usted ha participado)	N° total de sesiones hasta el momento:			
	Cuántas han sido sesiones presenciales	Cuántas han sido sesiones no presenciales		
	Modalidad (señalar cuántas sesiones en cada modalidad)			
	Sesiones con el/la niño/a	Sesiones con la familia	Sesiones en dupla psicosocial	Sesiones solo con trabajador/a social
<b>Trabajador/a social</b>				
Nombre				
Sexo	Femenino	Masculino	Otro (explicar)	
Edad				
Años de experiencia profesional en años o meses (si es menos de un año)				
Años de experiencia Agresiones Sexuales Infantojuveniles (ASI): en años o meses (si es menos de un año)				
	Si		No	

Formación posterior al título de Trabajador social			
	Diplomado	Magíster	Otro (detallar)
	Temática		
	Abuso sexual	Otro (detallar)	
Enfoque de intervención	Sistémico/ecológico	Otro (detallar)	
Mail de contacto:			
<b>Otras observaciones</b>			

### 9.3 Anexo C: Childhood Trauma Questionnaire. Short Form (CTQ-SF).

#### CTQ

Mientras iba creciendo...

	<b>Nunca</b>	<b>Rara vez</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Frecuentemente</b>	<b>Muy frecuentemente</b>
1. No tenía suficiente para comer					
Yo sabía que había alguien para cuidarme y protegerme					
Algunas personas de mi familia me decían cosas como “estúpido/a”, “flojo/a”, o “feo/a”					
Mis padres estaban demasiado borrachos o drogados como para cuidar de la familia					
Había alguien en mi familia que me ayudaba a sentirme importante o especial					
6. Tenía que usar ropa sucia					
7. Me sentía amado/a					
Alguna vez pensé que mis padres desearon que yo jamás hubiese nacido					
Alguna o algunas personas de mi familia me pegaron tan fuerte que tuve que ver un doctor o ir al hospital					



No hubo nada que haya querido cambiar de mi familia					
Algunas personas de mi familia me pegaban/golpeaban tan fuerte que me dejaban marcas o moretones					
Era castigado con un cinturón, una palo, un cuerda o algún otro objeto duro					
Las personas en mi familia nos cuidábamos lo unos a los otros					
Algunas personas de mi familia me decían cosas hirientes o insultos					

*Continúa...*

	<b>Nunca</b>	<b>Rara vez</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Frecuentemente</b>	<b>Muy frecuentemente</b>
15. Yo creo que fui maltratado físicamente					
16. Tuve una infancia perfecta					
Fui tan fuertemente golpeado/a por alguien de mi familia que otras personas, como un profesor, un vecino o un médico, se dieron cuenta					
18. Yo sentía que alguien en mi familia me odiaba					
Las personas en mi familia se sentían cercanas entre ellas					
Alguien intentó tocarme en una forma sexual, o trató que yo lo/la tocara					
Alguien me amenazó con hacerme daño o decir mentiras acerca de mí a menos que yo hiciera algo sexual con el o ella.					
22. Yo tenía la mejor familia del mundo.					

Alguien intentó que yo hiciera cosas sexuales o que viera cosas sexuales					
24. Alguien me acosaba /incomodaba					
25. Yo creo que fui maltratado emocionalmente					
Había alguien para llevarme al doctor si lo necesitaba					
27. Yo creo que fui sexualmente abusado/a					
28. Mi familia era una fuente de fuerza y apoyo					

**9.4 Anexo D: Outcome Questionnaire (OQ-30)**

**Cuestionario de Resultados (OQ®-30) Fecha: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**

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

	<b>Nun ca</b>	<b>Casi nunc a</b>	<b>Algun as veces</b>	<b>Con frecuen cia</b>	<b>Casi siemp re</b>
1. Tengo dificultades para dormir, o no me puedo quedar dormido.....					
2. Nada me interesa..... .....					
3. Me siento presionado (estresado en el trabajo/escuela).....					
4. Me siento culpable..... .....					
5. Estoy satisfecho con mi vida.....					
6. Me siento irritado, molesto..... ..					
7. Pienso en quitarme la vida.....					

8. Me siento débil..... .....					
9. Encuentro Satisfacción en mi trabajo.....					
10. Me siento atemorizado..... .....					
11. Necesito tomar bebidas alcohólicas en la mañana, después de haber tomado el día anterior. (Si esto no le ocurre marque nunca).....					
12. Me siento inútil..... .....					
13. Me abruma (angustian) los problemas de mi familia.....					
14. Me siento solo..... .....					
15. Discuto frecuentemente..... .....					

*Continúa...*

	<b>Nun ca</b>	<b>Casi nun ca</b>	<b>Algun as veces</b>	<b>Con frecuen cia</b>	<b>Casi siemp re</b>
16. Tengo dificultades para concentrarme.....					
17. Me siento sin esperanza en el futuro.....					
18. Soy una persona feliz.....					
19. Me perturban o molestan pensamientos de los que no me puedo deshacer.....					
20. Me molesta que me critiquen porque tomo o me drogo. (No se refiere a medicamentos recetados). (Si esto no le ocurre marque nunca).....					
21. Tengo malestares estomacales.....					
22. Trabajo/estudio tan bien como lo hacía antes.....					
23. Tengo dificultades para llevarme bien con mis amigos y conocidos.....					
24. Tengo problemas en el trabajo/escuela debido a las drogas o el alcohol . (Si esto no le ocurre marque nunca).....					
25. Siento que algo malo va a ocurrir.....					

26. Me siento nervioso..... .....					
27. Siento que me va bien en el trabajo/escuela.....					
28. Siento que algo anda mal con mi mente.....					
29. Me siento triste..... .....					
30. Mis relaciones con otros me satisfacen.....					

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

*© Copyright 1996 American Professional Credentialing Services LLC. All Rights Reserved.*

*License Required For All Uses.*

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

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

**9.5 Anexo E: Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)**

**Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ)**

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.....

	<b>No es cierto</b>	<b>Un tanto cierto</b>	<b>Absolutamente cierto</b>
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			

	<b>No es cierto</b>	<b>Un tanto cierto</b>	<b>Absolutamente cierto</b>
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

© Robert Goodman, 2005

## 9.6 Anexo F: Documento aprobación Comité de Ética



N° 04-16/2020

### INFORME DE EVALUACIÓN

#### I. IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

<b>Título</b>	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.
<b>Investigador(a) Responsable</b>	Claudia Capella Sepúlveda.
<b>Departamento</b>	Psicología
<b>Adjudicado/ presentado a:</b>	Concurso FONDECYT Regular 2020 N°1200627
<b>Región(es)</b>	Metropolitana

#### II. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO

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

1

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

### III. EVALUACIÓN DE ASPECTOS ÉTICOS

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

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

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

2

participantes.

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

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



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

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

Santiago, 5 de mayo de 2020.



## 9.7 Anexo G: Consentimiento informado del/a cuidador/a



Departamento de Psicología

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada/o padre, madre o Representante Legal:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Desde ya agradecemos su disposición.

Saluda atentamente,

Claudia Capella  
Investigadora Responsable



**CONSENTIMIENTO**

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Firma Entrevistador

\_\_\_\_\_  
Firma Investigador Responsable  
Prof. Claudia Capella

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Correo electrónico para envío de resultados: \_\_\_\_\_

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

## 9.8 Anexo H: Consentimiento Informado Psicólogo/a



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



  
**Departamento de Psicología**

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada/o profesional:

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

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

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

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

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

---

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





**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](mailto:comite.etica@facso.cl)).

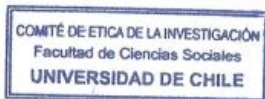
Del mismo modo, en caso que usted tenga alguna duda o pregunta respecto de esta investigación, previa a decidir su participación o posteriormente en cualquier momento durante el proceso, se puede comunicar con la Investigadora Responsable, Psicóloga Claudia Capella Sepúlveda, al fono (56-2) 29787790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

---

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



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



  
**Departamento de Psicología**

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

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

Desde ya agradecemos su disposición.

Saluda atentamente,

Claudia Capella  
Investigadora Responsable



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



  
**Departamento de Psicología**

### CONSENTIMIENTO

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Firma Entrevistador

\_\_\_\_\_  
Firma Investigadora Responsable  
Prof. Claudia Capella

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Correo electrónico para envío de resultados: \_\_\_\_\_

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

---

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



## 9.9 Anexo I: Consentimiento Informado Trabajador/a Social



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



  
Departamento de Psicología

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada/o profesional trabajador/a social:

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

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

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

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

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

---

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



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



  
**Departamento de Psicología**

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

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

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

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

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

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

---

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





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



  
**Departamento de Psicología**

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](mailto:ccapella@u.uchile.cl).

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

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

Desde ya agradecemos su disposición.

Saluda atentamente,

Claudia Capella  
Investigadora Responsable





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



  
**Departamento de Psicología**

### CONSENTIMIENTO

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Firma Entrevistador

\_\_\_\_\_  
Firma 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.**

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