



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología

**Alianza Terapéutica Inicial en Psicoterapia por Agresión Sexual
Infantil: Explorando su relación con variables clínicas y
demográficas de niños/as y sus terapeutas**

Memoria para optar al Título de Psicóloga

Autoras

Beiya Saldivia Gómez
Jeisi Fuentes Delgado

Profesora Guía

Lucía Núñez Hidalgo

Profesora Patrocinante

Claudia Capella Sepúlveda

Santiago de Chile, enero 2023

La presente memoria de título está inserta y fue financiada por el Proyecto Regular N° 1200627 del Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (Fondecyt), titulado *“Proceso de cambio psicoterapéutico en niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales: Hacia un modelo comprensivo de la influencia de factores de los adultos responsables, las intervenciones y la relación terapéutica”*, cuya investigadora responsable es la profesora Claudia Capella, académica del Departamento de Psicología de la Universidad de Chile.

AGRADECIMIENTOS GENERALES

A nuestra profesora guía Lucía Núñez, que sin duda fue una luz que nos acompañó durante todo el proceso. Gracias por su ternura, su comprensión, su entrega y sus enseñanzas genuinas. Ha sido una persona que nos ha inspirado a expandir nuestro conocimiento y dedicación en esta profesión. Siempre la tendremos en nuestros corazones.

A nuestra profesora patrocinante Claudia Capella, por enseñarnos a lo largo de todo nuestro proceso formativo, y ser parte de la culminación de nuestra memoria de título. Admiramos su trabajo y su gran trayectoria en temas de niñeces. Gracias por su disposición y sus palabras de aliento.

Al proyecto Fondecyt, por darnos paso a ser parte de un equipo interesado en la investigación en temáticas que nos llegan enormemente. Gracias a los/as participantes por co-crear espacios de aprendizaje mutuo.

Finalmente, agradecemos enormemente a las familias y niños/as que nos dieron la posibilidad de conocer sus historias y ayudar a otros, a pesar de lo difícil que puede ser la apertura de estas experiencias.

DEDICATORIAS PERSONALES

A mi mamá, Myrle Gómez Macías, por siempre creer en mí, entregándome su apoyo y amor incondicional. Has guiado mis pasos, siendo mi inspiración y mi fortaleza. Gracias por tus risas, por tu ternura y tu compañía; por estar conmigo en todo momento y darle calidez a mis días. Eres la persona más importante en mi vida, esto no habría sido posible sin ti. Te amo con el alma.

A mi familia, abuelos y primitas. Por ustedes he podido conectarme constantemente con mi esencia y mis raíces. Los amo infinitamente. Gracias por apoyarme y darme herramientas para continuar.

A las personas lindas que de una u otra manera han sido parte de este proceso, que me han dado palabras de aliento, sonrisas y han participado de mi crecimiento profesional y personal.

Beiya Saldivia Gómez

A la persona más importante en mi vida Margarita Delgado Aguilera, mi madre, quién desde pequeña me enseñó a luchar, a salir adelante y me acompaña día a día a perseguir mis sueños hasta alcanzarlos. Todos mis logros se los debo a mi madre, por transmitirme valores, creer en mí, y enseñarme que, para ser una buena profesional, primero debo ser una buena persona.

Agradecer a toda mi gente que tengo en mi corazón y mente, por su cariño que me motiva a no rendirme, a su comprensión por los momentos en los que me ausenté y por el apoyo incondicional en este proceso tan importante para mí.

Jeisi Fuentes Delgado

Dedicada a cada una de las niñas que han tenido que vivir experiencias difíciles en contextos adversos y que han necesitado estos espacios contenedores, protectores y sanadores.

Beiya y Jeisi

ÍNDICE

Resumen	7
Introducción	9
Antecedentes teóricos y empíricos	14
I. Agresión Sexual Infantil.....	14
1. Comprensión de la Agresión Sexual Infantil desde el Marco Jurídico.....	14
2. Definición de la Agresión Sexual Infantil.....	14
3. Tipos de Agresión Sexual Infantil.....	16
4. Consecuencias de la Agresión Sexual Infantil.....	17
4.1. Caracterización y consideraciones generales.....	17
4.2. Configuración traumática desde la perspectiva Piagetiana.....	18
4.3. Dinámicas traumatogénicas asociadas a las Agresiones Sexuales.....	19
4.4. Consecuencias a corto plazo y a largo plazo.....	20
4.4.1. Consecuencias a corto plazo.....	20
4.4.2. Consecuencias a largo plazo.....	21
4.5. Consideraciones evolutivas.....	21
5. Intervención en Agresión Sexual Infantil en Chile.....	23
II. Alianza Terapéutica.....	24
1. Psicoterapia y Alianza Terapéutica.....	24
1.1. Psicoterapia.....	24
1.2. Alianza Terapéutica.....	25
2. Alianza Terapéutica en Psicoterapia con niños y niñas.....	29
2.1. Factores que podrían incidir en la alianza terapéutica con niños y niñas.....	31
2.1.1. Variables del niño/a que asiste a psicoterapia.....	31
2.1.2. Variables del terapeuta infanto-juvenil.....	34
3. Alianza Terapéutica en Psicoterapia por Agresión Sexual Infantil.....	35
Pregunta de Investigación, Objetivos e Hipótesis	39
I. Pregunta de Investigación.....	39
II. Objetivos.....	39
III. Hipótesis.....	39
Marco Metodológico	41
I. Diseño de Investigación.....	41
II. Participantes.....	41
1. Caracterización de los niños y niñas.....	42
2. Caracterización de los y las terapeutas.....	42
III. Técnicas de recolección de datos.....	43
IV. Procedimiento.....	46
V. Análisis de datos.....	47
Resultados	48
I. Descripción de la sintomatología general y postraumática de los/as niños/as de acuerdo a su edad y su sexo, en el marco de la etapa inicial de psicoterapia por agresión sexual en PRM.....	48

II.	Descripción de la alianza terapéutica entre niños/as y sus terapeutas en la etapa inicial de los procesos de psicoterapia en casos de agresión sexual infantil en PRM.....	55
III.	Análisis comparativo de la alianza terapéutica inicial de acuerdo al sexo de niños/as y terapeutas en casos de agresión sexual infantil atendidos en PRM.....	66
IV.	Análisis correlacional de la alianza terapéutica inicial con variables de los/as niños/as y terapeutas en casos de agresión sexual infantil atendidos en PRM.....	66
	<u>Discusión</u>	69
I.	Reflexiones en torno a las características de los/as niños/as consultantes por Agresión Sexual Infantil.....	69
II.	Reflexiones en torno a las características de los/as psicoterapeutas de PRM.....	71
III.	Reflexiones en torno a Alianza Terapéutica Inicial.....	71
IV.	Relaciones entre Alianza Terapéutica Inicial y variables del niño/a y su terapeuta....	72
V.	Limitaciones, fortalezas y recomendaciones a estudios futuros.....	75
	<u>Conclusiones</u>	77
	<u>Referencias</u>	79
	<u>Anexos</u>	94

RESUMEN

Las agresiones de índole sexual hacia niños y niñas poseen alta visibilidad nacional e internacional (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2012), siendo esencial atender a las consecuencias que devienen de este fenómeno, enfocándose en el tratamiento (Pinto-Cortés y Guerra, 2019), donde la psicoterapia tiene un rol de cambio fundamental (Lambert y Bergin, 1994). En ella, el factor común más significativo y que denota un alcance de mejores resultados psicoterapéuticos, es la capacidad de desarrollar una buena alianza terapéutica (Santibañez et al., 2008). La alianza invita a un ambiente relacional de apertura y sanación (Martínez, 2012), siendo un paso sustancial en la confianza entre terapeuta y paciente, componente base en la superación de la vivencia abusiva (Gómez et al., 2021); sin embargo, las investigaciones centradas en el área se han llevado a cabo principalmente en población adulta, siendo pocas las que exploran el componente en niños/as, y menos aún en niños/as víctimas de agresión sexual (Águila et al., 2017).

Considerando lo mencionado previamente, la presente memoria tiene como objetivo analizar la relación entre variables clínicas y demográficas de niños/as y sus terapeutas, y la alianza terapéutica inicial en psicoterapia en casos de agresión sexual hacia niños/as de 4 a 9 años de edad, atendidos en Programas de reparación de maltrato grave [PRM]. Para ello, se realizó una investigación cuantitativa, con un análisis descriptivo, comparativo y correlacional, estudiando un total de 51 casos. Para la medición de las variables se utilizaron los siguientes instrumentos: ficha de caso; ficha de caracterización del terapeuta; para la sintomatología general y postraumática se utilizó el Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) y la Escala Pediátrica de Problemas/Estrés Emocional (PEDS); y, finalmente, para evaluar la alianza terapéutica inicial se utilizó el cuestionario Therapeutic Alliance Scales for Children (TASCR), considerando los reportes dados por los/as psicólogos/as hasta la cuarta sesión entre él/ella y el/la niño/a.

Los principales resultados indican que las alianzas que fueron evaluadas en la tercera o cuarta sesión, fueron significativamente mayores a lo indicado en los casos en los que se evaluó en sesiones anteriores. Así también, se indica una correlación positiva significativa entre la alianza terapéutica inicial del niño/a y su terapeuta con la sintomatología general, sintomatología internalizante SDQ, problemas con pares SDQ y subescala Ansioso/Retraído PEDS. Por otro lado, no se encontraron resultados significativos entre la alianza terapéutica inicial y las variables del terapeuta, y la alianza terapéutica inicial y la edad y sexo de los/as niños/as de la muestra.

De lo anterior, llama la atención cómo las variables sintomatológicas se relacionaron con la alianza terapéutica inicial, tanto en sintomatología general, sintomatología postraumática, como sintomatología de la línea internalizante. Es interesante reflexionar en torno al impacto en la esfera social tras una experiencia de agresión sexual, y cómo el espacio terapéutico y las dinámicas terapeuta-paciente llegan a brindar un ambiente de contención, calidez y confianza que resulta ser favorable para la expresión sintomatológica, actuando como una experiencia correctiva y sanadora (Neimeyer y Mahoney, 1998; Botella, 2008; en Medina, 2017). Es entonces que, a partir de este análisis de variables, se posiciona como

necesidad la búsqueda de estrategias diferenciadas para establecer una alianza terapéutica temprana positiva con niños/as tanto con sintomatología externalizante como internalizante, pudiendo dar mayor espacio a cultivar la alianza terapéutica en las sesiones de psicoterapia.

Finalmente, para futuras investigaciones se propone la integración de los/as cuidadores/as primarios/as en el estudio de la alianza terapéutica inicial, para analizar el impacto de estas figuras en el proceso psicoterapéutico entre el/la psicólogo/a y el/la niño/a que ha vivenciado agresión sexual.

INTRODUCCIÓN

En la niñez, el niño o niña va descubriendo y explorando diversas generalidades y particularidades de sí mismo/a, de los/as otros/as y del mundo, transitando por un sinfín de experiencias que pueden ser significadas de distintas maneras (Haeussler et al., 2018; Sepúlveda, 2021); así, se desprende que cada vivencia recae en la historia de la persona, crea realidades únicas y recuerdos distintivos que permanecen. Por lo anterior, resulta esencial que niños y niñas reciban la atención y cuidados necesarios con el propósito de fomentar un desarrollo armonioso que contemple su bienestar, con ello, que se respeten sus derechos y se les brinde un espacio en el que puedan hacer florecer sus potencialidades (Maturana, 1983, en Barudy, 1998); sin embargo, es menester transmitir que este escenario tan deseado y promulgado es posible que difiera de lo observado a través del tiempo.

Históricamente, se ha observado que niños y niñas han tenido poca participación en temáticas que, en suma, definen su forma de vivir, además de estar supeditados/as a la dependencia que se genera con sus figuras cuidadoras (Ariés, 1987; Baquero y Narodowski, 1994), por las particularidades y necesidades propias de su desarrollo (Sepúlveda, 2021). Asimismo, en variadas ocasiones se ha visualizado la niñez desde una cultura adultocentrista, y muchas veces se le ha posicionado como un grupo social valorado por lo que serán en un futuro, pudiendo dejar de lado lo que ya son en el presente (Manuel Vicente, 2017). En este silencio visto en retrospectiva histórica, se han ocultado agresiones y maltratos graves que han pasado a llevar sus derechos humanos (Ariés, 1987; Baquero y Narodowski, 1994; Manuel Vicente, 2017); es más, mientras más retrocedemos en el tiempo, se sugiere una mayor cantidad de prácticas de crianza que hoy son consideradas maltrato e incluso adquirieron el carácter de ser delictivas (abandono, castigo físico, agresión sexual, entre otros) (Manuel Vicente, 2017).

En la actualidad, según los datos informados desde el Centro de Estudios y Análisis del Delito [CEAD] (2022) durante el primer semestre, se registraron un total de 4.921 casos de denuncias de abuso sexual y otros delitos, de los cuales, más de la mitad de las denuncias corresponden a niños/as menores de 18 años. De esta manera, se visualiza cómo, a pesar de que todo/a niño/a tiene derecho a vivir una vida sin violencia, en la que respeten su indemnidad sexual sujeta a su desarrollo y sus derechos intrínsecos (UNICEF, 2012), estos se ven enfrentados a un escenario complejo en el que imperan prácticas de esta índole. En lo anterior, se vislumbra cómo el tema de la victimización sexual de niños, niñas y adolescentes posee alta visibilidad en el plano nacional e internacional; esto por su importante prevalencia, relevancia social y clínica (UNICEF, 2012; van Toledo y Seymour, 2013).

La agresión sexual contra niños/as se conceptualiza como una forma grave de maltrato infantil; siendo una problemática social de gran impacto, puesto que se reconoce una importante vulneración de los derechos identificados en la Constitución Política y en los tratados relacionados a los Derechos del Niño/a (Ministerio de Salud [MINSAL] y UNICEF, 2011). Al respecto, es importante señalar que las develaciones y denuncias de índole sexual han ascendido de manera gradual dentro de las últimas décadas en Chile, hecho que se correlaciona con el establecimiento de la reforma procesal penal y, con ello, un cambio

estructural legislativo; atendiendo a esta posición acerca de la trayectoria de denuncias entre los años 2000 al 2010 se notificaron un total de 112.109 casos por algún tipo de delito sexual, de ahí que el 57% de dichas denuncias corresponden a víctimas infantiles (MINSAL y UNICEF, 2011).

En Chile, la segunda Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales publicada en el año 2013, mostró que el 75.1% de la población infanto juvenil encuestada, dijo haber sido víctima de algún tipo de violencia al menos una vez en su vida por uno/a de sus cuidadores/as (Ministerio del Interior y Seguridad Pública, 2013). En ello, el fenómeno de las agresiones sexuales posee una prevalencia significativa, exponiendo que el 8,7% de los niños, niñas y adolescentes indicó haber pasado por una experiencia abusiva (UNICEF, 2012).

Algunos porcentajes más recientes de las estadísticas del primer trimestre del 2021, entregadas por la Policía de Investigaciones de Chile [PDI] (2021), coinciden en que el abuso sexual contra menores de 14 años se constituye como el tipo de agresión sexual más frecuente, con 589 denuncias el año 2020 y 691 en el periodo del 2021, situación que expresa un alza significativa de 108 casos más, en comparación con el año anterior. Un aspecto fundamental a considerar en lo anterior es el contexto de pandemia de COVID-19, que ha sugerido una mayor exacerbación del riesgo en la población infanto juvenil, particularmente en la afectación de la indemnidad sexual, incluyendo las agresiones por medios digitales (UNICEF y Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2020). Estos comportamientos estadísticos se pueden deber al compartimiento de espacios comunes que se dan entre la víctima y el agresor, ya que los espacios en los que suceden las vivencias abusivas pueden ser diversos (MINSAL et al., 2016); empero, la mayoría de los actos abusivos son cometidos por personas cercanas al niño/a (familiares o conocidos/as) (Maffioletti y Huerta, 2011).

Respecto a las diferencias en las tasas de denuncias según el sexo de la víctima, se evidencia que existe heterogeneidad en las denuncias realizadas por hombres y mujeres, puesto que las cifras femeninas registran un 85% de denuncias sexuales (CEAD, 2021). En relación con los porcentajes descritos, se ha reflexionado y concluido que estas denuncias se ven intermediadas por prejuicios y estereotipos de género sociales, que pueden presentarse en distintos entornos, desde las familias de las víctimas hasta las instancias encargadas de la detección de la victimización sexual (ACHNU PRODENEI-SENAME, 2007, en MINSAL y UNICEF, 2011). De esta forma, se presentan elementos que dificultan la realización de una develación, generando una tardanza en esta misma, o no comunicando la victimización sexual hasta la edad adulta (Gutiérrez et al., 2016). De allí que, a partir de los delitos sexuales no denunciados en los canales institucionales definidos, se va configurando la denominada cifra negra (Maffioletti y Huerta, 2011); dentro de este marco, los hallazgos denotan un 70 al 80% de delitos sexuales en cifra negra, algo similar ocurre en la población infantil puesto que 1 de cada 25 casos de abuso sexual es silenciado y ocultado (Observatorio de la Niñez y Adolescencia [ONA], 2017).

Así, considerando la prevalencia de este fenómeno, su relevancia social y clínica, y la magnitud de la problemática, resulta esencial conocer las características y elementos que se le asocian (Pinto-Cortés y Guerra, 2019). Es por esto que en Chile se han implementado diversas estrategias para enfrentar las demandas en salud mental respecto a la violencia sexual infanto juvenil; buscando primero la prevención, la promoción y, finalmente cuando se ven enfrentados al delito, se enfocan en el tratamiento, deseando apoyar a través del trabajo asociado con la víctima y su familia (MINSAL, 2017). En tanto, en este escenario la psicoterapia toma un rol elemental, ya que es una herramienta importante a la hora de lograr cambios psicológicos que se posicionen como significativos (Lambert y Bergin, 1994).

Referente a lo mencionado previamente, a lo largo de los años, se han ido visualizando ciertos factores comunes en las intervenciones psicológicas que tomarían un rol importante en su efectividad, en todos los escenarios terapéuticos: como la empatía, la calidez del psicólogo/a y la estructura de la situación terapéutica; elementos que trascienden técnicas y teorías específicas (Lambert y Bergin, 1994). Incluso, algunos estudios orientados en la eficacia del tratamiento, muestran que los factores comunes corresponderían al 85% del cambio dado en el proceso terapéutico, mientras que a las técnicas específicas utilizadas en cada línea de trabajo se le ha adjudicado un 15% de los resultados del tratamiento (Asay y Lambert, 1999).

La terapia psicológica infanto juvenil es fundamental para que los/as niños/as alcancen una mejor expresión, conexión y regulación de sus emociones, desarrollen una identidad sana e integrada, instauren vínculos interpersonales apropiados y se incorporen de manera placentera en el mundo; en suma, la psicoterapia brinda un espacio de sanación que incluso puede llegar a facilitar cambios a nivel estructural en el cerebro del paciente (Haeussler et al., 2018). En definitiva, en los últimos 40 años, se han efectuado una gran cantidad de investigaciones que entregan evidencia científica clara que respalda la efectividad de la psicoterapia en diversos entornos, ratificando que hay mayores resultados positivos en personas que fueron tratadas en comparación a quienes no recibieron atención psicológica, esto durante el mismo periodo de tiempo; consagrándose como una intervención eficiente, eficaz y segura en la mayor parte de las problemáticas posibles, teniendo beneficios de gran alcance y que han sido duraderos en el tiempo (Lambert, 2015).

De este modo, la psicoterapia se muestra como un proceso que brinda respuestas y apoyo en procesos ligados a variadas temáticas, la agresión sexual infantil y sus consecuencias es una de ellas; en estos casos, se desprende que es primordial que se realice un tratamiento psicológico especializado, que esté orientado a la resignificación y superación de estas experiencias (Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales [CAVAS], 2011; Servicio Nacional de Menores [SENAME], 2015). Sin embargo, antes que se inicien las intervenciones en terapia, es necesario que se cree un vínculo inicial entre el/la terapeuta y el/la paciente; Bordin (1979), manifiesta que cuando la atención se dirige hacia los rincones más protegidos de la experiencia interna de la persona, se necesitan y desarrollan vínculos más profundos de confianza.

De este modo, ha sido admisible concluir que la variable más significativa que distingue a aquellos/as terapeutas que alcanzan buenos resultados de los que no, sería su capacidad de desarrollar una buena alianza terapéutica con las personas que se encuentran en el rol de pacientes (Romero et al., 2000, en Medina, 2017). La alianza terapéutica refiere a la relación entre el/la terapeuta y el/la niño/a, y su relevancia se encuentra por sobre las técnicas en los cambios generados a lo largo de un tratamiento psicológico (Karver et al., 2006); es más, de acuerdo a lo reportado por cuidadores/padres que han vivenciado un proceso de terapia junto a sus hijos/as, afirman que la alianza de trabajo fue el elemento más influyente en la psicoterapia, dado que les permitió adquirir la experiencia de ser comprendidos/as y entendidos/as por un otro/a que desea ayudarlos/as y, consecuentemente, ha posibilitado realizar cambios significativos en el proceso psicológico emprendido (Kenny et al., 2017).

En los estudios que se han realizado en torno a la alianza, ésta ha sido señalada como un factor de cambio genérico en la psicoterapia; además, la literatura arroja datos que denotan la consistencia de este fenómeno, indicando que la relación terapéutica y, por consiguiente, la alianza terapéutica, explican en gran medida los resultados del tratamiento (Fernández et al., 2016). Sin embargo, las investigaciones centradas en esta área y su conexión con los resultados en la terapia, se han desarrollado principalmente en población adulta, siendo pocas las que exploran el componente en niños/as y adolescentes, y menos aún en población infanto juvenil víctimas de agresión sexual (Águila et al., 2017), destacándose así la trascendencia de explorar la temática en este grupo en particular.

Al respecto, Gómez et al. (2021), indagaron en las narrativas de niños, niñas y adolescentes que han vivenciado una agresión sexual y que, debido a esto, han experimentado un proceso de psicoterapia orientado a la resignificación y superación de dicha vivencia; dentro de sus resultados se constata que visualizan el tratamiento como un elemento que favorece el objetivo de superación de dicha experiencia, mientras que la alianza con el/la psicóloga/a es vista como un vínculo que igualmente favorece enormemente al proceso. Esta alianza está presente desde el comienzo de la terapia (Botella, 2008, en Medina, 2017), y, en ella, pueden influir diversas variables tanto del terapeuta como del consultante (Safran y Segal, 1994); siendo esencial prestar atención a los factores que interactúan y, posiblemente, influyen en el establecimiento y desarrollo de una alianza terapéutica fuerte o débil.

Referente a esto, algunos informes sugieren que las víctimas de agresión sexual infantil son principalmente niñas, y se concentran en el rango de edad que oscila entre los 5 y los 9 años (Martínez, 2000, en UNICEF, 2012); constatando la relevancia de realizar un estudio que contemple estas edades. Así también, al dimensionar los efectos psicológicos de las agresiones de carácter sexual hacia la población infanto juvenil, es sustancial entender que no todas las personas responden de la misma manera ante el mismo evento (Núñez, 2010); de esta forma, se mostraría sintomatología variada al ingresar a terapia a raíz de un hecho abusivo, siendo un factor a considerar, pues también se exponen investigaciones que han sostenido la idea de que la alianza de trabajo tiende a ser de menor calidad entre los/as niños/as que tienen mayor sintomatología en la línea externalizante, en comparación a aquellos/as que presentan más síntomas internalizantes (Shirk y Karver, 2003).

Adicionalmente, se ha estudiado que el establecimiento de la alianza entre el/la niño/a y su terapeuta evoluciona de forma más lenta que con adultos/as (Karver, 2003), y que para muchos/as niños/as más pequeños/as le es difícil comprender aspectos claves del fenómeno (Shirk et al., 2011). Además, en la construcción de este vínculo, los años de experiencia del terapeuta son de gran interés, habiendo escasa investigación al respecto (Shirk y Karver, 2003); empero, los estudios existentes muestran diferencias entre aquellas alianzas formadas con psicólogos/as con mayor experiencia, en contraste a aquellos/as con menos experiencia (Accurso y Garland, 2015; Shirk y Karver, 2003; Wintersteen y Mesinger, 2005).

Considerando lo revisado previamente, la presente investigación se centrará en la alianza terapéutica en el tratamiento psicológico por agresión sexual infantil, y en las variables que podrían incidir en su desarrollo inicial; examinando esta población en específico y en alto nivel de vulneración, dado que existe poca literatura en la temática. Se concentrará en factores de ambos actores involucrados (paciente-terapeuta); por parte del paciente destaca la edad, sexo y sintomatología del niño/a, y por parte del psicólogo/a, la edad, el sexo y años de experiencia. Lo anterior se debe a que muchas de ellas han sido variables renombradas en la temática, no obstante, no han sido estudiadas a cabalidad (Accurso y Garland, 2015; Campbell y Simmonds, 2011; Zorzella et al., 2015), siendo importante llevar a cabo investigaciones en la realidad nacional, que permitan mejorar las prácticas de intervención en esta materia, no olvidando las variables que podrían favorecer o dificultar la alianza terapéutica inicial en casos de agresión sexual infantil. Esto podría ser un insumo para la práctica clínica y para los/as terapeutas que trabajan en el área, posibilitando que vayan pensando y desarrollando estrategias de mayor utilidad en ciertos casos, facilitando que se dé un proceso de cambio, ya que es en esta fase que se sientan las bases para el trabajo posterior (Horvath, 1993).

En este caso, se tomará la perspectiva y reporte de los/as psicoterapeutas en cuanto a la alianza inicial con niños y niñas de 4 a 9 años de edad que iniciaron en un tratamiento psicológico en Programas de Protección Especializada en Maltrato Grave y Abuso Sexual (PRM). En este escenario de trabajo, surge la interrogante ¿De qué manera se relaciona la alianza terapéutica inicial con las variables clínicas y demográficas del niño/a y su terapeuta? Para responderla, primero resulta esencial ahondar en los antecedentes teóricos y empíricos de los diversos conceptos que se le asocian, para tener un mejor entendimiento del fenómeno de estudio.

ANTECEDENTES TEÓRICOS Y EMPÍRICOS

I. Agresión Sexual Infantil

1. Comprensión de la Agresión Sexual Infantil desde el Marco Jurídico

El fenómeno de la agresión sexual es considerado una forma de violencia sexual (CAVAS, 2011). Desde el marco jurídico chileno, se expone que las agresiones sexuales son constitutivas de delito (Núñez, 2010), entendiéndose como delito sexual todo acto que transgrede la integridad, libertad e indemnidad sexual de un otro/a (Fiscalía Nacional, s.f.); siendo una de las peores formas de violencia, debido a que “se desconoce la dignidad y el respeto a la calidad de sujetos de derechos de las personas” (MINSAL et al., 2016, p. 16).

En este escenario, resulta relevante hacer hincapié en la diferenciación que se realiza conforme a la edad de la víctima; así, los delitos hacia personas cuya edad sea igual o superior a los 14 años se denominan delitos contra la libertad sexual, mientras que en menores de 14 años el bien jurídico protegido es el de indemnidad sexual (CAVAS, 2011), en miras de las características propias del desarrollo psicosexual del niño/a (Capella, 2011); pues se involucra a un niño, niña o adolescente en prácticas sexuales no acordes a su nivel evolutivo, pudiendo generar que se altere su desarrollo esperado, a nivel emocional, cognitivo o social actual o futuro (MINSAL y UNICEF, 2011; MINSAL et al., 2016; Castillo, 2017).

Sumado a lo expuesto previamente, en la población infanto-juvenil, este fenómeno adquiere un carácter particular, debido a que además de ser un delito, la agresión sexual contra niños y niñas se conceptualiza como una forma grave de maltrato infantil; siendo una problemática social de gran impacto, puesto que se reconoce una importante vulneración de los derechos identificados en la Constitución Política y en los tratados relacionados a los Derechos del Niño (MINSAL y UNICEF, 2011). Cuando se vulneran estos derechos, el Estado es la organización que debe tomar responsabilidad en trabajar con el niño/a en torno al daño causado y proteger a la víctima (MINSAL, et al., 2016).

Siguiendo esta línea, en el Código Penal se exponen los delitos contemplados en la jurisprudencia chilena; reconociéndose distintos tipos de delitos sexuales hacia menores de edad, como lo es: la violación, el incesto, el estupro, la sodomía, el abuso sexual, la corrupción de menores o abuso sexual indirecto, la producción de material pornográfico, el favorecimiento de la prostitución infantil, entre otros (Núñez, 2010).

2. Definición de la Agresión Sexual Infantil

Para el entendimiento del fenómeno de las agresiones sexuales, es esencial marcar una diferenciación de las definiciones y uso que éste ha adquirido, desde el marco psicojurídico y desde el marco psicosocial; dado que, aunque en el ámbito psicosocial es común que se refieran a él como abuso sexual, en el contexto psicojurídico el abuso sexual es sólo un tipo de delito sexual tipificado en el código penal (Capella, 2011; CAVAS, 2011; Gómez, 2016). Así, con el objetivo de minimizar las dificultades comprensivas, se alude al concepto de agresiones sexuales, puesto que éste abarca la totalidad de conductas sexuales abusivas y

fomenta un entendimiento más integral; comprendiendo que, pese a que cada delito sexual implica conductas sexuales distintas, también poseen elementos comunes (Capella, 2011; CAVAS, 2011; Núñez, 2010).

Por ello, la exploración y entendimiento del fenómeno de las agresiones sexuales será abordado desde un ámbito que amplía la premisa legal, y presta atención a las particularidades de cada caso; a las diferentes interconexiones, los tipos de agresiones, las variables contextuales y relacionales de la dinámica abusiva, entre otros (Núñez, 2010). Se visualiza que en el sistema judicial es esencial probar la existencia del maltrato, para así determinar la gravedad de las consecuencias que se le asocian; sin embargo, esto se dificulta debido a que algunos tipos de agresiones tienen un carácter invisible (Barudy, 1998), siendo fundamental ir más allá del acto en sí y prestar atención a las variabilidades que posee la experiencia abusiva, teniendo presente su relevancia y las vulneraciones que ha de significar en el desarrollo biopsicosocial del niño/a.

De esta manera, entenderemos la agresión sexual infantil como una acción abusiva y transgresora inapropiada que es de exclusiva responsabilidad del adulto/a -no existiendo contacto sexual apropiado entre un adulto/a y un niño/a-, y que reúne la totalidad de gestos o actos violentos por los que éste obtiene algún tipo de gratificación sexual (Barudy, 1998); Estas agresiones pueden darse por 1) contacto físico con o sin penetración: desde caricias hasta penetración vaginal, anal u oral o 2) sin contacto físico: como masturbación, provocaciones y exposición a pornografía (MINSAL y UNICEF, 2011).

Como se mencionó previamente, así como cada agresión tiene sus particularidades, también es posible rescatar elementos comunes, tales como: 1) el carácter relacional del fenómeno (un agresor y un agredido/a; es decir, existe un comportamiento sexual abusivo que transgrede a un otro/a víctima), 2) la relación asimétrica entre las partes, 3) la búsqueda de gratificación sexual por parte del agresor, 4) la naturaleza sexualmente abusiva para la edad y el desarrollo psicosexual del niño/a, 5) el contacto sexual no deseado por la víctima, y 6) la incapacidad del niño/a de entregar un consentimiento válido e informado del acto abusivo (CAVAS, 2011), debido a que independiente de si el/la agredido/a fue engañado/a o entiende la naturaleza sexual del acto, posee inmadurez evolutiva (Núñez, 2010).

Echeberúa y Corral (2006), igualmente desarrollan la definición del fenómeno de agresión sexual, mencionando que ésta refiere a cualquier conducta sexual que es mantenida entre un adulto/a y un menor de edad. López et al. (1995), agregan que es posible sintetizar la tipificación del fenómeno en dos conceptos centrales, que se identifican como *criterios estructurales fundamentales y suficientes para considerar la presencia de agresión sexual infantil*, estos son **la asimetría entre los actores y la coerción explícita o implícita por parte del agresor** (en Cantón y de Cortés, 2000). La asimetría da cuenta de la diferencia de edad e imposibilidad del niño/a de decidir libremente y de forma consentida, por las distinciones a nivel maduracional (Barudy, 1998); en tanto que la coerción explícita hace referencia al uso de la fuerza física o amenazas, y la coerción implícita puede entenderse como el uso de la seducción, la presión y el engaño (CAVAS, 2011).

También, es menester recalcar que se ha establecido una diferencia de cinco años de edad entre agresor y víctima para poder considerar un acto sexual como una agresión sexual (Brown y Finkelhor, 1986; CAVAS, 2011), dado que el abuso sexual también puede ser cometido por una persona menor de 18 años y que es significativamente mayor que el niño/a que resulta ser la víctima o encontrarse en una posición de control o poder sobre el otro/a (National Center of Child Abuse and Neglect [NCCAN], 1978, en SENAME, s.f., p. 5).

En miras de la presente revisión, resulta esencial observar que la caracterización en torno a una agresión va más allá de las particularidades propias del contacto sexual cometido, siendo central el elemento relacional entre la víctima y el agresor (Núñez, 2010), debido a que “los autores de abusos sexuales son, en más de un 80% de los casos, adultos conocidos por el niño y muchas veces miembros de su familia” (Barudy, 1998, p. 169).

3. Tipos de Agresión Sexual Infantil

Se identifican y describen dos grandes categorías según el *elemento relacional de la agresión*: Intrafamiliar y Extrafamiliar; estos fenómenos precisan dinámicas clínicas muy diferentes que van a necesitar intervenciones particulares (Barudy, 1998).

En cuanto a la *Agresión Sexual Intrafamiliar*, el abuso es ejercido por un miembro de la familia de la víctima, pudiendo ser el padre biológico o padrastro, madre biológica o madrastra, hermano o hermana, tío o tía, abuelo o abuela, primo o prima, entre otros; considerándose no sólo vínculos consanguíneos, ya que se hace referencia al acceso y a las características particulares de dicha agresión, pues el agresor utiliza y manipula el poder que le da el vínculo familiar (CAVAS, 2011). Este tipo de agresión generalmente se asocia con secuelas psicológicas profundas en el niño/a o adolescente, dado que se instauran estas dinámicas psicológicas y relacionales que vulneran las necesidades y derechos del infante, pudiendo causar que sienta confusión y una culpabilidad importante en torno a su participación en el acto abusivo (Núñez, 2010). Generalmente se van traspasando sucesivamente los límites y la agresión pasa a ser reiterada en el tiempo; así también, se impone una dinámica de secreto que, consecuentemente, en la mayoría de los casos provoca que la develación se dé de forma tardía (CAVAS, 2011; Maffioletti y Huerta, 2011).

Con respecto a la *Agresión Sexual Extrafamiliar*, en ella el agresor no pertenece al medio familiar del niño/a o adolescente; puede ser una persona totalmente desconocida o un conocido/a perteneciente a su entorno relacional (Barudy, 1998; CAVAS, 2011):

En lo que refiere a la agresión sexual extrafamiliar por un desconocido/a, la víctima no posee un contacto directo con el abusador, dándose generalmente un contacto único y más violento, en el que el agresor disfruta del sufrimiento del niño/a, utilizando la fuerza y el terror (CAVAS, 2011); sienta relevante mencionar que este tipo de agresión afecta mayormente a la población adolescente (Barudy, 1998).

En cambio, en la agresión sexual extrafamiliar por un conocido, la víctima es agredida por una persona perteneciente a su círculo social, siendo conocido por el niño/a o adolescente y su entorno familiar; en este caso, la agresión se basa en la cercanía física, social o por el

ejercicio del rol de poder que tiene el agresor (ya sean cuidadores, profesores, etcétera), el que le permite utilizar la relación de confianza con la víctima y su familia (CAVAS, 2011). Aquí muchas veces utilizan el cariño, la mentira, la persuasión, la amenaza o la presión psicológica para acercarse al infante (Barudy, 1998), lo que instala una dinámica de secreto en la victimización infantil en la que el agresor va envolviendo al niño/a en una relación que le presenta como protectora, afectiva y gratificante; esta dinámica relacional genera confusión en la víctima, pues la vivencia de sentirse amado se entremezcla con la agresión sexual, dificultando que pueda vivenciar la situación como víctima, surgiendo sentimientos de culpabilidad y vergüenza (CAVAS, 2011).

Por otro lado, en cuanto a la *frecuencia de los actos abusivos*, se han categorizado distintas formas de agresión sexual infantil, siendo posible señalar tres: El *Episodio único* hace referencia a las agresiones que suceden en una única instancia (Barudy, 1998). El *Episodio repetido* corresponde a las agresiones en las que los actos abusivos se dan de forma repetida por un período de tiempo, que pueden ser semanas o meses (Capella, 2011). Y, finalmente, en el *Episodio crónico* las agresiones también se extienden por un período de tiempo, sin embargo, el acto abusivo suele ser de meses o años; la dinámica abusiva se encuentra instalada en la cotidianidad, y llega a formar parte de la relación entre el agresor y la víctima (Capella, 2011).

Atendiendo a estas posiciones, es relevante ahondar en las consecuencias que puede tener este fenómeno en las diversas esferas de la vida del niño o niña.

4. Consecuencias de la Agresión Sexual Infantil

4.1. Caracterización y consideraciones generales

Una experiencia de agresión sexual atenta contra la integridad de los niños/as, dando lugar a una vulneración de sus derechos, pudiendo ocasionar efectos nocivos en diversas áreas de su vida actual e impactar en su adecuado desarrollo (Aguilera et al., 2018).

Algunos estudios han observado que niños/as que han sufrido agresión sexual tienen mayor probabilidad de ser diagnosticados/as con depresión o espectro suicidal, que aquellos/as que no han tenido precedentes abusivos (Álvarez, 2019). A pesar de que existe una tendencia a desarrollar algún tipo de sintomatología, se comprenden múltiples y variados factores que pueden estar involucrados en la elaboración de la experiencia de índole sexual, de modo que no hay una forma exclusiva de significar la experiencia, sino que se presentan síntomas heterogéneos (Cantón y Cortés, 2015). A la inversa, algunas víctimas son asintomáticas (Pereda Beltran, 2010); en esta línea, algunas manifestaciones pueden tener su desarrollo en la adultez, configurándose efectos latentes (Pereda Beltran, 2010).

Estas diversas características sintomatológicas en el ajuste de las víctimas han de estar relacionadas con tres momentos claves ante una agresión sexual infantil. La primera refiere a factores de riesgo/predisponentes previos al evento abusivo, que suelen ser individuales y familiares (Echeburúa y Corral, 2006). Dentro de los individuales se sitúa la edad, la etapa evolutiva, la discapacidad intelectual o neurodiversidad, el género, el aislamiento social y la

estabilidad psicológica; mientras que, en la esfera familiar el riesgo se sitúa en el apego inseguro, la falta de estructura familiar contenedora, antecedentes de violencia transgeneracional y la violencia intrafamiliar (Álvarez, 2019). Luego, se encuentran las variables propias de la agresión sexual infantil; como cercanía del agresor, el tipo de agresión, su duración, su frecuencia, y la violencia ejercida (Echeburúa y Corral, 2006). Finalmente, se posicionan los factores posteriores a la agresión sexual, que se vinculan con la develación, la credibilidad, la intervención, y el abordaje del entorno familiar y sociojurídico, siendo puntos críticos para el desarrollo de signos y síntomas en el niño/a (Aguilera et al., 2018).

En relación al último punto, cabe mencionar que el entorno que rodea al niño/a pudiese influir como facilitador o barrera a la hora de develar; la develación es un proceso dinámico que no sólo implica romper el silencio de la víctima, sino que también contiene un desarrollo previo y posterior a la confesión (Gutiérrez y Lefèvre, 2019), existiendo dos posturas de develación. La primera refiere al hecho de denunciar ante la ley la experiencia de agresión sexual infantil (Lívano et al., 2021); y la segunda, entiende la develación como la acción y el proceso de comunicar lo sucedido a otra persona, a su vez, la situación abusiva puede ser descubierta por un adulto/a del entorno cercano (cuidadores/as, familiares) u otras figuras indirectas (psicólogos/as, profesores/as u otros) (Capella, 2010).

En ella, aparecen una serie de factores que se asocian al miedo, la culpa, la vergüenza, la incertidumbre de la respuesta del entorno familiar, y los estigmas culturales, que pueden conllevar a una barrera en la develación o retracción de la confesión (Lívano et al., 2021), siendo fundamental ir más allá del fenómeno sintomatológico y dar espacio a la elaboración del acto abusivo desde la subjetividad de la víctima (Capella, 2011; Capella y Gutiérrez, 2014). En virtud de esto último, es decir, de la subjetividad y elaboración de los hechos, es que por muy disruptiva que haya sido la vivencia de agresión sexual infantil, sólo se tornará traumática si el niño/a la internaliza cognitivamente como una ruptura, disociación y deestructuración en su línea vital (Capella, 2011; Capella y Gutiérrez, 2014); de manera que el proceso de significación psicológica de la agresión sexual infantil estará mediado por factores amortiguadores y protectores (Aguilera et al., 2018; Echeburúa y Corral, 2006).

4.2. Configuración traumática desde la perspectiva Piagetiana

Desde las bases epistemológicas de Piaget, se pretende abordar los principales conceptos que favorecen la comprensión de la configuración traumática. En términos generales, los procesos de asimilación, acomodación y equilibrio nos permiten conocer el mundo a través de estructuras que se van organizando, en la medida que integramos esquemas generados en la interacción con el medio (Piaget, 1998); por tanto, su meta central es la construcción de significados que posibiliten configurar una identidad narrativa integrada y desarrollarse plenamente (Sepulveda, 2020). En este orden, debe proporcionarse el equilibrio, entendido como un sistema encargado de alcanzar la compensación y conservación periódica tras el movimiento de las perturbaciones externas (Piaget, 1998).

La asimilación ocurre cuando se integran estímulos externos novedosos a los esquemas ya existentes en la persona, y la acomodación es la reorganización y modificación

de los esquemas previos, en función de la nueva información que se recibe del ambiente (Piaget, 1998). Para que se establezca una adaptación, se requiere de un equilibrio entre asimilación y acomodación (Piaget, 1998); porque si bien las perturbaciones y desequilibrios son necesarios para el desarrollo y la adquisición de aprendizajes, estos deben regularse y adaptarse por el bienestar de la persona (Sepulveda, 2020). Ahora bien ¿Qué sucede cuando no se logra una adaptación adecuada? Esto acontece en el momento en que se establece un desequilibrio permanente; ante esto, el estímulo o experiencia de vida intensa no puede ser asimilada, es decir, se dificulta la integración a sus esquemas (Capella, 2011). En torno a esto, el sujeto realiza elevados esfuerzos para adaptarse a la situación disociativa, desestructuradora y abrupta, a modo de sobrevivencia (Capella, 2011; Capella y Gutiérrez, 2014).

Por consiguiente, este proceso que se produce a partir de una vivencia traumática puede tener un impacto en el proceso de elaboración de una narrativa personal y del mundo que sea coherente, y que presente una continuidad entre pasado, presente y futuro. Por ende, se verá reflejado en el desarrollo de la identidad personal donde la visión de sí misma, del mundo y del futuro puede ser negativa y desfavorable, lo que tiene implicancia en el bienestar y desarrollo del niño/a (Capella y Gutiérrez, 2014).

4.3. Dinámicas Traumatogénicas asociadas a las Agresiones Sexuales

Vinculado al concepto de trauma se hace necesario observar las cuatro dinámicas traumatogénicas propuestas por Finkelhor y Browne (1985), que dan cuenta del ajuste psicológico y cognitivo que se genera posterior a la experiencia de agresión sexual infantil.

La primera dinámica es la sexualización traumática; el/la niño/a agredido/a sexualmente desarrolla esquemas sexuales inapropiados para su etapa evolutiva, demostrando interés o aversión a conductas asociadas al ámbito de la sexualidad, relacionado con el despertar sexual distorsionado a raíz de la actividad sexual abusiva. A su vez, puede mostrar comportamientos como masturbación, tocaciones hacia otras personas, lenguaje sexualizado, juegos sexual compulsivo, entre otras conductas ligadas a la esfera sexual.

La segunda dinámica es la estigmatización, que da cuenta de las percepciones negativas asociadas a las víctimas de agresión sexual infantil, estas connotaciones son traspasadas a los/as niños/as en forma de etiquetas que indican culpa, vergüenza o aislamiento. Esta estigmatización puede ser reforzada y legitimada por actitudes y lenguaje desfavorable por parte de la familia nuclear, extensa o por la comunidad cercana.

En tercer lugar, se posiciona la dinámica de la traición, que emerge del quiebre del vínculo con la figura significativa de confianza (en casos donde el agresor es conocido). Esta dinámica, puede movilizar a la búsqueda intensiva de recuperar la necesidad de confianza y seguridad de una figura protectora o, al contrario, al rechazo y resistencia a las figuras familiares (por sentimiento de no protección o no credibilidad) y otras relaciones interpersonales, mostrando hostilidad, ira, aislamiento, etcétera.

La cuarta dinámica es la pérdida de control (indefensión), que se relaciona con los repetidos intentos del niño/a por mantener la calma y controlar el sufrimiento interno; estos

deseos de control ponen en cuestionamiento el sentido de eficacia y competencias al afrontar dificultades del entorno, cuando estos intentos son frustrados, y la corporalidad y límites psicológicos de la víctima son constantemente invadidos por el agresor.

En síntesis, estas dinámicas descritas por Finkelhor y Browne (1985) conforman el fenómeno de la agresión sexual infantil como un trauma singular, es decir, los cuatro soportes están interrelacionados y van a comprender las consecuencias y desestructuración del evento traumático abusivo; pudiendo configurar un tipo de trauma que altera distintas áreas del desarrollo, como lo son los aspectos cognitivos, sociales, emocionales, morales, sexuales, identitarios, de autoconcepto y otros signos y síntomas del niño/a (Pool, 2006).

4.4. Consecuencias a Corto Plazo y a Largo Plazo

4.4.1. Consecuencias a Corto Plazo

Para detallar las consecuencias de la experiencia abusiva a corto plazo, es menester considerar que la forma de presentación de los síntomas es muy variada, y las diversas manifestaciones en la esfera física, conductual, psicológica, social, sexual, se interrelacionan entre sí (Echeburúa y Corral, 2006).

a) *Consecuencias físicas*: Es posible que no existan hallazgos físicos del acto abusivo; sin embargo, cuando hay contacto físico, pueden visualizarse signos como restos de esperma, dermatopatías, lesiones o infecciones en la zona genital/anal, traumatismos, estreñimientos, embarazos, entre otras señales inmediatas de consecuencias físicas observables (Pereda Beltran, 2009). A estos elementos nocivos, se le suma la posibilidad de presentar alteraciones en el sueño, cambios en los hábitos de comidas, encopresis y enuresis (Echeburúa y Corral, 2006).

b) *Consecuencias conductuales*: El comportamiento de los/as niños/as puede denotar señales de alerta o efectos en casos de agresión sexual infantil; como cambios bruscos en la conducta, hiperactividad repentina (se registra más en la infancia), cambios en el rendimiento escolar (generalmente en descenso), impulsividad y agresividad. Por otra parte, en la cognición, destaca la posibilidad de presentar afectación en la capacidad de concentración, atención y motivación (Echeburúa y Corral, 2006).

c) *Consecuencias psicoemocionales y de la personalidad*: Un señalizador valioso es el lenguaje y expresión del niño/a, dado que por este medio se puede acceder a sus relatos, narrativas y elaboraciones mentales, psicológicas y emocionales (Cruz et al., 2021). Los/as niños/as pueden desarrollar sentimientos de culpa, vergüenza, miedo generalizado (Echeburúa y Corral, 2006), síntomas depresivos y/o ansiosos, baja autoestima, desconfianza, autorechazo corporal, trastorno de estrés postraumático, entre otros (Pereda Beltran, 2009).

d) *Consecuencias sexuales*: Están relacionadas a la dinámica de sexualidad traumática; entre algunas consecuencias sexuales se sitúa el conocimiento precoz sexual, la masturbación compulsiva, la excesiva curiosidad sexual, conductas exhibicionistas y problemas de identidad sexual (Echeburúa y Corral, 2006).

e) *Consecuencias sociales*: Se puede presentar aislamiento social, abuso a otros/as niños/as, desconfianza generalizada, conductas antisociales, dificultad en el establecimiento de relaciones interpersonales, disminución de habilidades e interacciones sociales, retraimiento social y bajos niveles de participación en actividades comunitarias (Blades Pacheco, 2021).

Llevándolo a la realidad nacional, una reciente investigación en Chile informa que un 60% del total de los casos de agresión sexual infantil ingresados a PRM, demostró presencia de síntomas antes de ingresar al proceso terapéutico (Bravo, 2022). Dentro de este marco, se indica una alta variabilidad sintomatológica, existiendo víctimas con bajo, moderado y elevado nivel de síntomas, dado que la reacción al hecho abusivo es una construcción unipersonal, en donde se interrelacionan múltiples variables (Guerra y Farkas, 2015). De esta manera, destaca la demanda de dar respuesta a esta vulneración de derechos y por ende sus consecuencias, requiriendo de un trabajo integral con las víctimas y sus familias, respetando la individualidad de quien tuvo la experiencia abusiva (Capella y Gutiérrez, 2014).

4.4.2. Consecuencias a Largo Plazo

Para efectos de este estudio, es preciso considerar, de manera general, que existen consecuencias a largo plazo, y que el tratamiento e intervención que se realice en los síntomas a corto plazo, será fundamental para sus posibles manifestaciones futuras. A menudo, se hace referencia a las consecuencias a largo plazo cuando dichas manifestaciones inician a los dos años posteriores a la experiencia de agresión sexual (Browne y Finkelhor, 1986). No obstante, su forma de presentarse y temporalidad son más indeterminadas (Browne y Finkelhor, 1986).

Cabe especificar que, vivenciar un hecho de connotación sexual en la infancia o adolescencia es un elemento potencial de riesgo para el desarrollo de patologías, complicaciones de salud y dolor intrapsíquico en la adultez (Pereda Beltran, 2009). Estas manifestaciones y psicopatologías pueden llegar a remitir en el transcurso del ciclo vital; sin embargo, no en todos los casos es posible, ya que los signos y síntomas pueden verse disminuidos o en su mayoría agravados, principalmente en aquellos casos que no se realizó un tratamiento temprano (Cantón-Cortés y Cortés, 2015). Por otra parte, en algunas víctimas de agresión sexual infantil se distinguen los efectos durmientes, que se describen como aquellos casos de agresión sexual infantil que no muestran secuelas iniciales importantes, no obstante, si se manifiestan con el pasar del tiempo (Ferguson et al., 2008).

4.5. Consideraciones evolutivas

Primeramente, es necesario señalar que, el desarrollo de niños/as y adolescentes se debe observar desde una amplia perspectiva, por consiguiente es fundamental considerar factores socioculturales, biológicos y psicológicos (Álvarez, 2019). En relación con esto, el nivel evolutivo, las experiencias y el entorno que los rodea cobra relevancia, puesto que, ayuda a conocer los cambios, variabilidades y movimientos que van teniendo los niños, niñas y adolescentes a lo largo del ciclo del desarrollo. Estos movimientos, facilitan la comprensión del mundo, al ir generando construcciones de este (internas y externas) a partir de las particularidades propias de cada nivel evolutivo, que van a ser acogidas en las narrativas personales e identitarias (Capella y Gutierrez, 2014).

Dicho esto, el nivel evolutivo será uno de los factores que incide en la presentación de sintomatología en víctimas de agresión sexual infantil, de manera que, según lo estudiado por distintos autores, los/as preescolares, escolares y adolescentes tendrán una tendencia a manifestar la experiencia de índole sexual con una tipología divergente (Aguilera et al., 2018). En ese marco, es importante señalar que existen actitudes, comportamientos y pensamientos que son esperables para la etapa en la que se encuentre el niño/a o adolescente; mientras existen otras expresiones que serían señales de alerta ante un posible riesgo, no siendo explicables desde su desarrollo (Blades Pacheco, 2021).

Atendiendo a esta posición, en los/as preescolares se ha registrado sintomatología ansiosa, somatizaciones, encopresis, enuresis, retrocesos del desarrollo, conductas sexualizadas, miedos nocturnos e hipervigilancia; pudiendo desarrollar trastorno de estrés postraumático, que contiene síntomas y signos como pensamientos intrusivos diurnos, flashbacks, pesadillas, juegos sexualizados, entre otros, percibiendo desregulaciones desde el plano más emocional Pereda Beltran, 2009; Cantón-Cortés y Cortés, 2015). Adicionalmente, algunos/as han presentado desrealizaciones y alucinaciones auditivas, al igual que miedo, rechazo o rabia hacia alguna figura conocida/desconocida (Cruz et al., 2021).

En cuanto a los indicadores de agresión sexual en población infantil, en niños/as que transitan por la etapa escolar se ha visualizado que mucha de la sintomatología presente en preescolares se mantiene; sin embargo, también aparecen problemáticas nuevas, entre ellas se denota una tendencia a desarrollar sintomatología en la línea externalizante, como agresiones y problemas de conducta, conductas sexualizadas e inapropiadas para su edad, hiperactividad, impulsividad y somatización (dolores de cabeza, estomacales o malestares generales) (Cantón-Cortés y Cortés, 2015; CAVAS, 2011). Otras manifestaciones observables son el bajo rendimiento escolar, las dificultades en el área social, la baja autoestima e incluso la enuresis puede permanecer como un signo (Trickett et al., 2001; Cantón-Cortés y Cortés, 2015); mientras que, los malestares intrapsíquicos se han descrito con un elevado nivel de culpa y vergüenza ante el hecho sucedido en niños y niñas escolares (Echeburúa y de Corral, 2006).

Por otro lado, los/as adolescentes expresan síntomas y signos similares a los de la etapa escolar, no obstante, presentan mayores alteraciones de la línea internalizante, como conflictos emocionales, baja autoestima, síntomas ansiosos-depresivos o presencia de trastorno de estrés postraumático (Cantón-Cortés y Cortés, 2015). La sintomatología externalizante se ve agravada; pudiendo existir ideaciones y comportamientos suicidas, consumo de alcohol y/o drogas, conductas sexuales tempranas y de riesgo, participación en actividades delictivas y/o presencia de trastornos (Cantón-Cortés y Cortés, 2015).

En complemento, en casos de agresión sexual infantil, los hallazgos señalan que los niños tienen mayor probabilidad de tener conflictos escolares, dificultades en la socialización y conductas sexuales impulsivas; mientras que las niñas suelen desarrollar manifestaciones ansiosas-depresivas (Echeburúa y de Corral, 2006).

5. Intervención en Agresión Sexual Infantil en Chile

En Chile, la principal institución gubernamental encargada de dar una respuesta restitutiva de derechos a víctimas de maltrato infantil es el servicio de “Mejor Niñez”, ex Servicio Nacional de Menores [SENAME] (SENAME, 2019a). En este contexto, financia Programas de Reparación en Maltrato Grave (PRM), los que en los lineamientos de SENAME considera 4 fases de intervención especializada (SENAME, 2015a). En primer lugar, se efectúa la fase de ingreso y protección, donde se analizan los antecedentes de maltrato y se adoptan medidas de interrupción de la vulneración; la segunda fase da paso al diseño de un plan de intervención, para comprender los objetivos y lineamientos a proceder en el tratamiento; en tercer lugar, se ejecuta la propuesta de intervención, situando como meta la resignificación de la experiencia de maltrato y/o agresión sexual, como también realizar acciones de incremento de los recursos familiares y sociales; por último, cuando se logra la autonomía del niño/a y la promoción de un entorno protector que permita el bienestar actual y desarrollo integral en su ciclo vital, se realiza el egreso y seguimiento del tratamiento (SENAME, 2015a; SENAME, 2019a).

Los PRM cuentan con una cobertura total de más de 100 proyectos a nivel nacional (SENAME, 2015a), de los cuales su principal ejecutor son los Organismos privados sin fines de lucro (SENAME, 2019b). En concordancia con lo anterior, la oferta programática de los PRM se implementa en las 16 regiones del país, desde Arica y Parinacota hasta la región de Magallanes y Antártica Chilena (SENAME, 2019b). Así también, es relevante mencionar que en las intervenciones realizadas por este programa, se considera la complejidad y multicausalidad del fenómeno, optando por abordajes integrativos de tratamientos psicosociales complementados con aproximaciones multidisciplinarias (SENAME, 2015a). En esta misma línea, se plantea el involucramiento parental como un componente clave para la efectividad de los tratamientos, es más, Mejor Niñez (2022), integra a las familias en el plan de atención psicosocial durante la permanencia en el programa, aumentando los factores protectores para el cuidado, la cautela y el bienestar del niño/a o adolescente.

Siguiendo lo anterior, es menester explicitar que las intervenciones desde este programa son realizadas principalmente por duplas psicosociales. El apoyo social está primordialmente orientado al trabajo con la familia o figuras cuidadoras; mientras que en el apoyo psicológico se da una mayor cercanía al niño/a o adolescente, brindando psicoterapia especializada en la temática (SENAME, 2015a). Ésta cumple la función de resignificar focalizadamente aquellas construcciones que el niño/a o adolescente había elaborado a partir de la experiencia abusiva (SENAME, 2015a). Por consiguiente, se espera que la psicoterapia que se caracteriza por su dinamismo, lleve a cabo un proceso de cambio, proporcionando una perspectiva más adaptativa y satisfactoria a nivel personal y relacional, por medio de la reconceptualización de la experiencia de agresión sexual (Capella et al., 2018).

En suma, es fundamental comprender que el cambio en el tratamiento centrado en estas experiencias es gradual y progresivo, y se desarrolla en diferentes etapas: Una fase inicial de vinculación con el espacio de terapia, una etapa intermedia de resignificación de su

experiencia abusiva, y una fase final de consolidación de los cambios (Águila et al., 2016). En ello, un hilo conductor importante a lo largo del proceso es la relación terapéutica, en específico, la alianza terapéutica entre psicólogo/a y paciente, siendo fundamental ahondar en estos conceptos, dado que poseen gran incidencia en los tratamientos (Asay y Lambert, 1999; Malhotra y Chauhan, 2020).

II. Alianza Terapéutica

1. Psicoterapia y Alianza Terapéutica

1.1. Psicoterapia

Para comenzar, es fundamental aludir a qué se entiende por psicoterapia, para así profundizar en el concepto de alianza terapéutica, comprendiendo el contexto en el que se sitúa. En términos generales, la psicoterapia es vista como una colaboración que se da entre un profesional clínico capacitado y un paciente, cuyo objetivo es proporcionar alivio de los síntomas que aquejan al consultante y prevenir futuras recaídas, acompañar en el autoconocimiento y sanación, apoyar en cambios deseados, entre otros motivos; desarrollando en él/ella herramientas y conocimientos que puedan continuar utilizando luego de finalizar el proceso psicoterapéutico (Lambert, 2015).

Más específicamente, es preciso también hacer referencia a la psicoterapia con niños/as y adolescentes, donde el lugar de terapia se posiciona como un espacio interpersonal de sanación; en él, eventualmente, el/la niño/a podrá observar, atender, expresar, aceptar y aliviar sus heridas presentes o pasadas, sin tensiones (Haeussler et al., 2018). Por tanto, es fundamental que los/as profesionales dispongan de recursos terapéuticos que se hayan originado en la práctica clínica para su labor con los/as niños/as y jóvenes, como juegos, creaciones, aprendizajes, relajación, dibujos, narrativas, entre otros (Haeussler et al., 2018).

Al visualizar lo mencionado anteriormente, es posible denotar la importancia de la relación entre el/la paciente y el/la terapeuta, la que ha sido reconocida desde la antigüedad (Horvath, 2018). En ello, es esencial considerar que las características y atributos ideales del terapeuta y la naturaleza de la conexión entre la persona que brinda y recibe apoyo varía dependiendo de la cultura; sin embargo, en la sociedad occidental, se les da gran valía y reconocimiento a características como el respeto por el/la paciente y una actitud templada y benigna hacia los síntomas que éste experimente (Horvath, 2018).

Abiertamente, siguiendo el hilo de la psicoterapia, es relevante exponer que ésta tiene numerosos y diversos enfoques; encontrando por ejemplo, orientaciones humanistas, cognitivas, conductuales, psicodinámicas y combinaciones que se encuentran basadas en la teoría (Lambert, 2015). Sin embargo, independiente de la orientación teórica y práctica, toda psicoterapia posee mucho arte, no bastan sólo los estudios y el vasto conocimiento diversas en investigaciones, sino que es importante saber cómo acercarse al paciente y cómo ir construyendo en conjunto una relación terapéutica que llegue a facilitar el cambio (Haeussler et al., 2018).

En el proceso psicoterapéutico existen diversos factores que inciden en su resultado, pudiendo denominarlos *factores específicos e inespecíficos*; los primeros hacen referencia a los aspectos técnicos y prácticos de una orientación de trabajo particular, mientras que los segundos son aquellos aspectos similares encontrados en los diferentes enfoques teóricos, por lo que también se denominan **factores comunes** (Opazo, 2017). Los cambios acontecidos a lo largo del proceso de terapia parecen relacionarse más con los factores inespecíficos, que con los específicos (Lambert, 2015), por lo que es primordial centrarse en ellos; además de que estos establecen guías generales de la psicoterapia, en las que se encuentran la alianza terapéutica, la estructura del espacio terapéutico, el rol del terapeuta, la manera en la que interactúan los actores involucrados, y la forma en la que se instauran y se transmiten los planteamientos que surgen en los tratamientos (Krause et al., 2006).

En función a lo expuesto previamente, un factor inespecífico importante en la psicoterapia es la relación terapéutica; en términos de Gelso (2014), la relación terapéutica apunta a los sentimientos y actitudes que paciente y terapeuta experimentan el uno al otro y las formas en que los expresan, ya sea de manera verbal o no verbal. Ésta se muestra como facilitadora del cambio, y no involucra marco teórico específico ni se asocia con ningún tratamiento o técnica particular; simplemente la relación entre el/la terapeuta y el/la paciente pasa a ser un componente esencial (Malhotra y Chauhan, 2020).

Por otro lado, cabe mencionar que la relación terapéutica se basa en promover sentimientos de seguridad e impulsar en la mente de las personas un funcionamiento adaptativo ante sus experiencias y su entorno (Malhotra y Chauhan, 2020). Asimismo, se refleja que esta relación se conecta con el apego o vínculo temprano que se da en la niñez, dado que contribuye a que se desarrolle la capacidad de formar vínculos emocionales estrechos con su cuidador primario y relaciones satisfactorias con otros/as en su vida posterior. De esta forma, estaría actuando como un elemento común crucial para lograr resultados positivos en los tratamientos (Wampold, 2001, en Lambert, 2015).

1.2. Alianza Terapéutica

Dentro del amplio concepto de relación terapéutica, la alianza terapéutica se sostiene como el factor común más estudiado en el campo de la psicoterapia (Altimir et al., 2017; Wampold, 2015); dado que a pesar de que tiene orígenes psicoanalíticos (Rossetti y Botella, 2017), ha trascendido a las diversas formas de hacer psicoterapia y llevar a cabo un proceso terapéutico (Kazdin et al., 2006; Krause et al., 2006), siendo primordial ahondar en su influencia en los diversos procesos.

La alianza terapéutica es parte importante de la relación y el espacio de apoyo que se sostiene a lo largo de la terapia, y está presente desde el primer momento, desde la primera interacción entre las partes (Neimeyer y Mahoney, 1998; Botella, 2008; en Medina, 2017). Se visualiza como un potente factor de cambio, pues es reconocida como uno de los elementos comunes que permite pronósticos más sólidos del resultado de la terapia, por lo que todo elemento asociado a ella resulta muy significativo (Asay y Lambert, 1999; Karver et al., 2006; Krause et al., 2006; Lambert y Bergin, 1994; Santibañez et al., 2008).

En líneas generales, la alianza terapéutica alude a una fusión de esfuerzos o intereses entre psicoterapeuta y paciente, un acuerdo formal en torno al cumplimiento de un propósito específico (Malhotra y Chauhan, 2020). Ésta es el resultado de una relación de ayuda de carácter positivo y estable, en ella se acentúa la colaboración entre ambos actores para encauzar el camino de la psicoterapia hacia los cambios y el crecimiento deseado; es decir, trabajan juntos para un objetivo común (Bordin, 1979; Corbella y Botella, 2003; Fossa, 2012; Malhotra y Chauhan, 2020).

De esta forma, ha sido posible establecer una valiosa correlación entre desarrollar una alianza fuerte y obtener desenlaces positivos en la psicoterapia (Rossetti y Botella, 2017). En ese marco, diversos autores exponen que el establecer una alianza fuerte puede estar estrechamente relacionado con variados elementos como las expectativas del tratamiento y las características propias tanto del paciente como de su terapeuta (Muran y Barber, 2010; en Medina 2017), además de las historias personales de ambos actores involucrados (Horvath, 1993). Así, desde el/la psicólogo/a se podrían considerar factores como la empatía, la presencia (Holmes, 2015), la entrega genuina para acoger y atender las necesidades y demandas del consultante (Núñez, 2021; Wampold, 2015), su edad y sexo (Accurso y Garland, 2015; Campbell y Simmonds, 2011) y sus años de experiencia (Wampold, 2015); mientras que, desde el/la paciente, algunos factores influyentes a considerar podrían ser la edad, el sexo, la sintomatología, entre otros (Accurso y Garland, 2015; Campbell & Simmonds, 2011).

Adicionalmente, se ha advertido que la capacidad de desarrollar una alianza sólida indica la adherencia del paciente al tratamiento, del mismo modo que sugiere que éste se encontraría trabajando en conjunto con su psicoterapeuta; esto apunta a que en el/la consultante estarían germinando sentimientos de confianza en que el tratamiento psicológico le será eficaz y satisfactorio (Wampold, 2015). Por otro lado, se ha visualizado que en procesos interpersonales negativos, esto es, cuando las interacciones entre paciente y terapeuta son hostiles y complejas, se han desencadenado resultados psicoterapéuticos pobres (Safran y Muran, 2005).

A pesar de que se puedan encontrar diferencias en las definiciones que se realizan en torno a la alianza terapéutica en las distintas orientaciones teóricas, Bordin (1979) la identifica y conceptualiza como un constructo que está compuesto por **tres dimensiones interrelacionadas**:

- a) El consenso entre el/la paciente y el/la terapeuta en torno a **las metas** u objetivos del proceso psicoterapéutico del que son parte.
- b) El acuerdo entre los participantes, en lo que respecta a **las tareas** que se deben realizar para lograr dichas metas, ya sean implícitas (pensamientos) o explícitas (acciones).
- c) **El vínculo afectivo** entre los actores involucrados; este comprende aspectos como la confianza y la aceptación mutua, además de la empatía y la confidencialidad.

Estos tres elementos son claves para el desarrollo de una buena alianza entre el/la paciente y el/la terapeuta (Corbella y Botella, 2003). En ello se realiza un alcance en que, a pesar de que puedan haber diferencias en las definiciones que se dan en torno a la alianza

terapéutica dentro de cada modelo de trabajo, las anteriores serían tres características comunes presentes en los diversos enfoques (Bordin, 1979; Kazdin et al., 2006; Martin et al., 2000).

De las dimensiones previamente mencionadas, el vínculo terapéutico es el que más se destaca (Gómez et al., 2021; Rossetti y Botella, 2017), dado que proporciona al consultante una base segura en circunstancias de necesidad, y posibilita que el/la paciente explore con mayor firmeza; así, es percibido como un impulsor al proceso psicoterapéutico, y su asentamiento promueve a ocuparse con mayor solidez del trabajo que se realiza en el espacio de terapia (Shirk et al., 2011; Smith et al., 2010).

Ahora bien, para forjar una buena alianza terapéutica, Meissner (1992, 2007, en Malhotra y Chauhan, 2020) organiza y da a conocer una serie de componentes y cualidades que se consideran esenciales para su desarrollo y, que a su vez, facilitan el proceso de psicoterapia; estos son los que se exponen a continuación:

- a) El/la terapeuta que manifiesta integridad y confiabilidad suscita confianza en el/la consultante, ayudando a que él/ella mismo/a también la desarrolle. Además, debe ser amigable, comprensivo/a, mostrarse interesado/a en conocer las problemáticas del paciente, ser coherente en su comportamiento, honesto/a y cumplir los compromisos acordados.
- b) Un terapeuta capaz y hábil es un buen oyente, acepta al consultante tal como es, es claro/a en el trato hacia él/ella y no reacciona desde el enjuiciamiento y las críticas; pues, si hiciera esto último, dificultaría el desarrollo de una buena relación entre ambos/as.
- c) El/la terapeuta debe ser empático/a y ponerse en el lugar del otro/a, existiendo reciprocidad afectiva, con el objetivo de que germine un vínculo más profundo.
- d) El/la paciente es considerado un ser humano único y valioso por el/la terapeuta, demostrando respeto hacia él/ella y una consideración positiva de su persona, no olvidando que se debe tomar atención a los gestos y acciones verbales y no verbales.
- e) La experiencia también toma un rol esencial, dado que se dice que es importante que el/la terapeuta sea considerado un experto en la relación de ayuda.
- f) Debe existir un compromiso de ambas partes; el/la terapeuta se compromete a ayudar al/la consultante, y el/la consultante asiste y permanece en el tratamiento. Asimismo, la iniciativa de los/as actores es fundamental, buscar ayuda y esforzarse para resolver y colaborar con lo que le aqueja, actuando desde la autonomía o aspirando al desarrollo de ella en el proceso de trabajo.
- g) Por último, las consideraciones éticas son fundamentales, en ellas se expone que el proceso terapéutico debe ser abierto y honesto, no existiendo engaños de por medio. Así también, el/la profesional debe cumplir los códigos éticos, y la confidencialidad por parte del terapeuta debe ser firme y consistente; mostrando además la capacidad de establecer neutralidad y adecuación en las interacciones.

Siguiendo lo desplegado previamente, es interesante dar cuenta que la alianza terapéutica actúa como facilitadora de cambios en la medida enfrenta los factores que

sustentan la problemática por la que se asiste a terapia; y, siguiendo las indicaciones del tratamiento, las cogniciones erróneas que sustentan el problema van perdiendo fuerza, lo que favorece el surgimiento de nuevas cogniciones y conductas en el/la consultante (Fernandez et al., 2016). De esta manera, se postula que ésta facilita una experiencia emocional correctiva, especialmente vinculada a las reparaciones que pueden darse en las eventuales rupturas y conflictos que surgen en la relación entre terapeuta y paciente, en tanto esto implica que el/la consultante vaya aprendiendo que es posible tolerar esas situaciones, llevándolo/a a desarrollar habilidades para hacer frente a aquello, además de seguridad y asertividad al momento de expresar lo que desea (Christian et al., 2012). Conforme a lo anterior, se desprende que la alianza terapéutica es vista como un mecanismo curativo por sí mismo, siendo la base indispensable en todo tratamiento, dado que al resolver conflictos en la alianza, el/la paciente va integrando repertorios relacionales más sanos (Christian et al., 2012; Martin et al., 2000).

Por lo demás, es relevante referir que la alianza, además de ser un punto inicial de trabajo, es vista como fluctuante y dinámica dentro de la relación terapéutica (Neimeyer y Mahoney, 1998; Botella, 2008, en Medina, 2017), debido a que en ella incide continuamente la percepción y los significados que tiene el/la consultante en lo que respecta a los actos e intervenciones de su terapeuta; de esta forma, todo lo que realice el/la psicoterapeuta tendrá repercusiones en la alianza (Safran y Segal, 1994). Por estas fluctuaciones, diversos autores afirman que la alianza terapéutica no puede ser medida y contemplada sólo una ocasión en el transcurso de la terapia, sino que proponen ir observando su evolución a lo largo de la relación terapéutica y del proceso de trabajo (Safran y Muran, 2005). En ese marco, se identifican dos momentos importantes en el proceso (Horvath y Luborsky, 1993):

- a) **Primer momento:** Definida como “*desarrollo inicial de la alianza*” (Horvath y Luborsky, 1993), o también denominado “*alianza terapéutica inicial*”. Corresponde al desarrollo inicial de la alianza, tiene lugar en las primeras cinco sesiones; y, probablemente, alcanza su punto máximo durante la tercera sesión (Horvath, 1981, en Horvath, 1993). En esta fase surgen acuerdos sobre la terapia, deben establecerse niveles satisfactorios de colaboración, confianza, y cercanía; dado que el/la paciente necesita unirse al psicólogo/a como participante activo/a del viaje terapéutico, estar de acuerdo con lo que se desea lograr, y desarrollar fe y esperanza en el abordaje que se le da al proceso de psicoterapia, para así ir forjando seguridad y adherencia al espacio de terapia (Horvath, 1993).
- b) **Segundo momento:** Se considera la “*parte crítica de la terapia*”, dado que el/la terapeuta comienza a desafiar los antiguos patrones del consultante, pudiendo vivenciar las intervenciones más potentes y activas del terapeuta como una reducción de la simpatía y el apoyo hacia él/ella (Horvath y Luborsky, 1993).

En este plano, comprendiendo esta parte crítica de la terapia, es fundamental pensar la fase inicial como un momento clave para la culminación exitosa del proceso (Hill, 2005; Howard et al., 1993). Horvath y Luborsky (1993), encontraron evidencia que respalda la existencia de este primer momento, planteando que el fracaso en el desarrollo de la alianza inicial puede tener un impacto perjudicial y puede llegar a interrumpir el tratamiento. Así

también, Botella y Corbella (2003, en Fossa, 2012), exponen que la evaluación del vínculo en la fase inicial del proceso psicoterapéutico, es mejor predictor del resultado final que la evaluación de este mismo en la fase intermedia o final del tratamiento.

2. Alianza Terapéutica en psicoterapia con niños y niñas

Las investigaciones de la alianza terapéutica desarrollada en psicoterapia están mayormente orientadas al tratamiento con adultos/as, siendo relativamente pocos los estudios que han dirigido su atención a la comprensión de este fenómeno en los procesos terapéuticos de niños, niñas y adolescentes (Shirk y Karver, 2003; Zorzella et al., 2017); es más, los análisis centrados en esta población, se han interesado en la relación terapéutica en general, por sobre la especificidad de los avances de la alianza terapéutica (McLeod, 2011). A lo largo del tiempo, los estudios que han observado la alianza terapéutica en este grupo etario, han concluido que ésta es reconocida como un componente esencial para alcanzar el éxito terapéutico (Karver et al., 2018; Núñez y Gómez, 2019; Shirk et al., 2011); sin embargo, aún no es un elemento entendido con claridad y plenitud (Núñez y Gómez, 2019).

En términos generales, en investigaciones y en la práctica clínica, se ha visibilizado que la formación de alianza con niños, niñas y adolescentes resulta más compleja si se compara con lo que sucede con adultos/as (Fernández et al., 2016), pues hay que considerar características que son propias de la psicoterapia infanto juvenil:

- a) El aspecto vincular de la alianza trasciende la relación paciente-terapeuta, dado que este último debe establecer múltiples alianzas, porque en la psicoterapia con niños y niñas es muy común la participación de padres, cuidadores principales u otros familiares (Fernández et al., 2016; Shirk y Karver, 2003; Shirk et al., 2011).
- b) La mayoría de los/as pacientes de esta población no consulta de forma espontánea, sino que son llevados/as por un tercero (Karver et al., 2006). Así, el/la terapeuta debe tomar atención a múltiples perspectivas y desarrollar un proceso de trabajo que sea acorde a ello (Accurso y Garland, 2015; Karver et al., 2018; Karver et al., 2006; Shirk et al., 2011); siendo fundamental la participación de todas las partes, en especial de quien refiere al niño/a a psicoterapia, para no interrumpir prematuramente el tratamiento (Malhotra y Chauhan, 2020).
- c) Estos procesos de trabajo y, por consiguiente, las alianzas terapéuticas, deben ser observadas a lo largo de toda la terapia (Shirk et al., 2011).

Ahora bien, considerando los factores mencionados previamente, se denotan mayores dificultades en la alianza terapéutica infanto juvenil, en contraste con la alianza en adultos/as; ya que se le suman elementos que son relevantes tanto para el establecimiento y desarrollo del fenómeno. En la psicoterapia con niños y niñas es trascendental considerar lo significativo y provechoso de “preparar” a un niño o niña para la terapia, lo que Anna Freud (1946, en Malhotra y Chauhan, 2020) denominó “período preparatorio” para dar el espacio a que el/la paciente tenga tiempo y lugar para construir un vínculo de confianza con el/la psicoterapeuta; que se forme una atmósfera de apoyo y de ayuda para transmitir al niño/a que el/la terapeuta es interesante y útil para lo que le sucede, y que es beneficioso para él/ella y su proceso que

ambos/as se esfuercen y tengan la disposición para contribuir en él (Meissner, 2007). Además, que el/la psicólogo/a construya una alianza cálida, respetuosa y de confianza con los cuidadores principales, provoca que los niños y niñas se sientan cómodos con el/la terapeuta, permitiendo la formación de una fuerte alianza, dado que la primera contribuye en la calidad de la segunda (Mahotra y Chauhan, 2020; Campbell y Simmonds, 2011).

Respecto al momento de medición de la alianza, diversos estudios sobre psicoterapia con población infanto-juvenil, indican que la alianza terapéutica inicial predice los resultados del tratamiento en una amplia gama de situaciones, modelos de trabajo y comunidades clínicas; viendo esta medición temprana como un mejor predictor que la observada en otras fases del proceso (Bickmann et al., 2004; Meier et al., 2005). Más detalladamente, en cuanto a la sesión durante la cual se evalúa la alianza en la fase inicial y la asociación de esta con los logros psicoterapéuticos al finalizar el proceso, se ha informado que el nivel que alcanza la alianza terapéutica en la tercera sesión resulta ser el predictor más fuerte de los resultados en la psicoterapia con adolescentes (Karver et al., 2008), existiendo una mejora en la percepción de esta desde la sesión uno a la tres, tanto de parte del paciente como del psicólogo/a (Fernández et al., 2016). En tal sentido, se ha descubierto que trabajar desde el compromiso y unión es fundamental para lograr una alianza positiva, mientras que empujar al niño/a a hablar, predice una alianza negativa y pobre (Creed y Kendall, 2005).

Así también, es interesante tomar atención a estudios con jóvenes, dado que se muestran diferencias con la alianza terapéutica desarrollada con adultos/as, siendo precedentes a considerar en la alianza terapéutica inicial con niños/as, al existir menor cantidad de estudios en la temática. En tanto, se ha visualizado que comprometerse en el tratamiento puede ser difícil para los/as jóvenes, es más, muchos/as de ellos/as a veces abandonan sus procesos durante las sesiones iniciales (Kazdin, 1990), siendo fundamental comprender que para la mayoría de ellos/as asistir a psicoterapia es una experiencia nueva, y la primera reunión a solas con el/la terapeuta puede instaurar los cimientos para el proceso terapéutico posterior; en adolescentes, dialogar y explorar su estado interno puede ser crucial para ayudarlos/as a involucrarse en la relación con el/la psicólogo/a y en las intervenciones que se deseen realizar (Ovenstad et al., 2020). Así, se ha mostrado que la segunda y tercera sesión de terapia marcan precedentes, correlacionándose positivamente con los resultados finales, mientras que en la primera sesión esto no sucede; lo anterior se le atribuye a la existencia de una etapa de exploración cautelosa durante la cual el/la adolescente no percibe con claridad qué puede lograr con el tratamiento (metas), qué debe hacer para alcanzarlo (tareas), y si ese espacio es un lugar confiable y seguro para él/ella (vínculo) (Fernández et al., 2016). Esto puede ser un aspecto diferencial de la alianza terapéutica entre adolescentes y adultos/as, dado que con estos últimos se ha encontrado una correlación mayor entre la alianza terapéutica en la primera sesión y los resultados de la terapia (Santibáñez et al., 2009, en Fernández et al., 2016); es aquí donde radicaría la relevancia del trabajo activo y participativo durante las sesiones iniciales (Fernández et al., 2016).

Tomando la perspectiva de los/as psicólogos/as, Campbell y Simmonds (2011, en Núñez, 2021), realizaron una investigación en torno a la alianza terapéutica con niños, niñas y adolescentes; los resultados indican que dentro de los componentes de este fenómeno, el

elemento más subrayado e importante es el de vínculo terapéutico (68%), seguido por la concordancia en los objetivos terapéuticos (25%) y, finalmente, las tareas terapéuticas (19%). Estos hallazgos se condicen con la importancia de que los/as pacientes participen, y se consiga su cooperación y cumplimiento en las diversas intervenciones realizadas a lo largo del tratamiento; para ello, la autenticidad, la aceptación y la empatía desde el/la psicoterapeuta hacia la perspectiva del niño/a es esencial, pues transmiten a éste que como psicólogo/a él/ella entiende su punto de vista y es digno/a de tener su confianza (Malhotra y Chauhan, 2020), creándose una atmósfera y sintonía emocional que le permita ir avanzando poco a poco (Haeussler et al., 2018).

De esta manera, se constatan consideraciones y diferencias en torno a la alianza terapéutica en niños/as en comparación a la de adultos/as, debido a que en su medición generalmente se ha ocupado como base al modelo conceptual presentado por Bordin (1979), y en este se han identificado ciertas barreras e imprecisiones para ser extrapolado al trabajo con este grupo etario. Los/as niños/as y adolescentes rara vez acuden por sí solos a una atención terapéutica (Elvins y Green, 2008; Halfon, 2021); en esta línea, generalmente son los/as cuidadores/as principales o el colegio quienes creen que el tratamiento es pertinente y necesario, por lo que se consideran estas problemáticas presentadas por un tercero como guía inicial para los objetivos terapéuticos (Núñez, 2021). Lo anterior propicia que la colaboración en la alianza terapéutica se presente de forma diferente, dado que es posible que los/as niños/as comiencen el proceso sin tener consciencia de un problema, posean metas divergentes, no conciban la necesidad de un tratamiento, o directamente no tengan objetivos propios (Accurso y Garland, 2015; Karver et al., 2018; Shirk et al., 2011); todo esto puede concluir en que sean menos colaborativos/as en una instancia que no fue buscada por ellos/as (Shirk y Karver, 2011), existiendo factores que podrían incidir o no en el desarrollo de la alianza terapéutica y, en general, en los procesos de trabajo realizados en psicoterapia.

2.1. Factores que podrían incidir en la alianza terapéutica con niños y niñas

2.1.1. Variables del niño/a que asiste a psicoterapia

El desarrollo de la alianza terapéutica con población infanto juvenil se percibe como desafiante (Karver et al., 2006; Núñez, 2021), y se torna complejo descubrir maneras apropiadas y sensibles a su desarrollo para fomentar su disposición y confianza ante la relación y el espacio de terapia (Friedberg y McClure, 2003, en Zorzella et al., 2017).

La niñez es un periodo de vida intenso en el que la persona se encuentra en constante desarrollo, el que se caracteriza por incesantes experiencias de crecimiento y cambio (Núñez, 2021). Todo esto influye en la naturaleza de las problemáticas que manifiestan los/as niños/as que asisten a terapia, pues sus capacidades cognitivas y su desarrollo emocional traen consecuencias en la manera en la que se conectan con el/la psicólogo/a y el tratamiento (Baylis et al., 2011; Zorzella et al., 2017); en tanto, estas limitaciones no permitirían que la población infanto juvenil encauce de forma fácil y natural los elementos descritos por Bordin (1979) respecto a la alianza terapéutica (Shirk et al., 2011); dado que la concepción general de

alianza de trabajo puede exceder el desarrollo de este grupo etario (Shirk et al., 2011). De esta manera, en niños/as más pequeños/as, se observa una menor comprensión de la necesidad de tratamiento, incluso puede que simplemente no entiendan qué es la terapia (Green, 2006), generalmente no son conscientes de la problemática que los lleva a iniciar una intervención psicológica ni son los responsables de buscar apoyo de este tipo, lo que también puede interferir en su disposición y motivación con el proceso y el establecimiento de una alianza terapéutica fuerte (Karver et al., 2006; Núñez, 2021; Zorzella et al., 2017). Esto mientras que en niños/as mayores es posible que se dé un desacuerdo con sus cuidadores/padres en la naturaleza de sus problemas y en la necesidad de recibir psicoterapia (Green, 2006; Núñez, 2021); además, pueden no estar seguros de qué esperar de ésta y, con ello, resistirse a cumplir con el tratamiento (Kingery et al., 2006, en Zorzella et al., 2017).

Así también, se ha reportado que la visión y alianza de los niños/as más pequeños/as dependen, en gran medida, de la visión de sus cuidadores principales sobre la alianza con el/la psicólogo/a; por ejemplo, si estos establecen una relación desconfiada con el/la terapeuta, los/as niños/as pueden percibir estas señales y podría provocar que se tiña el vínculo con su psicoterapeuta (Campbell y Simmonds, 2011). Además, ocasionalmente, en la fase inicial se ha visualizado un bajo compromiso y una posición más evitativa de parte de los/as niños/as; cuando se logra atravesar este momento, puede florecer un vínculo positivo entre ambas partes y una mayor adhesión y colaboración del paciente a las intervenciones que realiza su psicólogo/a, siendo un punto esencial para el posterior desarrollo de una alianza terapéutica más sólida (Núñez, 2021).

En cuanto a la edad y su relación con la alianza, desde los/as terapeutas (en rangos etarios de 2 a 5 años, 6 a 11 años, y la adolescencia), se reporta una alianza más fuerte en niños/as de 6 a 11 años de edad, además de sentir mayor confianza en lograr desarrollar una alianza terapéutica con niños/as de este grupo etario, en comparación a niños/as más pequeños/as o adolescentes (Campbell y Simmonds, 2011). Así también, en relación a los obstáculos más frecuentes en el establecimiento de la alianza, en niños/as de 2 a 11 años se menciona el apoyo de sus cuidadores/padres, el financiamiento del tratamiento, la asistencia y el transporte; por otro lado, en adolescentes, las barreras más renombradas fueron la baja motivación, la dificultad en la concentración en sus objetivos y en la comprensión de la problemática (Campbell y Simmonds, 2011). En suma, se arrojan resultados que indican que los/as niños/as más pequeños/as pueden presentar más dificultades para comprender aspectos claves de la alianza terapéutica, debido a su desarrollo (Shirk et al., 2011).

Siguiendo esta línea, el acuerdo en tareas sigue siendo un elemento importante, y este se efectúa de forma consciente, por lo que en la terapia con niños/as se han realizado modificaciones en el entendimiento del concepto, y se ha optado por determinar la concordancia en las tareas según el grado de participación de estos/as en las actividades realizadas en el espacio, dejando a un lado el nivel de acuerdo explícito sobre estas tareas (Shirk et al., 2011). De este modo, se ve cómo aquel elemento de la alianza se ha ido distanciando del componente consciente del acuerdo y se ha centrado únicamente en la colaboración del paciente; pues muchas veces los/as niños/as pueden no estar de acuerdo en las tareas si la psicoterapia no tiene sentido para ellos/as, y este impedimento puede traducirse

en una baja participación inicial en el proceso terapéutico (Shirk y Karver, 2011), siendo fundamental mirar este fenómeno desde un lente más comprensivo con las particularidades del desarrollo del niño/a.

Adicionalmente, se han sugerido hallazgos sustanciales en torno a la temática, a este respecto se vislumbra que la sintomatología y el sexo del niño/a son variables importantes que inciden en la alianza al inicio del tratamiento. Con respecto a la sintomatología, es menester referir que el/la niño/a puede vivenciar y expresar su problemática de dos formas; la línea internalizante es la expresión del sufrimiento en términos intrapsíquicos (por ejemplo: inhibición y ansiedad, los/as niños/as no muestran cambios en su comportamiento, pero realmente pueden estar atormentados por el miedo y la culpa), mientras que la externalizante da cuenta de cómo los/as niños/as dan a conocer su problema por medio de conductas que irrumpen su realidad (por ejemplo: dificultades conductuales e inconvenientes con respetar las normas de la sociedad) (Wenar, 1994). Igualmente, es fundamental considerar que la forma en la que el/la paciente expresa su problemática puede ser mixta, siendo posible observar a niños/as que presenten ansiedad y, a su vez, conductas agresivas en relación con el ambiente (Sepúlveda, 2020).

Así, en relación a lo expuesto previamente, hay investigaciones que constatan que la alianza temprana fue un predictor de mejoría en los síntomas de internalización en niños/as (Halfon et al., 2019). Además, consultantes con mayores problemas externalizantes informaron más dificultades en la relación terapéutica que aquellos con mayores problemas en la línea internalizante; tanto así, que este punto se ha asociado con niveles más altos de deserción al tratamiento psicológico (García y Weisz, 2002). Lo anterior puede deberse a que los/as niños/as con síntomas externalizantes sean más opositores y que esto produzca que se torne difícil llegar a acuerdos en cuanto a objetivos, tareas y participación en el proceso terapéutico; en comparación a los/as pacientes que muestran sintomatología internalizante, que parecen estar más dispuestos a involucrarse en el vínculo terapéutico (DiGiuseppe et al., 1996; en Zorzella et al., 2015). Para que estos últimos aumenten su sensación de seguridad en el espacio y su voluntad de participar en el contexto, puede ser necesario que los/as psicólogos/as tengan que dedicar más tiempo al establecimiento de una alianza sólida y fuerte (Zorzella et al., 2015). De tal forma, se ha constatado que mayores problemas de internalización (como lo es el trastorno depresivo, el trastorno ansioso y el trastorno de estrés postraumático) antes del tratamiento se traducen en alianzas más fuertes, y los problemas de externalización (como el trastorno opositor desafiante y el trastorno de déficit atencional con hiperactividad) más altos predijeron alianzas más débiles al inicio de la psicoterapia (Halfon et al., 2019); es posible que esto se dé porque, si bien los terapeutas pudieron responder de manera más positiva y directa a los/as niños/as más internalizantes, enfrentarán mayores desafíos al intentar conectar con los/as externalizantes (Shirk y Karver, 2003).

Por otra parte, el sexo y género de los niños y niñas ha surgido como un predictor interesante de estudiar en la alianza entre paciente y terapeuta; si bien en la psicoterapia con adultos/as se observó que no habrían ventajas o desventajas en la alianza temprana y su desarrollo en la relación al sexo de actores involucrados (Behn et al., 2018), puede ser distinto en los/as niños/as. En una investigación realizada con adolescentes, estos/as han informado

que la coincidencia de género entre él/ella y su psicólogo/a le ha ocasionado que sea más fácil desarrollar una alianza positiva; así, las niñas han tendido a generar una alianza terapéutica alta con terapeutas mujeres, mientras que en los niños esto no sucedía, calificando alianzas significativamente más bajas con psicoterapeutas mujeres y más altas con terapeutas hombres, reportándose mayor probabilidad de que abandonen el tratamiento (Wintersteen et al., 2005).

En cuanto a la relación entre el género del niño/a y su diagnóstico, se han arrojado resultados que indican que las mujeres suelen presentar más síntomas en problemáticas emocionales y conducta prosocial, en comparación a los hombres que tienden a tener mayores problemas conductuales, hiperactividad y dificultades en sus relaciones interpersonales (Goodman, 2003; Ortuño et al., 2016); en definitiva, las diversas investigaciones han demostrado que los niños tienden a exhibir más conductas de externalización y que entre las niñas son más comunes los problemas internalizantes (Zhan-Waxler, 1993; en Zorzella et al., 2015), de esta manera, al dar cuenta que para los/as terapeutas puede resultar más fácil desarrollar una alianza de trabajo inicial con niños/as que presentan sintomatología en la línea internalizante (Halfon et al., 2019), se podría esperar que sean las niñas quienes desarrollen mayor alianza terapéutica que en los niños que se ha constatado que tienden a preponderar los síntomas en la línea externalizante.

2.1.2. Variables del terapeuta infanto-juvenil

En relación al terapeuta infanto juvenil, la literatura ha exhibido variables que podrían incidir en la alianza terapéutica inicial entre paciente y psicólogo/a. En cuanto al sexo del terapeuta, se visualiza que las terapeutas mujeres se involucran en la relación terapéutica de una forma que le es más familiar y atractiva a las niñas, en contraposición a los niños; a este respecto, se menciona que las díadas consultante-terapeuta del mismo sexo poseen una visión similar del mundo, lo que contribuye a que se construya una alianza más fuerte (Wintersteen et al., 2005). Al no desarrollarse tantos estudios en población infantil, resulta interesante dar una mirada a lo que sucede con adultos/as. En tanto, con personas adultas se indica que los resultados de tratamientos psicológicos fueron mejores con terapeutas mujeres, debido a que éstas poseen ventaja en el desarrollo y mantenimiento de una alianza terapéutica sólida (Vosciano et al., 2004, en Malhotra y Chauhan, 2020); indagando en ello, también se ha apreciado que los terapeutas hombres tienen un estilo más confrontacional, lo que puede afectar la alianza de trabajo (Copeland, 1997), y las terapeutas mujeres exhiben más empatía y capacidad de evitar confrontaciones, lo que repercute en la cooperación y el compromiso en el tratamiento (Saarnio, 2010, en Malhotra y Chauhan, 2020).

Referente a los años de experiencia, directamente ligados a la edad de los/as psicoterapeutas, por medio de distintas investigaciones se ha percibido que es un factor de gran interés en los procesos de terapia; a pesar de ello, la evidencia empírica en cuanto a la relación entre el nivel de experiencia del psicólogo/a y el establecimiento de la alianza terapéutica, es escasa (Shirk y Karver, 2003), en especial en niños, niñas y adolescentes. En un estudio con adolescentes, se reportaron alianzas más altas con psicólogos/as con menos experiencia; esto mientras que desde la percepción del terapeuta, también resultó algo similar, dado que los psicólogos/as menos experimentados comunicaron alianzas más fuertes que

aquellos más experimentados (Wintersteen et al., 2005). Asimismo, en otro estudio se puso atención a la perspectiva de los/as cuidadores/padres de niños/as que se encontraban en proceso de terapia; mostrándose que estos se inclinan a desarrollar y reportar alianzas de trabajo más fuertes con terapeutas con menos experiencia (Accurso y Garland, 2015). Finalmente, en una investigación reciente realizada por Núñez (2021), se analizó a cabalidad la edad y años de experiencia del terapeuta y su relación con el vínculo establecida en los procesos de psicoterapia, concluyendo que los/as psicólogos/as más jóvenes poseen alto compromiso en su trabajo, y al ser sus primeras experiencias de atención pueden poseer mayor entusiasmo, lo que fue muy valorado por los/as cuidadores/padres y por los/as niños/as. Estos hallazgos podrían deberse en parte al agotamiento del psicólogo/a, de modo que quienes poseen menos experiencia pudieron mostrarse con más energía y ansiosos por construir nuevas alianzas, en contraste a los/as terapeutas más experimentados que ya habían visto a muchos/as pacientes con sus familias a lo largo de su profesión, por lo que era latente el agotamiento que estos podrían experimentar (Accurso y Garland, 2015).

Por otro lado, en un análisis realizado con adolescentes, no se observaron diferencias significativas entre procesos con resultados exitosos y no exitosos en cuanto a los años de experiencia del psicólogo/a tratante (Fernández et al., 2016). En la literatura referente a la temática en adultos/as, se ha expuesto que aunque los/as terapeutas más jóvenes, con menos experiencia y menos calificados pudieron formar un vínculo emocional más profundo con el/la paciente, en tanto los/as terapeutas más calificados y experimentados llevaron a cabo de mejor manera los diversos procedimientos terapéuticos, logrando los objetivos del tratamiento, debido a las herramientas desarrolladas a lo largo de los años (Mallinckrodt y Nelson, 1991, en Malhotra y Chauhan, 2020).

De esta manera, en el rol del terapeuta en el establecimiento de la alianza, se destaca el interés, el ser genuino/a, afectuoso y amable con el/la niño/a y sus cuidadores/a, poseer una actitud lúdica y adaptarse a las necesidades del niño/a que ahora es su paciente; es decir, la flexibilidad se marca como un punto fundamental en el establecimiento de un vínculo y un posterior desarrollo positivo del tratamiento (Núñez, 2021). Siendo así, es esencial que los/as psicoterapeutas infantiles tengan presente que la relación terapéutica y la psicoterapia en general es un contexto que puede ser desafiante para muchos/as niños/as, por lo que para participar de forma activa y plena en el tratamiento, los/as niños/as requieren tomarse su tiempo, que se les entregue información y sean respetados en su proceso (Núñez, 2021).

3. Alianza Terapéutica en psicoterapia por Agresión Sexual Infantil

Así como se han realizado pocos estudios de la alianza terapéutica con población infante juvenil, son aún menos las investigaciones centradas en el rol de este elemento en temáticas como el trauma, maltrato y agresiones sexuales hacia niños/as y adolescentes (Chiu et al., 2009; Kazdin et al., 2005). Para recapitular, en términos generales, la psicoterapia con niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresión sexual tiene como meta dar un nuevo sentido a la vivencia abusiva (Capella, 2011). En ella, desde el primer momento, es posible encontrar a la alianza terapéutica como un factor esencial a desarrollar para vincularse

al espacio de trabajo (Shirk et al., 2011); siendo un aspecto que influye positivamente en los cambios y en la recuperación de la experiencia (Águila et al., 2016).

La etapa inicial en estos tratamientos debe estar enfocada en construir un contexto relacional contenedor, que favorezca las técnicas planteadas por el/la psicólogo/a y fomente la adherencia al proceso (Águila et al., 2016). Para esto, es indispensable desplegar una serie de estrategias, establecidas sobre un ambiente de aceptación, respeto y, por sobre todo, confianza; en tanto que la construcción de una alianza terapéutica es una labor delicada y compleja, pues hay que tener en cuenta las posibles resistencias que manifiestan la mayor parte de los/as niños/as y adolescentes en la fase de ingreso, las que se encuentran en directa relación con las particularidades propias de sus vivencias traumáticas y su manera de procesarlas (Águila et al., 2016).

Referente a estas experiencias abusivas y a las formas de encauzarlas, Schore (2012), menciona que en casos de agresión sexual el trauma relacional pasa a ser un foco de intervención importante en la psicoterapia, siendo relevante que esto se aborde en la alianza terapéutica que se desarrolla desde las primeras instancias de acercamiento; lo anterior se debe a que los/as niños/as que han vivenciado estos hechos, han estado expuestos a situaciones traumáticas en sus vínculos interpersonales, principalmente cuando la experiencia abusiva es ejecutada por algún conocido/a o familiar. Asimismo, frecuentemente se han desilusionado en las relaciones con otros/as adultos/as una vez que han develado lo sucedido, esto a raíz de reacciones como la duda de su credibilidad, la culpa que se les ha cargado, el poco apoyo y contención ofrecido, entre otros (Martínez, 2012).

Así, se desprende que los/as niños/as expuestos a este fenómeno pueden enfrentar desafíos adicionales al conectarse con sus terapeutas (Zorzella et al., 2015), en especial cuando las experiencias abusivas ocurrieron dentro de una relación de cuidado; por ello, a menudo luchan por encontrar seguridad en las relaciones y perciben a los/as demás como no confiables (Cloitre et al., 2002; Eltz et al., 1995), siendo la confianza un aspecto crítico dentro de este fenómeno de trabajo (Álvarez, 2003; Finkelhor y Browne, 1985). En esta línea, se plantea que es posible que la población infanto juvenil que ha vivenciado experiencias de agresión sexual presenten mayores dificultades para entablar un vínculo terapéutico, y su capacidad para resolverlo puede influir en el éxito del tratamiento (Eltz et al., 1995); una historia de trauma puede crear la expectativa de ser lastimado (Wilson y Lindy, 1994), a pesar de esto, aprecian la posibilidad de establecer una relación con una persona que pueda soportar y sostener sus relatos cargados de agresión y dolor (Águila et al., 2016). Esto último se puede ver reflejado en un estudio realizado en Canadá con niños/as de 7 a 12 años de edad, donde se llevó a cabo una terapia centrada en el trauma y se constató el desarrollo de una fuerte alianza de trabajo (Zorzella et al., 2017), pudiendo resultar alentador en torno a la manera de encauzar la psicoterapia con esta población en particular.

Siguiendo esta premisa, en un estudio realizado en Chile (Gómez et al., 2021), con niños/as que han sido atendidos en PRM, se exponen relatos en torno al rol de la confianza en la relación y vínculo terapéutico, siendo altamente significativa y tomando lugar fundamental en la recuperación de la experiencia traumática; en dicha investigación los/as niños animan a

confiar en los/as psicoterapeutas, a contar lo sucedido y a expresar sus emociones. Se visualiza a la confianza como un fenómeno que implicaría una posible ocasión de apertura a su sufrimiento por las vivencias de agresión sexual, posibilitando el abordaje de estas experiencias, siendo visto como una gran ayuda (Gómez et al., 2021).

Por consiguiente, un objetivo principal en la terapia con niños/as y adolescentes que han sido agredidos sexualmente, es aprender a confiar nuevamente, siendo un componente central en la superación de la vivencia (Foster y Hagedorn, 2014; Gómez et al., 2021); debido a que esta oportunidad de sanación y recuperación de la confianza sólo se puede dar desde un ambiente relacional (Martínez, 2012). En esta línea, en un estudio realizado por Águila et al. (2016), con terapeutas que atendían casos de agresión sexual hacia niños/as y adolescentes, se exponen las dificultades iniciales que mostraron los/as pacientes en vincularse, en participar en el espacio terapéutico y comprender que alguien podía ayudarlos, constatando finalmente que el vínculo afectivo con este grupo etario favorece el proceso psicoterapéutico, desde el comienzo del tratamiento.

La segunda fase del proceso de trabajo en terapia es otorgar nuevos significados a los hechos que, principalmente, están ligados a la experiencia abusiva; para lograr alcanzarla, se debe tener una fuerte alianza terapéutica en la etapa inicial, así se facilita el curso de la psicoterapia, además de que posibilita que el/la paciente aborde diversas problemáticas, puesto que se ha desarrollado un espacio seguro en el que se respeta su ritmo, se siente validado, escuchado, contenido y, de ninguna manera, juzgado o amenazado (Águila et al., 2016). En definitiva, si no se logra la vinculación inicial, se obstaculiza el desarrollo de la segunda parte del tratamiento; siendo esencial el cumplimiento de la primera, para encauzar las intervenciones posteriores.

Para el proceso psicoterapéutico, es importante considerar que, además de la pérdida de la confianza, los niños y niñas que han sufrido algún tipo de maltrato, corren riesgo de desarrollar psicopatología (Cicchetti y Toth, 1995), ya que el maltrato infantil parece aumentar la probabilidad de generar más interrupciones en los procesos de desarrollo, lo que puede concluir en una cascada de mala adaptación en múltiples contextos (Masten y Cicchetti, 2010). Algunos informes clínicos sugieren que los/as niños/as que han sido agredidos sexualmente, a menudo presentan una amplia variedad de síntomas, los que pueden incluir sintomatología en la línea internalizante o externalizante (Friedrich, 1995); en un estudio con adolescentes con experiencias de maltrato se encontró que estos reportan índices más altos de sintomatología en comparación con que quienes no han tenido esas vivencias (Mills et al., 2013), por lo que resulta razonable esperar que las dificultades que presenten también puedan interferir con el establecimiento de una alianza terapéutica positiva, especialmente al inicio del tratamiento cuando los síntomas aún no han sido abordados por completo (Zorzella et al., 2015).

Sin embargo, a pesar del obstáculo que puede significar la variable sintomatológica en la alianza de trabajo y, por consiguiente, en el tratamiento; un estudio realizado por Zorzella et al. (2015) con niños/as de 7 a 12 años de edad que pasaron por un programa comunitario de terapia centrada en el Trauma en Canadá, mostró que la alianza temprana fue un predictor de

mejoría en los síntomas internalizantes al finalizar la terapia, y las calificaciones más altas de alianza temprana se asociaron con una mayor mejoría después del tratamiento. En cuanto al tipo de sintomatología y la alianza terapéutica, se informó que los/as niños/as con síntomas en la línea internalizante desarrollaron una fuerte alianza terapéutica inicial, de aquí se hipotetiza que la naturaleza de su sintomatología pudo haber permitido que ellos/as participaran activamente en las tareas realizadas en el espacio terapéutico, y percibieran positivamente el vínculo; esto, a su vez, pudo llevarlos/as al desarrollo de habilidades que le proporcionaron herramientas para hacer frente a sus síntomas (Zorzella et al., 2015). Lo anterior no sucedió con la población infantil con síntomas en la línea externalizante, donde no se observó relación entre las alianzas tempranas y el cambio en los síntomas; pensándolo así, se concluyó que es posible que la relación entre alianza y mejoría en la sintomatología externalizante sea más compleja en los/as niños/as que han experimentado una agresión (Zorzella et al., 2015).

Adicionalmente, así como la sintomatología se ha considerado un importante factor que puede afectar a la alianza a comienzos del tratamiento, también lo ha sido sexo del niño/a; a este respecto, se ha visto cómo las niñas desarrollan una alianza temprana más positiva que los niños (Zorzella et al., 2015). Por otro lado, se ha encontrado un estudio en población infanto-juvenil que han sido víctimas de agresión sexual, en el que no se muestran diferencias significativas en los problemas de internalización y externalización en función del género (Zorzella et al., 2015); esto podría ser consistente con antecedentes que plantean que los/as niños/as de esta población en especial, a menudo pueden padecer todo tipo de síntomas, muy variados y vinculados con la naturaleza del abuso (Friedrich, 1995). Así también, en cuanto al factor del sexo del terapeuta en relación a la alianza terapéutica, se ha visto cómo las niñas tienden a sentirse más seguras cuando son tratadas por una mujer (Fowler y Wagner, 1993).

En definitiva, considerando los precedentes nombrados, se visualiza la relevancia de la alianza terapéutica en el trabajo con niños/as que han sido víctimas de agresión sexual, dando a conocer que gran parte de la valoración que se puede realizar acerca de la terapia se relaciona con las actividades que realizaron paciente y psicólogo/a en conjunto y, por sobre todo, al vínculo que establecieron entre ellos/as (Gómez et al., 2021). La cualidad de esta relación es altamente significativa, dado que se le describe como la que fomenta la recuperación de la vivencia traumática, siendo un espacio en el que sucede un vaciamiento emocional, pero en el que igualmente se puede disfrutar (Gómez et al., 2021).

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS

I. Pregunta de Investigación

En casos de agresión sexual hacia niños/as de 4 a 9 años de edad que inician un proceso de psicoterapia en Programas de reparación de maltrato grave (PRM), ¿De qué manera se relaciona la alianza terapéutica inicial con las variables clínicas y demográficas del niño/a y su terapeuta?

II. Objetivos

• Objetivo General

Analizar la relación entre las variables clínicas y demográficas de niños/as y sus terapeutas, y la alianza terapéutica inicial en psicoterapia en casos de agresión sexual hacia niños/as de 4 a 9 años de edad, atendidos en Programas de reparación de maltrato grave [PRM].

• Objetivos Específicos

1. Describir la sintomatología general y postraumática de los/as niños/as de acuerdo a su edad y su sexo, en el marco de la etapa inicial de psicoterapia por agresión sexual en PRM.
2. Describir la alianza terapéutica de niños/as y sus terapeutas que atienden casos en agresión sexual infantil y se encuentran en la etapa inicial de los procesos de psicoterapia en PRM.
3. Comparar la alianza terapéutica inicial de acuerdo al sexo de los/as niños/as y terapeutas, en el marco de un proceso de psicoterapia por agresión sexual infantil en PRM.
4. Analizar la relación entre las variables de los/as niños/as con la alianza terapéutica inicial en casos de agresión sexual infantil que se encuentran en PRM.
5. Analizar la relación entre las variables de los/as terapeutas con la alianza terapéutica inicial en casos de agresión sexual infantil que se encuentran en PRM.

III. Hipótesis

En la presente investigación, los primeros dos objetivos planteados son de carácter descriptivo, por lo que no responden a una hipótesis específica. Sin embargo, el objetivo 3 es comparativo, y los objetivos 4 y 5 son correlacionales. De esta manera, las hipótesis que se señalan están directamente vinculadas a ellos, con la intención de estudiar de manera específica los fenómenos expuestos con anterioridad:

1. Alianza Terapéutica Inicial de acuerdo al sexo de los/as niños/as y terapeutas

- a) Las niñas desarrollarán una alianza terapéutica inicial más alta que los niños.
- b) Las terapeutas de sexo femenino desarrollarán mayor alianza terapéutica inicial que los terapeutas de sexo masculino.

2. Alianza Terapéutica Inicial y su relación con las variables de los/as niños/as

- a) A mayor edad de los/as niños/as, se presentarán índices de alianza terapéutica inicial más elevados.
- b) Mayores niveles de sintomatología general y postraumática, estarán asociados a menor alianza terapéutica inicial.
- c) Los/as niños/as con sintomatología en la línea internalizante reportarán índices de alianza terapéutica inicial más elevados.

3. Alianza Terapéutica Inicial y su relación con las variables de los/as terapeutas

- a) A menor edad de los/as terapeutas, se reportarán índices de alianza terapéutica inicial más elevados.
- b) A menos años de experiencia de los/as terapeutas, mayor alianza terapéutica inicial.

MARCO METODOLÓGICO

I. Diseño de investigación

El presente estudio fue diseñado desde una metodología cuantitativa, dado que el propósito de la investigación es recabar información a través de asociaciones de medias (Hernandez et al., 2014), conociendo la relación entre alianza terapéutica inicial en casos de agresión sexual infantil con variables referidas al paciente y al terapeuta.

El tipo de investigación es no experimental, haciendo referencia a que el fenómeno se observó en su contexto natural, en otras palabras, las variables no fueron manipuladas ni controladas (Álvarez Cáceres, 1996). A su vez, se caracteriza por ser de tipo transversal, ya que los datos se recolectaron en un único y determinado momento (Hernandez, et al., 2014); en este caso, en la fase inicial de procesos psicoterapéuticos de resignificación y superación en PRM.

En particular, es menester indicar que el estudio es de carácter descriptivo, comparativo y correlacional. Atendiendo a estos términos, en primer lugar, la investigación se basó en identificar y detallar las variables de los/as niños/as (sexo - edad - sintomatología) y de sus terapeutas (sexo - edad - años de experiencia). Luego, se describió la sintomatología de los/as niños/as de acuerdo a su edad y sexo. Y, finalmente, se correlacionaron los factores clínicos y demográficos del paciente y terapeuta, con la alianza terapéutica inicial reportada por los/as psicólogos/as respecto a su relación con el/la niño/a.

Es oportuno indicar que la investigación se enmarca dentro del proyecto Fondecyt “Proceso de cambio psicoterapéutico en niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales: Hacia un modelo comprensivo de la influencia de factores de los adultos responsables, las intervenciones y la relación terapéutica”, cuya investigadora responsable es la profesora Claudia Capella de la Universidad de Chile.

II. Participantes

Se estudiaron casos de niños y niñas entre 4 y 9 años de edad que se encuentran recibiendo atención psicológica, tras haber vivido un hecho de agresión sexual. Cabe evidenciar que la selección de muestra contempló dos grupos; para propósito de esta investigación se consideran en etapa preescolar aquellos niños/as de 4 a 6 años de edad, y en etapa escolar quienes tienen entre 7 y 9 años (Papalia et al., 2009).

Este proceso se situó en la fase inicial de la terapia, considerando las primeras 4 sesiones del niño/a con el/la psicólogo/a. Se estableció este momento de medición dado que la alianza terapéutica se considera “inicial” hasta la quinta sesión, sin embargo, en la literatura se expone que ésta puede alcanzar su punto máximo en la tercera (Horvath, 1981, en Horvath, 1993), y en casos de agresión sexual esta medición puede mostrar una importante aproximación a cómo se mantendrá la alianza a lo largo del proceso terapéutico (Zorzella et al., 2017); conforme a lo anterior, el corte se realizará en la cuarta sesión de psicoterapia,

como punto medio entre los antecedentes teóricos y prácticos revisados. En detalles, los/as participantes del estudio, deben estar insertos en programas de reparación de maltrato y/o agresión sexual a niños, niñas y adolescentes de la Región Metropolitana focalizados por el Proyecto Fondecyt 1200627. En el marco de este estudio, respecto a la alianza terapéutica inicial, se consideró la percepción del psicólogo/a que se encontraba atendiendo el caso.

Adicionalmente, el criterio de exclusión establece que no se incluirán participantes con niveles de daño orgánico cerebral, psicosis o aquellos casos que hayan superado las primeras 4 sesiones con el/a psicólogo/a. Por tanto, esta caracterización nos lleva a consolidar una muestra intencionada, compartiendo parte del tamaño muestral cuantitativo de la base de datos del proyecto mencionado.

1. Caracterización de los niños y niñas

La muestra consta de 51 casos de niños/as que inician un proceso de terapia en un centro de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Infantil (PRM). La edad de los/as niños/as fluctúa entre los 4 y los 9 años, con una media (M)= 6.49, una desviación estándar (DE)= 1.45 y una mediana (Me)= 7 años; de ellos/as, el 29.4% son de sexo masculino (N=15) y el 70.6% de sexo femenino (N= 36) (**Gráfico 1**). En relación a la etapa del desarrollo por la que transitan, el 49.0% se encuentra en etapa preescolar (N= 25) y el 50.1 % en etapa escolar (N= 26) (**Gráfico 2**).

Gráfico 1

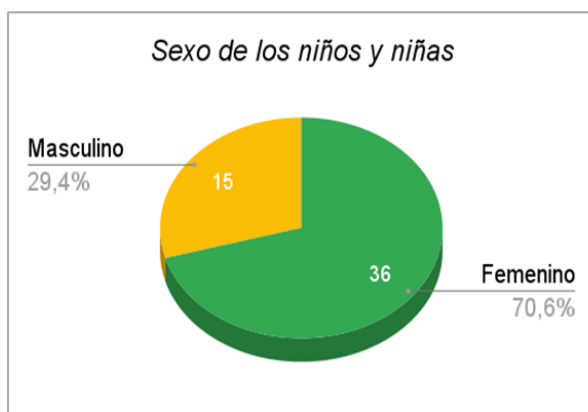
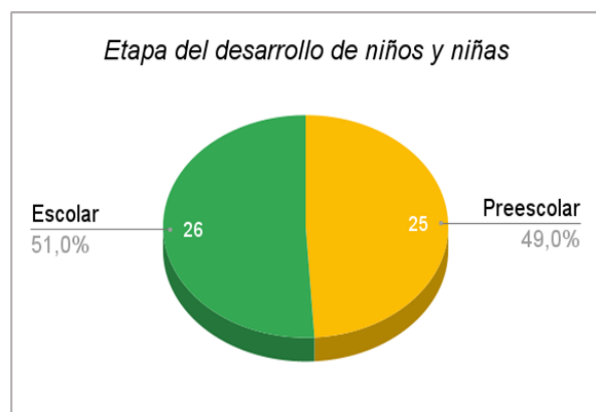


Gráfico 2



2. Caracterización de los y las psicoterapeutas

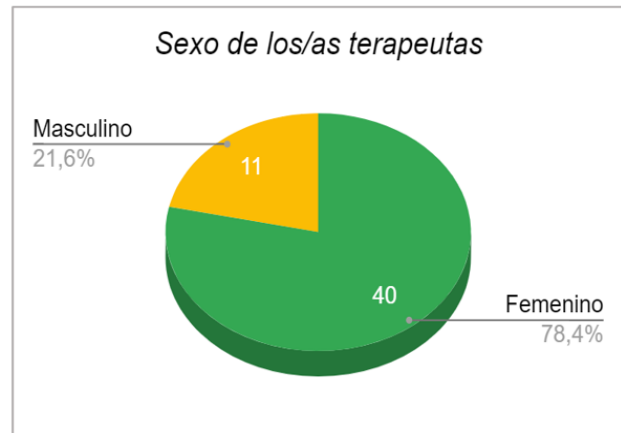
Por otro lado, respecto a los/as terapeutas, sus edades fluctúan entre los 26 y los 48 años, teniendo una M= 34.1, con una DE= 6.4 y una Me= 31 años. Al agrupar la edad de los/as terapeutas en una amplitud de 5 años, considerando un rango total que va desde los 26 a los 50 años, se destaca que el 41.2% de los/as terapeutas (N= 21) tienen menos de 30 años (**Tabla 1**). En cuanto al sexo de los/as psicólogos/as de la presente investigación, un 78.4% son de sexo femenino (N= 40) y un 21.6% de sexo masculino (N= 11) (**Gráfico 3**).

Tabla 1

Edad por rango de los/as terapeutas

Rango	N	% del Total
26 - 30 años	21	41.2 %
31 - 35 años	9	17.7 %
36 - 40 años	13	25.5 %
41 - 45 años	4	7.80 %
46 - 50 años	4	7.80 %
TOTAL	51	100.0 %

Gráfico 3



Referente a los años de experiencia de los/as terapeutas, se reporta un máximo de 13 años y un mínimo de 2 años realizando psicoterapia; teniendo una $M= 6.03$ años con una $DE= 3.25$ y una $Me= 5.0$ años. Para la revisión de esta variable se hizo una división de años de experiencia en 3 rangos, de 2-4 años, 5-8 años y 9-13 años; de acuerdo a ello, el 43.1% tiene de 2-4 años de experiencia ($N= 22$), el 35.3% de 5-8 años ($N=18$), y por último, el 21.6% de 9-13 años ($N= 11$) (**Gráfico 4**).

Además, es interesante dar cuenta de la experiencia de los/as terapeutas en temáticas de agresión sexual infantil, por ello se realizó una distinción entre aquellos/as que tenían de 0-3 años y quienes tenían 4 años o más de experiencia en ASI. De allí, resalta que el 60.8% de los/as terapeutas ($N= 31$) posee de 0-3 años de experiencia en el área (**Gráfico 5**).

Gráfico 4



Gráfico 5



III. Técnicas de recolección de datos

En cuanto a la recolección de datos, se seleccionaron algunos instrumentos del Proyecto Fondecyt 1200627, que se aplicaron en los 3 momentos de evaluación de la

tendencia de cambio. No obstante, esta investigación se centrará únicamente en el momento 1, durante las primeras 4 sesiones con el/la terapeuta.

Considerando el rango etario de nuestros/as participantes y los aspectos éticos asociados a la edad, los instrumentos seleccionados serán aplicados a los/las adultos/as responsables y los/las terapeutas de los niños y niñas pertenecientes al tamaño muestral. Los cuestionarios y fichas de casos a tamizar serán aplicados igualmente por adultas que forman parte del equipo Fondecyt.

Los instrumentos aplicados fueron los siguientes:

En primer lugar, el instrumento de recolección de información del niño/a en esta investigación corresponde a la **ficha de caso** (ANEXO 1). Técnica elaborada por el equipo del proyecto de investigación, cuya finalidad es identificar y caracterizar un conjunto de datos clínicos, de la agresión sexual y factores sociodemográficos del caso, incluyendo información del sexo y edad del niño/a, pertenecientes a dos de las variables estudiadas. De igual forma, se realizó una **ficha de caracterización al terapeuta** (ANEXO 2), con la intención de recabar información del psicólogo/a, relacionada a la edad, sexo y años de experiencia. Por último, cabe mencionar, que ambas fichas fueron contestadas por el/la psicólogo/a a cargo del tratamiento del niño/a.

En segundo lugar, se registró la sintomatología a través del **Strengths And Difficulties Questionnaire (SDQ)** y **La Escala Pediátrica de problemas/Estrés Emocional (PEDS)**, respondidos por los/as cuidadores primarios de los/as niños/as de la muestra. El SDQ (ANEXO 3) es un cuestionario de tamizaje infanto juvenil breve y directo, es de autoría de Robert Goodman (Goodman, 1999). Este instrumento es creado para facilitar un registro de conductas problemáticas y elementos de fortalezas en niños/as entre 4 y 17 años (Brown et al., 2014). El SDQ posee 3 versiones (autoreporte - terapeutas - padres), sin embargo éstas son idénticas en cuanto a sus 5 dimensiones: problemas conductuales, síntomas emocionales, hiperactividad, problemas con pares y conducta prosocial (Goodman, 1999); en este estudio se utilizó el cuestionario aplicado a cuidadores/madres/padres. De manera análoga, un modelo alternativo propone 3 factores de análisis, conformado por síntomas externalizantes, que abarcan la subescala de hiperactividad y problemas de conductas; síntomas internalizantes que contiene los síntomas emocionales y problemas con pares; y, por último, la conducta prosocial (Fenollar - Cortés et al., 2016). En cuanto a la puntuación obtenida en el instrumento, Goodman (1997) establece 3 categorías, las que son ausencia de psicopatología, límite, y presencia de psicopatología, con sus respectivos puntos de corte. Este puntaje puede variar entre 0 a 40 puntos: Obtener de 0 a 13 puntos se considera ausencia de psicopatología; de 14 a 16 puntos es encontrarse en el límite, es decir, no es posible determinar presencia o ausencia de psicopatología con el instrumento, y se propone realizar otra evaluación complementaria; y, de 17-40 puntos, se estima presencia de psicopatología (Goodman et al., 2010).

A nivel internacional, el SDQ ha sido ampliamente utilizado, destacando estudios de fiabilidad y validez en distintos países (Brown et al., 2014). En Chile, en el año 2014, Brown, Capella y Antivilo evaluaron las propiedades psicométricas de este instrumento en cuidadores

de niños/as de 4 a 11 años de edad; en torno a ello, se expuso que el puntaje total de fortalezas y debilidades alcanza una adecuada evidencia de fiabilidad, mientras que con el puntaje de las cinco subescalas no sucede lo mismo, dado que aquí no se encontró una fiabilidad aceptable (Brown et al., 2014). Por otra parte, en otro estudio se evaluó la validez y fiabilidad del SDQ en preadolescentes y adolescentes entre 9 a 15 años, y se encontró una apropiada consistencia interna en cada subescala (Gaete et al., 2018). Considerando lo revisado previamente, se consideró el puntaje total dado por el instrumento, y los puntajes que arrojaron las subescalas se tomaron como tentativos en relación al área que representan.

En relación a la PEDS (ANEXO 4), de Saylor et al. (1999), ésta detecta la sintomatología de estrés del niño/a asociados a un posible trauma o evento estresante, ya sea accidente, enfermedad, duelos, abuso sexual, entre otros; vivenciado dentro del último año (Saylor et al., 1999). Está compuesta por 21 preguntas, 17 de ellas están relacionadas al malestar general y 4 a conductas específicas en cuanto al hecho experimentado, en este caso, respecto a la esfera sexual, que deben ser contestadas por los/as cuidadores/as primarios/as (Saylor et al., 1999). Los primeros 17 ítems de la escala refieren al “malestar general” y se compone de las siguientes subescalas: “Ansioso/Retraído” (puntaje de corte entre bajo y sobre el umbral clínico: 9.5), “Temeroso” (puntaje de corte entre bajo y sobre el umbral clínico: 8.5) y “Acting out” (puntaje de corte entre bajo y sobre el umbral clínico: 13.5); además de ello, se encuentran los 4 ítems ligados al “Trauma”. En cuanto a las puntuaciones, entre 0 a 27 puntos se considera “bajo el umbral clínico”, mientras que entre 27 a 84 indica que en esta prueba el niño/a se sitúa “sobre el umbral clínico.”

Respecto a la fiabilidad y validez de este instrumento, se encontró que sus subescalas y la PEDS total poseen una solidez interna aceptable (Saylor et al., 1999). Así también, es menester mencionar que en el presente estudio se utilizó su versión adaptada al español, dado que en la investigación original igualmente se trabaja con ella (Saylor et al., 1999), a pesar de que aún no se encuentre validada en Chile.

En cuanto al *Therapeutic Alliance Scales for Children (TASC)* (ANEXO 5), mide la percepción de alianza terapéutica a lo largo del proceso de terapia, desde la perspectiva del niño/a, del padre/madre o del psicólogo/a, quedando sujeto a la versión que se utilice (Creed y Kendall, 2005). Fue elaborada por Shirk y Saiz (1992), y para su realización se inspiraron en los sustentos teóricos de Bordin (1979); esta escala incluye y mide dos aspectos de los planteados por el autor: el vínculo afectivo y la colaboración en las tareas, dejando fuera el acuerdo en metas. El instrumento cuenta con 12 ítems, donde cada una de las preguntas deben ser calificadas de 1 a 4 por niños/as y terapeutas, donde 1 significa “nada”, 2 “poco”, 3 “bastante” y 4 “mucho”, sumando un total de 48 puntos máximo (Creed y Kendall, 2005). No se postularon puntajes de corte específicos para su debida interpretación, por lo que se establece como un continuo; sin embargo, considerando que el puntaje mínimo es 12 y el máximo es 48 (Creed y Kendall, 2005), el punto medio entre ambos valores es 30 puntos, y se estima que un resultado menor a 30 puntos indicaría una tendencia a una baja alianza terapéutica y un resultado mayor a 30 puntos muestra una tendencia a una alta alianza terapéutica. Para efectos de esta investigación, se hará uso del Therapeutic Alliance Scale for

Children-revised (TASC-r) (Shirk y Saiz, 1992), versión para terapeutas, que será respondida por el/la psicólogo/a del niño/a, en su versión adaptada a Chile (Núñez, 2021).

IV. Procedimiento

Los datos fueron recolectados por integrantes del equipo Fondecyt del cual emana este estudio, quienes fueron capacitados para la toma de muestra y la actuación de protocolos ante descompensaciones o respuestas de riesgo en los cuestionarios a aplicar.

Dicho esto, al ser parte de un proyecto de investigación que estudia una población de niños, niñas que han tenido una experiencia de agresión sexual (vulneración de derechos) es primordial contar con consideraciones éticas. Por ello, el estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, durante el año 2020 (ANEXO 6), además de emplear consentimientos informados a los/as cuidadores/as primarios/as (ANEXO 7), a los/as psicólogos/as (ANEXO 8) y de poseer autorización de parte de los centros focalizados (ANEXO 9).

A partir de las consideraciones mencionadas anteriormente, es necesario señalar que se realizó una instancia de contacto a los PRM, se sensibilizó en relación a la investigación, su relevancia, criterios de inclusión y otros, para generar un compromiso de participación de parte de los centros colaboradores. Una vez concretados los PRM que fueron parte del tamaño muestral, se procedió a contactar a los/as terapeutas y a los/as cuidadores primarios/as que responden los cuestionarios acordados.

Dado el contexto de Pandemia al momento de iniciar el estudio, las medidas sanitarias transitaban de acuerdo a las evaluaciones nacionales de casos, predominando el distanciamiento social. Por esta razón, los centros de PRM apoyaron la convocatoria hacia las familias que cumplieran con los criterios de inclusión y deseaban participar en la investigación. Luego, desde el Proyecto Fondecyt, se realizaron invitaciones por medios remotos (llamadas, correos, otros) para llevar a cabo una inscripción formal al estudio.

Por otra parte, luego de aceptar participar, se agendaron encuentros vía zoom o meet con una duración de 25 a 45 minutos aproximadamente; a este respecto, cabe mencionar que sólo en ocasiones excepcionales se hizo de manera presencial en los centros PRM. Al iniciar las reuniones, se explicaron detalles de la investigación, se respondieron dudas y se leyó en conjunto el consentimiento informado. Por efectos de la Pandemia y de acuerdo a lo aprobado por el comité de ética, no se efectuaron consentimientos de forma escrita, sino que se realizó un consentimiento verbal, lo cual quedó grabado en audio. Inmediatamente después, se comenzaba con la aplicación de instrumentos, que consistió en responder cuestionarios utilizados en esta investigación, como también otros instrumentos que deben ser recolectados en la fase cuantitativa del Proyecto Fondecyt, todo esto acompañado de la lectura acompañada de las instrucciones y consignas.

V. Análisis de datos

El análisis estadístico de los datos fue desarrollado con el apoyo del programa Jamovi. En primer lugar, este programa permitió elaborar un análisis descriptivo de las variables clínicas y demográficas del niño/a y de su terapeuta. Más específicamente, el recurso descriptivo se encarga de identificar, ordenar y registrar un conjunto de variables, facilitando la observación de los resultados sin ir más allá de los datos con los que se cuenta, entregando medidas de resumen, promedio, desviación estándar y frecuencia de la muestra estudiada (Rosner, 2000).

Así también, se concretaron pruebas T de Student para las variables de sexo del niño/a y terapeuta, dado su cualidad de escala nominal en términos estadísticos; visualizándose como un instrumento que permite determinar si hay una diferencia significativa entre las medias de dos grupos (Sánchez, 2015). Además, se realizaron correlaciones de Pearson que facilitan la comprensión de las asociaciones de variables cuantitativas y continuas, del niño/a y su terapeuta y la alianza terapéutica inicial (Rosner, 2000). Para resolver el grado de significancia se utilizó un valor de probabilidad igual o menor a 5% ($p < 0.05$), este indicaría si esa diferencia existente entre las medias es significativa o, de lo contrario, no puede asegurarse que, de existir diferencia, esta no se deba netamente al azar (Molina, 2017).

RESULTADOS

A continuación se presentarán los resultados obtenidos tras el análisis de los datos de la muestra y los instrumentos aplicados, desarrollando la caracterización de las variables de estudio y las relaciones existentes entre sí. Para un mejor entendimiento, se expondrán en función de los objetivos específicos planteados previamente, a fin de ir profundizando en cada uno de ellos.

I. Descripción de la sintomatología general y postraumática de los/as niños/as de acuerdo a su edad y su sexo, en el marco de la etapa inicial de psicoterapia por agresión sexual en PRM.

1. *Sintomatología General de los niños y niñas de la muestra (SDQ)*

a) Reporte Sintomatología de los/as niños/as por SDQ total

En relación a la sintomatología de los/as niños/as, en primer lugar, en el instrumento SDQ aplicado a los/as cuidadores/as involucrados/as en los procesos de psicoterapia, se arrojó una puntuación mínima de 6 puntos y una máxima de 30 puntos en el cuestionario, además de una $M = 17.5$ puntos, promedio que se considera en el rango de “presencia de psicopatología”. Según lo evaluado en el cuestionario, el 56.9% de los/as niños/as presentan psicopatología. Por otro lado, cabe recalcar que la categoría “límite” también indica síntomas, pero no hay claridad de presencia de psicopatología, siendo interesante hacer una distinción entre ausencia de psicopatología y límite-presencia de psicopatología; al agruparlos, un 74.5% de los/as niños/as se sitúa en esta última categoría combinada (**Tabla 2**).

Tabla 2

Categorías Sintomatología de niños y niñas (SDQ)

Sintomatología	N	% del Total
Ausencia de Psicopatología	13	25.5 %
Límite	9	17.6 %
Presencia de Psicopatología	29	56.9 %
TOTAL	51	100.0 %

b) Reporte Sintomatología de los/as niños/as en línea Internalizante y Externalizante SDQ

Otra manera de reportar los síntomas de los/as niños/as es agrupándolos en dos ítems presentes en el SDQ: Sintomatología Internalizante (síntomas emocionales y problemas con pares) y Externalizante (problemas conductuales e hiperactividad). En los síntomas en la línea internalizante, se muestra una $M = 7.25$ puntos, y en la externalizante el promedio alcanzado

es mayor, informando una M= 10.25 puntos. Así también, se destaca que una importante parte de la muestra presenta psicopatología. Al realizar una dualidad entre ausencia de psicopatología y límite-presencia de psicopatología, estas cifras aumentan, alcanzando una frecuencia porcentual en límite-presencia de psicopatología de 60.8% en sintomatología internalizante y 74.5% en los síntomas externalizantes (**Tabla 4**).

Tabla 4

Categorías sintomatológicas en línea Internalizante y Externalizante SDQ

Subescalas SDQ/ Categorías	Sintomatología Internalizante	%	Sintomatología Externalizante	%
Ausencia de Psicopatología	20	39.2 %	13	25.5 %
Límite	5	9.8 %	2	3.9 %
Presencia Psicopatología	26	51.0 %	36	70.6 %
TOTAL	51	100.0 %	51	100.0 %

2. Descripción Sintomatología General de los/as niños/as según su edad y sexo (SDQ)

a) Sintomatología total SDQ de los/as niños/as de acuerdo a edad y sexo

La sintomatología del niño/a de acuerdo a su edad se reporta en términos de la etapa del desarrollo en la que transita, así se visualiza que en ambos grupos hay tendencia a presentar psicopatología (**Tabla 5**). Por otro lado, en la sintomatología según el sexo del niño/a también se muestra una tendencia a la presencia de psicopatología (**Tabla 6**).

Tabla 5

Categorías Sintomatológicas según Etapa del Desarrollo del niño/a

Categorías/ Etapa del Desarrollo	Preescolar		Escolar	
Ausencia Psicopatología	6	24.0 %	7	26.9 %
Límite	4	16.0 %	5	19.2 %
Presencia Psicopatología	15	60.0 %	14	53.9 %
TOTAL	25	100.0 %	26	100.0 %

Tabla 6

Categorías Sintomatológicas según Sexo del niño/a

Categorías/ Etapa del Desarrollo	Femenino		Masculino	
Ausencia Psicopatología	7	19.5 %	6	40.0 %
Límite	8	22.2 %	1	6.7 %
Presencia Psicopatología	21	58.3 %	8	53.3 %
TOTAL	36	100.0 %	15	100.0 %

Se visualiza que el promedio de sintomatología general de los/as niños/as en edad escolar y de las niñas es mayor al alcanzado por los/as preescolares y los niños (**Tabla 7**).

Tabla 7

Estadísticos Sintomatología total según Etapa del Desarrollo y Sexo del niño/a

Etapa del Desarrollo	N	Media	Mediana	Desviación Estándar
Preescolar	25	16.5	17.0	1.17
Escolar	26	18.5	18.0	1.30
Sexo	N	Media	Mediana	Desviación Estándar
Femenino	36	18.2	19.0	6.40
Masculino	15	15.9	17.0	5.79

b) Sintomatología Internalizante y Externalizante (SDQ) de los/as niños/as según edad y sexo

Al realizar una distinción entre sintomatología internalizante y externalizante de acuerdo a la etapa del desarrollo del niño/a, se reporta que en ambas líneas existe una tendencia de los grupos a presentar psicopatología; sin embargo, en la línea externalizante la preponderancia es mayor (**Tabla 8**).

Tabla 8

Categorías sintomatológicas de línea Internalizante y Externalizante según Etapa del Desarrollo

Categoría/ Subescala	Sintomatología Internalizante				Sintomatología Externalizante			
	Preescolar		Escolar		Preescolar		Escolar	
Ausencia de Psicopatología	10	40.0 %	10	38.5 %	5	20.0 %	8	30.8 %
Límite	4	16.0 %	1	3.8 %	2	8.0 %	0	0 %
Presencia de Psicopatología	11	44.0 %	15	57.7 %	18	72.0 %	18	69.2 %
TOTAL	25	100.0 %	26	100.0 %	25	100.0 %	26	100.0 %

En la sintomatología de la línea internalizante los/as niños/as en la etapa preescolar muestran un promedio menor a lo reportado en escolares. Por otra parte, en la sintomatología externalizante ambos grupos presentan estadísticos descriptivos similares (**Tabla 9**).

Tabla 9

Estadísticos SDQ Internalizante y Externalizante según Etapa del Desarrollo

Subescalas/ Mediciones	Media		Mediana		Desviación Estándar	
	Preescolar	Escolar	Preescolar	Escolar	Preescolar	Escolar
Sintomatología Internalizante	6.36	8.12	6.0	9.0	3.56	4.20
Sintomatología Externalizante	10.16	10.35	11.0	10.5	3.68	3.96

En cuanto a la sintomatología internalizante y externalizante de los/as niños/as de acuerdo a su sexo, en la línea internalizante se observa una tendencia desde el sexo femenino a presentar estos síntomas; mientras que en la sintomatología externalizante se denotan frecuencias porcentuales similares entre grupos (**Tabla 10**).

Tabla 10

Categorías sintomatológicas de línea Internalizante y Externalizante según Sexo del niño/a

Categoría/ Subescala	Sintomatología Internalizante				Sintomatología Externalizante			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
Ausencia de Psicopatología	12	33.3 %	8	53.3 %	9	25.0 %	4	26.7 %
Límite	3	8.3 %	2	13.3 %	1	2.8 %	1	6.7 %
Presencia de Psicopatología	21	58.7 %	5	33.4 %	26	72.2 %	10	66.6 %
TOTAL	36	100.0 %	15	100.0 %	36	100.0 %	15	100.0 %

Los estadísticos descriptivos reportados en la sintomatología internalizante son diferentes entre sí, en la línea internalizante se muestran puntajes mayores en las participantes de sexo femenino. Por otro lado, en la línea externalizante se denotan medias similares entre niños y niñas (**Tabla 11**).

Tabla 11

Estadísticos SDQ Internalizante y Externalizante según Sexo del niño/a

Subescalas/ Estadísticos	Media		Mediana		Desviación Estándar	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
Sintomatología Internalizante	7.89	5.73	8.50	5.00	4.11	3.20
Sintomatología Externalizante	10.31	10.13	11.00	11.00	3.82	3.85

3. Sintomatología Postraumática de los niños y niñas de la muestra (PEDS)

a) Reporte Sintomatología Postraumática de los/as niños/as por PEDS

Otro instrumento destinado a observar la sintomatología es la PEDS. En este test se encuentran las escalas de Malestar General (Ansioso/Retraído; Temeroso; Acting out) y de Trauma. Al tomar atención a la puntuación total, se denota una M= 46.7 puntos, junto a un mínimo de 28 puntos y un máximo de 71 puntos, estando todos los puntajes reportados sobre el umbral clínico. Es más, cabe recalcar que el 100.0% de los/as niños/as se sitúan sobre el umbral clínico.

b) Reporte Sintomatología Postraumática de los/as niños/as por subescalas PEDS

La categoría “malestar general” de la PEDS representa 17 de las 21 preguntas que integran el instrumento, y se compone por tres subescalas: Ansioso/Retraído, Temeroso y Acting Out. Así, pese a que el 100% de los niños y niñas de la muestra se encuentren con sintomatología sobre el umbral clínico en la PEDS total, sucede algo distinto al observar detenidamente las categorías de “rango clínico” y “normal” presentes en las subescalas nombradas previamente; dado que, si bien los/as niños/as que se sitúan “sobre el rango clínico” denotan mayoría -destacando la subescala denominada Temeroso con un 84.3%- , también se muestran porcentajes importantes de categoría “normal”, específicamente en Ansioso/Retraído, donde alcanza un 45.1% (**Tabla 12**).

Tabla 12

Categorías sintomatológicas de Subescalas de Instrumento PEDS

Subescala/Categoría	Rango Clínico	%	Normal	%
Ansioso/Retraído	28	54.9 %	23	45.1 %
Temeroso	43	84.3 %	8	15.7 %
Acting Out	32	62.7 %	19	37.3 %

Así también, al dar cuenta de los estadísticos descriptivos que se obtienen en sus subescalas Ansioso/Retraído, Temeroso, Acting Out, se destaca que los promedios de cada una de ellas se sitúan “sobre el rango clínica”, además de alcanzar puntajes máximos elevados (**Tabla 13**).

Tabla 13

Estadísticos Subescalas de Malestar General del Instrumento PEDS

Subescalas/Mediciones Estadísticas	Media	Desviación Estándar	Puntaje Mínimo	Puntaje Máximo
Ansioso/Retraído	11.4	4.29	6	24
Temeroso	12.3	3.70	6	20

4. Descripción Sintomatología Postraumática de los/as niños/as de acuerdo a su edad y sexo (PEDS)

a) Sintomatología total SDQ de los/as niños/as de acuerdo a edad y sexo

Para comenzar, resulta pertinente recalcar que el total de los/as niños/as de la muestra se sitúan sobre el umbral clínico en sintomatología postraumática general del instrumento PEDS, por lo que al observar el puntaje total de la escala realizando distinciones por edad y sexo, no se entrega nueva información en cuanto a la frecuencia absoluta y porcentual en las categorías “normal” y “rango clínico”.

Así también, en cuanto a los estadísticos descriptivos entre ambos grupos, se visualizan medias similares entre sí en etapa del desarrollo y sexo del niño/a. En sintomatología postraumática total de acuerdo a la etapa del desarrollo, los/as preescolares presentan una $M= 45.3$ puntos, siendo menor al reportado por los/as escolares, que muestran una $M= 48.0$ puntos; mientras que al realizar una diferenciación por sexo de los/as niños/as de la muestra, las niñas reportan una $M= 46.4$ puntos y los niños una $M= 47.4$ puntos (**Tabla 14**).

Tabla 14

Estadísticos Sintomatología Postraumática según Etapa del Desarrollo y Sexo

Etapa del Desarrollo	Media	Mediana	Desviación Estándar
Preescolar	45.3	43.0	12.4
Escolar	48.0	45.0	12.2
Sexo	Media	Mediana	Desviación Estándar
Femenino	46.4	44.0	12.6
Masculino	47.4	46.0	11.7

b) Sintomatología Postraumática por Subescalas PEDS de acuerdo a edad y sexo del niño/a

En la subescala “Ansioso/Retraído” del instrumento que evalúa la sintomatología postraumática, destaca que el 56% de los/as preescolares se ubican en la categoría normal, mientras que el 65.4% en los/as escolares se sitúa sobre el rango clínico. En la segunda subescala “Temeroso”, sobre el 80% de los preescolares y escolares reportan sintomatología que se encuentra en rango clínico, con frecuencias porcentuales muy similares. Finalmente, en “Acting Out”, los/as preescolares se distribuyen de forma semejante en ambos rangos sintomatológicos, existiendo una leve tendencia a situarse sobre el rango clínico; en tanto el 69.2% de los/as escolares se posiciona sobre el rango clínico en esta subescala de sintomatología postraumática (**Tabla 15**).

Tabla 15*Categorías sintomatológicas de subescalas PEDS según Etapa del Desarrollo del niño/a*

Categoría/ Subescala	Ansioso/Retraído				Temeroso				Acting Out			
	Preescolar		Escolar		Preescolar		Escolar		Preescolar		Escolar	
Normal	14	56.0 %	9	34.6 %	4	16.0 %	4	15.4 %	11	44.0 %	8	30.8 %
Rango Clínico	11	44.0 %	17	65.4 %	21	84.0 %	22	84.6 %	14	56.0 %	18	69.2 %
TOTAL	25	100.0 %	26	100.0 %	25	100.0 %	26	100.0 %	25	100.0 %	26	100.0 %

En general, los estadísticos descriptivos referentes a la sintomatología postraumática igualmente son similares entre los grupos de la variable de Etapa del Desarrollo, especialmente en las subescalas Temeroso y Acting Out; mientras que en Ansioso/Retraído se muestran mínimas diferencias, observándose puntajes mayores en los/as escolares (**Tabla 16**).

Tabla 16*Estadísticos Sintomatología Postraumática según Etapa del Desarrollo del niño/a*

Subescalas/ Estadísticos	Media		Mediana		Desviación Estándar	
	Preescolar	Escolar	Preescolar	Escolar	Preescolar	Escolar
Ansioso/Retraído	10.80	11.92	9.00	10.50	4.48	4.12
Temeroso	12.04	12.50	12.00	12.00	3.56	3.89
Acting Out	15.24	15.54	15.00	15.00	4.90	4.62

Por último, se realizó una distinción de sintomatología postraumática de acuerdo al sexo del niño/a. En Ansioso/Retraído el 58.3% de las niñas posee sintomatología sobre el rango clínico, mientras que el 53.3% de los niños se registra en la categoría normal. En Temeroso destaca una prevalencia a situarse sobre el umbral clínico, englobando al 80.6% de las niñas y el 93.3% de los niños. Y en Acting Out también resalta la sintomatología sobre el rango clínico, sin embargo, con menor prominencia que la subescala anterior, comprendiendo el 61.1% del sexo femenino y el 66.7% del sexo masculino (**Tabla 17**).

Tabla 17*Categorías sintomatológicas de subescalas PEDS según Sexo del niño/a*

Categoría/ Subescala	Ansioso/Retraído				Temeroso				Acting Out			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
Normal	15	41.7 %	8	53.3 %	7	19.4 %	1	6.7 %	14	38.9 %	5	33.3 %
Rango Clínico	21	58.3 %	7	46.7 %	29	80.6 %	14	93.3 %	22	61.1 %	10	66.7 %
TOTAL	36	100.0 %	15	100.0 %	36	100.0 %	15	100.0 %	36	100.0 %	15	100.0 %

En los estadísticos descriptivos de la sintomatología postraumática por subescala según el sexo del niño/a, se muestran reportes similares entre los grupos. En Ansioso/Retraído y en Acting Out se presentan medias levemente mayores en las niñas; y en Temeroso se muestran promedios semejantes entre sexo femenino y sexo masculino (**Tabla 18**).

Tabla 18

Estadísticos Sintomatología Postraumática según Sexo del niño/a

Subescalas/ Estadísticos	Media		Mediana		Desviación Estándar	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
Ansioso/Retraído	11.58	10.87	10.00	9.00	4.53	3.78
Temeroso	12.08	12.73	12.00	13.00	3.86	3.37
Acting Out	15.14	16.00	16.00	14.00	4.59	5.11

II. Descripción de la alianza terapéutica entre niños/as y sus terapeutas en la etapa inicial de los procesos de psicoterapia en casos de agresión sexual infantil en PRM

El instrumento destinado a la medición y análisis de la alianza terapéutica es el TASC-r, en él se trabajó con 50 casos, dado que fue el número de cuestionarios respondidos por los/as terapeutas en el presente estudio, existiendo un dato perdido. Por lo anterior, todos los análisis descriptivos y correlacionales en torno a la alianza de trabajo inicial entre los/as niños/as y sus terapeutas, consideran este número muestral.

1. Descripción general de la Alianza Terapéutica Inicial entre niño/a y terapeuta

El número de sesiones al momento de evaluar la alianza terapéutica inicial entre niño/a y psicólogo/a va desde 1 sesión a 4 sesiones. En el TASC-r total se reporta una M= 33.3 puntos, arrojando un mínimo de 21 y un máximo de 46 puntos. Al realizar una distinción en cuanto al número de sesiones llevadas a cabo al momento de aplicar el instrumento, se informó una M= 31.4 puntos entre quienes reportaron una o dos sesiones; esto mientras que entre los/as terapeutas que evaluaron la alianza de trabajo en la tercera y cuarta sesión, se observó una M= 35.7 y 36.3 puntos, respectivamente. Tomando atención a estos resultados, cabe recalcar el aumento del promedio en la medición de la alianza inicial conforme van pasando las sesiones de psicoterapia, lo que también se visualiza al observar los puntajes mínimos y máximos (**Tabla 19**).

Tabla 19

Estadísticos n° sesiones niño/a-terapeuta

Sesiones	N	%	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
----------	---	---	-------	---------------------	--------	--------

1 sesión	15	30.0 %	31.4	5.23	23	39
2 sesiones	14	28.0 %	31.4	5.60	21	37
3 sesiones	14	28.0 %	35.7	3.93	31	46
4 sesiones	7	14.0 %	36.3	3.68	31	41
TOTAL	50	100.0 %	33.3	5.20	21	46

De acuerdo a los puntajes obtenidos en el instrumento, se llevó a cabo una diferenciación para considerar una tendencia a una alta o baja alianza terapéutica, considerando un punto de corte de 30 puntos. De los 50 casos, el 78.0% de los/as terapeutas reporta tendencias a una alta alianza de trabajo, mientras que el 22.0% reporta tendencias a una baja alianza con los/as niños/as de la muestra (**Tabla 20**).

Tabla 20

Frecuencia de Tendencia alta - baja Alianza Terapéutica Inicial

Niveles	N	% del Total
Con tendencia alta alianza terapéutica (30 puntos o más)	39	78.0 %
Con tendencia baja alianza terapéutica (menos de 30 puntos)	11	22.0 %
TOTAL	50	100.0 %

2. Alianza Terapéutica Inicial y variables del niño/a

a) Alianza Terapéutica inicial de acuerdo a la edad y sexo del niño/a

Al realizar una distinción en la alianza terapéutica inicial de acuerdo a la etapa del desarrollo del niño/a, se observa que ambos grupos poseen una tendencia a una alta alianza terapéutica, con una frecuencia porcentual de 79.2% los/as preescolares y 76.9% los/as escolares. Lo mismo sucede al reportar la alianza terapéutica según el sexo del niño/a, donde se destaca que el 80.0% del sexo femenino y el 73.3% del sexo masculino tiende a desarrollar una alta alianza terapéutica (**Tabla 21**).

Tabla 21

Tendencia alta-baja Alianza Terapéutica Inicial según Etapa del Desarrollo y Sexo del niño/a

Niveles Alianza Terapéutica	Etapa del Desarrollo		Sexo del niño/a					
	Preescolar		Escolar		Femenino		Masculino	
Con tendencia alta alianza terapéutica	19	79.2 %	20	76.9 %	28	80.0 %	11	73.3 %

Con tendencia baja alianza terapéutica	5	20.8 %	6	23.1 %	7	20.0 %	4	26.7 %
TOTAL	24	100.0 %	26	100.0 %	35	100.0 %	15	100.0 %

En cuanto al sexo del niño/a, se visualizan distribuciones de alianza terapéutica inicial similares, una $M= 33.5$ puntos en sexo femenino y una $M= 32.9$ puntos en sexo masculino, además de una $Me= 34.0$ puntos en ambos grupos. Por otro lado, respecto a la etapa del desarrollo del niño/a, en niños/as en edad preescolar se reporta una $M= 32.8$ puntos con una $Me= 32.0$ puntos, mientras que en escolares se muestra una $M= 33.8$ con una $Me= 35.0$ puntos en el TASC-r (**Tabla 22**).

Tabla 22

Estadísticos Alianza Terapéutica Inicial según Sexo y Etapa del Desarrollo del niño/a

Sexo	N	Media	Mediana	Desviación Estándar
Femenino	35	33.5	34.0	4.95
Masculino	15	32.9	34.0	5.90
Etapa del Desarrollo	N	Media	Mediana	Desviación Estándar
Preescolar	24	32.8	33.0	5.07
Escolar	26	33.8	35.0	5.37

b) Alianza Terapéutica Inicial de acuerdo a la sintomatología general del niño/a (SDQ)

Respecto al comportamiento de la alianza terapéutica inicial de acuerdo a la sintomatología general del niño/a arrojada en el SDQ, se visualiza que de los/as 39 niños/as que poseen tendencia a una alta alianza terapéutica, 23 se encuentran en presencia de psicopatología, y entre los/as 11 niños/as que tienden a una baja alianza terapéutica, 5 presentan psicopatología (**Tabla 23**).

Tabla 23

Tendencia alta - baja Alianza Terapéutica Inicial según categorías sintomatológicas SDQ total

Categorías SDQ / Escalas TASC-r	Con tendencia alta alianza terapéutica	Con tendencia baja alianza terapéutica
Ausencia de Psicopatología	9	4
Límite	7	2

Al realizar una distinción de sintomatología del SDQ total en dos grupos: ausencia de psicopatología y límite-presencia de psicopatología, se observó una $M= 31.4$ puntos y 33.9 puntos en el TASC-r, respectivamente; de esta manera, se muestra que el promedio de puntuación en alianza terapéutica inicial es levemente mayor en presencia de psicopatología o al límite, sin embargo, ambos indican tendencia a una alta alianza terapéutica (**Tabla 24**).

Tabla 24*Estadísticos de Alianza Terapéutica Inicial según Sintomatología total SDQ*

Categoría Sintomatología	N	Media	Mediana	Desviación Estándar
Ausencia Psicopatología	13	31.4	34.0	5.65
Límite-Presencia Psicopatología	37	33.9	34.0	4.97

Ahora bien, es interesante dar cuenta del comportamiento de la alianza terapéutica de acuerdo a la sintomatología del niño/a en las diferentes subescalas, en suma, la distribución de quienes poseen una tendencia a una alta alianza terapéutica o una baja alianza terapéutica según la categoría sintomatológica en la que se sitúan.

En Síntomas Emocionales se informa que el 77.3% de quienes no presentan psicopatología reportan tendencia a una alta alianza terapéutica, en contraste con un 78.6% que se sitúa en la categoría límite-presencia de psicopatología y también tiende a una alianza terapéutica alta. En segundo lugar, en Problemas Conductuales, los/as niños/as que tienden a una alta alianza terapéutica representan el 62.5% de los/as que se encuentran en ausencia de psicopatología y el 85.3% de los/as que se sitúan en límite-presencia de psicopatología. En tercer lugar, en Hiperactividad, quienes puntúan alta alianza terapéutica representan el 68.75% situados en ausencia y el 82.35% en límite-presencia de psicopatología. En cuarto lugar, en Problemas con Pares, el 79.2% de los/as niños/as que no presentan psicopatología y el 76.9% de los/as que se encuentran en el límite o presentan psicopatología, tienden a una alta alianza terapéutica. Por último, en Conducta Prosocial, los/as niños/as que reportan una alta alianza terapéutica representan el 68.3% de los/as que no tienen psicopatología y el 75.0% de los/as que se sitúan en límite-presencia de psicopatología (**Tabla 25**).

Tabla 25*Tendencia a alta - baja Alianza Terapéutica Inicial según subescalas SDQ**Alianza Terapéutica Inicial según Síntomas Emocionales*

Puntuación Alianza	Ausencia		Límite-Presencia	
Con tendencia alta alianza terapéutica	17	77.3 %	22	78.6 %
Con tendencia baja alianza terapéutica	5	22.7 %	6	21.4 %

<i>Alianza Terapéutica Inicial según Problemas Conductuales</i>				
Con tendencia alta alianza terapéutica	10	62.5 %	29	85.3 %
Con tendencia baja alianza terapéutica	6	37.5 %	5	14.7 %
<i>Alianza Terapéutica Inicial según Hiperactividad</i>				
Con tendencia alta alianza terapéutica	11	68.75 %	28	82.35 %
Con tendencia baja alianza terapéutica	5	31.25 %	6	17.65 %
<i>Alianza Terapéutica Inicial según Problemas con Pares</i>				
Con tendencia alta alianza terapéutica	19	79.2 %	20	76.9 %
Con tendencia baja alianza terapéutica	5	20.8 %	6	23.1 %
<i>Alianza Terapéutica Inicial según Conducta Prosocial</i>				
Con tendencia alta alianza terapéutica	36	78.3 %	3	75.0 %
Con tendencia baja alianza terapéutica	10	21.7 %	1	25.0 %

En la misma línea, todos los promedios y medianas reportadas en las diferentes subescalas indican un puntaje TASC-r que tiende a una alta alianza terapéutica (sobre 30 puntos). Dicho esto, para comenzar, en el apartado de Síntomas Emocionales, se muestra que los estadísticos descriptivos observados en presencia de psicopatología o al límite, son levemente mayores que los estadísticos descriptivos en ausencia de psicopatología.

En Problemas Conductuales, los promedios TASC-r obtenidos por quienes poseen psicopatología o se encuentran en el límite son mayores a lo reportado por los/as que encuentran en ausencia de psicopatología, teniendo además una desviación estándar que indica menor dispersión.

Continuando, en Hiperactividad, es posible visualizar que los estadísticos descriptivos en cuanto a puntaje TASC-r son similares entre quienes puntúan en ausencia de psicopatología o límite-presencia de psicopatología, a pesar de que la distribución de los grupos sea disímil en frecuencia.

En cuanto a la subescala Problemas con Pares, se muestra que la distribución de categorías sintomatológicas es similar, sin embargo, pese a ello, en la tabla se denota que los promedios alcanzados en el TASC-r dan cuenta de estadísticos descriptivos mayores entre quienes se encuentran en la categoría combinada límite-presencia de psicopatología.

Finalmente, en Conducta Prosocial, sólo el 8.0% de los/as niños/as presentan psicopatología o se encuentran en el límite, y alcanzan una media levemente mayor que los/as niños/as que están en ausencia de psicopatología; empero, el 92.0% restante igualmente reporta tendencias a altos puntajes de alianza terapéutica (**Tabla 26**).

Tabla 26

Estadísticos de Alianza Terapéutica Inicial según categorías sintomatológicas en subescalas SDQ

Alianza Terapéutica Inicial según Síntomas Emocionales

Categoría Sintomatología	% del Total	Media	Mediana	Desviación Estándar
Ausencia Psicopatología	44.0 %	32.0	32.0	4.93
Límite-Presencia Psicopatología	56.0 %	34.3	35.5	5.28

Alianza Terapéutica Inicial según Problemas Conductuales

Ausencia Psicopatología	32.0 %	31.4	32.5	06.09
Límite-Presencia Psicopatología	68.0 %	34.1	34.5	4.57

Alianza Terapéutica Inicial según Hiperactividad

Ausencia Psicopatología	32.0 %	32.6	35.0	5.91
Límite-Presencia Psicopatología	68.0 %	33.6	34.0	4.89

Alianza Terapéutica Inicial según Problemas con Pares

Ausencia Psicopatología	48.0 %	32.3	33.0	4.39
Límite-Presencia Psicopatología	52.0 %	34.2	35.5	5.79

Alianza Terapéutica Inicial según Conducta Prosocial

Ausencia Psicopatología	92.0 %	33.1	34.0	5.23
Límite-Presencia Psicopatología	8.00 %	35.3	35.5	5.06

Así también, se presenta el comportamiento de la alianza según la sintomatología del niño/a en la línea internalizante y externalizante; en definitiva, la distribución de quienes poseen una tendencia a una alta o baja alianza terapéutica según la categoría sintomatológica en la que se encuentran. En cuanto a los síntomas internalizantes, se observa que el 80.0% de los/as niños/as que no presentan psicopatología y el 76.7% de los/as que están en límite-presencia de psicopatología reportan tendencia a una alta alianza terapéutica. Por el otro lado, en los síntomas externalizantes, el 61.5% de la muestra que se posiciona en ausencia de psicopatología y el 76.7% que está en la categoría límite-presencia de psicopatología, tienden a desarrollar alta alianza terapéutica (**Tabla 27**).

Tabla 27

*Tendencia alta-baja Alianza Terapéutica Inicial según línea Internalizante y Externalizante
SDQ*

Alianza Terapéutica Inicial según Sintomatología Internalizante

Puntuación Alianza	Ausencia	Límite-Presencia
Con tendencia alta alianza terapéutica	16 80.0 %	23 76.7 %
Con tendencia baja alianza terapéutica	4 20.0 %	7 23.3 %

<i>Alianza Terapéutica Inicial según Sintomatología Externalizante</i>				
Con tendencia alta alianza terapéutica	8	61.5 %	31	83.8 %
Con tendencia baja alianza terapéutica	5	38.5 %	6	16.2 %

Siguiendo lo anterior, es esencial dar cuenta de los estadísticos descriptivos de la Alianza Terapéutica Inicial de acuerdo a las categorías sintomatológicas de la línea Internalizante y Externalizante del instrumento SDQ. En ese sentido, desde la línea Internalizante, se denota que el promedio y la mediana alcanzada en el TASC-r entre quienes se sitúan en la categoría combinada límite-presencia de psicopatología es mayor al observado entre quienes no presentan psicopatología; en ausencia de psicopatología la medición de la alianza terapéutica inicial arroja una M= 32.0 puntos y en límite o presencia de psicopatología se visualiza una M= 34.1 puntos. Por otra parte, desde la línea Externalizante, sucede algo similar, dado que los puntajes reportados en el TASC-r comprenden una M= 31.8 puntos entre los/as niños/as que no reportan psicopatología y una M= 33.8 puntos entre quienes se encuentran en el límite-presencia de psicopatología (**Tabla 28**).

Tabla 28

Estadísticos Alianza Terapéutica Inicial según categorías sintomatológicas de línea Internalizante y Externalizante SDQ

<i>Alianza Terapéutica Inicial según Sintomatología Internalizante</i>				
Categoría Sintomatología	% del Total	Media	Mediana	Desviación Estándar
Ausencia Psicopatología	40.0 %	32.0	33.0	4.51
Límite-Presencia Psicopatología	60.0 %	34.1	35.5	5.53

<i>Alianza Terapéutica Inicial según Sintomatología Externalizante</i>				
Categoría Sintomatología	N	Media	Mediana	Desviación Estándar
Ausencia Psicopatología	26.0 %	31.8	35.0	6.20
Límite-Presencia Psicopatología	74.0 %	33.8	34.0	4.79

c) Alianza Terapéutica Inicial según la Sintomatología Postraumática del niño/a (PEDS)

En torno al comportamiento de la alianza terapéutica inicial de acuerdo a la sintomatología postraumática del niño/a arrojada en el PEDS, cabe recalcar que en el puntaje total del instrumento no se realizan mayores distinciones, dado que todos/as los/as niños/as se encuentran sobre el umbral clínico, por lo que no es posible reportar tendencias a desarrollar

alto o baja alianza terapéutica en cuanto a las dos categorías sintomatológicas de este test; no obstante, en las subescalas del instrumento sí hay variabilidad. En la subescala Ansioso/Retraído, el 69.6% de los/as niños/as que se sitúan en la categoría normal y el 85.2% de quienes se encuentran sobre el rango clínico, visibilizan una alta alianza terapéutica temprana. Luego, en la subescala Temeroso, el 87.5% en rango normal y el 76.2% de la muestra que se posiciona sobre el umbral clínico, reportan una tendencia a una alta alianza. Finalmente, en la subescala Acting Out, el 68.4% de los/as niños/as ubicados en la categoría normal y el 83.9% de quienes se encuentran sobre el rango clínico, tienden a desarrollar alianza terapéutica alta (**Tabla 29**).

Tabla 29

Tendencia alta-baja Alianza Terapéutica Inicial según subescalas PEDS

<i>Alianza Terapéutica Inicial según subescala Ansioso/Retraído</i>				
Puntuación Alianza	Normal		Rango Clínico	
Con tendencia alta alianza terapéutica	16	69.6 %	23	85.2 %
Con tendencia baja alianza terapéutica	7	30.4 %	4	14.8 %
<i>Alianza Terapéutica Inicial según subescala Temeroso</i>				
Con tendencia alta alianza terapéutica	7	87.5 %	32	76.2 %
Con tendencia baja alianza terapéutica	1	12.5 %	10	23.8 %
<i>Alianza Terapéutica Inicial según subescala Acting Out</i>				
Con tendencia alta alianza terapéutica	13	68.4 %	26	83.9 %
Con tendencia baja alianza terapéutica	6	31.6 %	5	16.1 %

Respecto a los estadísticos descriptivos de la alianza terapéutica de acuerdo a las categorías sintomatológicas de las subescalas del PEDS, es posible realizar diferenciaciones. En la subescala Ansioso/Retraído, se muestra que el promedio y mediana alcanzada en el TASC-r entre ambos rangos sintomatológicos es disímil, siendo más alta en los/as niños/as que puntúan sobre el umbral clínico; en la categoría normal se muestra una M= 32.4 puntos y sobre el rango clínico una M= 34.9 puntos. Por otra parte, en la subescala Temeroso, los/as niños/as en rango normal reportan una M= 34.5 puntos en el TASC-r; en tanto, en rango clínico, indican una M= 33.0 puntos. Por último, en la subescala Acting Out, en la categoría normal se expone una M= 31.1 puntos; y entre los/as niños/as que se encuentran sobre el rango clínico se reporta una M= 34.6 puntos en el instrumento TASC-r aplicado a terapeutas que se encuentran atendiendo casos de agresión sexual infantil (**Tabla 30**).

Tabla 30

Estadísticos de Alianza Terapéutica Inicial según categorías sintomatológicas de subescalas PEDS

<i>Alianza Terapéutica Inicial según subescala Ansioso/Retraído</i>				
Categoría Sintomatología	% del Total	Media	Mediana	Desviación Estándar
Normal	46.0 %	31.4	32.0	5.11
Rango Clínico	54.0 %	34.9	36.0	4.79
<i>Alianza Terapéutica Inicial según subescala Temeroso</i>				
Normal	84.0 %	34.5	35.0	3.74
Rango Clínico	16.0 %	33.0	34.0	5.44
<i>Alianza Terapéutica Inicial según subescala Acting Out</i>				
Normal	38.0 %	31.1	31.0	1.280
Rango Clínico	62.0 %	34.6	35.0	0.809

3. Alianza Terapéutica Inicial y variables del terapeuta

En cuanto a la tendencia a desarrollar una alta o baja alianza terapéutica de acuerdo a la edad del terapeuta: Se reporta que en los 5 grupos etarios, sobre el 70.0 % de los/as terapeutas da cuenta de una tendencia a una alta alianza terapéutica inicial con el/la niño/a (Tabla 31).

Tabla 31

Tendencia alta - baja Alianza Terapéutica Inicial según Rango de Edad del Terapeuta

Tendencia Alianza Terapéutica / Rango de Edad Terapeuta	26-30 años	31-35 años	36-40 años	41-45 años	46-50 años
Con tendencia alta alianza terapéutica	14 70.0 %	7 77.8 %	11 84.6 %	4 100.0 %	3 75.0 %
Con tendencia baja alianza terapéutica	6 30.0 %	2 22.2 %	2 15.4 %	0 0 %	1 25.0 %
TOTAL	20 100.0 %	9 100.0 %	13 100.0 %	4 100.0 %	4 100.0 %

Por otro lado, respecto al sexo de los/as terapeutas que participaron de este estudio, el 76.9% perteneciente al sexo femenino y el 81.8% del sexo masculino, tienden a una alta alianza de trabajo inicial (Tabla 32).

Tabla 32

Tendencia alta - baja Alianza Terapéutica Inicial según Sexo del Terapeuta

Tendencia Alianza Terapéutica / Sexo Terapeuta	Femenino		Masculino	
Con tendencia alta alianza terapéutica	30	76.9 %	9	81.8 %
Con tendencia baja alianza terapéutica	9	23.1 %	2	18.2 %
TOTAL	39	100.0 %	11	100.0 %

Finalmente, según los años de experiencia del terapeuta, quienes denotan una tendencia a una alta alianza terapéutica inicial con el niño/a que se encuentra en psicoterapia por agresión sexual representan: el 81.8 % de los/as terapeutas con 2-4 años de experiencia, el 64.7% con 5-8 años de experiencia, y el 90.9% de los/as terapeutas con 9-13 años de experiencia (**Tabla 33**).

Tabla 33

Tendencia alta - baja Alianza Terapéutica Inicial según Años de Experiencia del Terapeuta

Tendencia Alianza Terapéutica / Años de Experiencia Terapeuta	2-4 años		5-8 años		9-13 años	
Con tendencia alta alianza terapéutica	18	81.8 %	11	64.7 %	10	90.9 %
Con tendencia baja alianza terapéutica	4	18.2 %	6	35.3 %	1	9.1 %
TOTAL	22	100.0 %	17	100.0 %	11	100.0 %

Por otra parte, es interesante dar cuenta de los estadísticos descriptivos de la alianza terapéutica inicial según la edad de los/as terapeutas. En ello, quienes alcanzan puntajes mayores son los/as terapeutas que tienen entre 41-45 años; con una M= 35.8 y una Me= 36.5 puntos, teniendo además una dispersión menor a los demás rangos etarios (**Tabla 34**).

Tabla 34

Estadísticos de Alianza Terapéutica Inicial según Rango de Edad del Terapeuta

Rango de Edad	Media	Mediana	Desviación Estándar
26-30 años	33.2	32.5	5.58
31-35 años	32.3	34.0	4.85
36-40 años	33.3	35.0	5.92
41-45 años	35.8	36.5	3.40
46-50 años	33.3	32.5	4.35

Respecto a los puntajes obtenidos en el TASC-r, realizando una distinción por el sexo del terapeuta, las terapeutas de sexo femenino reportan una M= 33.4 puntos; en tanto los de sexo masculino alcanzan una M= 32.8 puntos, siendo levemente mayor en las terapeutas mujeres (**Tabla 35**).

Tabla 35

Estadísticos de Alianza Terapéutica Inicial según Sexo del Terapeuta

Sexo	Media	Mediana	Desviación Estándar
Femenino	33.4	34.0	5.48
Masculino	32.8	34.0	4.26

En cuanto a los años de experiencia del terapeuta y lo reportado en el TASC-r, los/as terapeutas con 9-13 años de experiencia indican mayor alianza terapéutica inicial, con una M= 35.4 y una Me= 36 puntos; además de que los puntajes obtenidos por este subgrupo presentan menor dispersión (**Tabla 36**).

Tabla 36

Estadísticos de Alianza Terapéutica Inicial según Años de Experiencia del Terapeuta

Años de Experiencia	Media	Mediana	Desviación Estándar
2-4 años	34.0	34.0	5.73
5-8 años	30.9	32.0	4.90
9-13 años	35.4	36.0	3.11

III. Análisis comparativo de la alianza terapéutica inicial de acuerdo al sexo de niños/as y terapeutas en casos de agresión sexual infantil atendidos en PRM

Para el análisis comparativo entre la alianza terapéutica inicial y la variable sexo tanto de los/as niños/as como de los/as terapeutas, se realizaron pruebas T de Student, dado que al ser una variable nominal, no forma parte de la matriz de correlaciones. Asimismo, considerando los resultados previos en torno a los estadísticos descriptivos de la alianza terapéutica inicial según el número de sesiones entre paciente-terapeuta al momento de la medición, también se quiso realizar una T de Student para evaluar las diferencias entre quienes llevaban 1-2 sesiones y 3-4 sesiones al efectuar el TASC-r.

a) Número de Sesiones de Alianza Terapéutica Inicial

Se llevó a cabo un T de Student para la diferencia de medias entre sesiones. Para ello, se realizó una separación entre los casos que llevaban 1-2 sesiones y 3-4 sesiones; los resultados indicaron que existen diferencias significativas entre las medias de los puntajes de ambos grupos ($p= 0.002$). Así, se sostiene que los/as psicólogos/as que evaluaron la alianza

terapéutica entre la tercera y la cuarta sesión reportaron una alianza de trabajo con los/as niños/as significativamente mayor que los/as que informaron la alianza terapéutica en las dos primeras sesiones.

b) Hipótesis 1A: Alianza Terapéutica Inicial y Sexo del Niño/a

Se efectuó una prueba T de student con la hipótesis de que hay diferencias significativas en la alianza terapéutica desarrollada en los/as niños/as según su sexo, específicamente, que la media de la alianza terapéutica del sexo femenino es mayor a la media reportada en el sexo masculino. Los resultados indicaron que **esta hipótesis se rechaza**, no existiendo diferencias significativas en la alianza terapéutica inicial según el sexo del niño/a ($p= 0.358$); lo que se visibiliza al tomar atención a las medias de ambos grupos, dado que son muy similares, aún cuando es levemente mayor en las niñas.

c) Hipótesis 1B: Alianza Terapéutica Inicial y Sexo del Terapeuta

Se realizó una prueba T de Student con la hipótesis de que las terapeutas de sexo femenino presentan medias de alianza terapéutica inicial significativamente mayores que los terapeutas de sexo masculino. Los resultados sostienen que **esta hipótesis se rechaza**, no reportándose diferencias significativas en la alianza terapéutica inicial según el sexo del terapeuta ($p= 0.371$), lo que puede respaldarse con los resultados dados en los estadísticos descriptivos expuestos previamente, ya que son similares entre sí.

IV. Análisis correlacional de la alianza terapéutica inicial con variables de los/as niños/as y terapeutas en casos de agresión sexual infantil atendidos en PRM

La matriz de correlaciones entre la alianza terapéutica inicial y las variables del niño/a y terapeuta se evaluarán mediante el coeficiente de correlación de Pearson, dando a conocer los resultados de acuerdo a las hipótesis planteadas. Además, a pesar de que es posible visualizar correlaciones significativas entre otras variables, por ejemplo entre escalas de instrumentos de medición de la sintomatología general y postraumática, éstas no serán consideradas en el reporte de los resultados; no obstante, sí se muestran en la matriz de correlaciones (**Tabla 37**).

a) Hipótesis 2A: Alianza Terapéutica Inicial y Edad del niño/a

Se rechaza la hipótesis “A mayor edad de los/as niños/as, índices de alianza terapéutica inicial más elevados”; no se distinguen correlaciones estadísticamente significativas entre la alianza terapéutica y la edad del niño/a ($p= 0.434$).

b) Hipótesis 2B: Alianza Terapéutica Inicial y Sintomatología General y Postraumática del niño/a

Se rechaza la hipótesis “A mayores niveles de sintomatología general y postraumática, menor alianza terapéutica inicial”. Respecto a la sintomatología general SDQ, es posible apreciar una correlación positiva de baja magnitud ($p < 0.05$) entre TASC-r y puntaje total SDQ ($p= 0.039$), teniendo una correlación de 0.293; esto indicaría que a mayor presencia de sintomatología general, mayor alianza terapéutica. Por otro lado, en cuanto a la

sintomatología postraumática PEDS, no se distingue una correlación estadísticamente significativa entre la alianza terapéutica inicial y el puntaje de PEDS total ($p= 0.065$).

c) Hipótesis 2C: *Alianza Terapéutica Inicial y Sintomatología Internalizante en niños/as*

Se reafirma la hipótesis “Los/as niños/as con sintomatología en la línea internalizante, reportan índices de alianza terapéutica inicial más elevados”: Se arroja una correlación positiva de baja magnitud entre la alianza terapéutica inicial y la sintomatología internalizante SDQ en el niño/a ($p= 0.032$), teniendo un valor de correlación de 0.304, lo que señala que a mayor sintomatología internalizante en el/la niño/a, mayor alianza terapéutica inicial. En tanto, no se distingue una correlación estadísticamente significativa entre la alianza terapéutica inicial y los síntomas en la línea externalizantes del SDQ ($p= 0.247$).

d) Hipótesis 3A: *Alianza Terapéutica Inicial y Edad de los/as terapeutas*

Se rechaza la hipótesis “A menor edad de los/as terapeutas, índices de alianza terapéutica inicial más elevados”; dado que no se establecen correlaciones significativas entre la alianza terapéutica inicial reportada en el TASC-r y la edad de los/as terapeutas ($p= 0.405$).

e) Hipótesis 3B: *Alianza Terapéutica Inicial y Años de Experiencia del terapeuta*

Se rechaza la hipótesis “A menor años de experiencia de los/as terapeutas, mayor alianza terapéutica inicial”; dado que no se establecen correlaciones significativas entre la alianza terapéutica inicial reportada por los/as terapeutas y los años de experiencia que estos/as poseen ($p= 0.473$).

Finalmente, es interesante señalar que se aprecian correlaciones significativas positivas de baja magnitud ($p < 0.05$) entre la alianza terapéutica inicial y la subescala SDQ de problema con pares ($p= 0.024$), teniendo un valor de correlación de 0.320, esto advierte que a mayor puntaje en la subescala de problemas con pares, mayor alianza terapéutica entre niño/a y terapeuta según el TASC-r; y entre la alianza terapéutica y la subescala PEDS Ansioso/Retraído ($p= 0.027$), teniendo un valor de correlación de 0.312, lo que indica que a mayor sintomatología en la subescala Ansioso/Retraído, mayor alianza terapéutica inicial. Por otra parte, no se muestran correlaciones significativas entre la alianza terapéutica y las subescalas Temeroso, Acting Out y Malestar General del PEDS; y entre la alianza terapéutica y el puntaje por subescalas de Síntomas Emocionales, Problemas Conductuales, Hiperactividad y Conducta Prosocial del SDQ.

Tabla 37

Correlaciones entre Alianza Terapéutica Inicial con las variables de niños/as y terapeutas

Matriz de Correlaciones																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1. TASCRTOT	—																
2. SDQSE	.197	—															
3. SDQPC	.187	.420**	—														
4. SDQHI	.115	.157	.541***	—													
5. SDQPP	.320*	.354*	.231	.104	—												
6. SDQCP	-.115	-.227	.467***	-.268	-.380**	—											
7. SDQTD	.293*	.737***	.771***	.649***	.598***	.470***	—										
8. SDQExt	.167	.312*	.848***	.905***	.183	-.406**	.800***	—									
9. SDQInt	.304*	.868***	.409**	.162	.772***	-.356*	.818***	.309*	—								
10. PEDSAR	.312*	.858***	.475***	.220	.313*	-.224	.702***	.380**	.749***	—							
11. PEDSTE	.71	.586***	.426**	.249	.208	-.131	.546***	.373**	.508***	.647***	—						
12. PEDSAO	.231	.517***	.770***	.519***	.113	-.213	.693***	.717***	.411**	.640***	.531***	—					
13. PEDSMG	.246	.758***	.663***	.395**	.242	-.224	.760***	.585***	.644***	.889***	.822***	.863***	—				
14. PEDSTOT	.263	.770***	.638***	.372**	.280*	-.198	.761***	.558***	.672***	.898***	.818***	.829***	.988***	—			
15. EDADN	.113	.68	-.208	-.133	.130	.211	-.41	-.189	.116	.96	.33	-.169	-.24	.15	—		
16. EDADPSI	.120	-.84	.107	.84	.13	-.174	.33	.107	-.50	-.10	.17	.59	.27	.6	.110	—	
17. EXP PSI	.104	.37	.134	.208	.35	-.241	.148	.199	.44	.121	.186	.246	.217	.195	.131	.382**	—

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$. TASCRTOT: alianza terapéutica inicial reportada por el/la terapeuta; TOT: puntaje total; SDQ y PEDS: sintomatología del niño/a reportada por el/la cuidador/ra; SE: síntomas emocionales; PC: problemas conductuales; HI: hiperactividad; PP: problemas con pares; CP: conducta prosocial; Ext: subescala externalizante; Int: subescala internalizante; AR: ansioso/retraído; TE: temeroso; AO: acting out; MG: malestar general; N: niño/a; PS: psicoterapeuta; Exp: Experiencia.

DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue realizar un análisis descriptivo y correlacional entre las variables clínicas y demográficas de niños/as y sus terapeutas, y la alianza terapéutica inicial en psicoterapia en casos de agresión sexual hacia niños/as de 4 a 9 años de edad, atendidos en Programas de reparación de maltrato grave [PRM]. A la base de este estudio, se sitúa la necesidad de generar información actualizada en torno a la alianza terapéutica inicial en niños/as, siendo interesante visibilizar el comportamiento del fenómeno en esta población específica, dado que se han realizado revisiones en la materia y se han reportado diferencias con la población adulta (Shirk y Karver, 2003). Ahora bien, a lo anterior se le suma que los/as niños/as de la muestra han sido víctimas de agresión sexual, fenómeno particular y heterogéneo, perteneciente a un tipo de maltrato y vulneración en la infancia. Dicho esto, la investigación resulta ser provechosa en el ámbito clínico y de intervenciones, como también un beneficio informativo en la expansión del conocimiento en esta temática.

Este estudio está concretado a cabalidad en cuanto a los objetivos descriptivos, comparativos y correlacionales, siendo interesante discutir los principales resultados.

I. Reflexiones en torno a las características de los/as niños/as consultantes por Agresión Sexual Infantil

A nivel descriptivo, los resultados informan que la muestra se compone mayoritariamente por niñas. En efecto, en este punto existe coherencia con las investigaciones revisadas, dado que en la población chilena las mujeres son las principales víctimas de agresión sexual infantil. Fundamentando esta postura, UNICEF-Chile (2012), expone que a nivel nacional, el porcentaje de niños que han sido agredidos sexualmente es menor al de las niñas. En esta línea, un estudio argentino reportó resultados similares a la presente muestra, donde más de la mitad de los/las niños/as agredidos en la esfera sexual, eran de sexo femenino (Seldes et al., 2008). En complemento, esta prevalencia señalada puede denotar la presencia de un grado de influencia de prejuicios y estereotipos de género sociales, los que han de manifestarse en distintos entornos, desde las familias de las víctimas hasta las instancias encargadas de la detección de la victimización sexual (ACHNU PRODENI-SENAME, 2007, en MINSAL y UNICEF, 2011). En otras palabras, hace referencia a la coexistencia de creencias asociadas al sexo femenino, pudiendo ser visualizado como un grupo vulnerable, lo que se suma al factor de riesgo propio de la muestra estudiada de niños/as que se encuentran en desarrollo y que tienden a supeditarse a los cuidados de una figura cuidadora.

Por otro lado, en este estudio, preescolares y escolares se distribuyen equitativamente, lo que resulta llamativo, dado que si bien la muestra es dirigida, al comienzo de la investigación no se manipulan ni categorizan los casos conforme a la etapa del desarrollo del niño/a. Estos resultados son opuestos a las investigaciones revisadas previamente; dado que, se ha vislumbrado que los/as niños/as que se encuentran en etapa escolar son más propensos a vivenciar un suceso de agresión sexual, en comparación a preescolares y adolescentes (Seldes et al., 2008). De hecho, en una región vecina, Argentina, se llevó a cabo un estudio con niños/as que han sufrido agresión sexual, reportándose que la caracterización de la muestra

registro que casi la mitad de los/las niños/as se encontraban entre los 7-9 años (Seldes et al., 2008); Asimismo, en investigaciones anteriores, pero esta vez en contexto chileno, se manifestó que el promedio de edad de niños/as que han sufrido abuso y vulneración sexual ha sido de 8 años y medio, es decir, también situado en etapa escolar (UNICEF, 2012).

En relación a lo descrito anteriormente, el aumento de casos de niños/as en etapa preescolar podría deberse a los cambios producidos en Pandemia por COVID-19; a propósito de esta idea, el CEAD (2021), reporta un aumento de denuncias en materia de delitos sexuales en los últimos años. Estos comportamientos estadísticos respaldan la premisa de que, debido a las medidas adoptadas en Pandemia y el propio contexto de crisis sanitaria, como la cuarentena, el confinamiento, el aumento del consumo de alcohol y drogas en las familias, dificultades en la salud mental, clases virtuales, entre otros, han tornado a la población infantil como una grupo de riesgo en maltrato (Pereda y Díaz-Faes, 2020), incluyendo las agresiones por medios digitales (UNICEF y CEPAL, 2020).

Por otra parte, en cuanto a la sintomatología del niño/a, se observó una tendencia de la muestra a presentar psicopatología, con mayor concentración en los síntomas de la línea externalizante. Al visualizar la preponderancia de estos síntomas, es interesante considerar que el reporte fue realizado por los/as adultos/as cuidadores/as, y se ha señalado que estos suelen indicar mayor sintomatología en esta línea (Elander y Rutter, 1995, citado en Carrasco, 2017), siendo los síntomas externalizantes los más observables en la conducta del niño/a.

Respecto a la sintomatología postraumática, resulta importante recalcar que todos/as los/as niños/as de la muestra reportan puntuaciones sobre el umbral clínico; esto se relaciona a la premisa de que las agresiones sexuales son un evento altamente estresante, por lo que se vinculan de mayor manera a la presencia de síntomas de estrés postraumático (Guerra y Farkas, 2015). Es más, en un estudio realizado por Pérez-Benítez et al. (2009) en población adolescente, se expone que mujeres y varones muestran una alta correlación entre desarrollar TEPT y haber vivenciado una agresión sexual. De este modo, lo anterior podría relacionarse con la gravedad encontrada en la población estudiada; sin embargo, desde otra vereda, es fundamental aclarar que existe la probabilidad que estos resultados se encuentren relacionados con el hecho de que el instrumento aplicado no está validado en Chile, siendo este un factor que pudo ocasionar dificultades en términos de la sensibilidad del instrumento en la población infantil chilena.

En definitiva, los elevados índices de presencia de sintomatología general y postraumática, además de estar vinculados de por sí al fenómeno de agresión sexual infantil, pueden estar influenciados por el contexto de Pandemia, puesto que ésta simbolizó un impacto significativo en la salud mental de los/as niños/as. En este marco, Larraguibel et al. (2021), dan a conocer que tanto preescolares como escolares presentaron un aumento en la sintomatología internalizante, externalizante y somática durante la Pandemia; incluso, investigaciones internacionales exponen que la franja más afectada por el confinamiento domiciliario y cierre escolar fueron niños/as de 5 a 8 años de edad (Gatell-Carbó et al., 2021).

II. Reflexiones en torno a las características de los/as psicoterapeutas de PRM

Los/as terapeutas participantes de la muestra son mayormente de sexo femenino; este reporte va en la línea de las investigaciones en torno a la temática, específicamente, se argumenta que en la carrera de psicología ingresan mayor cantidad de personas de sexo femenino, dado que socialmente se ha asociado a las mujeres al campo de la psicología, percepción que afecta la manera en que puede ser visualizada la profesión (Boysen et al., 2022), siendo esta una barrera sociocultural que debe ser deconstruida.

En cuanto a la edad del terapeuta, la investigación muestra que gran parte de ellos/as tienen menos de 30 años. Así también, la edad del psicólogo/a, se correlaciona con sus años de experiencia, denotando que la mayoría tiene poca experiencia realizando psicoterapia. Lo expuesto previamente es disímil a lo señalado desde Mejor Niñez, antiguo SENAME (2015b), dado que se estipula que los/as profesionales que trabajen en estos casos deben contar con al menos tres años de experiencia laboral con niños/as, además de tener experiencia en el área específica de agresión sexual infantil. De lo anterior, es pertinente reflexionar en torno a la demanda que presentan estos programas; ya que en el año 2018 habían más de 3.000 niños/as en lista de espera para ser atendidos en servicios especializados en agresión sexual, pudiendo transcurrir hasta un año y medio para acceder al programa (Figueroa, 2018). De este modo, esta alta demanda puede conllevar a la necesidad de más profesionales y, consecuentemente, a la flexibilización en los requerimientos. Así también, surge la idea de la necesidad de prestar atención a la diferencia en la apertura que puedan tener los/as terapeutas de distintas edades a la participación en estos estudios.

III. Reflexiones en torno a la Alianza Terapéutica Inicial

La alianza terapéutica inicial se posiciona como un elemento primordial en la psicoterapia en casos de agresión sexual infantil. En esta investigación, se visualiza que el momento de medición de la alianza de trabajo inicial marca una diferencia significativa entre las realizadas en las sesiones 1-2 y las sesiones 3-4, lo que desde la perspectiva de Nuñez (2021), estaría explicando que la alianza terapéutica posee un carácter de evolución desde fases graduales, siendo la primera de ellas la fase inicial, pudiendo nutrirse y fortalecerse de manera progresiva, debido a que en un comienzo del tratamiento la población infantil posiblemente presente reticencia a la terapia; sin embargo, luego se puede dar el espacio para establecer un entorno más cálido, afectivo, y de autonomía e interacción simétrica lúdica.

Por otra parte, el 78% de los/as niños/as dan cuenta de una alta alianza terapéutica inicial, reportando resultados similares en la alianza terapéutica de acuerdo a la edad y sexo del niño/a. Más detalladamente, se registraron medias más elevadas en los reportes que se realizaron en quienes llevaban 3 o 4 sesiones, en comparación con lo notificado en los cuestionarios aplicados en la sesión 1 o 2. Este primer acercamiento de carácter descriptivo a la alianza terapéutica inicial, resulta ser un buen indicio del tratamiento psicoterapéutico, dado que el desarrollo de una alianza terapéutica temprana fuerte se reconoce como un componente esencial para alcanzar la resignificación y superación de la vivencia abusiva (Karver et al., 2018; Núñez y Gómez, 2019; Shirk et al., 2011).

IV. Relaciones entre Alianza Terapéutica Inicial y variables del niño/a y su terapeuta

En la presente investigación, se esperaba que los/as niños/as de mayor edad presentaran índices de alianza terapéutica inicial más elevados que aquellos/as de menor edad; sin embargo, no fue posible realizar una correlación de la alianza terapéutica con esta variable. Lo anterior concuerda con análisis previos realizados en población de niños/as consultantes por motivos diversos, en donde no fue posible encontrar correlaciones entre alianza terapéutica y edad del niño/a (Goic, 2020). De forma opuesta, otros autores plantean la existencia de diferencias por nivel evolutivo, al estimar que los/as escolares cuentan con una comprensión más amplia de la psicoterapia y lo que este proceso conlleva, mientras que los/as preescolares podrían presentar barreras al momento de expresar verbalmente sus dificultades (Bordin, 1979; Corbella y Botella, 2003; Fossa, 2012; Malhotra y Chauhan, 2020). En este sentido, los/las niños/as de mayor edad, daban cuenta de la percepción de elementos esenciales para el contexto de psicoterapia, como la fusión de esfuerzos, los acuerdos de metas y la construcción de objetivos para establecer una alianza terapéutica positiva (Bordin, 1979; Malhotra y Chauhan, 2020). Es más, profundizando en estas diferencias esperadas, en otra investigación en casos de agresión sexual infantil, se indica que los/as niños/as en etapa escolar otorgaban mayores detalles e información a las preguntas realizadas en la entrevista inicial que aquellos/as niños/as de etapa preescolar, dado que en la experiencia de índole sexual entablaron más diálogo con quien fuera el agresor (Hernandez, 2016).

Así, pese a que la literatura muestra un escenario de variaciones según etapas del desarrollo, en este estudio no se dio de esa manera; lo que ha de estar asociado a que pueden existir diversas variables que interactúen y se interrelacionen en la percepción de la alianza terapéutica inicial. Incluso, estos resultados pueden explicarse por el asentamiento de características que no son exclusivas de los/as participantes, pero sí de la dinámica que se puede producir en las primeras sesiones de psicoterapia (Horvath y Luborsky, 1993). En línea similar, es posible señalar que tanto en preescolares como en escolares, la alianza terapéutica inicial no solo tendrá como actores la diada terapeuta-paciente, sino que, al ser un proceso con niños/as se configura la tríada paciente-terapeuta-cuidador primario (Fernández et al., 2016; Shirk y Karver, 2003; Shirk et al., 2011); por tanto, existe una relación múltiple que debe ser considerada en este encuentro de vinculación.

En relación con la variable sexo del niño/a y la alianza terapéutica, no se hallaron diferencias significativas, reportando medias similares en ambos grupos, levemente mayor en las niñas. Si bien la diferencia no fue significativa, esta tendencia refleja similitud con estudios precedentes que señalan que el sexo del paciente es una variable influyente, al igual que el sexo del terapeuta, sobre todo cuando estas variables se entrelazan (Wintersteen et al., 2005). Así también, Zorzella et al. (2015), establecen que tanto la sintomatología como el sexo del niño/a son factores importantes que afectan la alianza terapéutica al comienzo del tratamiento. Ahora bien, es pertinente acotar que este resultado puede deberse a las características de la muestra analizada, dado que la mayoría de los datos recabados corresponden a casos de niñas de sexo femenino que han tenido una experiencia de connotación sexual.

Por otro lado, se constató que quienes presentan mayor sintomatología general, tienden a desarrollar mayor alianza terapéutica inicial. La hipótesis planteaba lo contrario, dado que en los casos de agresión sexual infantil se ve afectada la confianza de los/as niños/as en los/as otros/as y en las relaciones humanas cercanas (Pereda Beltran, 2009), por lo que a pesar de presentarse en un ambiente relacional de apertura hacia la sanación y recuperación de la confianza (Martínez, 2012), las mayores manifestaciones sintomatológicas en esta índole podrían haber dificultado el proceso inicial de terapia. Sin embargo, a modo de reflexión, esta relación se puede deber a que al presentar mayor sintomatología exista más claridad desde los/as psicoterapeutas en cuanto a la manera de actuar y llevar a cabo la terapia, además de calidez y un instinto genuino por ayudar al niño/a, lo que es sumamente importante en la alianza terapéutica desde el comienzo del tratamiento (Lambert y Bergin, 1994). Asimismo, desde la vereda del paciente, éste puede necesitar más intensamente del espacio psicoterapéutico, valorando las instancias de intervención que se le plantean, a pesar de los factores sintomatológicos previos con los que pueda presentarse en sesión.

En la misma línea, se destaca la correlación positiva significativa entre alianza terapéutica inicial y la sintomatología internalizante. Lo expresado concuerda con lo observado en la investigación de Zorzella et al. (2015) y con lo expuesto previamente, siendo un factor importante en la psicoterapia, pudiendo actuar como un predictor para obtener resultados positivos en el proceso; de esta manera, es posible reflexionar en cómo la alianza terapéutica inicial es un componente clave para el buen desarrollo de la terapia y la adquisición de herramientas para enfrentar los síntomas en la línea más ansiosa. Una experiencia de agresión sexual puede llevar a que se desarrolle algún rasgo de ansiedad social, conductas de aislamiento, interacciones sociales disminuidas y rechazo de las actividades sociales (Pereda Beltran, 2009); y, en este marco, el espacio terapéutico y la dinámica terapeuta-paciente viene a brindar un ambiente de contención, calidez y confianza, siendo favorable para la expresión sintomatológica, actuando como una experiencia correctiva y sanadora a lo largo del proceso psicoterapéutico, pudiendo desarrollarse desde el primer acercamiento entre las partes (Neimeyer y Mahoney, 1998; Botella, 2008; en Medina, 2017). Además, los/as pacientes con trastornos en la línea internalizante pueden establecer acuerdos sobre las tareas y objetivos con sus terapeutas más fácilmente debido a su malestar emocional y suelen tener menos problemas con las figuras de autoridad (DiGiuseppe et al., 1996).

De manera análoga, lo dicho anteriormente es congruente con los resultados en torno a la sintomatología postraumática, dado que se estableció una correlación significativa entre los/as niños/as con sintomatología de ansiedad y retraimiento con la alianza terapéutica inicial. Dicho esto, Álvarez (2019), señala que los/as niños/as que presentan síntomas de estrés postraumático y se encuentran en edad preescolar y escolar, desarrollan esta sintomatología desde la línea más internalizante, vale decir, con presencia de pensamientos intrusivos diurnos, pesadillas, ansiedad, disociación, entre otros; y al observar esta subescala que va en dicha línea, se muestra una correlación positiva con la alianza terapéutica, lo que se condice con lo expuesto en la literatura (Halfon et al., 2019; Zorzella et al., 2015).

En contraparte, al observar la línea de síntomas externalizantes, no se visualizó una correlación entre ésta y la alianza terapéutica inicial; este resultado ha de explicarse por el

abordaje y las intervenciones a realizarse en las primeras sesiones, siendo posible interpretar que el trabajo con niños/as en esta línea pudiese ser más desafiante a la hora de intentar llevar a cabo intervenciones (Robbins, et al., 2003; Zorzella et al., 2015).

A modo de reflexión personal, es posible considerar que en temas de infancias han ocurrido modificaciones socioculturales sustanciales positivas; sin embargo, estos cambios en el modelo clínico suelen ser graduales. Por aquello, los hallazgos señalan la importancia de ser dinámico/a y genuino/a en las intervenciones con niños/as, pero es un desafío; ya que como menciona Lecannelier (2021), día a día es posible encontrarse con ideas que tienden a entender que ‘los/as niños/as buenos/as’ deben ser obedientes, hacer caso, no desregularse emocionalmente, no cuestionar, no opinar, dado que si realizan estas acciones señaladas, muchas veces son denominados/as ‘niños/as problemas’, o los/as inquietos/as, hiperactivos/as, los/as que hacen pataletas o hacen ruidos; de esta forma, se estigmatiza y se legitima una visión que deviene del adultocentrismo.

En este contexto, se suma la dificultad de comprender los significados detrás de la sintomatología externalizante sin caer en la estigmatización, puesto que en ocasiones el desafío de entender estas manifestaciones puede provocar que los/as pacientes perciban un sentimiento de incompreensión, pudiendo impactar en la terapia (Abrishami, 2009; Shirk y Karver, 2003). Por otro lado, el conectarse y co-crear acuerdos mutuos al principio de la psicoterapia puede significar una dedicación mayor al enfrentarse a síntomas en esta línea (Zorzella et al., 2015). Es entonces que, a partir de este análisis, se posiciona como desafío y necesidad el buscar estrategias y repensar la forma de establecer una alianza terapéutica temprana positiva con niños/as con sintomatología externalizante, siendo este un resultado novedoso y que contribuye directamente a la práctica clínica.

Con lo que respecta a las variables del terapeuta, no hubieron hallazgos significativos en cuanto a una relación entre el sexo, la edad y los años de experiencia del psicólogo/a con la alianza terapéutica inicial. Respecto al sexo del terapeuta, es menestar indicar que la muestra no está distribuida de manera homogénea, dado que existe mayor predominancia de terapeutas mujeres. Así, si bien los resultados arrojaron que no existía una relación entre estas variables, en la literatura se señala que las medias de alianza terapéutica inicial son más altas en terapeutas mujeres en comparación con terapeutas hombres (Vosciano et al., 2004, en Malhotra y Chauhan, 2020). Se contemplaba que las terapeutas mujeres transmiten mayor empatía, calidez y capacidad para evitar contratransferencias (Saarnio, 2010, en Malhotra y Chauhan, 2020), y que los terapeutas hombres tienden a un estilo de terapia más confrontacional, lo que impacta en la alianza; a pesar de lo anterior, es pertinente recalcar que los dichos en torno a esta variable no son un determinante y no son una generalización (Copeland, 1997).

Finalmente, pasando a los años de experiencia y edad de los/as terapeutas, se entiende que si bien la literatura señala que los/as psicólogos/as más jóvenes tienden a tener una alianza terapéutica más alta en comparación con los de mayor edad, los resultados de la presente investigación no marcaron diferencias significativas, por lo que se comprende que más que la importancia de las variables clínicas y demográfica del terapeuta, pudiesen ser las habilidades

y actitudes del terapeuta hacia el paciente y sus figuras cuidadoras lo que funcionaría como un factor a considerar. En concordancia con lo anterior, Nuñez (2021), señala que el/la terapeuta cumpla un rol activo en cuanto a generar espacios cálidos, otorgar seguridad, poseer atributos como ser genuino/a en las intervenciones, afectuoso/a y amable con todos/as los/as participantes de la terapia, mostrando interés en el proceso de cambio, adaptándose a las necesidades del niño/a, siendo lúdico/a y a la vez dinámico/a (Núñez, 2021).

Para concluir, no está demás recalcar que la alianza terapéutica inicial va a incluir la relación tanto con los/as niños/as como con los/as cuidadores/as; por tanto, las características del terapeuta, el espacio y construcción de las dinámicas serán fundamentales, sin embargo, no se reduce a ello. Sumado a lo anterior, para realizar una práctica clínica efectiva en el campo infantojuvenil, es esencial comprender a los/as usuarios/as del servicio, individualizar los casos, evitando la generalización y encasillamiento de quienes vivenciaron una agresión sexual, sobre todo considerando la multifactoriedad de estas experiencias, instando a que el/la niño/a sea protagonista de su proceso.

V. Limitaciones, fortalezas y recomendaciones a estudios futuros

En función del análisis de esta investigación, es pertinente exponer algunas limitaciones que se sugiere considerar en estudios futuros. En primer lugar, se observa que el momento de medición de la alianza terapéutica inicial es muy variado, ya que existen casos donde los instrumentos de evaluación se aplicaron en la sesión 1 y otros en la sesión 4, existiendo variabilidad de resultados de acuerdo al número de sesiones. Por otra parte, los instrumentos fueron aplicados a terapeutas y cuidadores/as primarios/as, siendo un reporte de fuente secundaria, ya sea en sintomatología como alianza terapéutica inicial, dando énfasis en que al no ser una respuesta directa del niño/a, es posible encontrarse con aspectos sintomatológicos que queden fuera (Elander y Rutter, 1995, citado en Carrasco, 2017). En tercer lugar, se constata que el PEDS no está validado en Chile desde la perspectiva de los padres, pudiendo incidir en los resultados de los/as participantes de la muestra, siendo importante que para una futura validación se consideren las características propias de los/as niños/as de la población chilena.

A raíz de las limitaciones, sería interesante una investigación que esté direccionada a recolectar datos desde la propia perspectiva del niño/a en relación con la alianza terapéutica inicial en casos de agresión sexual infantil, ya sea por medio de dibujos, de comic, etcétera; dándole voz a los/las niños/as y haciéndolos protagonistas de este proceso de resignificación. Así también, que la medición se realice a lo largo del proceso de psicoterapia, pudiendo entregar insumos más completos en torno al trabajo psicoterapéutico con niños y niñas que han sufrido un hecho abusivo, incluyendo otras variables al análisis, como por ejemplo las variables propias de una agresión sexual.

Además, en próximas investigaciones se podría pensar en dispositivos que permitan la medición en un momento específico del tratamiento, de manera que ningún dato se escape del margen determinado de sesiones correspondientes al momento 1 de la alianza terapéutica inicial. En relación con lo anterior, se propone que, de replicarse esta investigación, ésta

pudiese contar con una muestra más grande y representativa, dado que algunas de las variables estudiadas mostraban tendencias cercanas al nivel de significancia, por lo que podrían intensificarse o verse disminuidas.

Por otro lado, es fundamental pensar futuras investigaciones ligadas a la evaluación de la alianza terapéutica inicial con la relación triádica entre paciente-terapeuta-adultos/as responsables del proceso, ya que los/as cuidadores primarios/as suelen ser un pilar fundamental para la adherencia a la psicoterapia, pudiendo predecir mejores alianzas con los/as niños/as.

En virtud de las fortalezas del estudio, se puntualiza que es una investigación provechosa a la hora de realizar intervenciones psicoterapéuticas, considerando los factores que podrían favorecer o dificultar la alianza terapéutica inicial con niños/as con experiencias de agresión sexual. Ampliando este aspecto, este análisis entrega información de la necesidad de considerar la sintomatología de la población infantil en los procesos de alianza de trabajo temprana, expandiendo interés en los/as terapeutas por ir explorando estrategias y herramientas para establecer alianzas positivas con los distintos tipos de expresiones sintomatológicas. Es más, resulta ser útil y novedosa para ampliar la perspectiva y conocimiento en estas temáticas, puesto que existe escasa información de la alianza terapéutica inicial en niños/as, y en menor cantidad en casos de agresión sexual infantil. Así también, el análisis descriptivo muestra datos y resultados de la realidad nacional, con información demográfica y clínica actualizada, y aterrizada a los cambios contextuales a raíz de la Pandemia por COVID-19.

Finalmente, destacar que este estudio está inserto en el Proyecto Fondecyt 1200627, por lo que puede complementarse con otras investigaciones de la misma línea, tanto cuantitativos como cualitativos, que irán dando cuenta del Proceso de cambio psicoterapéutico en niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales.

CONCLUSIONES

La presente investigación estuvo dedicada a la exploración de la relación entre la Alianza Terapéutica Inicial en Psicoterapia por Agresión Sexual Infantil con variables clínicas y demográficas de niños/as y sus terapeutas. Para ello, se trabajó en casos de agresión sexual hacia niños/as de 4 a 9 años de edad que iniciaron un proceso de psicoterapia en Programas de reparación de maltrato grave (PRM), siendo una muestra de difícil acceso, lo que se intensificó con el contexto de pandemia, donde la mayor parte de los ingresos y primeras sesiones de psicoterapia se realizaron por modalidad online-remota, teniendo que enfrentarse a nuevos obstáculos y vivenciando una construcción de alianza diferente.

Para profundizar en la temática a estudiar, se realizaron diversos objetivos e hipótesis, dando como resultado aspectos descriptivos, comparativos y correlaciones en torno a las variables de interés. En primer lugar, hallazgos relevantes a considerar tienen relación a las características de la muestra, dado que se observó heterogeneidad en la etapa del desarrollo de quienes fueron participantes, además de una preponderancia de casos de sexo femenino en el total de niños y niñas que comenzaron psicoterapia por una experiencia abusiva. Así también, se señalan altos índices de sintomatología general y sintomatología postraumática, es más, el 100.0% de los/as niños/as se situó sobre el umbral clínico en el instrumento PEDS.

En cuanto a la sintomatología general, se muestran tendencias de los/as escolares y de las niñas a presentar mayor psicopatología. Así también, se destaca que las niñas poseen puntuaciones mayores en la línea de síntomas internalizantes, en comparación a los niños; por otro lado, no se visualizan mayores diferencias entre los grupos en los síntomas externalizantes. Respecto a los síntomas postraumáticos, es menester dar cuenta que tanto en la sintomatología postraumática total como en las subescalas que componen el instrumento se mostraron altos índices de síntomas de acuerdo a edad y sexo, es decir, es similar en todos/as los/as participantes. Por otro lado, respecto a los/as terapeutas que brindaron las atenciones, la mayoría era de sexo femenino, jóvenes y con pocos años de experiencia en la realización de psicoterapia, más aún en agresión sexual infantil.

En relación al momento de medición de la alianza entre los/as niños/as y sus terapeutas, este fluctuó entre 1 y 4 sesiones, denotando que las evaluaciones realizadas en las sesiones 1 o 2 eran significativamente más bajas que en la 3 o 4; por lo que se reflexiona que los primeros dos encuentros podrían representar una alianza muy temprana. Sobre esta base, es interesante aspirar a una homogeneidad en el momento de medición y en las variables demográficas de ambos actores involucrados, a fin de que en estudios futuros sea posible encontrar resultados más representativos y significativos en torno a la manera en que se correlacionan diversas variables con la alianza terapéutica inicial y el tratamiento psicoterapéutico en desarrollo. Además, resulta importante recordar la participación de los/as cuidadores/as primarios/as, siendo interesante indagar en el impacto que estos pueden tener en que los/as niños/as asistan con disposición a terapia, dado que parece ser que las primeras dos sesiones pueden estar actuando como período preparatorio.

Así también, se reporta que el 78.0% de los/as terapeutas da cuenta de una tendencia a una alta alianza terapéutica inicial, no mostrando relaciones significativas entre la alianza terapéutica desarrollada al comienzo de la terapia con la edad y sexo de los/as niños/as. En la misma línea, tampoco se reportan correlaciones significativas entre el desarrollo de la alianza terapéutica inicial y las variables del terapeuta. Finalmente, cabe recalcar los hallazgos en la relación entre alianza terapéutica inicial y sintomatología de la población infantil; en tanto, se destaca que a mayor sintomatología general, en síntomas internalizantes, en subescala de problemas con pares SDQ y en subescala ansioso/retraído PEDS, se da una mayor alianza temprana entre niño/a y terapeuta. De esta manera, existe una inclinación a que la población infantil con mayor sintomatología de la línea internalizante desarrolle índices de alianza de trabajo más altos, pudiendo indicar que la necesidad de más apoyo y la facilidad que poseen los/as psicólogos/as para conectar con esta forma de manifestación resultan un factor importante a considerar, visibilizándose en el vínculo logrado en las primeras sesiones de encuentro terapéutico; no olvidando que los reportes son realizados por quienes realizan la terapia, siendo esencial extender este estudio y observar y escuchar lo que niños y niñas tienen por comunicar.

En síntesis, el fenómeno de agresión sexual puede tener una multiplicidad de consecuencias tanto a corto plazo como largo plazo, siendo sumamente necesario dar respuesta a esta vulneración de derechos, por medio de estrategias psicoterapéuticas que contienen a la alianza terapéutica inicial como un elemento fundamental para la adherencia y predictor de la efectividad de la terapia; de manera que por medio de esta alianza sea posible realizar acciones a nivel sintomático, estructural y etiológico. Por estos motivos, la variable sintomatológica de la línea internalizante se posiciona como un factor influyente en el camino hacia la comprensión y caracterización del fenómeno de agresión sexual en la realidad chilena.

REFERENCIAS

- Accurso, E. & Garland, A. (2015). Child, Caregiver, and Therapist Perspectives on Therapeutic Alliance in Usual Care Child Psychotherapy. *Psychological Assessment*, 27(1), 347-352. <https://doi.org/10.1037/pas0000031>
- Águila, D., Lama, X., Capella, C., Rodríguez, L., Dussert, D., Gutiérrez, C., & Beiza, G. (2016). Narratives from therapists regarding the process of psychotherapeutic change in children and adolescents who have been victims of sexual abuse /Narrativas de terapeutas sobre el proceso de cambio psicoterapéutico en niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales. *Estudios de Psicología*, 37(2-3), 344-364. <https://doi.org/10.1080/02109395.2016.1204780>
- Aguilera, R., Barbieri, M., Bontempo, N., Cordero, S. & Thomann, N. (2018). *Abuso sexual infantil: la atemporalidad del trauma, consecuencias psíquicas y su incidencia en el cuerpo*. [Discurso principal]. II Congreso Internacional de Victimología, Ensenada, Argentina.
http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/77446/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?isAllowed=y&sequence=1
- Altimir, C., Capella Sepúlveda, C., Nuñez, L., Abarzúa Cubillos, M. y Krause, M. (2017). *Meeting in difference: revisiting the therapeutic relationship based on patients' and therapists' experiences in several clinical contexts*. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/148703>
- Álvarez, K. (2003). Una comprensión eco-sistémica, co-activa y de trauma en abuso sexual infanto juvenil intrafamiliar ¿es posible?. *Boletín sociedad de psiquiatría y neurología de la infancia y adolescencia*, 14(1), 14-30.
- Álvarez, K. (2019). Abuso sexual ne la niñez y adolescencia. En Almonte, C. y Montt, M. (Eds.), *Psicopatología Infantil y de la adolescencia* (pp. 349-384). Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.
- Ardito, R. B., & Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in Psychology*, 2, 270. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00270>
- Ariés, P. (1987). *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen*. Madrid: Taurus.
- Arnou, B., Steidtmann, D., Blasey, C., Manber, R., Constantino, M., Klein, D., Markowitz, J., Rothbaum, B., Thase, M., Fisher, A., & Kocsis, J. (2013). The relationship between the therapeutic alliance and treatment outcome in two distinct psychotherapies for chronic depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81(4), 627-638. <https://doi.org/10.1037/a0031530>

- Asay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. En Hubble, M., Duncan, B. & Miller, S. (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (p. 23–55). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11132-001>
- Baquero, R. & Narodowski, M. (1994). ¿Existe la infancia? *Revista del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Educación IICE*, 4, 1-10.
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Barcelona: Paidós.
- Baylis, P., Collins, D. & Coleman, H. (2011). Child Alliance Process Theory: A Qualitative Study of a Child Centred Therapeutic Alliance. *Child Adolesc Soc Work J*, 28, 79-95. <https://doi.org/10.1007/s10560-011-0224-2>
- Behn, A., Davanzo, A. & Errázuriz, P. (2018). Client and therapist match on gender, age, and income: Does match within the therapeutic dyad predict early growth in the therapeutic alliance?. *Journal of clinical psychology*, 74(9), 1403-1421. <https://doi.org/10.1002/jclp.22616>
- Bickman, L., de Andrade, A., Lambert, E., Doucette, A., Sapyta, J. & Boyd, A. (2004). Youth therapeutic alliance in intensive treatment settings. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 31(2), 134-148.
- Blades Pacheco, J. (2021). HM Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual infantil. *Humanidades*, 4(3). Recuperado a partir de <http://dicyt.uajms.edu.bo/revistas/index.php/humanidades/article/view/894>
- Boysen, G. A., Chicosky, R. L., Rose, F. R., & Delmore, E. E. (2022). Evidence for a gender stereotype about psychology and its effect on perceptions of men’s and women’s fit in the field. *The Journal of Social Psychology*, 162(4), 485–503. <https://doi.org/10.1080/00224545.2021.1921682>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Brown, P, Capella, C y Antivilo, A. (2014). Propiedades psicométricas de la versión para padres del Strengths and Difficulties Questionnaire. *Revista de Psicología Universidad de Chile*, 23(2), 28-44
- Browne, A., y Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin*, 99(1), 66–77. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.66>
- Cantón, J. y Cortés, M. (2000). *Guía para la evaluación del abuso sexual infantil*. Madrid: Pirámide.

- Cantón-Cortés, D., y Cortés, M. R. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de Psicología*, 31(2), 552–561. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.180771>
- Campbell, A. F., & Simmonds, J. G. (2011). Therapist perspectives on the therapeutic alliance with children and adolescents. *Counselling Psychology Quarterly*, 24(3), 195–209. <https://doi.org/10.1080/09515070.2011.620734>
- 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 Académico de la Universidad de Chile <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/112610/cs39ccs992.pdf>
- Capella, C. y Gutiérrez, C. (2014). Psicoterapia con niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales: Sobre la reparación, la resignificación y la superación. *Psicoperspectivas*, 13(2), 93-105. Disponible en <http://www.psicoperspectivas.cl>
- Capella, C., Gutiérrez, C., Rodríguez, L., y Gómez, C. (2018). Change during psychotherapy: the perspective of children and adolescents who have been sexually abused. *Research in psychotherapy (Milano)*, 21(1), 288. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2018.288>
- Capella, C., Lama, X., Rodríguez, L., Águila, D., Beiza, G., Dussert, D., & Gutierrez, C. (2016). Winning a race: Narratives of healing and psychotherapy in children and adolescents who have been sexually abused. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(1), 73–92. <https://doi.org/10.1080/10538712.2015.1088915>
- Carrasco, F. (2017). *Problemas emocionales y conductuales en niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales: un estudio descriptivo comparativo* [tesis de título, Universidad de Chile]. Repositorio Universidad de Chile
- Castillo Gallardo, F. (2017). *Narrativas de niños y niñas en etapa preescolar, presuntas víctimas de agresión sexual, en el contexto de la entrevista de investigación penal*. Disponible en <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/175132>
- Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales [CAVAS] (2011). *Una revisión de la experiencia*. Santiago, Chile: Instituto de Criminología, Policía de Investigaciones de Chile.
- Centro de Atención a Víctimas de Atentados Sexuales [CAVAS] (2003). *Centro de atención a víctimas de atentados sexuales CAVAS Metropolitano: 16 años de experiencia*. Versión/producciones gráficas Ltda.
- Centro de Estudios y Análisis del Delito [CEAD] (2022). *Estadísticas Delictuales*. Recuperado de <http://cead.spd.gov.cl/estadisticas-delictuales/>

- Chiu, A. W., McLeod, B. D., Har, K., & Wood, J. J. (2009). Child-therapist alliance and clinical outcomes in cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 50(6), 751–758. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01996.x>
- Christian, C., Safran, J. D., & Muran, J. C. (2012). The corrective emotional experience: A relational perspective and critique. En [1] *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches* (pp. 51-67). American Psychological Association.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1995). A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Acad.* 34(5), 541–56 <https://doi.org/10.1097/00004583-199505000-00008>
- Cloitre, M., Koenen, K., Cohen, L., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1067-1074. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.70.5.1067>
- Copeland, J. (1997). A qualitative study of barriers to formal treatment among women who self-managed change in addictive behaviours. *Journal Substance Abuse Treatment*. 14 (2), 183-190. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(96\)00108-0](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(96)00108-0)
- Corbella, S. y Botella, L. (2003) La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/27671>
- Creed, T. A., & Kendall, P. C. (2005). Therapist Alliance-Building Behavior Within a Cognitive-Behavioral Treatment for Anxiety in Youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 498–505. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.498>
- Cruz, M., Gomes, N., Campos, L., Estrela, F., Whitaker, M., y Lírio, J. (2021). Repercussões do abuso sexual vivenciado na infância e adolescência: revisão integrativa. *Ciencia & Saude Coletiva*, 26(4), 1369-1380. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.02862019>
- D. E., Howard K. I. (1986). “Process and outcome in psychotherapy,” En *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change: An Empirical Analysis*, 3rd Edn, eds Garfield, S. & Bergin, A. (New York: Wiley), 311-385.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2006). *Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia*. Cuadernos de Medicina Forense.
- Eltz, M. J., Shirk, S. R., & Sarlin, N. (1995). Alliance formation and treatment outcome among maltreated adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 19(4), 419-431. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(95\)00008-v](https://doi.org/10.1016/0145-2134(95)00008-v)

- Elvins, R., & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: an empirical review. *Clinical Psychology Review, 28*(7), 1167-1187. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.04.002>
- Fenollar-Cortés, J., Calvo-Fernández, A., García-Sevilla, J., & Cantó-Díez, T. J. (2016). La escala Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) como predictora del TDAH: comportamiento de los índices SDQ respecto a las dimensiones “hiperactividad/Impulsividad” e “inatención” en una muestra clínica. *Anales de Psicología, 32*(2), 313. <https://doi.org/10.6018/analesps.32.2.203331>
- Ferguson, D. M., Boden, J. M. y Horwood, L. J. (2008). Exposure to child hood sexual and physical abuse and adjustment in early adult hood. *Child abuse & Neglect, 32*, 607 - 619.
- Fernandez, O., Krause, M., & Pérez, J. (2016). Therapeutic alliance in the initial phase of psychotherapy with adolescents: different perspectives and their association with therapeutic outcomes. *Research in Psychotherapy Psychopathology Process and Outcome, 19*(1). <https://doi.org/10.4081/ripppo.2016.180>
- Figuroa, N. (2018, agosto 12). Las listas de espera del Sename. Diario y Radio Universidad Chile. <https://radio.uchile.cl/2018/08/12/las-listas-de-espera-de-sename/>
- Finkelhor, D., y Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A Conceptualization. *Journal of Child Sexual Abuse, 55*(4), 530–541. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2012). *4° Estudio de Maltrato Infantil en Chile*. Análisis comparativo 1994-2000-2006-2012.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] & Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] (2020). *Violencia contra niñas, niños y adolescentes en tiempos de COVID-19*. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46485/1/S2000611_es.pdf
- Fossa, P. (2012). Obstáculos del proceso terapéutico: Una revisión del concepto de vínculo y sus alteraciones. *Revista de Psicología GEPU, 3*(1), 101-126
- Foster, J. & Hagedorn, W. (2014). Through the eyes of the wounded: a narrative analysis of children’s sexual abuse experiences and recovery process. *Journal of Child Sexual Abuse, 23*(5), 538–557. <https://doi.org/10.1080/10538712.2014.918072>
- Fowler, W. E. & Wagner, W. G. (1993). Preference for and comfort with male versus female counselors among sexually abused girls in individual treatment. *Journal of Counseling Psychology, 40*(1), 65–72. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.40.1.65>

- Friedrich, W. (1995). *Psychotherapy with sexually abused boys: An integrated approach*. SAGE Publications.
- Gaete, J., Montero-Marin, J., Valenzuela, D., Rojas-Barahona, C. A., Olivares, E., & Araya, R. (2018). Mental health among children and adolescents: Construct validity, reliability, and parent-adolescent agreement on the 'Strengths and Difficulties Questionnaire' in Chile. *PLoS ONE*, 13(2), 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191809>
- Garcia, J., & Weisz, J. (2002). When youth mental health care stops: Therapeutic relationship problems and other reasons for ending youth outpatient treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 439-443. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.2.439>
- Gatell-Carbó, A., Alcover-Bloch, E., Balaguer-Martínez, J. V., Pérez-Porcuna, T., Esteller-Carceller, M., Álvarez-García, P., Fortea-Gimeno, E., & Red de investigación en Atención Primaria de Pediatría de la Secció d' Atenció Primària de la Societat Catalana de Pediatría (XaRePAP). (2021). State of child and adolescent mental health during the first wave of the COVID-19 pandemic and at the beginning of the 2020-2021 school year. *Anales de pediatria (Barcelona, Spain: 2003)*, 95(5), 354–363. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2021.08.008>
- Gelso, C. (2014). A tripartite model of the therapeutic relationship: theory, research, and practice. *Psychotherapy Research. Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 24(2), 117–131. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.845920>
- Goic, J. (2020). *Alianza terapéutica en psicoterapia infantil: ¿En qué medida los años de experiencia del terapeuta y el sexo y la edad del niño explican la calidad de la alianza inicial entre terapeutas y niños que asisten a psicoterapia?* [Tesis Psicología, Universidad de Chile]. Repositorio Académico de la Universidad de Chile <https://repositorio.uc.cl/handle/11534/29285>
- Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 38(5), 581–586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
- Goldstein, A. & Higginbotham, H. (1991). Relationship-enhancement methods. En Kanfer, F. & Goldstein, A. (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (pp. 20-69). Pergamon Press.
- Gómez, C. (2016). *Cambio psicoterapéutico en niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales una aproximación y propuesta teórica* [Tesis Psicología, Universidad de Chile]. Repositorio Académico de la Universidad de Chile <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/152192>

- Gómez, C., Lama, X., & Capella, C. (2021). Psicoterapia y Superación de Agresiones Sexuales: Mensajes de Niños/as y Adolescentes a Pares y Psicoterapeutas. *Psykhé (Santiago)*, 30(2) <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.7764/psykhe.2019.22385>
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to childpsychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 791–801. [PubMed: 10433412].
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R. & Meltzer, H. (2003). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *International Review of Psychiatry*, 15(1-2), 166-172. <https://doi.org/10.1080/0954026021000046128>
- Goodman, A., Lamping, D., & Ploubidis, G. (2010). When to use broader internalising and externalising subscales instead of the hypothesised five subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): data from British parents, teachers and children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(8), 1179–1191. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9434-x>
- Green, J. (2006). Annotation: The therapeutic alliance - a significant but neglected variable in child mental health treatment studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(5), 425-435.
- Gutiérrez, C., Steinberg, M. & Capella, C. (2016). Develación de las Agresiones Sexuales: Estudio de Caracterización de Niños, Niñas y Adolescentes Chilenos. *Psykhé (Santiago)*, 25(2), 1-15. <http://dx.doi.org/10.7764/psykhe.25.2.852>
- Haeussler, I., Léniz, I., Bunge, C. & Bonfill, M. (2018). *Psicoterapia de niños y adolescentes. Actividades para la Práctica diaria*. Santiago de Chile: Catalonia.
- Halfon, S. (2021). Psychodynamic technique and therapeutic alliance in prediction of outcome in psychodynamic child psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(2), 96-109. <https://doi.org/10.1037/ccp0000620>
- Halfon, S., Özsoy, D., & Çavdar, A. (2019). Therapeutic alliance trajectories and associations with outcome in psychodynamic child psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(7), 603–616. <https://doi.org/10.1037/ccp0000415>
- Hill, C. E. (2005). Therapist techniques, client involvement, and the therapeutic relationship: Inextricably intertwined in the therapy process. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 42(4), 431-442. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.42.4.431>
- Holmes, J. (2015). Attachment theory in clinical practice: A personal account: Attachment theory in clinical practice. *British Journal of Psychotherapy*, 31(2), 208-228. <https://doi.org/10.1111/bjp.12151>

- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(4), 561-573. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.61.4.561>
- Horvath, A. O. (1994). Empirical validation of Bordin's pantheoretical model of the alliance: The Working Alliance Inventory perspective. En Horvath, A. y Greenberg, L. (Eds), *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice* (pp.109-128). New York: John Wiley y Sons.
- Horvath A. O. (2018). Research on the alliance: Knowledge in search of a theory. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research, 28*(4), 499-516. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1373204>
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S., & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(4), 678–685. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.61.4.678>
- Jiao, W., Wang, L., Liu, J., Fang, S., Jiao, F., Pettoello, M., & Somekh, E. (2020). Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic. *The Journal of pediatrics, 221*, 264–266.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.03.013>
- Karver, M., De Nadai, A., Monahan, M., & Shirk, S. (2018). Meta-analysis of the prospective relation between alliance and outcome in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy (Chicago, Ill.), 55*(4), 341-355. <https://doi.org/10.1037/pst0000176>
- Karver, M., Handelsman, J., Fields, S., & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review, 26*(1), 50-65. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.09.001>
- Karver, M., Shirk, S., Handelsman, J., Fields, S., Crisp, H., Gudmundsen, G. & McMakin, D. (2008). Relationship processes in youth psychotherapy. Measuring alliance, alliance-building behaviors, and client involvement. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 16*(1), 15-28.
- Kazdin, A. (1990). Premature termination from treatment among children referred for antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 31*(3), 415-425.
- Kazdin, A., & Durbin, K. (2012). Predictors of child-therapist alliance in cognitive-behavioral treatment of children referred for oppositional and antisocial behavior. *Psychotherapy (Chicago, Ill.), 49*(2), 202-217. <https://doi.org/10.1037/a0027933>
- Kazdin, A., Marciano, P., & Whitley, M. (2005). The therapeutic alliance in cognitive-behavioral treatment of children referred for oppositional, aggressive, and

- antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 726-730. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.4.726>
- Kazdin, A., Whitley, M., & Marciano, P. (2006). Child–therapist and parent– therapist alliance and therapeutic change in the treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *Journal of child psychology and psychiatry*, 47(5), 436-445. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01475.x>
- Kenny, M., Hassett, A. & Pae, L. (2017). Exploring how parents make sense of change in parent-child psychotherapy. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 16(1), 73-92. <https://doi.org/10.1080/15289168.2016.1248200>
- Krause, M., De la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Vilches, O., Echávarri, O., Ben-Dov, P., Reyes, L., Altimir, C. & Ramírez, I. (2006). Indicadores Genéricos de Cambio en el Proceso Psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 299-325.
- Lambert, M.J. (2015). Effectiveness of Psychological Treatment. Resonanzen. *E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 3(2), 87-100. Zugriff am 15.11.2015. <http://www.resonanzen-journal.org>
- Lambert, M. & Bergin, A. (1994). The effectiveness of psychotherapy. *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4, 143-189.
- Larraguibel, M., Rojas Andrade, R., Halpern, M., & Montt, M. (2021). Impacto de la pandemia por COVID -19 en la salud mental de preescolares y escolares en Chile. *Rev. chil. psiquiatr. neurol. infanc. adolesc. (Impr.)*, 12–21. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1377551>
- Lecannelier, F. “En Chile tenemos una infancia enferma”. (2021, noviembre 5). *La Tercera*. <https://www.latercera.com/paula/felipe-lecannelier-en-chile-tenemos-una-infancia-enferma/>
- Maffioletti, F. & Huerta, S. (2011). Aproximación fenomenológica de los delitos sexuales en Chile: la realidad nacional. *Revista jurídica del Ministerio Público de Chile*, 47, 191-210.
- Mahoney, M., & Neimeyer, R. A. (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Ediciones Paidós Iberica.
- Malhotra, S., & Chauhan, N. (2020). The therapeutic alliance between the child, parents, and health professionals. En *Neurocognitive Development: Disorders and Disabilities* (pp. 323-332). Elsevier.

- Mandiola, S. (2008). *Breve Análisis de los Delitos Sexuales contenidos en la Legislación Chilena*. Documento Diplomado Agresiones Sexuales Universidad de Chile.
- Manuel Vicente, C. (2017). Detectando el abuso sexual infantil. *Pediatría Atención Primaria*, 19(Supl. 26), 39-47. Recuperado el 01 de noviembre de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322017000300005&lng=es&tlng=es.
- Martin, D., Garske, J., & Davis, M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438–450. <https://doi.org/info:doi/>
- Martínez, J. (2012). Abuso sexual infantil ¿qué se repara en la terapia? En Aretio, M. & Heresi, M. (Eds.), *Temas de psicología clínica infanto-juvenil: aportes y reflexiones* (pp. 95-111). Santiago de Chile: Universidad Diego Portales.
- Masten, A. S., & Cicchetti, D. (2010). Developmental cascades. *Development and Psychopathology*, 22(3), 491–495. <https://doi.org/10.1017/S0954579410000222>
- McLeod, B. D. (2011). Relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(4), 603–616. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.02.001>
- Medina Guerra, M. (2017). *Exploración de la devolución clínica constructivista cognitiva desde la mirada del paciente, el terapeuta y el observador* [Tesis Postgrado, Universidad de Chile]. Repositorio Académico de la Universidad de Chile <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/151079>
- Mejor Niñez. Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia. (2022). *Programas con Enfoque Familiar* <https://www.mejorninez.cl/enfoque-familiar.html#:~:text=El%20Servicio%20es%20un%20apoyo,otorgar%20la%20protecci%C3%B3n%20que%20necesitan>
- Meier, P., Barrowclough, C. & Donmall, M. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: *A critical review of the literature*. *Addiction*, 100(3), 304-316
- Meissner, W. (2007). Therapeutic alliance: Theme and variations. *Psychoanalytic Psychology: The Official Journal of the Division of Psychoanalysis, American Psychological Association, Division 39, 24(2), 231-254*. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.24.2.231>
- Mills, R., Scott, J., Alati, R., O’Callaghan, M., Najman, J. M., & Strathearn, L. (2013a). Child maltreatment and adolescent mental health problems in a large birth cohort. *Child Abuse & Neglect*, 37(5), 292-302. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.11.008>

- Ministerio del Interior y Seguridad Pública. (2013). *Encuesta nacional de victimización por violencia intrafamiliar y delitos sexuales*. Santiago, Chile: GFK Adimark.
- Ministerio de Salud [MINSAL] y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2011). *Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Menores de 15 Años, Víctimas de abuso sexual*. Recuperado de: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/aaa27720f363a745e04001011e011120.pdf>
- Ministerio de Salud [MINSAL] (2017). Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>
- Molina, M. (2017). ¿Qué significa realmente el valor de p?. *Pediatría Atención Primaria*, 19(76), 377-381. Recuperado el 15 de diciembre de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322017000500014&lng=es&tlng=es
- Muran, J. & Barber, J. (Eds.). (2010) *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice*. New York, United States: The Guilford Press.
- Núñez, L. (2010). *Evaluación de daño psíquico en niños preescolares que han sido víctimas de agresión sexual a partir del Test de Apercepción Infantil CAT-A* [Tesis Magister, Universidad de Chile]. Repositorio Académico de la Universidad de Chile <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/105812>
- Núñez, L. (2021). *The Therapeutic Relationship as a change facilitator in child psychotherapy: A multiple perspective study of children, parent, and therapists* [Tesis doctoral, Pontificia Universidad Católica de Chile - Universidad de Chile]. Repositorio Académico de la Pontificia Universidad Católica de Chile <https://repositorio.uc.cl/handle/11534/63072>
- Núñez, L. y Gómez, J. (2019). La Alianza Terapéutica en el Tratamiento de Niños/as y Adolescentes, *Manual de Psicoterapia y Psicopatología de Niños y Adolescentes*. (1, ed., pp. 49-62). Santiago de Chile: AKADIA.
- Observatorio Niñez y Adolescencia [ONA] (2017). *Cifra negra de violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes: Ocultamiento social de una tragedia*. Reporte I de monitoreo de derechos, Santiago, Chile.
- Opazo, R. (2017). *Psicoterapia Integrativa EIS Profundizando la comprensión. Potenciando el cambio*. Santiago de Chile: Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa.
- Ortuño, J., Fonseca, E., Inchausti, F. y Sastre, S. (2016). Evaluación de dificultades emocionales y comportamentales en población infanto-juvenil: El Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Papeles del psicólogo*, 37(1), 14-26. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/778/77844204003.pdf>

- Ovenstad, K. S., Ormhaug, S. M., Shirk, S. R., & Jensen, T. K. (2020). Therapists' behaviors and youths' therapeutic alliance during trauma-focused cognitive behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 88*(4), 350-361. <https://doi.org/10.1037/ccp0000465>
- Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R. (2009). *Psicología del Desarrollo. De la Infancia a la Adolescencia* (11° ed.). McGraw-Hill
- Pereda Beltrán, N. (2009). *Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil*. Papeles del Psicólogo, vol. 30, núm. 2, pp. 135-144. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos Madrid, España. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77811726004>
- Pereda, N. (2010). *Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil*. Papeles del Psicólogo, 2010. Vol. 31(2), pp. 191-201. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1846.pdf>
- Perrone, N., Nannini, M., y Perrone, R. (1997). *Violencia y Abusos Sexuales En La Familia*. Ediciones Paidós Iberica.
- Piaget, J. (1998). *La equilibración de las estructuras cognitivas: Problema central del desarrollo*. Madrid: Siglo XXI.
- Pinto-Cortez, C. & Guerra Vio, C. (2019). Victimización sexual de niños, niñas y adolescentes chilenos: prevalencia y características asociadas. *Revista de Psicología, 28*(2), 1-12. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2019.55658>
- Policía de Investigaciones de Chile [PDI] (12 de mayo de 2021). *Delitos sexuales: Balance primer trimestre 2021*. Ministerio del Interior. Psicopatología infantil y de la adolescencia (2019). Disponible en <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/170276>
- Reyes, L., Altimir, C., Ramírez, I., Krause, M., de la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Vilches, O., Echávarri, O., & Ben-Dov, P. (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista latinoamericana de psicología, 38*(2), 299-325. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80538206>
- Rosner, B. (2000). *Fundamentals of biostatistics*. 5ª ed. Belmont, CA: Duxbury Press.
- Rossetti, M. y Botella, L. (2017). Alianza terapéutica: evolución y relación con el apego en psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 26*(1), 19-30.
- Safran, J. D., & Segal, Z. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. 1. edición. Barcelona: Paidós.
- Safran, J. y Muran, S. (2005). *“La alianza Terapéutica”, Una Guía Para Un Tratamiento Relacional*. Ed. Desclée.

- Sánchez, R. (2015). T-Student: Usos y abusos. *Revista mexicana de cardiología*, 26(1), 59-61. Recuperado el 15 de diciembre de 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-2198201500010009&lng=es&tlng=es
- Santibáñez, P., Román, M., Lucero, C., Espinoza, A., Iribarra, D., & Müller, P. (2008). Variables Inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia psicológica*, 26(1), 89-98. <https://doi.org/10.1016/S0718-48082008000100008>
- Saylor, C. F., Swenson, C. C., Reynolds, S. S., & Taylor, M. (1999). The pediatric emotional distress scale: a brief screening measure for young children exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28(1), 70–81. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2801_6
- Schore, A. (2012). Ponencia realizada en Seminario Internacional Vínculo, Trauma y Salud Mental: de las neurociencias a la intervención. *La Biología de las Emociones*. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
- Seldes, J.J.; Ziperovich, V.; Viota, L.; & Leiva, F. (2008). Maltrato infantil. Experiencia de un abordaje interdisciplinario. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 106(6): 499-504
- Sepúlveda, G. (2021). *Psicoterapia Constructivista Evolutiva con niños y adolescentes* (2ª ed.). Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Servicio Nacional de Menores [SENAME] (2015a). *Bases técnicas específicas: Programa de protección especializado modalidad maltrato infantil grave y abuso sexual*. www.sename.cl/wsename/otros/proteccion/BTE.pdf
- Servicio Nacional de Menores [SENAME] (2015b). Orientaciones técnicas: Programas de protección especializada en maltrato y abuso sexual grave https://www.sename.cl/wsename/p16_21-12-2018/2-ORIENTACIONES-TECNICAS-PRM.pdf
- Servicio Nacional de Menores [SENAME] (2019a). *Catastro de la Oferta Programática de la red SENAME*. Departamento de Planificación y Control de Gestión. Santiago, Chile. www.semame.cl
- Servicio Nacional de Menores [SENAME] (2019b). *Monitoreo y Seguimiento Oferta Pública 2019: Protección - Programa De Protección Especializada En Maltrato Grave Y Abuso Sexual (PRM)*. http://www.dipres.cl/597/articles-206640_doc_pdf.pdf
- Shirk, S., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 452–464. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.71.3.452>

- Shirk, S., Karver, M., & Brown, R. (2011). The alliance in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 48(1), 17–24. <https://doi.org/10.1037/a0022181>
- Smith, A. E. M., Msetfi, R. M., & Golding, L. (2010). Client self rated adult attachment patterns and the therapeutic alliance: a systematic review. *Clinical Psychology Review*, 30(3), 326–337. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.12.007>
- Thapar, A., Pine, D., Leckman, J., Scott, S., Snowling, M. & Taylor, E. (2015). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry: Thapar/rutter's child and adolescent psychiatry* (Eds.: 6th ed.). Wiley-Blackwell.
- Trickett, P. K., Noll, J. G., Reiffman, A. & Putnam, F. W. (2001). Variants of intrafamilial sexual abuse experience: Implications for long term development. *Journal of Development and Psychopathology*, 13, 1001-1019.
- Van Toledo, A. & Seymour, F. (2013). Interventions for caregivers of children who disclose sexual abuse: A review. *Clinical Psychology Review*, 33, 772-781. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.006>
- Ventura-León, José Luis, Arancibia, Marcelo, & Madrid, Eva. (2017). La importancia de reportar la validez y confiabilidad en los instrumentos de medición: Comentarios a Arancibia et al. *Revista médica de Chile*, 145(7), 955-956. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000700955>
- Wampold, B.E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? *An update. World Psychiatry*, 14(3), 270-277.
- Wilson, J. P., & Lindy, J. D. (1994a). *Countertransference in the treatment of PTSD*. Guilford Publications.
- Wintersteen, M. B., Mensinger, J. L., & Diamond, G. S. (2005). Do Gender and Racial Differences Between Patient and Therapist Affect Therapeutic Alliance and Treatment Retention in Adolescents? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 400–408. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.4.400>
- Zahn-Waxler, C. (1993). Warriors and worriers: Gender and psychopathology. *Development and Psychopathology*, 5(1-2), 79-89. <https://doi.org/10.1017/s0954579400004272>
- Zorzella, K., Muller, R. & Cribbie, R. (2015). The relationships between therapeutic alliance and internalizing and externalizing symptoms in Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *Child Abuse & Neglect*, 50, 171-181. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.08.002>

Zorzella, K., Rependa, S. & Muller, R. (2017). Therapeutic alliance over the course of child trauma therapy from three different perspectives. *Child Abuse & Neglect*, 67, 147-156. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.02.032>

ANEXOS

ANEXO 1: Ficha de caracterización de caso completada por profesional Psicólogo/a (elaboración Equipo Fondecyt 1200627)

Paciente				
Nombre				
Edad				
Fecha de Nacimiento				
Sexo	Femenino	Masculino	Otro (explicar)	
Curso y Establecimiento educacional				
Fecha de Ingreso				
Modalidad del ingreso	De forma presencial		De forma virtual	
Fuente de derivación	Fiscalía	Tribunales de familia	Otro (detallar)	
Tiempo en lista de espera (en meses)				
Fecha primera sesión con la familia/adulto responsable				
Fecha primera sesión con el/la niño/a				
Sesiones realizadas hasta el momento (en las que usted ha participado)	N° total de sesiones hasta el momento:			
	Cuántas han sido sesiones presenciales	Cuántas han sido sesiones no presenciales		
	Modalidad (señalar cuántas han sido en cada modalidad)			
	Sesiones solo con el/la niño/a	Sesiones con la familia	Sesiones en dupla psicosocial	Sesiones solo con psicólogo
Tratamientos previos	Si	No		
	Por abuso sexual	Otro motivo (detallar cuál)		
	¿Cuándo? (detallar)			
¿Hay algún diagnóstico de Salud mental?	Si	No		
	TEA	Déficit cognitivo (leve)	Otro (detallar)	

Agresión sexual (si hay más de una agresión, responder respecto a la que origina la derivación al centro)			

		Violación	Otro (detallar)		
Frecuencia	Único	Repetido	Crónico	No hay información	
Figura del agresor	¿Quién es el agresor? (detallar)				
Relación con el agresor	Intrafamiliar	Extrafamiliar conocido	Extrafamiliar desconocido	No hay información	
Edad del agresor	Adolescente		Adulto	Otro (detallar)	
Sexo del agresor	Femenino		Masculino	Otro (explicar)	
Contacto actual con el agresor	Vive con el agresor	Contacto esporádico	No hay contacto	Otro (detallar)	
Develación	<i>Forma en que inicia la develación</i>				
	Premeditada y espontánea	Por eventos precipitantes	Por preguntas de adultos	Circunstancial/accidental	Sospecha / no revelada
	<i>A quién se dirige la develación</i>				
	Figura adulta familiar (detallar)		Figura adulta extrafamiliar (detallar)	Par (a otro niño/a o adolescente). Detallar.	
	<i>Latencia entre AS y develación</i>				
Inmediata			Tardía (detallar tiempo aprox)		
Credibilidad	<i>Credibilidad inicial del adulto responsable (inmediatamente posterior a la develación)</i>				
	Hay credibilidad		No hay credibilidad	Ambivalente	
	<i>Credibilidad actual del adulto responsable (al momento del ingreso al centro)</i>				
	Hay credibilidad		No hay credibilidad	Ambivalente	

	<i>Credibilidad familia extensa (actual)</i>				
	Hay credibilidad		No hay credibilidad		Algunos miembros no dan credibilidad (detallar quienes)
¿Hay denuncia?	Si			No	
Escenario judicial en Fiscalía	En etapa de investigación			Hay resolución	
	Detallar:				
Escenario judicial en Tribunales de familia	No hay causa			Si hay causa (detallar)	
Otras experiencias de vulneración (marcar X todas las que correspondan)	Otra agresión sexual	Maltrato físico	Maltrato psicológico	Negligencia	Presenciar violencia de género en la pareja
	Otra (detallar)				
	Si corresponde detallar: figura agresora, hace cuánto tiempo, etc.				
¿Hay otra/s víctima/s en la familia (por el mismo u otro agresor)?	Si			No	
	¿Quién? Detallar:				

ANEXO 2: Ficha de caracterización al terapeuta completada por profesional Psicólogo (elaboración Equipo Fondecyt 1200627)

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

ANEXO 3: Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), Respondido por Adulto/a Responsable.

Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ-Cas)

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

Nombre del niño/a

Varón/Mujer

Fecha de nacimiento.....

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

	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
1. Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse			
2. Es nervioso/a o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a			
3. Trata bien a los niños/as más pequeños/as			
4. A menudo miente o engaña			
5. Los otros niños se meten con él/ella o se burlan de él/ella			
6. A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños)			
7. Piensa las cosas antes de hacerlas			
8. Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios			
9. Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as			
10. Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente			
11. Termina lo que empieza, tiene buena concentración			

Firma

Fecha

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

ANEXO 4: The Pediatric Emotional Distress Scale (PEDS), respondido por cuidadores/as primarios/as

Escala Pediátrica de Problemas Emocionales (EPPE)

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

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

Edad del niño: _____ años y _____ meses

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

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

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

	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
1. Inventa juegos, Historias, o dibujos de _____.	1	2	3	4
2. Se refiere a _____ en la conversación.	1	2	3	4
3. Evita hablar de _____ aún cuando se le pregunta.	1	2	3	4

4. Parece tener miedo de cosas que le recuerda _____.	1	2	3	4

ANEXO 5: Therapeutic Alliance Scale for Children-revised (TASC-r) respondida por terapeutas

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

VERSIÓN PARA TERAPEUTAS (TASC-T)

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

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

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

Fecha: _____

Firma Psicólogo/a:

ANEXO 6: Documento aprobación Comité de Ética



N° 04-16/2020

INFORME DE EVALUACIÓN

I. IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

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

II. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO

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

1

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

III. EVALUACIÓN DE ASPECTOS ÉTICOS

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

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

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

2

participantes.

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

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



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

Santiago, 5 de mayo de 2020.

ANEXO 7: Consentimiento informado Adulto/a Responsable



Departamento de Psicología

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada/o padre, madre o Representante Legal:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Desde ya agradecemos su disposición.

Saluda atentamente,

Claudia Capella
Investigadora Responsable

CONSENTIMIENTO

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

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

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

Firma representante legal

Firma Entrevistador

Firma Investigador Responsable
Prof. Claudia Capella

Lugar y Fecha: _____

Correo electrónico para envío de resultados: _____


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

ANEXO 8: 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 0331 *Santiago *Chile
Fono: 9787878 *Fax: 9787819 *email: dptopsic@uchile.cl * Casilla 10.115 Correo Central
www.facso.uchile.cl/psicologia



FACSO
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile

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



Departamento de Psicología

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

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

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

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


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

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



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

COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN
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 mi poder.

Firma participante

Firma Entrevistador

Firma Investigadora Responsable
Prof. Claudia Capella

Lugar y Fecha: _____

Correo electrónico para envío de resultados: _____

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

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

ANEXO 9: Carta Informativa de Autorización Instituciones



Departamento de Psicología

Santiago, ____ de ____ de 2020

CARTA INFORMATIVA DE AUTORIZACIÓN

Sr. Director/a
Institución
PRESENTE

Estimado/a:

Junto con saludarle, me dirijo a usted con la intención de solicitar su colaboración en una investigación que incluya muestra de pacientes de Centros PRM de su institución. A través de esta carta queremos informarle de las características de la investigación con el objetivo de ayudarlo/a a tomar una decisión respecto de la invitación a participar.

El proyecto se denomina "Proceso de cambio 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 ha sido adjudicado en el concurso FONDECYT Regular N°1200627 año 2020, del cual soy Investigadora responsable. Es llevado a cabo por el Departamento de Psicología de la Universidad de Chile, en conjunto con la Pontificia Universidad Católica de Chile y el Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad.

Su principal objetivo es 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. Dentro de los posibles factores influyentes, la investigación se concentrará en indagar en mayor profundidad aquellos que se han visto en investigaciones anteriores son descritos con mayor impacto por parte de los participantes, a saber, factores de los padres, de la relación terapéutica y de las intervenciones terapéuticas, y dentro de los actores se integrarán en diferentes fases la perspectiva de los niños/as, sus adultos responsables, sus terapeutas y observadores externos. De esta manera es una continuidad de la línea de investigación en psicoterapia con niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales liderada por la investigadora responsable, en la cual su institución posiblemente ha colaborado previamente.

Los resultados de la investigación se tornan relevantes para el quehacer de los psicoterapeutas infantiles que trabajan en esta temática, en la medida que la comprensión del proceso de cambio psicoterapéutico, en el sentido de su contenido, evolución y factores que lo influyen, facilitaría el progreso de la psicoterapia en los niños/as que han sido víctimas. Del mismo modo, pretende aportar para el desarrollo de políticas públicas en la materia, en términos de orientaciones para los objetivos psicoterapéuticos, y posible información para determinar los tiempos y estrategias de intervención.

Para realizar esta tarea, el proyecto cuenta con dos fases. La primera, es una fase cuantitativa que pretende aplicar diferentes instrumentos principalmente a padres o adultos responsables y en menor medida a terapeutas, en tres momentos diferentes de la intervención (al inicio, a los 6-8 meses de iniciada la

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



Departamento de Psicología

intervención y al final), con el fin de conocer aspectos del proceso de cambio de los niños/as. Estos instrumentos preguntarán por sintomatología en el niño/a, aspectos de los padres, tales como apego, trauma infantil, síntomas en los padres, aspectos de la relación terapéutica con el niño/a y los padres, y aspectos de las intervenciones, tales como número de sesiones. En esta fase no se incorporarán a los niños/as de manera directa.

La segunda fase, es cualitativa y pretende realizar un análisis de casos múltiples en mayor profundidad. En estos casos se considerarán diferentes estrategias de evaluación en tres momentos diferentes de la intervención (al inicio, a los 6-8 meses de iniciada la intervención y al final). En estos momentos se realizarán entrevistas a los niños/as (las que serán complementadas con dibujos), sus padres y psicoterapeutas, con el fin de indagar aspectos del proceso psicoterapéutico. Cabe señalar que en ningún momento se preguntará a padres o niños/as sobre la experiencia de agresión sexual sufrida, sino que la entrevista se centrará en el proceso de terapia, y cambio y los factores que lo influyen. Además cercano a estos tres momentos se solicitará videar 5 sesiones terapéuticas cada vez (5 al principio, 5 a los 6-8 meses de intervención y 5 cercano al final). Junto con esto, se realizará una entrevista a los niños/as y sus padres luego de 3-6 meses de finalizada la intervención.

La muestra considera niños y niñas entre 4 y 9 años que han sido víctimas de agresiones sexuales y que son atendidos en programas PRM de la región Metropolitana. Se considerará para la muestra cuantitativa alrededor de 60 casos y para la parte cualitativa 8 casos (debido a la posible pérdida muestral se considera comenzar con 80 y 10 casos respectivamente).

Inicialmente conversaríamos con el coordinador/a del Centro los casos a ser ingresados a la investigación, los cuales debieran ser incorporados al inicio de su proceso de tratamiento en el centro. En ese momento inicial solicitaríamos algunos datos a los profesionales tratantes. Todo el proceso de recolección de datos (incluido entrevistas, aplicación de instrumentos, preparación de videación, etc.), será realizado por parte del equipo de investigación, capacitado para ello, y tendrían lugar idealmente en el Centro al cual el niño/a asiste a terapia.

Usted no recibirá ningún beneficio directo por participar en esta investigación. No obstante, la participación de su institución puede ser beneficiosa para los profesionales, niños/as y adultos participantes, para poder reflexionar sobre el proceso terapéutico que se está llevando a cabo.

Se espera que la participación en la investigación tenga un beneficio para los participantes, y se tomarán todos los resguardos necesarios para que ésta no implique un perjuicio o desestabilización. Si esto sucediera producto de la participación en la investigación, se ofrecerá apoyo adicional, de ser necesario, pudiéndose conversar con los profesionales del Centro la mejor manera de llevarla a cabo. De no poderse llevar a cabo en el Centro, el apoyo adicional requerido será realizado por miembros del equipo de investigación en dependencias de la Facultad de Ciencias Sociales (se adjunta protocolo de desestabilización). Además se resguardarán aspectos de voluntariedad y confidencialidad de la información y de identificación de los participantes, así como se solicitará la firma de consentimiento y asentimiento informado por parte de los participantes.



Departamento de Psicología

Toda la información recabada, incluyendo las grabaciones en audio y video, serán usada exclusivamente para los fines de esta investigación. Especial resguardo tendrá el uso de videos de las sesiones, los cuales serán exclusivamente utilizados para el análisis del equipo de investigación con resguardos de confidencialidad por parte del equipo de investigación y serán resguardados por la Investigadora responsable. De ser utilizados en presentaciones, se pixeleará los rostros y las voces serán distorsionadas, para que no sea posible identificar a los participantes. Se resguardará estrictamente el anonimato y la confidencialidad de la información entregada por los participantes, la que será almacenada y resguardada por la investigadora responsable durante el tiempo que dure la investigación, bajo su cuidado y sin que nadie ajeno al equipo de investigación tenga acceso a los datos. Eso implica que ni sus nombres ni las grabaciones, así como ningún dato de identificación aparecerán en las publicaciones o presentaciones resultantes de este estudio. Las producciones gráficas realizadas por los niños/as, podrían ser utilizados en la difusión de los resultados de la presente investigación, también bajo resguardo del anonimato. Toda la información obtenida será identificada con códigos, 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.

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

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

Asimismo, le informamos que, una vez finalizada la investigación, les daremos a conocer los resultados de la investigación, para lo cual le pedimos anotar su email al final de la carta. Los participantes del estudio también tienen derecho a conocer los resultados de la investigación, por lo cual se les enviará un resumen ejecutivo de los resultados de la investigación. Nos comprometemos además que, al finalizar cada año de investigación y una vez finalizado el proyecto de investigación, realizaremos una presentación al equipo de los Centros participantes, dando a conocer los principales resultados de ésta, con el fin de generar una discusión sobre el tratamiento y psicoterapia en estos casos, de manera de aportar en el quehacer profesional de los terapeutas y retribuirles por su colaboración en la investigación. Junto con esto, se invitará a los profesionales de los Centros participantes a las actividades de extensión organizadas en el marco del proyecto, tales como seminarios, conferencias de profesores visitantes u otros.

Tanto en los casos participantes de la fase cuantitativa como cualitativa, se ofrece entregar a los profesionales tratantes un resumen de los resultados de los instrumentos aplicados en el primer momento, con el fin de que pueda aportar en el proceso diagnóstico y planificación de la intervención (esto, considerando que ha sido aprobado por el comité de ética y siempre cuando se tenga la autorización del niño/a y sus adultos responsables). Además en el caso de los 8-10 psicólogos que participen de la fase



Departamento de Psicología

cuantitativa se les ofrecerá participar en un taller de capacitación en técnicas específicas de intervención a definir, tales como bandeja de arena o video-feedback, con el fin de apoyar su proceso de formación. Por otro lado, tal como se mencionó previamente, de ser autorizado por los niños/as y adultos responsables, se conversará con los profesionales del centro en caso de observar cualquier desestabilización durante la participación en la investigación.

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 Autorización que se adjunta. Se le entregará una copia idéntica de este mismo documento. Como institución pueden tomar la decisión de participar solamente en la fase cuantitativa de la investigación o en ambas, lo cual quedará consignado en el documento de firma de autorización.

Sin otro particular, y agradeciendo de antemano su valiosa colaboración, le saluda cordialmente

Ps. Claudia Capella Sepúlveda, Dra. en Psicología
Académica Departamento de Psicología
UNIVERSIDAD DE CHILE



Departamento de Psicología

HOJA DE FIRMAS DE AUTORIZACIÓN

En base a lo presentado, yo _____, en mi calidad de representante de _____ la _____ Institución _____, autorizo a que el Departamento de Psicología de la Universidad de Chile realice la investigación titulada "Proceso de cambio 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", bajo los términos aquí señalados, entendiéndolo que puedo rechazar mi contribución como Institución durante cualquier etapa de la investigación, sin perjuicio alguno para la Institución ni para sus miembros.

Autorizo la participación de la institución en la fase cuantitativa. SI NO (favor marcar)

Autorizo la participación de la institución en la fase cualitativa. SI NO (favor marcar)

He leído y estoy de acuerdo con el protocolo de desestabilización. SI NO (favor marcar)

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido, la invitación y mi contribución como Institución en esta investigación, así como también la participación de los profesionales, niños/as, y sus adultos a cargo en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

Firma Representante Institución

Firma Investigadora Responsable
Prof. Claudia Capella

Lugar y Fecha: _____

Correo electrónico para devolución de la información: _____

Este documento consta de 5 páginas y se firma en dos ejemplares, quedando una copia en cada parte.