



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**Alianza terapéutica en psicoterapia infantil:
¿En qué medida los años de experiencia del
terapeuta, el sexo y la edad del niño explican la
calidad de la alianza inicial entre terapeutas y
niños que asisten a psicoterapia?**

JOSEFA ANTONIA GOIC ZIEGELE

Profesora Guía: Marcia Olhaberry Huber

Comité de tesis: Catalina Álvarez – Lucía Núñez

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, como requisito para optar al grado académico de Magíster en Psicología Clínica

Mayo, 2020
Santiago, Chile



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**Alianza terapéutica en psicoterapia infantil:
¿En qué medida los años de experiencia del
terapeuta, el sexo y la edad del niño explican la
calidad de la alianza inicial entre terapeutas y
niños que asisten a psicoterapia?**

JOSEFA ANTONIA GOIC ZIEGELE

Profesora Guía: Marcia Olhaberry Huber

Comité de tesis: Catalina Álvarez – Lucía Núñez

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, como requisito para optar al grado académico de Magíster en Psicología Clínica

A mi familia,
Por siempre creer en mí

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, por tener fe en mí, apoyarme y animarme a siempre ir por más.

A mis amigas, mis fieles compañeras, quienes me brindaron su contención, ayuda y energía durante todo este proceso, que no dejaron de repetirme “si puedes”.

A mi profesora guía, equipo de investigación y mis compañeras de tesis, por todo el trabajo realizado a lo largo de este último año y por contribuir a mi crecimiento como psicóloga.

INDICE

RESUMEN	8
INTRODUCCIÓN	10
MARCO TEÓRICO	13
1. Psicoterapia y su relevancia	13
2. Alianza terapéutica	15
3. Alianza terapéutica infanto-juvenil	17
4. Factores que podrían afectar la Alianza terapéutica infanto-juvenil.	19
4.1 Edad del paciente	19
4.2 Años de experiencia del terapeuta	21
4.3 Sexo del paciente	21
OBJETIVOS	23
1. Pregunta de investigación	23
2. Objetivo General	23
3. Objetivos específicos	23
HIPÓTESIS	24
MÉTODO	25
1. Diseño	25
2. Participantes	25
3. Procedimiento	26
4.1) Ficha de ingreso/Caracterización caso:	27
4.2) Therapeutic Alliance Scale for Children (TASC)	27
5. Análisis de datos	28
RESULTADOS	29
1. Caracterización de la muestra	29
Tabla 1	29
2. Análisis descriptivos Therapeutic Alliance Scale for Children (TASC)	29
Tabla 2	30
3. Análisis Correlacionales	30
Tabla 3	31
4. Análisis de prueba T	31

5. Análisis de Regresión Lineal	31
Tabla 4	32
Tabla 5	32
DISCUSIÓN	33
REFERENCIAS	40
ANEXOS	44
1. Carta de consentimiento informado padres/cuidadores	44
2. Carta de consentimiento informado terapeutas	46
3. Carta de asentimiento niños/as	48
4. TASC versión niños	50
5. TASC versión terapeuta	52
6. Ficha de ingreso/Ficha caracterización del caso	54

RESUMEN

Los estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportan que los trastornos en salud mental han ido en aumento, siendo la depresión uno de los más prevalentes (OMS, 2018). En Chile, el Plan Nacional de Salud Mental (2017) considera que la población infantil presenta elevadas tasas de prevalencia de trastornos mentales, mostrando la evidencia que 1 de cada 5 niños/niñas presenta algún tipo de psicopatología, recibiendo además menos atención en comparación con la población adulta (De la Barra, 2009; De la Barra et. al, 2012).

En el contexto de la salud mental, se ha visto que la psicoterapia es una de las herramientas más eficientes para las personas que sufren alguna psicopatología, generando cambios y mejoras significativas en las personas (Lambert y Bergin, 1994). Ligado a esto, se ha visto que la alianza terapéutica es una variable central en el cambio (Karver et.al, 2006; Krause, 2006; Lambert y Bergin, 1994), siendo influida en su establecimiento y desarrollo por distintos factores de los pacientes y los terapeutas, tales como sexo, edad, años de experiencia y sintomatología (Wintersteen, Mensinger, Diamon & Kenkel, 2005; Campbell & Simmonds, 2011; Accurso & Garland, 2015).

En general, la mayoría de los estudios han sido realizados en población adulta y/o adolescente, siendo considerada en menor medida la alianza terapéutica en población infantil. El presente estudio aborda la influencia de la experiencia del terapeuta, así como la edad y sexo del niño/a en la alianza terapéutica inicial en población infantil. Para lograr este objetivo, se realizó un estudio cuantitativo, transversal y correlacional con una medición en-el tiempo, considerando una muestra de 25 díadas de niños/as entre 6 y 11 años, sus cuidadores principales y 19 terapeutas iniciando un proceso de psicoterapia. La alianza terapéutica fue evaluada desde la perspectiva del terapeuta y del niño/a con el instrumento Therapeutic Alliance Scale for Children (TASC) (Shirk & Saiz, 1992); en tanto que los años de experiencia del terapeuta, la edad y sexo del niño/a fueron consignados a partir de la ficha de ingreso y caracterización de cada caso.

Para analizar los datos se realizaron análisis descriptivos, correlacionales, de varianza y de regresión múltiple para describir las variables, evaluar el tipo de asociación existente entre ellas y determinar en qué medida la edad y sexo del niño, así como los años de experiencia del terapeuta, explican la calidad de la alianza terapéutica inicial terapeuta-niño.

Los resultados mostraron que existe una relación significativa entre la edad del niño/a y la alianza terapéutica inicial, en dónde a mayor edad se establece una calificación más alta de la alianza. Asimismo, se encontró una asociación significativa y positiva entre la percepción inicial de la alianza por parte el terapeuta y del paciente. Respecto a los años de experiencia del terapeuta y el sexo del paciente, estas variables no presentaron una relación significativa. Por otra parte, tanto los años de experiencia del terapeuta como la edad del niño/a predicen la alianza terapéutica inicial desde la perspectiva del niño/a. Sin embargo, este último resultado no se replicó desde la perspectiva del terapeuta, en dónde ninguna de las variables demográficas predijo de forma significativa la alianza terapéutica inicial.

Finalmente en el último apartado de la presente tesis, se discuten las implicancias clínicas de los resultados y su relevancia en el contexto de la psicoterapia infantil.

INTRODUCCIÓN

La salud mental constituye una preocupación creciente en Chile y en el mundo, debido al incremento de la prevalencia de trastornos en este ámbito. Uno de los más prevalentes es la depresión y se estima que alrededor de trescientos millones de personas en el mundo sufren este trastorno (OMS, 2018).

Chile no queda exento de las problemáticas de salud mental que afectan al planeta. De acuerdo a los estudios realizados por el Ministerio de Salud (MINSAL) que exponen en su último Plan Nacional de Salud Mental (2017), se ha observado que si bien existen avances en la pesquisa, acceso y calidad de los servicios de salud mental, la población chilena aun así sigue presentando y manteniendo altas tasa de psicopatología, especialmente trastornos en la línea ansiosa, del ánimo y relacionado con abuso y dependencia de sustancias. Por otra parte, se ha evidenciado que los habitantes de estratos socioeconómicos más bajos son quienes presentan mayores tasas de trastornos mentales y también mayor severidad de ellos. Otro punto relevante, es que desde el 2008 las licencias por enfermedad mental ocupan el primer lugar de las causas de licencia médica en Chile.

En relación con los datos mencionados anteriormente, en Chile el gasto público dirigido al área de salud es bastante menor en comparación con países desarrollados; dentro de este gasto, lo dedicado exclusivamente a salud mental es aún más deficitario ya que solo el 2,4% del gasto total en salud se dirige a esta área. Lo anterior cobra relevancia, debido a que en Chile los problemas y trastornos de salud mental constituyen la principal fuente de carga por enfermedad, en dónde en el área infanto-juvenil se observan cifras más altas que en la población general (MINSAL, 2017).

De acuerdo a un estudio nacional en población infanto-juvenil, una gran proporción de los niños y niñas que presentan trastornos mentales no reciben atención especializada, observándose que los adultos reciben tratamiento en salud mental en mayor medida que la población infantil, quienes requieren de un otro para asistir y para la gestión de atención (De la Barra, et. al, 2009). Además, se reportan brechas importantes entre las tasas de problemas psicológicos y las tasas de atención oportuna, asociándose a factores

como: inequidad económica, foco en los trastornos externalizantes y falta de profesionales especializados (De la Barra, 2012; Tolan & Dodge, 2005). Lo anterior ha llevado a que en Chile la brecha asistencial en la población infanto-juvenil resulte alta, puesto que según lo reportado por estudios chilenos realizados en esta población, se ha mostrado que sólo el 16% recibía atención, y que la mayoría de los niños y niñas con diagnóstico no reciben una atención oportuna (De la Barra, 2012).

En Chile la población infanto-juvenil presenta altas tasas de problemas de salud mental, mostrando el estudio de De la Barra (2012) que al menos 1 de cada 5 niños/niñas tiene un trastorno de salud mental, con una comorbilidad de trastornos de 39,9%. Además, en base a un estudio previo de la misma autora, se reporta que el grupo etario entre 4 y 11 años de edad presentó mayor prevalencia de cualquier trastorno mental (De la Barra et. al, 2009).

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente descrito en torno a las problemáticas de salud mental, se ha visto que la psicoterapia es el mejor beneficio para aquellas personas que sufren alguna psicopatología. A través de estudios realizados, se ha observado que la gran mayoría de las personas que reciben psicoterapia presentan mejorías (Lambert y Bergin, 1994). Por otra parte, se ha visto que la alianza terapéutica, que es la relación entre el terapeuta y el paciente, es un factor de gran importancia, por sobre las técnicas, en los cambios que se generan en un proceso de terapia (Karver, et, al, 2006). Además se ha podido observar que la alianza puede ser influida por diferentes factores, tales como sexo, edad, años de experiencia del terapeuta, sintomatología, etc (Wintersteen, Mensinger, Diamon & Kenkel, 2005, Campbell & Simmonds, 2011; Accurso & Garland, 2015). Sin embargo la mayoría de estos datos han sido en base a población adulta, por lo que la población infantil ha ido quedando atrás y en desventaja (Shirk & Karver 2003).

Es por esto, y teniendo en consideración las problemáticas de salud mental en población infantil que fueron presentados anteriormente, el presente proyecto desea estudiar cómo la alianza terapéutica infantil, que se ha visto que puede presentar mayores dificultades en establecerse debido a que contendría elementos que para esta etapa

evolutiva serían de mayor complejidad (Shirk, Karver & Brown, 2011), puede ser influida positiva o negativamente por los siguientes factores externos: edad del niño o niña, sexo del paciente y años de experiencia del terapeuta. Lo anterior se desea realizar con el fin de otorgar mayor conocimiento y variables a tomar en cuenta a la hora de enfrentarse a esta población por parte de los psicólogos que se dedican al área clínica, y así enriquecer el trabajo con esta población tan importante que se ha visto en desventaja como evidencian los estudios expuestos anteriormente. Además, otro fin es otorgar nuevo conocimiento respecto a esta población, para así poder generar tratamientos más provechosos y beneficiosos, que permitan abordar este elemento tan importante que es la alianza terapéutica, logrando así los máximos beneficios de un proceso de psicoterapia.

Para dar cumplimiento al objetivo propuesto en el párrafo anterior, es que se diseñó un estudio cuantitativo, no experimental y transversal con una sola medición en el tiempo. Se estudiará una muestra de 25 díadas niños/as, entre 6 y 11 años de edad, sus cuidadores principales y 19 terapeutas iniciando un proceso psicoterapéutico, en los que se evaluará la alianza niño/a-terapeuta a través del Therapeutic Alliance Scale for Children (TASC), la edad y sexo del niño, así como los años de experiencia del terapeuta, a través de la ficha de antecedentes. Se realizarán análisis descriptivos, correlacionales, de varianza y de regresión con los datos obtenidos, para describir las variables, evaluar el tipo de asociación existente entre ellas y determinar en qué medida la edad y sexo del niño, así como los años de experiencia del terapeuta explican la calidad de la alianza terapeuta-niño.

Se espera encontrar que tanto la edad y el sexo del paciente como los años de experiencia del terapeuta muestren una asociación con la calidad de la alianza terapéutica inicial entre terapeuta y paciente de población infantil.

MARCO TEÓRICO

1. Psicoterapia y su relevancia

La psicoterapia es la principal herramienta para tratar aspectos de salud mental. Debido a lo anterior, se han realizado múltiples estudios sobre la eficacia y efectividad de la psicoterapia. Desde lo expuesto por los autores Lambert y Bergin (1994) se pudo observar un estudio en donde medían los beneficios que generaba la psicoterapia. En dicho estudio había un grupo que no recibía ningún tipo de tratamiento, otro un tratamiento placebo y finalmente un tercer grupo que recibía psicoterapia. Los resultados arrojaron que las personas que recibieron psicoterapia mejoran en un 80% en comparación con la muestra no tratada con esta metodología. Los mismos autores plantean que la mayoría de los pacientes que reciben psicoterapia mejoran y presentan cambios, una minoría de ellos permanece estable y contrario a las intenciones que tiene la psicoterapia, una minoría empeora como resultado de esta.

En general, la forma en que ha sido evaluado el cambio en psicoterapia ha sido con criterios de significancia estadística y práctica, lo que no considera necesariamente los cambios que son relevantes para los pacientes y terapeutas (Gómez y Roussos, 2012). A raíz de esto, es que nace la necesidad de abordar aquellos aspectos que evidencian cambios en psicoterapia, pero desde la perspectiva subjetiva de los participantes en el proceso. Una autora que realiza esta búsqueda es Mariane Krause (2005), quien en una primera investigación identifica tres factores de cambio que se dan de manera transversal en la psicoterapia: (a) aceptación del contexto de significación psicológica como marco de trabajo, (b) reconocimiento de la propia participación en el proceso terapéutico y (c) fortalecimiento del vínculo terapéutico.

Posteriormente en un segundo estudio, la misma autora y su equipo plantean un modelo de cambio genérico en psicoterapia. Se entiende por cambio genérico esos cambios comunes que se generan independientemente de las diferentes escuelas y modalidades terapéuticas (Krause et. al, 2006). A través de la misma investigación, se pudo observar dos fenómenos importantes. El primero es que la efectividad del

tratamiento psicoterapéutico depende de factores inespecíficos, tales como compromiso y comprensión del terapeuta, que son independientes de la formación profesional y de la experiencia en realizar psicoterapia (Krause, et. al, 2006). El segundo fenómeno guarda relación con aquellos factores de cambio que son comunes y que son de alta importancia debido a la influencia que tienen en el resultado final del tratamiento. Los factores comunes que destacan en la investigación son: la alianza terapéutica, la estructura de la situación terapéutica, la función del terapeuta, la forma de interacción y la forma en que se organizan y transmiten los contenidos terapéuticos (Krause et. al, 2006). Otros autores que resaltan el rol que juegan los factores comunes en predecir el resultado de la terapia son Asay y Lambert (1999) quienes destacan que la alianza terapéutica y la implicación emocional del cliente son potentes factores de cambio, y todos aquellos aspectos que estén asociados con la alianza terapéutica son los más significativos al momento de determinar el éxito terapéutico.

En cuanto a los procesos de cambio en psicoterapia infantil, algunos estudios nacionales lo analizan en contextos de terapia grupal (Álvarez, 2017) y otros en psicoterapia individual (Alamo, 2019). En el contexto grupal, los niños identifican cambios a nivel personal, en las relaciones, en la imagen y en el contexto escolar, actuando como factores que lo favorecen: el reconocimiento de problemas, el encuadre terapéutico, el reconocimiento de la ayuda recibida y las relaciones al interior del grupo. El estudio también identifica factores que dificultan el cambio como son la crítica a las actividades realizadas y la observación de los procesos de cambio en los miembros del grupo (Álvarez, 2017). En la psicoterapia individual infantil se reportan cambios a nivel comportamental, identitario, afectivo y cognitivo, los que se van generando de forma interrelacionada entre padres e hijos. Es decir, aquellos cambios que ocurren en el niño van generando y reforzando a su vez cambios en los padres, y así mismo, los cambios que ellos generan repercuten también en ajustes y cambios al interior del contexto terapéutico, principalmente relacionados con la actitud hacia la terapia, la relación terapéutica, los objetivos, las actividades y las formas de trabajo (Álamo, 2019).

Respecto a los estudios mencionados, algo importante de destacar es que la gran mayoría fueron realizados en torno a población adulta, a excepción de los dos últimos. En relación a la psicoterapia infanto-juvenil existe poca investigación, sin embargo un metanálisis que se realizó con este tipo de población tuvo como hallazgos generales que la psicoterapia tiene efectos significativos y duraderos en niños y adolescentes, los que difieren un poco con la edad del cliente y el método de tratamiento (Weisz, Weiss & Klotz, 1987).

2. Alianza terapéutica

La alianza terapéutica ha sido uno de los aspectos de la psicoterapia más estudiados a lo largo del tiempo, debido a que su relevancia trasciende a las diferentes formas de terapia (Kazdin, Whitley & Marciano, 2006). En línea con lo anterior, también otros autores como Krause (2006) consideran la alianza terapéutica como un factor común a todos los estilos de terapia. Si bien existen diferencias en sus posibles definiciones desde distintas corrientes teóricas, se identifican tres características comunes en todas ellas (a) la naturaleza colaborativa de la relación, (b) la conexión afectiva entre el paciente y el terapeuta y (c) el acuerdo entre el paciente y el terapeuta en los objetivos del tratamientos y las tareas (Martin, Garske & Davis, 2000). Lo anterior coincide con la definición de alianza que plantean Kazdin y Durbin (2012) quienes destacan la calidad y naturaleza de la relación que existe entre el paciente y el terapeuta, a partir de la colaboración y el vínculo personal que surge durante el tratamiento.

Otro autor que profundiza en los tres aspectos que son partes vitales de la alianza terapéutica es Bordin (1979). Este autor señala que los aspectos centrales de la alianza son: (a) acuerdos sobre los objetivos de la terapia, en donde las metas terapéuticas que se establecen incluyen lo que el paciente desea y lo que el terapeuta observa, (b) colaboración respecto a la tarea, la que implica un contrato acordado que tiene en cuenta intercambios concretos y tareas asignadas al paciente y el terapeuta; y finalmente el punto (c) que corresponde al desarrollo de vínculos personales y requiere de un nivel de confianza inicial y que se va profundizando durante el proceso (Bordin, 1979).

En línea con lo anterior, Horvath & Luborsky (1993) exponen los fundamentos respecto a la alianza terapéutica y plantean que esta considera dos fases de desarrollo. La primera, es la que ellos definen como “desarrollo inicial de la alianza”, que tendría lugar dentro de las primeras cinco sesiones. En el período de estas cinco primeras sesiones, según los autores, se deberían establecer niveles satisfactorios de colaboración y confianza, el paciente debe unirse como un participante activo del viaje terapéutico, lograr consenso sobre lo que se debe lograr y desarrollar en el marco de la terapia (Horvath & Luborsky, 1993). La segunda fase es definida como una parte crítica de la terapia debido a que empieza ocurrir cuando el terapeuta comienza a desafiar los antiguos patrones neuróticos, generando así, que el paciente pueda experimentar las intervenciones más potentes y/o activas del terapeuta como una reducción de la simpatía y apoyo. Estos autores encontraron evidencia que respalda la existencia de la primera fase de la alianza, e incluso plantean, en base a su revisión, que el fracaso en el desarrollo de la alianza inicial puede tener un impacto perjudicial en el resultado y puede interrumpir el proceso de terapia (Horvath & Luborsky, 1993).

Por otra parte, la conceptualización de la alianza como un factor común ha sido de vital importancia, debido a que en diferentes estudios se ha observado que los factores comunes explican alrededor del 30% de la varianza en los resultados de los tratamientos en adultos, mientras que sólo el 15% es explicado por las técnicas terapéuticas específicas (Karver et. al, 2006). Por otra parte, la alianza sigue cobrando relevancia y protagonismo en los procesos de terapia debido a que se han encontrado relaciones significativas entre la alianza terapéutica y los cambios dentro del proceso de terapia, lo que ha llevado a considerar la alianza como un elemento terapéutico en sí mismo (Martin, Garske & David, 2000).

Otros de los aspectos que se han visto relacionados con este factor común, es que éste se considera de gran importancia para que el paciente persista en la terapia, para motivarse a trabajar sus problemas y obtener buenos resultados (Hawley & Weisz, 2005). En línea con lo mencionado en un párrafo anterior, algunas personas dedicadas a estudiar

la alianza, la consideran un mecanismo curativo en sí misma, tanto en psicoterapia de adultos como de niños/as (Hawley & Weisz, 2005). Sin embargo, se ha encontrado que la investigación en el proceso de psicoterapia infanto-juvenil ha quedado atrás en comparación con la psicoterapia adultos (Shirk & Karver, 2003), por lo que cobra relevancia seguir investigando la alianza terapéutica en esta población en específico.

3. Alianza terapéutica infanto-juvenil

La alianza terapéutica en población infanto-juvenil se reconoce que ha sido menos estudiada en comparación con la alianza en población adultos. Sin embargo, dentro de los estudios que se han realizado, se establece que la relación terapéutica tiene un rol crítico en el tratamiento infantil, considerándola un mecanismo de cambio (Shirk & Karver, 2003).

En el trabajo psicoterapéutico con población infanto-juvenil, es importante tener en consideración que muchas veces los niños o jóvenes consultan, debido a que están desarrollando comportamientos desadaptativos en el contexto familiar, por lo que es importante tener en consideración que en los tratamientos psicoterapéuticos infanto-juveniles están involucrados otros miembros de la familia, lo que implica desafíos y eventualmente dificultades (Shirk & Karver, 2003). Lo anterior, alude a que la mayoría de los pacientes de esta población no consultan espontáneamente, sino que son traídos por un tercero, lo que genera que a veces empiecen el tratamiento sin consciencia de sus problemas, en conflicto con sus padres y/o resistentes al cambio (Karver, Handelsman, Fields & Bickman, 2006)

Lo descrito anteriormente, lleva a tener en consideración los siguientes elementos respecto al establecimiento de la alianza en población infanto-juvenil: (a) es necesario prestar atención al desarrollo de múltiples alianzas y (b) puede haber divergencias de objetivos entre los participantes. Por lo anterior, la formación de una alianza terapéutica con los niños/as y los padres requiere que el terapeuta atienda a múltiples perspectivas y desarrolle un plan de tratamiento acorde a esto y, por lo cual, (c) los terapeutas deben estar atentos a la alianza a lo largo de todo el tratamiento (Shirk, Karver & Brown, 2011).

Respecto a estudios empíricos sobre alianza en población infantil, se han encontrado variados datos. En primer lugar, Kazdin y Durbin (2012) reportan que efectivamente la alianza niño/a-terapeuta se relaciona con el cambio terapéutico, concluyendo que a mayor calidad de la alianza durante el tratamiento, mayor será el cambio. En línea con lo anterior, otra investigación encontró el mismo resultado pero además reportan una relación entre la alianza terapéutica y la minimización de los síntomas de ansiedad que reportaban los niños/as (Libert et. al., 2010). Otro estudio, planteó que la alianza terapéutica tiene una trayectoria cuadrática (alta-baja-alta), la que también ha sido encontrada en psicoterapias psicodinámicas de adultos. Esta misma investigación encontró también que las trayectorias cuadráticas son estables, y no se observaron trayectorias de cambio lineal (Halfon, Ozsoy & Cavdar, 2019). Finalmente, un último estudio comparó la alianza terapéutica en niños con un desarrollo típico y niños con trastornos del espectro autista, encontrando que la clasificación de la alianza fue más positiva en niños con desarrollo típico versus niños con trastornos del espectro autista, replicándose este resultado a nivel de los padres y/o cuidadores de cada grupo (Klebanoff, Rosenau & Wood, 2019)

En relación a la importancia de la alianza terapéutica en población infantil, un aspecto relevante a considerar, es que debido a su momento específico en el ciclo vital esta población enfrenta limitaciones del desarrollo específicas y generales (Clark, 2013), las que podrían dificultar la comprensión de los aspectos básicos de la alianza postulados por Bordin (1979). Por ejemplo, la preponderancia de un razonamiento causal en los niños/as podría generar dificultades y/o limitaciones en su capacidad para entender la relación entre las tareas de la terapia y los objetivos de esta (Shirk, 1988). En este sentido, la capacidad que tienen los adultos para establecer estas conexiones y juicios, pueden exceder las capacidades cognitivas de la población de niños/as y adolescentes (Shirk & Karver, 2003).

Lo anterior es relevante, debido a que el hecho de no establecer un aspecto único de la alianza de los planteados por Bordin (1979), podría generar un fracaso en el establecimiento de esta y afectar la calidad de la alianza (Clark, 2013).

Todo lo anteriormente descrito nos muestra las diferencias que existen entre la alianza terapéutica en población adulta y población infanto-juvenil, por lo que comprender sus particularidades puede facilitar el entrenamiento de terapeutas y el desarrollo de intervenciones de mayor calidad y efectividad (Karver, Handelsmna, Fields & Bickman, 2006).

4. Factores que podrían afectar la Alianza terapéutica infanto-juvenil.

4.1 Edad del paciente

El trabajo psicoterapéutico con población infanto-juvenil presenta algunas barreras tales como: el apoyo de los padres, el pago, la asistencia y el transporte, debido a la dependencia de un tercero para asistir al proceso. Estas barreras también son consideradas como problemáticas para el establecimiento y desarrollo de una alianza, especialmente en los grupos etarios de 2 a 5 años y de 6 a 11 años (Campbell & Simmonds, 2011). Otra barrera importante, presentada en el apartado anterior, es la relación entre la edad, el desarrollo del niño/a y la comprensión de los distintos aspectos de la alianza. Algunos autores plantean que la población infanto-juvenil enfrentaría ciertas limitaciones propias de su etapa que no permitirán distinguir de manera natural o fácil los aspectos conceptuales que establece Bordin (1979) sobre la relación terapéutica. Algunas revisiones fortalecen esta idea dando a entender que estos conceptos pueden exceder las capacidades cognitivas infantiles debido al razonamiento causal que tienen, tal como se desarrolló en el apartado anterior (Shirk, 1988; Shirk, Karver & Brown, 2011).

Ligado a este último punto, es de vital importancia considerar el desarrollo evolutivo de los niños y niñas para entender porque se podría generar esa limitación. Las autoras Sepúlveda y Capella (2012) plantean que la etapa escolar, que comprende desde los 6 a 12 años, implica metas importantes respecto al pensamiento y la integración social.

Durante el transcurso de esta fase se espera que el niño/a alcance un pensamiento lógico y una integración social cooperativa. Es así como también se estima que en esta etapa se desarrolle la socialización, integrándose con el grupo de pares y la comunidad, incorporando normas y roles, generando así el desarrollo de las relaciones de cooperación y responsabilidad con otros, la regulación emocional y de los impulsos permitiendo de esta forma una resolución de problemas adecuada.

Esta última parte cobra vital importancia, debido a que las autoras mencionan que desde el punto de vista evolutivo la psicopatología en sus distintos niveles es una desviación del desarrollo esperado para cada etapa (Sepúlveda y Capella, 2012). Lo anterior implica que los niños que presentan dificultades en la etapa escolar no están logrando las metas esperadas que se podrían considerar esenciales para el establecimiento y comprensión de la alianza terapéutica y el trabajo en psicoterapia, como se planteó en el párrafo previo (Shirk, 1988; Shirk, Karver & Brown, 2011).

En línea con lo anterior, un estudio que analiza la relación entre las competencias sociales e intelectuales y la alianza terapéutica en niños/as, reporta una asociación positiva entre estas variables, encontrando que aquellos que presentaban mayores competencias sociales e intelectuales antes del tratamiento, formaron una mejor alianza con su terapeuta (Kazdin & Durbin, 2012).

Por otra parte, respecto a otras investigaciones empíricas que han relacionado la edad del paciente con la alianza, en una de ellas se encontró que los terapeutas informaron haber logrado una alianza terapéutica de mayor fortaleza con niños de 6 a 11 años en comparación con otros rangos de edad. En esa misma investigación los terapeutas también reportaron que experimentaban con mayor confianza la posibilidad de desarrollar una alianza positiva con niños de 6 a 11 años (Campbell & Simmons, 2011). Sumado a esto los mismos terapeutas reportaron que era de gran importancia la alianza con los padres para así poder apoyar la alianza terapéutica con los niños/as del mismo rango de edad (Campbell & Simmons, 2011).

En otro estudio, que midió alianza terapéutica en 4 momentos del proceso psicoterapéutico (3 semanas, 2 meses, 4 meses y 6 meses), se encontraron diferencias significativas en la medición de los 6 meses, calificando los terapeutas sus relaciones con jóvenes menores de 12 años como más favorables que con los jóvenes mayores de 13 años (Abrishami, 2009).

4.2 Años de experiencia del terapeuta

A través de distintas revisiones e investigaciones, se ha podido observar que el nivel de experiencia del terapeuta es un tema de interés. Sin embargo, existe escasa evidencia empírica para responder a la pregunta sobre la relación entre los años de experiencia del terapeuta y el desarrollo de la alianza (Shirk & Karver, 2003; Wintersteen & Mesinger, 2005), especialmente en población infanto-juvenil. Una de las investigaciones realizadas, en donde 600 adolescentes evaluaron la alianza con su terapeuta, se encontró que los jóvenes reportaron alianzas más altas con terapeutas menos experimentados. En esta misma investigación también se evaluó la percepción del terapeuta, y se encontró que los terapeutas menos experimentados también reportaron alianzas más altas con estos jóvenes (Wintersteen & Mesinger, 2005). Un elemento importante de destacar es que en general los terapeutas tienden a ser menos conscientes de la calidad de la alianza terapéutica siendo más pesimistas al evaluarla (Shirk, Karver & Brown, 2011; Accurso & Garland, 2015). Finalmente, otro estudio en donde se midió alianza con población adulta, específicamente cuidadores de niños/a en proceso de psicoterapia, mostró que los cuidadores tendían a informar una alianza general más fuerte con terapeutas con menos experiencia (Accurso & Garland, 2015).

4.3 Sexo del paciente

En distintas investigaciones se ha observado que el sexo del paciente podría tener ciertas influencias en el establecimiento de la alianza terapéutica. Una de las investigaciones realizadas con muestra de adolescentes reporta que, desde la perspectiva del paciente, la coincidencia de género con el terapeuta genera mayor facilidad para el desarrollo de una alianza positiva, incluso, aquellas díadas emparejadas en género tenían

más probabilidades de completar dos tercios del tratamiento (Wintersteen, Mensinger & Kenkel, 2005). Otro estudio naturalista realizado con adultos, encontró que la coincidencia entre el paciente y el terapeuta respecto al sexo podría tener un impacto positivo en la alianza terapéutica inicial, sin embargo, también destaca que ese efecto se pierde posteriormente (Bhati, 2014). En otra investigación en dónde se controló la variable “gravedad de los síntomas”, se pudo observar que no habría ventaja o desventaja en la alianza terapéutica inicial y su crecimiento en ninguno de los tipos de emparejamiento terapeuta-paciente según sexo (Behn, Davanzo & Errázuriz, 2018).

Otro aspecto importante de considerar respecto al sexo de los pacientes, es que según la literatura se ha podido encontrar que en el desarrollo de la adolescencia femenina, las niñas se identifican a sí mismas a través de sus relaciones, por lo que podrían dar mayor importancia a los encuentros interpersonales en comparación con los niños (Gilligan, 1982), pudiendo resultar más atractivo para ellas establecer un vínculo con el/la terapeuta (Wintersteen, Mensinger & Kenkel, 2005).

Finalmente, otro estudio en varones adolescentes reporta que ellos califican la alianza con terapeutas mujeres de manera considerablemente más baja que con terapeutas hombres, mostrando una mayor probabilidad de abandonar el tratamiento con ellas. Así también, se pudo observar en psicoterapias de adolescentes femeninas con terapeutas masculinos, que ambos clasifican la alianza de manera más débil (Wintersteen, Mensinger & Kenkel, 2005).

OBJETIVOS

1. Pregunta de investigación

¿En qué medida los años de experiencia del terapeuta, la edad y el sexo del niño explican la calidad de la alianza inicial entre terapeutas y niños que asisten a psicoterapia?

2. Objetivo General

Determinar el tipo de relación existente entre los años de experiencia del terapeuta, la edad del niño/a, el sexo del niño/a y la alianza terapéutica inicial entre terapeuta-niño/a, evaluando en qué medida la experiencia de terapeuta, la edad y el sexo del paciente explican la alianza inicial.

3. Objetivos específicos

1. Describir y analizar los años de experiencia de los terapeutas, la edad y sexo de los niños/as y la calidad de la alianza en la etapa inicial del proceso de psicoterapia, en los terapeutas y pacientes.
2. Analizar la relación existente entre la experiencia de los terapeutas, la edad y el sexo del niño/a y la calidad de la alianza inicial entre terapeuta y paciente.
3. Determinar en qué medida los años de experiencia del terapeuta, la edad y el sexo del niño explican la calidad de la alianza terapéutica inicial entre terapeuta y paciente.

HIPÓTESIS

- a) Se espera a nivel descriptivo una calificación de la alianza terapéutica inicial más baja en los terapeutas que en los niños.
- b) Se espera que a menos años de experiencia del terapeuta, se establezca una calificación más positiva de la alianza terapéutica inicial desde la perspectiva del paciente.
- c) Se espera que a menor edad del paciente, el terapeuta establezca una calificación más positiva de la alianza terapéutica.
- d) Se espera que las niñas tiendan a establecer calificaciones más positivas de la alianza terapéutica inicial, en comparación con los niños.
- e) Se espera que los años de experiencia del terapeuta, la edad y el sexo del paciente expliquen de forma significativa la calidad de la alianza terapéutica inicial entre terapeuta y paciente, desde ambas perspectivas.

MÉTODO

1. Diseño

El presente estudio contó con un diseño cuantitativo, no experimental y transversal. Es de carácter descriptivo, comparativo y correlacional, ya que se describirán y caracterizarán las variables años de experiencia del terapeuta, edad y sexo del niño/a y alianza inicial terapeuta-niño/a. Posteriormente, se determinará el valor explicativo de los años de experiencia, la edad y sexo del niño/a en la alianza inicial terapeuta-niño/a a partir de análisis de regresión.

2. Participantes

La muestra del presente estudio está compuesta por 25 diadas niños/as - padres o cuidadores principales y 19 terapeutas, iniciando un proceso de psicoterapia en la Unidad de Salud Mental del Centro Médico San Joaquín y el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad de Chile. Se definieron como criterios de inclusión: (1) niños o niñas entre 6 y 11 años de edad, (2) con dominio de la lecto-escritura, (3) iniciando un proceso terapéutico con algún terapeuta de los centros anteriormente mencionados. En cuanto a los cuidadores, (4) se consideró el reporte de alianza de los cuidadores (madre, padre o familiar encargado del cuidado del niño o niña), que asiste con ellos a las sesiones de psicoterapia y que mantiene contacto con el terapeuta.

En cuanto a criterios de exclusión, se consideró niño o niña menor de 6 años y más de 11 años, la presencia de patología física grave y/o psiquiátrica (espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos y/o trastorno que requiera hospitalización). Entre los criterios de exclusión de los cuidadores se encuentra el que no sea una figura de cuidado del niño, que no tenga un rol en el proceso terapéutico y/o no tenga contacto directo con el terapeuta del niño y la presencia de patología física grave y/o psiquiátrica.

Los datos fueron recolectados por la tesista junto a un equipo de investigación y serán utilizados también para la tesis doctoral “Relaciones terapéuticas y procesos de cambio en

psicoterapia con niños/as: integrando las experiencias subjetivas de los niños/as, padres y terapeutas” (Núñez, 2019).

3. Procedimiento

Inicialmente, se realizó un contacto con los terapeutas infanto-juveniles de los diferentes centros para invitarlos a participar junto a sus pacientes en el estudio y explicar los objetivos, riesgos y beneficios. Los terapeutas interesados en el estudio invitaron a sus pacientes y aquellos que aceptaron fueron contactados por psicólogas clínicas del equipo de investigación. Con posterioridad a la primera sesión de psicoterapia, una de las investigadoras del equipo asistió al centro de atención y explicó al padre o cuidador y al niño o niña que asiste a terapia el propósito de la investigación, en qué consiste su participación y sus riesgos y beneficios. Posteriormente aquellos que confirmaron su participación recibieron y firmaron un consentimiento informado para cuidadores y una carta de asentimiento para los niños/as.

Luego de esto, se inició la aplicación inicial de los instrumentos, que se repitió cada tres meses en el estudio mayor en el que se inserta la presente tesis. En cuanto a los instrumentos que requirieron la participación o reporte del niño o niña, fueron realizados con el apoyo de una investigadora del equipo, mientras los padres y terapeutas completaron sus instrumentos de manera individual. La evaluación consistió en contestar los instrumentos: Therapeutic Alliance Scale for Children (TASC), Therapeutic Alliance for Caregivers and Parents (TASC-T), Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) y ficha de ingreso y caracterización, utilizándose para este estudio en específico solo los datos del Therapeutic Alliance Scale for Children (TASC) y de la ficha de ingreso y caracterización del caso.

Por una parte, los datos del presente trabajo fueron recolectados por tres tesistas del programa de Magíster en Psicología Clínica y el equipo de investigación. Por otra parte, el uso de los datos que se obtengan, el resguardo y confidencialidad, se ajustan a las exigencias establecidas por los protocolos de comité de ética de la Pontificia Universidad Católica de Chile y CONICYT.

4. Instrumentos

4.1) Ficha de ingreso/Caracterización caso:

Es un ficha sociodemográfica para recopilar información sobre los participantes. Esta ficha tiene 4 ejes, el primero es sobre el paciente, en dónde se consideran: nombre, edad, fecha de nacimiento, sexo, curso/colegio, motivo de consulta y diagnóstico. El segundo es el del adulto responsable, que considera: nombre, relación con el paciente, sexo y edad. El tercer eje es el del terapeuta, en dónde se recopilan: nombre, sexo, edad, años de experiencia clínica y enfoque teórico. Finalmente el cuarto eje es el de la terapia, en dónde se considera la fecha de inicio, término, número de sesiones y tipo de egreso.

4.2) Therapeutic Alliance Scale for Children (TASC)

Esta escala nace del esfuerzo para evaluar alianza terapéutica en población infantil por los autores Shirk & Saiz (1992). En relación a lo anterior, es que tiene como principal finalidad medir la alianza entre niños y terapeutas. La construcción de esta escala se hizo en base a la definición de Bordin (1979) y mide específicamente dos aspectos de los que el autor plantea: vínculo afectivo y colaboración entre tareas. Respecto a las características de la escala, es una escala de autoreporte que se aplica en momentos determinados de la psicoterapia de niños/as, además esta tiene una forma/escala para evaluar tanto la percepción de alianza del niño como del terapeuta. Además está compuesta por 12 ítems, que se responden mediante una escala likert en donde 1 significa “nada”, 2 “poco”, 3 “bastante” y 4 “mucho”, en donde se puede obtener un máximo de 48 puntos en ambas versiones. Los autores no postularon puntajes de corte específicos para la interpretación, por lo que para el presente estudio los puntajes se tomaron como un continuo sin establecer puntaje corte, en donde los puntajes más cercanos a 48 fueron considerados como una alianza terapéutica inicial más fuerte o de tendencia alta, en comparación con aquellos más alejados.

Respecto a la confiabilidad de la escala, se encontró que la versión del niño tiene un alpha de cronbach de 0.84 y la del terapeuta 0.97. (Shirk & Saiz, 1992; Shirk, Karver & Brown, 2011; Shirk, Saiz, Green & Hanze, 1990; Creed & Kendall, 2005; Klebanoff, 2005). En

el actual estudio los valores alpha de Cronbach obtenidos para el Therapeutic Alliance Scale for Children (TASC) fueron 0.68 para la versión del niño, y de un 0.79 para la versión del terapeuta.

Para el presente estudio se realizó una adaptación de TASC y del TASC-P en base al instrumento original, que consistió en los siguientes pasos:

- (1) Traducción de las versiones originales en inglés al español por una traductora bilingüe.
- (2) Re-traducción de ambos instrumentos por parte de una investigadora externa al proyecto, quién también es bilingüe español-inglés.
- (3) Confección de la versión piloto incorporando los detalles del proceso de traducción y retraducción.
- (4) Evaluación de las versiones piloto, realizada por cuatro jueces expertos en psicoterapia infantil.
- (5) Integración de las observaciones de los jueces expertos.
- (6) Entrevistas cognitivas de la versión TASC niños, TASC terapeutas, TASC cuidadores y TASC terapeutas.
- (7) Integración de las observaciones generadas a partir de las entrevistas cognitivas y elaboración de las versiones finales adaptadas para Chile.

5. Análisis de datos

Para el análisis de datos estadísticos se utilizó el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS XX). Con este programa se realizaron análisis descriptivos de las variables a estudiar, reportando promedios, desviaciones estándar y frecuencias. Por otra parte se realizaron análisis de Prueba T, para comparar la diferencia de niños y niñas respecto a la evaluación inicial de la alianza terapéutica. Además se realizaron correlaciones lineales de Pearson para determinar la asociación entre las variables estudiadas y análisis de regresión lineal para determinar el valor explicativo de la edad y sexo del paciente, y experiencia del terapeuta en la alianza inicial terapeuta-paciente.

RESULTADOS

1. Caracterización y descripción de la muestra

La muestra del presente estudio estuvo compuesta por un total de 25 díadas niños/as- padres o cuidadores principales y 19 terapeutas. Respecto al total de casos, las edades de los niños/as oscilaron entre los 6 y 11 años ($M=8$; $DE=1.4$), en donde el 48% fueron hombres y el 52% fueron mujeres. En relación a los 19 terapeutas, sus años de experiencia variaron entre los 0 y 19 años ($M= 3,36$; $DE=5,09$). En lo referente a los cuidadores participantes en el estudio un 88% fueron los padres o madres del paciente, un 8% abuelas/os y un 1% tenía otro tipo de relación con el niño/a (Ver tabla 1).

Tabla 1

Caracterización de la muestra

	Frecuencia	%
Sexo del niño		
Mujer	13	52
Hombre	12	48
Años de experiencia		
1 o menos	12	63.2
2 a 5	2	10.6
6 a 10	3	15.9
11 a 15	1	5.3
15 a 20	1	5.3
Relación del cuidador		
Madre o Padre	22	88
Abuela o Abuelo	2	8
Otro	1	4

2. Análisis descriptivos Therapeutic Alliance Scale for Children (TASC)

Respecto a los resultados encontrados en el instrumento Therapeutic Alliance Scale for Children (TASC) (Shirk & Saiz, 1992), se encontró que los niños tienden a calificar una alianza inicial positiva con tendencia alta, mientras que los terapeutas en su propia versión tienden a clasificar la alianza terapéutica inicial con sus pacientes con una tendencia más baja que los niños/as (Ver tabla 2).

Tabla 2

Estadísticos descriptivos del instrumento Therapeutic Alliance Scale for Children (TASC)

	N	Media	DE
TASC			
Versión niño	25	40,24	5,2
Versión terapeuta	25	34,6	4,3

3. Análisis Correlacionales

Se realizó una matriz de correlaciones de Pearson para determinar el tipo de relación existente entre las variables: edad del niño/a, sexo del paciente, años de experiencia del terapeuta y el cuestionario Therapeutic Alliance Scale for Childrens (TASC) en ambas versiones, niño/a y terapeuta (Ver tabla 3).

En primer lugar, se obtuvo como resultado de que existe una correlación positiva y significativa entre la variables edad del niño y la alianza reportada por él mismo en la versión del TASC ($r=,412$, $p<,005$), lo que indica que los niños con mayor edad tienden a reportar una mejor calidad de la alianza terapéutica inicial que aquellos más pequeños.

En segundo lugar, respecto a la relación existente entre la calidad de la alianza terapéutica inicial percibida por el niño y por el terapeuta, se obtuvo como resultado una correlación positiva y significativa entre ellos ($r=,446$, $p<,005$). Lo anterior indica que existe una percepción de la alianza inicial parecida e interrelacionada entre terapeuta y niño/a.

En relación a la asociación entre los años de experiencia del terapeuta y la calidad de la alianza inicial no se encontraron resultados significativos, lo mismo ocurrió respecto a la relación entre la alianza terapéutica inicial reportada por el terapeuta y la edad de los pacientes (Ver tabla 3).

Tabla 3*Matriz de Correlaciones*

	Años de experiencia	Edad del niño/a	Sexo del niño/a	TASC niño/a	TASC terapeuta
Edad del niño/a	,159				
Sexo del niño/a	-,059	,443*			
TASC niño/a	-,262	,412*	-,033		
TASC terapeuta	-,090	,270	,109	,446*	

*p<,05

4. Análisis de prueba T

Se realizó un análisis de prueba T ($t = ,160$, $p = ,875$), con 95% de confianza, para ver si existían diferencias entre niños y niñas respecto al establecimiento de la alianza terapéutica inicial. Los resultados arrojaron que no existían diferencias significativas entre niños y niñas al reportar su alianza.

5. Análisis de Regresión Lineal

Para determinar el valor explicativo de las variables; años de experiencia del terapeuta, edad y sexo del niño/a respecto a la calidad de la alianza terapéutica inicial, se realizaron dos regresiones lineales múltiples con alianza terapéutica inicial reportada por el terapeuta y por el niño, a través del Therapeutic Alliance Scale for Children (TASC), como variables dependientes.

En primer lugar, los resultados de la regresión múltiple con variable dependiente alianza terapéutica inicial reportada por el niño/a, indican que los años de experiencia del terapeuta y edad del niño/a predicen significativamente la calidad de la alianza terapéutica inicial. Lo anterior refiere a que, los años de experiencia del terapeuta tienen una relación negativa con la variable dependiente, lo cual indica que a mayor número de años de experiencia del terapeuta, se reportará una menor calidad de la alianza terapéutica inicial

reportada por el paciente. Por otra parte, la edad del niño/a tiene una relación positiva con la alianza terapéutica, lo que indica, que a mayor edad del paciente, se reportará mayor calidad de la alianza terapéutica inicial. Respecto a la variable sexo del niño/a, esta no predice de forma significativa la alianza terapéutica inicial desde la perspectiva del paciente (Ver tabla 4).

El R^2 de este análisis de regresión lineal múltiple, indica que el modelo anterior explica un 27% de la varianza de la variable dependiente alianza terapéutica inicial desde la perspectiva del niño/a, porcentaje que es significativo ($F(3,21)=4,027$, $p=,021$).

En segundo lugar, los resultados de la regresión múltiple con variable dependiente la alianza terapéutica inicial reportada por el terapeuta, indica que ninguna de las variables independientes predicen de forma significativa la alianza terapéutica inicial desde la perspectiva del profesional (Ver tabla 5).

Tabla 4

Resultados Regresión lineal Múltiple con variable dependiente TASC versión niño/a

Variable	B	P
Intercepto	28,468	,000
Años de experiencia terapeuta	-,388	,045
Edad del niño/a	2,309	,005
Sexo del niño/a	-3,366	,108
R^2 ajustado	,274	

Tabla 5

Resultados Regresión lineal Múltiple con variable dependiente TASC versión terapeutas

Variable	B	P
Intercepto	27,954	,000
Años de experiencia terapeuta	-,118	,516
Edad del niño/a	,947	,208
Sexo del niño/a	-,300	,880
R^2 ajustado	-,038	

DISCUSIÓN

En el presente estudio se realizó una investigación para determinar en qué medida las variables demográficas: años de experiencia del terapeuta, edad y sexo del niño/a están relacionadas o explican la alianza terapéutica inicial entre terapeuta-paciente. Lo anterior, se realizó con el fin de otorgar nuevos conocimientos respecto a esta área debido a que se ha observado a lo largo de distintos estudios la importancia que tiene la alianza terapéutica en un proceso de psicoterapia (Karver, et, al, 2006) y que esta puede variar o ser influida por aspectos como los mencionados anteriormente (Wintersteen, Mensinger, Diamon & Kenkel, 2005, Campbell & Simmonds, 2011; Accurso & Garland, 2015). Es así, como la investigación realizada cobra relevancia a través de sus resultados, ya que se otorga nuevo conocimiento respecto a la alianza terapéutica infantil, que se encuentra en desventaja frente a la población adulta, grupo en el que se han realizado la mayor cantidad de estudios respecto a esta variable (Shirk & Karver, 2003).

En primer lugar, se encontró que existe una relación significativa entre la edad del niño y la alianza terapéutica que este reporta en un primer momento. Es decir, a mayor edad del niño/a, estos tienden a calificar la alianza terapéutica inicial de forma más positiva. Este resultado no se condice con lo postulado en la hipótesis basada en los estudios revisados, que planteaban y mostraban resultados desde la perspectiva del terapeuta, en dónde estos tendían a establecer una calificación más positiva de la alianza con pacientes de menor edad (Campbell & Simmons, 2011), sin embargo esto no se presentó de manera significativa en el presente estudio. De todas formas, es importante destacar que el resultado encontrado respecto a la relación entre la edad del niño y la calificación de la alianza inicial de este mismo, nos aporta nueva información para complementar los estudios de alianza terapéutica infantil desde la perspectiva del paciente.

Lo anterior cobra relevancia, debido a que podría ser explicado a partir de las diferencias en el desarrollo evolutivo infantil, en donde se plantea que a lo largo de la etapa escolar, comprendida entre los 6 y 12 años, se generan hitos importantes en el desarrollo del pensamiento y la integración social. En concreto, se espera que a fines de

esta etapa el niño o niña consiga un pensamiento lógico e integración social cooperativa que le permita generar relaciones de colaboración y responsabilidad con otros, lo que se podría ver afectado por la presencia de psicopatología durante esta fase (Sepúlveda & Capella, 2012). Teniendo en consideración que la etapa escolar es un período en dónde se van desarrollando estos aspectos de forma paulatina, es posible distinguir diferencias entre un niño/a de 6 años y uno de 12 años, en donde el primero podría presentar mayores dificultades para comprender los aspectos de la alianza terapéutica debido a su razonamiento más causal (Shirk, 1988; Shirk & Brown, 2011), generando así una clasificación de la alianza más empobrecida en comparación con los niños de mayor edad. En específico, los elementos de la alianza que serían de mayor complejidad para los niños más pequeños serían los que guardan relación con su capacidad para entender la relación existente entre las tareas de la terapia y los objetivos de su proceso de psicoterapia, debido a la preponderancia de un razonamiento causal en ellos (Shirk, 1988), que tal como se mencionó a lo largo de la presente investigación, son elementos de vital relevancia para establecer la alianza terapéutica (Bordin, 1979)

En línea con lo expuesto en el apartado anterior, también se pudo observar en los resultados del estudio que la edad del paciente predice de forma significativa la alianza terapéutica inicial, desde la percepción del niño/a. Se plantea que esto está igualmente relacionado con los aspectos del desarrollo (Sepúlveda y Capella, 2012) que ya se mencionaron anteriormente, lo que nos muestra que es un factor vital a tener en cuenta al momento de la psicoterapia y del establecimiento de la alianza terapéutica. Ya que, como se vio también en los resultados, la percepción de la alianza inicial entre terapeuta y paciente tiende a estar interrelacionada de forma significativa, lo que destaca nuevamente la importancia de la alianza terapéutica en los procesos de terapia (Krause et. al, 2006; Asay & Lambert, 1999).

Debido a lo anterior, sería importante tener en consideración al momento de atender a los pacientes de menor rango de edad, que existen elementos que podrían dificultar el establecimiento de la alianza, por lo que se propone considerar dar espacios

de confianza y relación más largos para que el niño/a vaya integrándose al proceso de terapia y comprendiendo de a poco lo que significa estar en terapia y establecer una relación con el terapeuta. Lo mencionado se relaciona con lo postulado en el marco teórico, respecto de que en general esta población no consulta de forma espontánea, ya que son traídos por un tercero y esto podría generar barreras y resistencias a la terapia (Karver, Handelsman, Fields & Bickman, 2006). Es por esto que se considera de vital importancia que los terapeutas consideren lo anteriormente descrito, así como también establecer múltiples alianzas, enfocándose quizás en primera instancia en fortalecer la alianza con los padres para el trabajo y apoyo del proceso de psicoterapia, considerando la divergencia de objetivos y estar atentos constantemente a la alianza durante el proceso (Shirk, Karver & Brown, 2011).

En segundo lugar, respecto a la hipótesis relacionada con los años de experiencia del terapeuta, en la que se espera que a menos años de experiencia, se establezca una calificación más positiva de la alianza terapéutica inicial, los análisis de correlación no arrojaron resultados significativos. Sin embargo, se obtuvo como resultado que esta es una variable que predice de forma significativa la alianza inicial, generando así una relación que entre a más años de experiencia del terapeuta, los niños califican la alianza inicial de forma más baja. Lo anterior se relaciona con lo postulado en la hipótesis y en los postulados teóricos de distintos estudios empíricos, en donde tanto en población adolescente como adulta ocurre el mismo fenómeno (Accurso & Garland, 2015; Wintersteen & Mesinger, 2005). Si bien estos estudios no son directamente comparables debido a que están focalizados en distintos rangos etarios, nos muestran un factor importante que podría estar modulando y/o afectando la relación terapéutica en los distintos grupos etarios.

Por otra parte, si bien este estudio no tuvo como objetivo discernir el qué o por qué se genera esta diferencia en la clasificación de la alianza en relación con los años de experiencia del terapeuta, ni tampoco se encontraron resultados concluyentes en la revisión teórica realizada, este resultado nos daría entender que en un primer momento de

la alianza existirían diferencias en las cualidades y/o atributos que presentan los distintos terapeutas, las cuales podrían estar relacionadas con aquellos factores que contribuyen a la alianza de forma positiva, tales como: flexibilidad, calidez, interesado, ser abierto y honesto (Ackerman & Hilsenroth, 2003). Relacionado con lo anterior, otros estudios plantean que los terapeutas más experimentados podrían comenzar a desafiar la resistencia y defensas de forma muy temprana a diferencia de los menos experimentados, quienes se pueden mostrar más ansiosos por evitar el frustrar a los pacientes o herir sus sentimientos (Hersoug, Hoglend, Monsen & Havik, 2001).

Es importante destacar respecto a lo anterior, que el resultado encontrado nos aporta nueva información respecto a la población infantil, en la que existía escasa evidencia (Shirk & Karver, 2003, Wintersteen & Mesinger, 2005) y que muestra que al igual que la población adulta y juvenil, los años de experiencia son un factor importante de la percepción de la alianza terapéutica inicial, por lo que se plantea como un desafío a tener en cuenta en los terapeutas para así poder manejar estos aspectos y poder beneficiar el desarrollo de una alianza terapéutica de mayor calidad. Así también, se plantea como una nueva posible vía de estudios futuros, para de esta forma obtener mayor información de la relación existente entre los años de experiencia, los atributos del terapeuta y la alianza terapéutica.

En tercer lugar, la investigación realizada no presentó resultados significativos para las hipótesis que guardan relación con el sexo del niño como una variable que prediga o tenga una alta relación con la alianza terapéutica. Así mismo, desde la perspectiva del terapeuta no se encontraron predicciones significativas desde las variables independientes postuladas a estudiar. Esto último se plantea que puede estar influido por la baja cantidad y variabilidad de terapeutas evaluados, así mismo, también puede estar relacionado con que a partir de diferentes grados de experiencia y confianza los terapeutas pueden estar más reacios a dar calificación de la alianza terapéutica de forma tan inicial, y desean esperar a que el proceso terapéutico funciona de acuerdo a las tareas y objetivos (Hersoug, Hoglend, Monsen & Havik, 2001).

El presente estudio, a pesar de las limitaciones encontradas, pudo aportar con elementos importantes a considerar en el quehacer de los psicólogos que se desempeñan en el área clínica. Los resultados obtenidos nos permitieron conocer mayores aspectos que están en juego respecto a la alianza terapéutica inicial en población infantil, y que son importantes de tener en consideración a la hora de tratar con ellos/as, para de esta forma, poder manejar estas variables de la manera adecuada y así generar tratamientos más provechosos y beneficiosos, en dónde se genere un espacio de comodidad tanto para los terapeutas como los pacientes.

Respecto al hecho de obtener una medición de la alianza terapéutica a través de la aplicación piloto del Therapeutic Alliance Scale for Children en población chilena, se considera beneficioso debido a que entrega información de la percepción de los niños y niñas que asisten a psicoterapia, que muchas veces no se tiene en consideración. Lo anterior, puede conllevar a que el terapeuta considere más elementos, preste atención a otros o mejore algunos que le permitan ir desarrollando la mejor calidad de alianza posible. Así como también ante un quiebre o cambio en la alianza, pesquisar que ocurrió y generar nuevas estrategias, ya que, como hemos visto a lo largo de la presente investigación, el rol de la alianza terapéutica es fundamental en el proceso de psicoterapia y el cambio (Krause 2005, Krause et. al., 2006)

Respecto a las limitaciones del estudio, una limitante importante fue el tamaño y diversidad muestral de este. El contar con sólo 25 casos y 19 terapeutas, podría explicar por qué no se encontraron hallazgos significativos en relación a las hipótesis mencionadas anteriormente; en este sentido los resultados requieren ser confirmados en muestras de mayor tamaño. Esta limitación, también se liga con las dificultades que se encontraron para acceder a la muestra, en donde se generó en ocasiones dificultad para realizar los contactos o no se mostró interés de participar, ya sea por parte de los pacientes como los profesionales, por lo que sería importante idear un incentivo o aporte beneficioso para los participantes, para de esta forma generar mayor involucramiento. Otro elemento importante a considerar, es que a través de las evaluaciones realizadas se pudo observar

que muchas veces el material no se presentaba como algo atractivo, especialmente para los niños/as más pequeños. Por lo que sería importante, considerar una adaptación o formulación del material que considere elementos más didácticos a la hora de ser aplicado y respondido, por ejemplo que la forma de responder incluya dibujos en vez de números. También sería importante considerar la opción de aplicar los instrumentos antes de la sesión, ya que muchas veces los participantes salían cansados y no tenían ánimos de responder.

Otro aspecto importante a destacar como una limitación del estudio, es que en sus etapas finales se vio afectado por el “Estallido Social” que se encuentra viviendo el país desde el 18 de octubre del 2019. Debido a todas las situaciones ocurridas, especialmente durante octubre, noviembre y diciembre de 2019, se dificultó el avance del estudio tanto a nivel muestral y también de la disponibilidad de equipo de investigación debido a su propia situación y afectación. Lo anterior se manifestó como un impedimento para poder aumentar la cantidad de contactos para la muestra y a su vez, se plantea como una variable de estrés que pudo afectar la predisposición al estudio y el desarrollo de la evaluación.

En línea con lo mencionado anteriormente, es relevante considerar para futuros estudios un tamaño muestral más grande, en conjunto con la posibilidad de generar material más didáctico en dónde se incluyan elementos de mayor interés para los niños, especialmente los más pequeños: dibujos en vez de números, lápices de colores para responder la escala, entre otros, para así poder encontrar resultados más significativos. Además, se plantean líneas futuras a estudiar que nos permitan discernir, clarificar y especificar con mayor claridad la relación estos aspectos demográficos con la alianza terapéutica inicial, ya que en el presente estudio se realiza una primera aproximación, teniendo en cuenta que la evaluación se realizó en un momento muy temprano del desarrollo de la alianza terapéutica.

A raíz de lo anterior, es importante considerar una línea futura de estudio longitudinal en donde se consideren más mediciones de alianza en el tiempo, debido a que esto nos permitiría ver cómo estos factores externos pueden influir y desarrollarse de

diferentes formas a lo largo del proceso terapéutico, ya que es importante destacar que la alianza terapéutica tiene una trayectoria cuadrática (alta-baja-alta) en donde estos factores estudiados podrían presentar un comportamiento diferente según el momento de la trayectoria (Halfon, Ozsoy & Cavdar, 2019).

Todo lo anteriormente mencionado, nos permite tener mayor conocimiento y herramientas para trabajar con la población infantil, y de esta forma poder generar procesos de psicoterapia con mayores beneficios.

REFERENCIAS

Abrishami, G.F. (2013). Therapeutic Alliance and Outcomes in Children and Adolescents Served in a Community Mental Health Setting. doi:10.4172/2375-4494.1000110. <http://dx.doi.org/10.4172/2375-4494.1000110>

Accurso, E. C., & Garland, A. F. (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>

Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical psychology review*, 23(1), 1-33. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00146-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00146-0)

Alamo, N. (2019). *Contenidos y evolución del cambio en la psicoterapia con niños y niñas: Propuesta de un modelo genérico y de proceso*. (Tesis Doctoral). Pontificia Universidad Católica de Chile. Chile, Santiago.

Almonte, C. (2012). Aspectos básicos del tratamiento en psiquiatría infantil y del adolescente. En C. Almonte & Ma. E. Montt (Eds), *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia* (2da edición, pp. 156-174). Santiago: Mediterráneo.

Álvarez, C. (2017). *Cambio en psicoterapia desde las narrativas de niños y niñas en edad escolar que han participado en Psicoterapia Grupal*. (Tesis de Magíster). Universidad de Chile, Chile, Santiago.

Asay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (p. 23–55). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11132-001>

Bhati, K. S. (2014). Effect of Client-Therapist Gender Match on the Therapeutic Relationship: An Exploratory Analysis. *Psychological Reports*, 115(2), 565–583. <https://doi.org/10.2466/21.02.PR0.115c23z1>

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>

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>

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>

Chile. Ministerio de Salud, Departamento de Salud Mental de la Subsecretaría de Salud Pública. (2017). Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Recuperado de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>

Clark, C. M. (2013). Irreducibly human encounters: Therapeutic alliance and treatment outcome in child and adolescent psychotherapy. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 12(3), 228-243. <https://doi.org/10.1080/15289168.2013.822751>

De la Barra, F. (2009). Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 47(4), 303-314. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272009000400007>

De La Barra, M. F., Vicente, P. B., Saldivia, B. S., & Melipillán, A. R. (2012). Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(5), 521-529. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70346-2](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70346-2)

Gilligan, C. (1982). *In a different voice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Gómez Penedo, J.M. & Roussos, A. (2012). ¿Cómo sabemos si nuestros pacientes mejoran?. Criterios para la significancia clínica en psicoterapia: Un debate que se renueva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(2), 173-190.

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>

Hawley, K. M., & Weisz, J. R. (2005). Youth versus parent working alliance in usual clinical care: Distinctive associations with retention, satisfaction, and treatment outcome. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(1), 117-128. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3401_11

Hersoug, A. G., Høglend, P., Monsen, J. T., & Havik, O. E. (2001). Quality of working alliance in psychotherapy: therapist variables and patient/therapist similarity as predictors. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 10(4), 205–216.

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>

Karver, M. S., Handelsman, J. B., 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>

Kazdin, A. E., Whitley, M., & Marciano, P. L. (2006). Child–therapist and parent–therapist alliance and therapeutic change in the treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *Journal of child psychology and psychiatry*, 47(5), 436-445. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01475.x>

Kazdin, A. E., & Durbin, K. A. (2012). Predictors of child–therapist alliance in cognitive–behavioral treatment of children referred for oppositional and antisocial behavior. *Psychotherapy*, 49(2), 202–217. <https://doi.org/10.1037/a0027933>

Klebanoff, S. M., Rosenau, K. A., & Wood, J. J. (2019). The therapeutic alliance in cognitive-behavioral therapy for school-aged children with autism and clinical anxiety. *Autism*, 23(8), 2031–2042. <https://doi.org/10.1177/1362361319841197>

Krause, M. (2005). *Psicoterapia y Cambio*. Una mirada desde la subjetividad. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282005000200001>

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., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4, 143-189.

Liber, J. M., McLeod, B. D., Van Widenfelt, B. M., Goedhart, A. W., van der Leeden, A. J., Utens, E. M., & Treffers, P. D. (2010). Examining the relation between the therapeutic alliance, treatment adherence, and outcome of cognitive behavioral therapy for children with anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 41(2), 172-186. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.02.003>

Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438–450. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). Depresión. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Shirk, S. (1988). Cognitive development and child psychotherapy. New York: Plenum Press.

Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 452–464. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.3.452>

Shirk, S. R., Karver, M. S., & Brown, R. (2011). The alliance in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 17–24. <https://doi.org/10.1037/a0022181>

Tolan, P. H., & Dodge, K. A. (2005). Children's Mental Health as a Primary Care and Concern: A System for Comprehensive Support and Service. *American Psychologist*, 60(6), 601–614. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.6.601>

Weisz, J. R., Weiss, B., Alicke, M. D., & Klotz, M. L. (1987). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analysis for clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(4), 542–549. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.55.4.542>

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>

ANEXOS

1. Carta de consentimiento informado padres/cuidadores



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRES/CUIDADORES NIÑO/A

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

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

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

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

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

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

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

¿Qué riesgos corre al participar? Ninguno.

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

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE





PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

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

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

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

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

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

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

Autorizo: _____ No autorizo: _____

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

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

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



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

2. Carta de consentimiento informado terapeutas



CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO TERAPEUTAS

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

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

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

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

¿En qué consiste su participación? En el transcurso de la terapia del niño/a, le solicitaremos que complete dos breves cuestionarios en torno a la alianza terapéutica con el niño/a y con sus padres/cuidadores. Además, le solicitaremos una entrevista sobre su experiencia en esta terapia, con énfasis en la relación y el cambio terapéutico. Las entrevistas con su hijo/a incluyen la realización de dibujos para facilitar su expresión. Luego entrevistaremos también al niño/a y sus padres/cuidadores, y les pediremos respondan dos breves cuestionarios. Ninguno de los tres podrá conocer la información que entreguen los otros participantes.

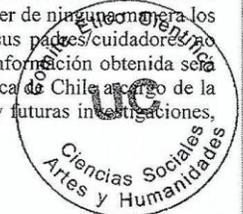
¿Cuánto durará su participación? La entrevista y los cuestionarios durarán en conjunto aproximadamente 45 minutos. Este proceso se realizará al inicio de la psicoterapia, se repite cada seis meses y al término de la intervención psicológica.

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

¿Qué riesgos corre al participar? Ninguno.

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

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE





PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

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

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

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

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

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

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

Autoriza: _____

No autoriza: _____

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

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE



3. Carta de asentimiento niños/as



CARTA ASENTIMIENTO INFORMADO PARA NIÑOS Y NIÑAS

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

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

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

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

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

¿Qué riesgos corres al participar? Ninguno.

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

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

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

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

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE





PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

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

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

Autorizo: _____ No autorizo: _____

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

Firma del/la Participante Nombre del/la Participante Fecha

Firma de la Investigadora Nombre de la Investigadora Fecha

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

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

Firma del/la Participante Firma de la Investigadora Fecha

¡Muchas gracias por tu tiempo!

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE



4. TASC versión niños

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

VERSIÓN PARA NIÑOS/AS (TASC-C)

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

1. Me gusta estar con mi psicólogo/a.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

Fecha: _____

Firma Niño/a: _____

5. TASC versión terapeuta

PROYECTO TESIS DOCTORAL LUCÍA NÚÑEZ

FOLIO Nº: _____

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

VERSIÓN PARA TERAPEUTAS (TASC-T)

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

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

Fecha: _____

Firma Psicólogo/a: _____

¡Muchas gracias por sus respuestas!

6. Ficha de ingreso/Ficha caracterización del caso

Ficha de caracterización de caso

A llenar por el equipo de Investigación

Código Paciente: _____ Código Centro: _____

Fecha contacto inicial: _____ Quien hizo el contacto: _____

Paciente	
Nombre	
Edad	
Fecha de Nacimiento	
Sexo	
Curso / Colegio	
Fecha de Ingreso	
Motivo de consulta	
Diagnóstico (descriptivo y/o categorial)	
Adulto Responsable	
Nombre	
Relación con niño/a	
Sexo	
Edad	
Teléfono y correo electrónico	
Terapeuta	
Nombre	
Sexo	
Edad	
Años de experiencia clínica	
Enfoque teórico	
Correo electrónico	
Terapia	
Fecha de inicio	
Fecha de término	
Número de sesiones	
Tipo de egreso	