



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

**Estudio de la relación entre las experiencias
adversas tempranas y la depresión en cuidadores
de niños/as en tratamiento por abuso sexual, y la
sintomatología clínica infantil.**

VERÓNICA YÁVAR VARAS

Profesora guía: Marcia Olhaberry Huber

Comité de tesis: Lucía Núñez y Nicolle Álamo

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

Agosto, 2022
Santiago, Chile



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

**Estudio de la relación entre las experiencias
adversas tempranas y la depresión en cuidadores
de niños/as en tratamiento por abuso sexual, y la
sintomatología clínica infantil.**

VERÓNICA YÁVAR VARAS

Profesora guía: Marcia Olhaberry Huber

Comité de tesis: Lucía Núñez y Nicolle Álamo

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

Dedicado a los niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de violencia sexual, y a quienes les acompañan en su proceso de reparación.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a las familias que participaron e hicieron posible la realización de este estudio, por la confianza y disposición a compartir sus experiencias con nosotras. Además, agradecer a los centros y profesionales participantes, por su entrega diaria en el trabajo que realizan para asegurar el bienestar de los niños y niñas a su cuidado.

Agradezco al equipo Fondecyt, por su apoyo y por el espacio tan humano de confianza y aprendizaje que han ido desarrollando dentro de este gran proyecto. Gracias por sus comentarios, consejos y experticia, pues enriquecieron esta investigación desde sus variados puntos de vista.

A mi profesora guía, Marcia Olhaberry, por su ojo experto, consejo y acompañamiento en el desarrollo de esta tesis.

A mis padres, Máximo y Verónica, que me han apoyado en todo desde que nací, por todo su amor y confianza, que me han llevado a ser quien soy hoy.

A mi hermana, Catalina, por su preocupación e incondicionalidad, por ser un ejemplo a seguir.

A mis amigas y amigos, por su apoyo constante, y por transitar conmigo esta etapa de la vida, llenándola de alegría.

A Pedro, por acompañarme en los traspasos y disipar mis inseguridades cuando el camino se volvía difícil, por creer en mí.

Esta investigación se encuentra inserta en el marco del FONDECYT Regular n°1200627 año 2020: “Proceso de cambio psicoterapéutico en niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales: Hacia un modelo comprensivo de la influencia de factores de los adultos responsables, las intervenciones y la relación terapéutica”.

RESUMEN

Las experiencias adversas tempranas (EATs) tienen un valor explicativo importante para el desarrollo de sintomatología clínica. Un tipo de EAT es el abuso sexual infantil (ASI), que está asociado a sintomatología depresiva, pudiendo tener un efecto transgeneracional, perpetuando dinámicas dañinas con los propios hijos/as. Existen numerosos estudios abordando distintas aristas del ASI, pero hay escasa evidencia de la relación entre las EATs de los cuidadores y sus síntomas depresivos, con la sintomatología presentada en los niños/as (NNs) a su cargo. Esta investigación indaga en la relación existente entre las EATs y la depresión en cuidadores no agresores de NNs entre 4 y 9 años que están en tratamiento por ASI en centros de Programas de Reparación del Maltrato (PRM) de la Región Metropolitana (RM), con la sintomatología clínica general y postraumática de los NNs. Para ello, se utilizó un diseño cuantitativo, no experimental y transversal, de carácter descriptivo y correlacional, con una muestra de 61 cuidadores. Entre los principales hallazgos se encontró una asociación significativa positiva entre las experiencias de abuso emocional vividas durante la infancia de los cuidadores y la severidad de su sintomatología depresiva. Además, la presencia de EATs y de sintomatología depresiva moderada en los cuidadores resultaron tener un valor explicativo significativo en la sintomatología clínica general y postraumática de los NNs. Por consiguiente, proponemos que un enfoque que considere las EATs y la sintomatología depresiva de los cuidadores como parte del tratamiento sería fundamental para disminuir el impacto potencial en la sintomatología de los NNs víctimas de ASI.

Palabras clave: Experiencias Adversas Tempranas, Abuso Sexual Infantil, Cuidadores, Depresión, Trauma, Sintomatología infantil.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	2
RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	1
Experiencias Adversas Tempranas	1
Abuso sexual infantil	1
Efectos del COVID-19 en el ASI	2
Sintomatología clínica de las víctimas de ASI	3
Trauma complejo y transgeneracionalidad	5
Develación del ASI y su efecto en los cuidadores	7
Depresión en cuidadores y su efecto en la sintomatología clínica infantil	8
Impacto de los cuidadores en la sintomatología clínica infantil	10
OBJETIVOS	12
MÉTODO	14
Diseño	14
Participantes	14
Instrumentos	15
Procedimiento	16
Análisis de datos	17
Resguardos éticos	19
RESULTADOS	20
Caracterización de la muestra	20
Sintomatología depresiva y EATs (cuidadores)	23
Sintomatología clínica general y postraumática (NNs)	24
Relación entre EATs y sintomatología depresiva (cuidadores)	26
Impacto de la develación del ASI en depresión (cuidadores)	27
Relación entre depresión (cuidadores) y sintomatología clínica y postraumática (NNs)	28
Impacto EATs y depresión (cuidadores) en sintomatología clínica y postraumática (NNs)	30

DISCUSIÓN	32
REFERENCIAS	38
ANEXOS	46
Anexo A.	46
Anexo B.	50
Anexo C.	53
Anexo D.	55
Anexo E.	58
Anexo F.	60
Anexo G.	62
Anexo H.	67
Anexo I.	71
Anexo J.	75
Anexo K.	79
Anexo L.	81
Anexo M.	82
Anexo N.	85
Anexo O.	86

INTRODUCCIÓN

El impacto causado por cualquier clase de abuso durante la infancia es profundo, desestabilizante y grave, y tiene consecuencias a nivel psicológico, emocional y conductual (Maffioletti & Huerta, 2011; United Nations Children's Fund [UNICEF], 2012), las cuales pueden extenderse a lo largo del ciclo vital, constituyendo un factor de riesgo para el desarrollo (Cutajar et al., 2010). Uno de los términos que se ha acuñado para referirse a este tipo de situaciones es el de *experiencias adversas tempranas* (EATs).

Experiencias Adversas Tempranas

El término experiencia adversa temprana (EAT) se define como todo tipo de maltrato físico, psicológico y emocional, abuso sexual, negligencia, abandono y/o cualquier trato que resulte en un daño real o potencial a la salud, el desarrollo o la dignidad de un niño/a (NN) (Behn et al., 2020). Las EATs en la infancia pueden llegar a ser sumamente dañinas en la vida de una persona, dado que pueden traducirse en importantes consecuencias subsecuentes para su desarrollo. Si bien no existe una relación lineal y determinista entre las EATs y las patologías en salud mental, estas se asocian a un mayor riesgo de padecer trastornos depresivos y ansiosos durante la edad adulta, así como trastornos de la personalidad (TDP) y trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Echeburúa & de Corral, 2006; Cutajar et al., 2010; Hailes, Yu, Danese & Fazel, 2019). Por otra parte, se ha estimado que alrededor del 82% de los pacientes que presentan algún grado de psicopatología depresiva en la adultez experimentó al menos un tipo de EAT durante su propia infancia (Condon et al., 2019).

Abuso sexual infantil

Un tipo de EAT es el abuso sexual infantil (ASI), que corresponde a cualquier conducta sexual mantenida entre un adulto y un menor, donde lo que prima es la asimetría en la relación y la presencia de coacción, sea esta implícita o explícita (Echeburúa & de Corral, 2006). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el ASI como la participación de un NN en una actividad sexual que no comprende completamente y respecto a la cual no puede dar su consentimiento informado, o para la cual el NN no está preparado desde el punto de vista del desarrollo, o que viola las leyes o tabúes de la sociedad (World Health Organization [WHO], 2003).

En Chile, se estima que alrededor de un 80% del total de víctimas de abuso sexual son niños/as (NNs) y adolescentes (Observatorio Niñez y Adolescencia [ONA], 2018),

además de constituir alrededor de un 85% de la población consultante como consecuencia de ello (Centro de Atención a Víctimas de Atentados Sexuales [CAVAS], 2003). Del número total de NNs del país, se estima que entre un 8% y 9% ha sido víctima de ASI, mientras que, a nivel internacional, este número varía entre un 6% y 7% (Ministerio del Interior, 2013; UNICEF, 2012).

Un estudio reciente sobre la prevalencia de ASI y adversidad temprana, realizado entre el 2021 y 2022 a nivel nacional, arrojó resultados alarmantes al respecto, con 22% de los encuestados (n = 2101) que reportó sí haber sido manoseado, toqueteado o besuqueado, bajo manipulación, engaño, sometimiento u obligación, y/o lo forzó a hacerlo (Centro de investigación del abuso y la adversidad temprana [CUIDA], 2022).

Efectos del COVID-19 en el ASI

Durante los últimos 2 años, con el surgimiento de la pandemia de COVID-19 en diciembre de 2019 (WHO, 2020) y las medidas de confinamiento derivadas de ella, las cifras de ASI han incrementado de forma alarmante. En los últimos 2 años, a nivel nacional, se han registrado 589 casos de ASI contra menores de 14 años en 2020 y 691 en 2021, lo que corresponde a un aumento de un 17% respecto a los casos presentados en 2020 durante el mismo período, resultando el tipo de delito sexual más frecuente en el país. Por su parte, el “abuso sexual impropio de menor de 14 años” es el tercer delito con más registros en el primer semestre de 2021, con 135 casos, y un 15% de aumento respecto de igual período del año anterior (Policía de Investigaciones [PDI], 2021). Considerando tanto el primer trimestre de 2021 como del 2020, la mayor cantidad de víctimas se ubican en el rango de 0-13 años (781 casos); de estas víctimas, el 85% son mujeres (PDI, 2021).

Desde la perspectiva del ASI, esto es sumamente preocupante, pues se ha demostrado que, en la mayoría de los casos, los agresores son parte del espacio vincular cercano de la víctima (Maffioletti & Huerta, 2011). En Chile, entre un 85% y 89% de los casos de ASI, los agresores son parte del entorno cercano de la víctima, sean conocidos o familiares (UNICEF, 2012; CAVAS, 2003, Ministerio del Interior, 2013). De este modo, debido a la situación sanitaria, muchas víctimas se han visto confinadas junto con sus agresores, por lo que situaciones de ASI intrafamiliar que venían desarrollándose previamente podrían aumentar como consecuencia de las medidas de confinamiento (Bradbury-Jones & Isham, 2020; Pereda & Díaz-Faes, 2020). Sumado a ello, las víctimas de ASI han visto reducido su acceso a espacios seguros como el colegio, disminuyendo así la visibilidad del abuso. Esto ha sido respaldado internacionalmente, con estudios que

demuestran que todos los tipos de abuso infantil aumentan durante las vacaciones escolares y los desastres naturales, por lo que es altamente probable que, en el transcurso de la pandemia, cuando las emociones se intensifiquen y los niños estén más aislados socialmente, el abuso infantil también se vea incrementado (Rosenthal & Thompson, 2020).

Paradójicamente, pese al incremento de las cifras de abuso físico, psicológico y sexual infantil durante los últimos años, la proporción de denuncias y la visibilidad al respecto ha disminuido (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2020). Así, si bien ha aumentado la tasa de abuso *estimada*, la tasa *reportada* ha disminuido, lo cual se puede explicar, entre otros factores, por la dificultad para acceder a los mecanismos e infraestructura requerida para reportar o denunciar (Seddighi, Salmani, Javadi & Seddighi, 2021).

De este modo, si bien el incremento en las cifras de ASI reportado es de por sí alarmante, la situación se complejiza aún más si consideramos los casos que no llegan a ser denunciados. En Chile, cada día se denuncian alrededor de 30 nuevos casos de ASI, sin embargo, esto no es sino una fracción del total; si además consideráramos los casos que no son denunciados, el número se cuadruplicaría (Plan Nacional de Salud Mental, 2017). Esto se explica por la llamada “cifra negra”, según la cual hasta un 70% de los casos de ASI no son denunciados y, del 30% que sí se denuncia, 86% son desestimados y sólo 16% terminan en una condena. De estos casos, se estima que un 81% corresponde a niñas y un 19% a niños (ONA, 2018).

Sintomatología clínica de las víctimas de ASI

Se estima que el 30% de las víctimas de ASI presentan sintomatología clínica a largo plazo (Echeburúa & de Corral, 2006). Sus manifestaciones y secuelas son sumamente heterogéneas, sin embargo, en términos generales, las consecuencias psicológicas que más han sido registradas en los NNs víctimas de ASI son síntomas ansiosos y depresivos, con una mayor prevalencia de síntomas de estrés postraumático, tanto a corto como a largo plazo (Van Toledo & Seymour, 2013; Collin-Vézina et al., 2013; Sawyer & Hansen, 2014).

Se estima que el 80% de las víctimas de ASI desarrollan sintomatología significativa a corto plazo (Echeburúa & de Corral, 2006). Algunos estudios han identificado ciertas tendencias dependiendo de características de la víctima, como el género de esta; así, en los niños priman manifestaciones como el fracaso escolar, dificultades inespecíficas de socialización, alteraciones en la esfera de la sexualidad, comportamientos sexuales agresivos, control inadecuado de la ira e hiperactividad (Gaete et al., 2016), mientras que

en las niñas la agresión se tiende a manifestar en conductas autodestructivas y autolesivas, así como una mayor presencia de síntomas ansiosos y depresivos (Gaete et al., 2016). Sin desmedro de lo anterior, se estima que, tanto en hombres como mujeres que han sufrido ASI, tiende a haber una mayor tasa de depresión y trastornos de la personalidad a largo plazo, como consecuencia de esta EAT (Echeburúa & de Corral, 2006).

Otro factor importante es la edad de la víctima al momento del abuso. Se han observado diferencias significativas en los síntomas presentados por NNs víctima de ASI a diferentes edades, no obstante, es importante tener en cuenta los demás factores que pueden estar causando la sintomatología de los NNs. Un estudio comparó grupos de NNs de 5 años o menos, con NNs de 6 a 12 años. Se observó que el 51 % de los NNs menores de 5 años presentó más síntomas internalizantes, versus un 36 % en el grupo de NNs de 6 a 12. En contraste, un 44% de los NNs entre 6 a 12 años presentaron síntomas externalizantes, versus un 31% del grupo de menores de 5 años. De este modo, los niños más pequeños tenderían a presentar síntomas más internalizantes, y los niños mayores síntomas más externalizantes (Friedrich, Urquiza, & Beilke, 1986).

Además de las diferencias dependientes de las características de la víctima, los efectos y posibles secuelas del ASI son heterogéneos y dependen de múltiples factores externos, tales como el entorno y los cuidadores (Ensink et al., 2017), como, por ejemplo, la respuesta y credibilidad de la familia ante la develación de la agresión, que pueden ser factores tanto protectores como precipitantes relevantes para la sintomatología del NN. De este modo, el apoyo y la credibilidad familiar son factores protectores ante la develación de ASI, promoviendo el procesamiento e integración del trauma, mientras que una respuesta inadecuada por parte del entorno, como la no credibilidad ante el testimonio del NN, el significado afectivo de la persona que no cree y la ausencia de un apoyo emocional y social estarían relacionados con una evolución psicológica negativa del NN a partir de la develación (Echeburúa & de Corral, 2006).

Otro factor importante que considerar son las características propias de la agresión sufrida por el NN. Se ha observado que las consecuencias y síntomas suelen ser más graves si la experiencia de abuso fue crónica, si hubo contacto genital o penetración, y si fue cometida por un familiar o conocido (Adam et al., 2018; CAVAS, 2011; Echeburúa & de Corral, 2006; Guerra & Farkas, 2015).

Trauma complejo y transgeneracionalidad

Es importante destacar que una EAT en sí misma no es necesariamente traumática, sino *potencialmente* (Løken & Reigstad, 2012). Por tanto, una EAT no es sinónimo de trauma y, si bien una EAT *puede* consolidarse como trauma, no *necesariamente* será este el caso. Para que una experiencia se considere traumática, es necesario que tenga una intensidad suficiente para afectar los mecanismos de defensa y los supuestos básicos que el sujeto tiene sobre sí mismo y el mundo (Brette, 2005). A su vez, ello depende de una serie de factores, tanto internos como externos al sujeto (van der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2006), entre los que se encuentran el grado de intención del victimario percibido por la víctima, el costo emocional y psicológico relacionado al evento (Erickson & Egeland, 2011), y la gravedad y frecuencia de las experiencias, que incrementan de forma significativa la probabilidad de que se genere un trauma (Hagenaars, Fisch, & van Minnen, 2011; Herman, 1992).

Es aquí donde nos encontramos con el concepto de “trauma complejo”, término que alude a las secuelas que se han observado en aquellos individuos que han experimentado traumas crónicos de distinto tipo, incluyendo abuso físico, emocional y/o sexual a lo largo de sus vidas, pasando por diferentes etapas del desarrollo, comúnmente a manos de cuidadores y familiares cercanos (Courtois, 2004; Herman, 1992; Stob, Slade, Adnopo, & Woolston, 2020). El trauma complejo, se desarrolla como respuesta a una exposición *crónica* a un trauma del cual no se tiene salida (Courtois, 2004), como suele ser el caso del ASI. Esto genera, a su vez, una serie de síntomas clínicos que van más allá de los descritos en el TEPT, como depresión, ansiedad, autodesprecio, disociación, abuso de sustancias, conductas autodestructivas, revictimización, problemas médicos, desesperanza y dificultades interpersonales, incluyendo la parentalidad (Courtois, 2004).

De este modo, existe un componente *transgeneracional* del trauma que se evidencia en casos de ASI. Al respecto, se ha observado que aquellas madres que han vivido experiencias de abuso, “transmiten” a sus hijos un mayor riesgo de sufrirlos también, lo cual se suma a una tendencia a repetir patrones relacionales dañinos en las nuevas conformaciones familiares (Maida, Molina, Basualto, Bahamondes, Leonvendagar, & Abarca, 2005; Testa, Hoffman, & Livingston, 2011). Así, podemos entender la transgeneracionalidad del trauma como aquellas experiencias adversas o traumáticas que afectan distintas generaciones en una misma familia, reproduciendo una serie de comportamientos, valores y roles familiares que perpetúan y transmiten el trauma a las próximas generaciones (Danieli, Norris, Lindert, Paisner, Engdahl, & Richter, 2015). La

parentalidad es un periodo vital que implica una transformación psíquica en el que tienden a re-emergir temas y EATs no resueltas de la propia infancia, que, en casos de trauma, podría reactivar recuerdos, interfiriendo con la capacidad de sintonizar con las necesidades de los hijos (Ensink, Berthelot, Bernazzani, Normandin, & Fonagy, 2014). Incluso en los casos en que no existe un recuerdo consciente de las EATs, los padres “transmiten” estas experiencias de una generación a otra, por medio de poner en escena con sus hijos/as situaciones ocurridas en sus propias relaciones tempranas (Fraiberg, Adelson & Shapiro, 1975). Según esta teoría, esto se explica por una represión de los afectos asociados a EATs de los padres, la cual activaría patrones de crianza punitivos como mecanismo de protección, causando dolor a un otro para así no sentirlo, generando una identificación con el agresor (Fraiberg, 1980).

Esto ha sido respaldado por la evidencia científica, con diversos estudios que han reportado que los padres y madres que han experimentado una alta carga de experiencias adversas o traumáticas en su vida presentan alteraciones en sus comportamientos parentales y la capacidad de mentalización con sus hijos/as, lo cual aumenta el riesgo de perpetrar abusos contra estos (Badenes-Ribera et al., 2020; Bateman & Fonagy, 2019), aún sin una intención explícita o consciente de hacerlo. En la misma línea, se ha observado que los NNs cuyas madres sufrieron EATs de ASI en su niñez, son, a su vez, más vulnerables a sufrir ASI en comparación al resto de la población de NNs, debido a un mayor riesgo de crianza negligente y altos niveles de disociación de la madre, entre otras variables (Badenes-Ribera et al., 2020). Estudios internacionales y nacionales, también han descrito el alto porcentaje de historia de maltrato o abuso sexual en la infancia de madres de niños que han sido víctimas de ASI (Collin-Vézina & Cyr, 2003; Maida et al., 2005), pudiendo llegar hasta un 68% y 45% (Fong, Bennett, Mondestin, Scribano, Mollen, & Wood, 2016).

En contraste, existen padres que, pese a haber sufrido EATs, no repiten el patrón maltratador con sus propios hijos, siendo un factor protector clave para ello las experiencias benevolentes vividas con alguna figura cuidadora en la infancia (Lieberman, Padrón, Van Horn, & Harris, 2005). Asimismo, aquellos padres y madres que han tenido la oportunidad y han sido capaces de integrar y elaborar el posible trauma generado por sus EATs, logran desarrollar una capacidad adecuada de mentalización, evitando repetir el comportamiento traumático del propio cuidador traumatizante en sus hijos/as. Por este motivo, la psicoterapia es un recurso fundamental y necesario para lograr elaborar los posibles traumas sufridos (Borelli et al., 2019), potenciando el desarrollo de competencias parentales fundamentales para el desarrollo y bienestar del NN, como es el caso de la mentalización

(Ensink, Bégin, Normandin & Fonagy, 2017; Bateman & Fonagy, 2019). Es por ello que cobra suma relevancia considerar dichos factores y la historia de la familia y cuidadores de los NNs víctimas de ASI, incluyéndolos en el proceso reparatorio de los NNs, para poder identificar y reforzar recursos protectores y/o factores de riesgo en los cuidadores no agresores, evitando así volver a los mismos patrones una vez termine el tratamiento, exponiendo a los NNs a nuevos abusos.

Develación del ASI y su efecto en los cuidadores

Las secuelas del ASI no sólo repercuten en el NN afectado, sino también en su entorno cercano, su familia y sus cuidadores, los cuales se transforman en víctimas indirectas. En consecuencia, la develación del ASI (y sus respectivas implicancias) puede ser, en sí misma, fuente de síntomas depresivos en el cuidador, dado que el ASI sufrido por los NNs a su cargo puede constituir una nueva experiencia adversa (e incluso traumática) para ellos/as, especialmente si han sufrido EATs y/o ASI durante sus respectivas infancias, lo cual complejiza el fenómeno de la transgeneracionalidad.

Es importante mencionar que la mayor parte de la literatura relacionada con el proceso de develación de ASI se ha enfocado en la perspectiva de los NNs, por ejemplo, cómo estos vivencian la reacción de sus padres o cuidadores. No obstante, la literatura respecto a cómo reaccionan los cuidadores al enfrentarse a la develación de ASI sufrido por un NN a su cargo es relativamente escasa. Dentro de lo que se ha documentado al respecto, se ha observado que la respuesta a la develación depende de múltiples factores, incluyendo la forma en que ocurre (accidental o intencional) y a quién se dirige (madre, familia, profesional externo, etc); en su mayor parte, cuando el ASI era develado por los NNs a sus madres, estas tendían a creerles, mientras que, cuando la develación era realizada a un externo, estos tendían a dudar de la veracidad del testimonio del NN (Lovett, 2004). Además, la respuesta varía dependiendo del tipo de agresor, observándose reacciones más intensas de malestar psicológico cuando se trata de un agresor intrafamiliar (Hébert, Daigneault, Collin-Vézina, & Cyr, 2007). Por este motivo, las posibles reacciones de los cuidadores a la develación de ASI son sumamente heterogéneas, con respuestas que van desde la vacilación y ambivalencia (Bolen & Lamb, 2004) pasando por emociones como rabia, incredulidad y negación, a sentimientos de culpa y traumatización (Elliott & Carnes, 2001; Lovett, 2004).

En concordancia, el efecto que pueda tener la develación del ASI en el cuidador puede variar mucho dependiendo de su respuesta y otros factores; es distinto si el adulto

responde con credibilidad, que si reacciona con negación o ambivalencia. Se han realizado múltiples estudios, en su mayoría enfocados en madres, que coinciden en el reporte del alto grado de dificultades psicológicas presentadas ante la revelación de ASI de sus respectivos hijos/as. Al respecto, un estudio describió altos niveles clínicos de malestar psicológico en el 59,7% de una muestra de 149 madres de niñas que habían sufrido ASI, incluyendo síntomas de ansiedad, depresión, irritabilidad (sentimientos negativos hacia los demás, desconcierto o enfado fácil) y problemas cognitivos (problemas de concentración, memoria y toma de decisiones) (Hébert et al., 2007). Otro estudio, realizado en una muestra de 104 madres (72 con hijas víctima de ASI y 55 con características sociodemográficas similares, cuyas hijas no habían sufrido ASI); al respecto, se observó que las madres del grupo que había sufrido ASI tenían puntajes significativamente más altos que el grupo control en síntomas depresivos y ansiosos (Kim, Noll, Putnam, & Trickett, 2007). Finalmente, estudios que evaluaron específicamente la sintomatología depresiva de las madres de NNs víctima de ASI encontraron niveles clínicos significativos de depresión que variaban entre un 22% (Santa-Sosa, Steer, Deblinger, & Runyon, 2013) y un 26% del total de madres (Mannarino, Cohen, Deblinger, & Steer, 2007). Dentro de esto, se ha descrito una alta prevalencia de depresión (28%) en los padres posterior a conocer el abuso sexual de sus hijos/as (Fong et al., 2016).

Sintomatología depresiva en cuidadores de NNs víctima de ASI y su efecto en la sintomatología clínica infantil

La sintomatología depresiva es una variable particularmente relevante que se debe considerar, tanto por su correlación y elevada prevalencia en las víctimas de EATs de ambos sexos (Negele, Kaufhold, Kallenbach, & Leuzinger-Bohleber, 2015), como por su alta presencia como respuesta de los cuidadores frente a la revelación del ASI sufrido por un NN a su cargo. A esto se suman los riesgos que puede significar para la salud mental y bienestar de las nuevas generaciones y en la crianza, especialmente en el caso de ser el cuidador principal de un NN.

Los padres y madres con depresión tienen alteraciones del ánimo, energía y cognición que interfieren con la crianza (Swartz, Cyranowski, Cheng & Amole, 2018), generando un alto grado de estrés en los NNs, lo cual ha sido relacionado con la presencia de psicopatología (Lange, Callinan & Smith, 2019). Específicamente, se ha reportado que los hijos de madres deprimidas víctimas de EATs, presentan sintomatología internalizante y externalizante (Plant, Jones, Pariente & Pawlby, 2017) y tienen un alto riesgo de

desarrollar algún tipo de psicopatología (Zhang et al., 2021). Sumado a ello, se estima que las víctimas de ASI pueden llegar a presentar hasta 3 veces más problemas de salud mental que la población general (Lange et al., 2019), lo que se traduce en un doble factor de riesgo para los NNs que han sufrido ASI.

Asimismo, se ha registrado que madres de NNs víctima de ASI que presentan altos niveles de depresión clínica presentan niveles más bajos de participación con sus hijos y de crianza positiva, así como niveles más altos de monitoreo/supervisión deficiente, disciplina inconsistente y castigo corporal a sus hijos en comparación con las madres no deprimidas (Santa-Sosa et al., 2013). De este modo, la sintomatología depresiva, como los bajos niveles de energía y la tendencia a retraerse, pueden dificultar que las madres deprimidas supervisen de forma consistente o constante a sus hijos (Downey & Coyne, 1990; Gelfand & Teti, 1990; Lovejoy, Graczyk, O'Hare, & Neuman, 2000). Además, la depresión se asocia con irritabilidad y bajos niveles de compromiso, lo que puede interferir con la capacidad de las madres para disciplinar a sus hijos/as de forma consistente (Downey & Coyne, 1990; Gelfand & Teti, 1990; Lovejoy et al., 2000). En consecuencia, se ha planteado que el trauma parental en la infancia puede tener un efecto a largo plazo en el ejercicio de la parentalidad (Nelson et al., 2002), el cual ha sido asociado con dificultades en el apego de los padres con sus hijos, pudiendo incidir en la función reflexiva parental, es decir, la capacidad de reflejar las experiencias internas del hijo/a, vinculando sus conductas a sus estados mentales, como necesidades o sentimientos (San Cristóbal, Santelices & Miranda, 2017; Slead, Slade & Fonagy, 2020).

Además, dadas las características de la muestra, como se menciona previamente, es importante destacar el impacto que puede llegar a tener el trauma complejo y sus consecuencias, incluyendo síntomas depresivos, ansiedad, autodesprecio, disociación, abuso de sustancias, conductas autodestructivas y riesgosas, revictimización, problemas con relaciones interpersonales e íntimas (incluyendo la parentalidad), problemas médicos y desesperanza. (Courtois, 2004), que, a su vez, pueden tener un impacto profundo en la capacidad de cuidado, la parentalidad y, en consecuencia, el bienestar de los NNs a su cuidado. Sumado a lo anterior, es importante tener en cuenta aquellas variables externas no directamente relacionadas con el ASI ni las EATs, y que no fueron consideradas en este estudio (factores temporales, contextuales, familiares, sanitarios, sociales, etc.), que pueden tener un impacto en la sintomatología clínica preexistente de los cuidadores y NNs, como es el caso de las crisis sociales y la pandemia por COVID-19 en la que nos encontramos insertos en la actualidad, que ha sido, en distinto grado, transversal a todo el mundo. En

esta línea, estudios recientes han demostrado que una consecuencia significativa de la pandemia ha sido el surgimiento e incremento de síntomas, psicopatologías y malestar en gran parte de la población general. Revisiones sistemáticas recientes han reportado un aumento global importante en las tasas de depresión de distintos países tras el brote de COVID-19. El año 2020 la depresión alcanzó una prevalencia de 25% a nivel mundial, lo que corresponde a 7 veces lo registrado durante el año 2017 (Bueno-Notivola et al., 2020). Durante el transcurso del 2021, esta cifra ha aumentado hasta alcanzar una prevalencia de 34% (Necho, Tsehay, Birkie, Biset & Tadesse, 2021).

Finalmente, dadas las características de la población y la modalidad de autorreporte de los instrumentos de recolección de información utilizados para la presente investigación, un factor relevante que cabe mencionar son los posibles sesgos que pueden generarse en los datos obtenidos como consecuencia de ello.

En primer lugar, en cuanto a la metodología utilizada, existe evidencia que sugiere la posibilidad de un subregistro de la sintomatología depresiva en métodos de autorreporte, especialmente en mujeres, en víctimas de abuso psicológico y en presencia de trauma intrusivo (Hunt, Auriemma & Cashaw, 2003; Takarangi, Strange & Lindsay, 2014; Brommelhoff, Conway, Merikangas & Levy, 2004; Kelly, Warner, Trahan & Miscavage, 2009). Del mismo modo, considerando a la población que compone este estudio, se ha encontrado evidencia de que las personas con rasgos depresivos tendían a reportar menor cantidad e intensidad de síntomas ante un cuestionario explícito de autorreporte, versus cuando este se encontraba “encubierto” entre otras preguntas (Hunt et al., 2003). Sumado a ello, un estudio realizado en víctimas de abuso psicológico reportó una discordancia entre la correlación de sus niveles de depresión y abuso; dependiendo de si la evaluación de su sintomatología era realizada por un clínico o por autorreporte, la correlación entre depresión y abuso era mayor o menor, respectivamente (Kelly et al., 2009).

Impacto de los cuidadores en la sintomatología clínica infantil

El presente estudio pretende generar una contribución a la psicología clínica infantil, a partir del efecto que pueden tener las características y factores propios los cuidadores en el proceso terapéutico de los NNs, lo cual no siempre es visibilizado, ni problematizado. En concordancia, nace la necesidad de profundizar en la comprensión de la relación entre variables del NN víctima de ASI y su cuidador primario, ya que es un tema que ha sido poco estudiado en esta población.

Los cuidadores son clave en los procesos terapéuticos infantiles, por lo que resulta

necesario ahondar en sus características y ser visibilizados en torno a la problemática del ASI. El conocer en profundidad a los cuidadores permitiría identificar necesidades terapéuticas específicas de los NNs basadas en las fortalezas y debilidades de sus cuidadores, a modo de contribuir de forma óptima al proceso terapéutico infantil; ejemplo de ello es el rol que juega el tipo de apego del NN en la formación de la alianza terapéutica. Del mismo modo, es menester considerar el trauma de los cuidadores, por su relación con los patrones de apego, mecanismos de defensa, estilos de parentalidad y otros factores que influyen en la adherencia y éxito del proceso terapéutico del NN. Debido a la edad de los NN de la población clínica considerada en este estudio, tienen una alta dependencia de sus respectivos cuidadores, por lo que la psicopatología e historial del trauma del cuidador puede tener un impacto en la parentalidad y esta, a su vez, afectar la sintomatología clínica infantil. Asimismo, destaca la importancia de considerar a las figuras de cuidado en el tratamiento, pues pueden ser un apoyo importante para la resignificación de las experiencias traumáticas experimentadas por los NNs que se encuentran en tratamientos por ASI. Esto, respaldado por la tendencia a la transmisión y repetición de experiencias traumáticas en la infancia (Fraiberg, 1975), considerando, además, la compleja experiencia que puede significar la develación para el cuidador, y los efectos que ello puede tener en el NN.

OBJETIVOS

Como resultado general, la presente investigación pretende aportar con un modelo comprensivo sobre la sintomatología clínica en NNs que han sido víctimas de agresiones sexuales y la influencia de factores propios de sus cuidadores, que signifique un avance para la investigación en psicoterapia y sea de utilidad para el trabajo clínico con estos casos. Además se pretende profundizar en un grupo etario específico (4 a 9 años), entendiendo que la sintomatología podría ser diferente dependiendo de los recursos evolutivos de cada etapa.

En consecuencia, el objetivo general de este estudio es determinar y analizar el tipo de relación existente entre las EATs y la sintomatología depresiva en cuidadores de NNs en tratamiento por ASI, y su asociación con la sintomatología clínica general y postraumática infantil. Al respecto, se hipotetiza que, a mayor carga de EATs en los cuidadores, estos tendrán mayor sintomatología depresiva y, a su vez, los NNs a su cargo presentarán una mayor intensidad de sintomatología clínica general y postraumática.

Para lograr el objetivo general descrito, se plantean los siguientes objetivos específicos, con sus respectivas hipótesis:

1. Describir y analizar la sintomatología depresiva y las EATs sufridas por los cuidadores de NNs en tratamiento por ASI. Se espera encontrar una alta frecuencia de EATs y de síntomas depresivos en los cuidadores.
2. Describir y analizar la sintomatología clínica general y postraumática en NNs que se encuentran en tratamiento por ASI. Se espera encontrar un alto grado de sintomatología clínica general y postraumática en los NNs del estudio.
3. Evaluar y analizar la posible relación entre las EATs y la sintomatología depresiva de los cuidadores. Se espera que los cuidadores con una mayor cantidad de EATs presenten sintomatología depresiva más grave que aquellos con una menor cantidad de EATs.
4. Describir y analizar el posible impacto de la develación del ASI del NN en la sintomatología depresiva del cuidador. Se hipotetiza que la develación del ASI de los NNs a sus respectivos cuidadores podría asociarse a mayor sintomatología depresiva de estos últimos, entendiendo que puede significar una revictimización y/o una nueva experiencia adversa para el cuidador.
5. Evaluar y analizar la posible relación entre la sintomatología depresiva de los cuidadores y la sintomatología clínica general y postraumática de NNs en tratamiento

por ASI. Se hipotetiza que, a mayor gravedad de la sintomatología depresiva presentada por los cuidadores, mayor será la intensidad de la sintomatología clínica general y postraumática observada en los NNs a su cargo.

6. Determinar en qué medida las EATs y la gravedad de la sintomatología depresiva de los cuidadores explica la sintomatología clínica y postraumática en NNs en tratamiento por ASI. Se espera que la carga de EATs y la gravedad de la sintomatología depresiva de los cuidadores explique en algún grado la intensidad de la sintomatología clínica general y postraumática de los NNs a su cargo.

MÉTODO

Diseño

El presente estudio se llevó a cabo en el marco del FONDECYT Regular n° 1200627, el cual se encuentra a cargo de la investigadora principal, Claudia Capella, y sus co-investigadoras Marcia Olhaberry, Nicolle Álamo y Lucía Núñez. La investigación contó con un diseño cuantitativo, no experimental y transversal, de carácter descriptivo y correlacional, y forma parte de la primera instancia de recolección de datos del proyecto.

Se trabajó con datos secundarios de una muestra intencionada compuesta por 61 cuidadores de NNs entre 4 y 9 años víctimas de ASI, que estuvieran siendo atendidos en centros de Programas de Reparación del Maltrato (PRM) de la Región Metropolitana de Chile. Se aplicó una serie de instrumentos a los cuidadores de NNs que se encontraban iniciando un proceso terapéutico en uno de los programas descritos, con el fin de evaluar la sintomatología clínica general y postraumática del NN tras el ASI y su posible relación con factores propios de sus respectivos cuidadores, en específico: EATs y sintomatología depresiva de estos.

Se describieron y caracterizaron las variables EATs y sintomatología depresiva de los cuidadores, junto con las variables sintomatología clínica general y postraumática de los NNs, a partir de la información pesquisada del reporte de los cuidadores, realizando posteriormente análisis descriptivos y correlacionales entre dichas variables.

Además, con el objetivo de caracterizar la muestra, se describieron variables demográficas y asociadas a la experiencia de abuso sexual de cada caso, como la edad, sexo y relación del NN y su cuidador/a (madre, padre, u otro), la relación entre el NN y su agresor, las características de la develación del ASI (forma, receptor y latencia) y la credibilidad inicial ante la develación. La caracterización de cada caso fue obtenida a partir del reporte del cuidador/a de cada NN y de la información provista por los profesionales del PRM (psicólogo/a y trabajador/a social) asignados a su caso, por medio de una serie de instrumentos.

Participantes

Se estudió una muestra de 61 cuidadores de NNs consultantes entre 4 y 9 años víctimas de ASI (consignado de acuerdo a su motivo de ingreso al centro), que se encontraban iniciando un proceso de psicoterapia en un PRM de la región Metropolitana de Chile. Se consideró cada caso compuesto por el NN consultante y su cuidador/a principal,

sin embargo, los participantes directos del estudio fueron sus cuidadores, pues a ellos se aplicaron los instrumentos de medición; a partir de su reporte, se indagó la sintomatología clínica de los NNs a su cargo.

Se incluyeron casos de ASI intrafamiliar, extrafamiliar conocido y extrafamiliar desconocido. Se consideró criterio de exclusión la presencia de niveles de daño orgánico cerebral, retardo mental, psicosis o trastornos del espectro autista, en los NNs y/o sus cuidadores.

Instrumentos

Ficha de caso. (Ver Anexo A y B). Material construido por el equipo de investigación para recoger antecedentes sobre el paciente (nombre, edad, fecha de nacimiento, sexo, nivel educacional/tipo de colegio, motivo de consulta y diagnóstico); del cuidador principal (ej.: nombre, edad, sexo y relación con el paciente); de la familia (ej.: nivel socioeconómico, grupo familiar), y de la agresión sexual sufrida por el niño/a, incluyendo tipo, frecuencia y vínculo con el agresor, además de características de la revelación de la agresión (forma, receptor y latencia) y credibilidad inicial y actual. Las fichas fueron llenadas con la información provista por los profesionales del PRM (psicólogo/a y trabajador/a social del niño/a, respectivamente) y fueron utilizadas para caracterizar cada caso.

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), versión para padres. (Ver Anexo C). Es un cuestionario auto-administrado que evalúa dificultades emocionales y conductuales en NNs y adolescentes entre 4 y 16 años, según el reporte de sus padres/madres. Se compone de 25 ítems, que se agrupan en 5 áreas: problemas conductuales, síntomas emocionales, hiperactividad, problemas con pares y conducta prosocial, las cuales se pueden ordenar en 2 factores de segundo orden: externalizante e internalizante (Goodman, 2001; Ortuño-Sierra et al., 2018), permitiendo establecer 3 categorías: ausencia de psicopatología, límite y presencia de psicopatología (Goodman, 1997; 1998; 1999). En esta investigación, la clasificación del rango se basó en la escala total adaptada en Chile (Carrasco, 2017), que considera los siguientes puntajes y rangos: 0-13 puntos indica ausencia de psicopatología, 14-16 puntos se clasifica como límite, lo que indica que no es posible pesquisar la presencia o ausencia de psicopatología, y 17-40 puntos, que indica presencia de psicopatología. Se utilizó sólo la versión SDQ-Cas de cuidadores y su puntaje total, ya que las sub-escalas no cuentan con adecuada confiabilidad a nivel nacional (Brown, 2012). Ha sido evaluado en su validez y su confiabilidad en múltiples países, incluido Chile (Brown, Capella & Antivilo, 2014; Gaete et al., 2018), donde se

observaron adecuados niveles de fiabilidad ($\alpha = 0,79$), así como también en la versión española en cuanto a su sensibilidad y especificidad ($\alpha = 0,96$ y $\alpha = 0,95$, respectivamente) (Fajardo et al., 2012). El cuestionario fue contestado por los cuidadores, con el objetivo de evaluar la sintomatología clínica que presentaban los NNs a su cargo.

Pediatric Emotional Distress Scale (PEDS). (Ver Anexo D). Es una escala autoadministrada para padres/madres de NNs entre 2-10 años, que permite evaluar aquellos comportamientos que han sido identificados en la literatura empírica y teórica como significativamente elevados en NNs tras experimentar eventos traumáticos, a partir del comportamiento observado en el último mes. Se compone de 21 ítems, de los cuales 17 son de comportamiento general y 4 son específicos de trauma, que se organizan en 3 factores: ansioso/retraído, temeroso y actuando (Saylor, Swenson, Reynolds & Taylor, 1999). Ha sido validado en su consistencia y fiabilidad con niveles aceptables ($\alpha = 0,85$), permitiendo distinguir los grupos de exposición y no exposición a eventos traumáticos (Saylor et al., 1999; Spilsbury et al., 2005). El cuestionario fue contestado por los cuidadores, con el objetivo de identificar la presencia de sintomatología post-traumática en los NNs a su cargo.

Cuestionario de depresión de Beck I (BDI). (Ver Anexo E). Es un cuestionario autoadministrado para adultos, que mide la sintomatología depresiva auto-reportada durante la última semana. Está compuesto de 21 ítems, pudiendo obtener un puntaje entre 0 y 63 puntos, permitiendo diferenciar sintomatología depresiva mínima, leve, moderada y severa (Beck, Steer & Garbim, 1988). Ha sido validado y adaptado en distintos países, incluyendo Chile, donde presenta niveles adecuados de fiabilidad ($\alpha = 0,92$) (Valdés et al., 2017). Se utilizó para evaluar la presencia de sintomatología depresiva en los cuidadores.

Childhood Trauma Questionnaire, short form (CTQ-SF). (Ver Anexo F). Es un cuestionario autoadministrado, que evalúa distintas experiencias de abuso y negligencia infantil en adultos. La versión abreviada cuenta con 28 ítems, que se dividen en 5 áreas: abuso físico, abuso psicológico, abuso sexual, negligencia física y negligencia psicológica (Bernstein et al. 2003). Ha sido validado en Chile en su versión abreviada, encontrando una consistencia interna adecuada ($\alpha = 0,7 - 0,9$) en las 5 escalas de evaluación (Domínguez, 2018). Este cuestionario se utilizó para pesquisar EATs en la infancia de los cuidadores de la muestra.

Procedimiento

De acuerdo con el procedimiento definido en el estudio principal mencionado en el que se inserta la presente tesis, se contactó a los directores de instituciones con centros PRM de la Región Metropolitana de Chile, con el objetivo de solicitar su colaboración en la investigación. A los que mostraron interés en el estudio, se les envió un consentimiento informado y se les informó con mayor detalle sobre las características de este (Ver Anexo G). Posteriormente, los directores que aceptaron participar pusieron en contacto al equipo de investigación con el/la coordinador/a de cada centro, quien, a su vez, los puso en contacto con las familias que se encontraban iniciando tratamientos por ASI. Asimismo, se solicitaron algunos datos a los profesionales tratantes que aceptaron participar.

Debido al contexto de pandemia COVID-19, la evaluación de la investigación se realizó en modalidad online. Para ello, se solicitó a los profesionales de los centros colaboradores del estudio realizar la primera invitación a las familias que cumplieran los requisitos de inclusión (previamente informados); las familias interesadas fueron entonces contactadas vía telefónica o correo electrónico por el equipo de investigación, para realizar la invitación formal al estudio y entregar más información de su desarrollo. En el contacto por vía telefónica o correo electrónico, se consultó a las familias por su interés en la investigación, explicando la modalidad en la que se llevaría a cabo la evaluación, correspondiente a modalidad online, por medio de la plataforma Zoom, acordando fecha y hora la reunión con quienes dieron una respuesta positiva.

En la reunión por Zoom con los cuidadores, se les explicó el estudio en mayor detalle por medio de la lectura de un consentimiento informado (Ver Anexo H), resolviendo sus dudas y consultando en voz alta si aceptaban participar en la investigación, lo cual fue grabado con una grabadora externa de audio. A quienes aceptaron participar, se les hizo envío de una copia del consentimiento informado por correo electrónico. Luego, se realizó la evaluación a quienes aceptaron participar, proyectando los cuestionarios por medio de la función “Compartir Pantalla” de Zoom, pidiéndoles indicar sus respuestas en voz alta para cada ítem y test, mientras el entrevistador las marcaba en su propia pantalla.

En cuanto a la participación de los profesionales del PRM, se realizó una reunión para explicar las características de la investigación y responder dudas. A quienes expresaron interés, se les envió un consentimiento informado (Ver Anexo I y J) por correo electrónico, el cual debía ser enviado firmado y escaneado al equipo de investigación en caso de querer participar. A quienes aceptaron, se les enviaron los cuestionarios y se realizó una reunión de Zoom para responderlos junto a un entrevistador del equipo, siguiendo el protocolo señalado.

Análisis de datos

La información obtenida fue analizada utilizando el programa RStudio (RStudio Desktop 2022.02.3).

Con el objetivo de caracterizar la muestra, se realizaron análisis descriptivos reportando promedio y desviación estándar de la variable edad del NN, y un análisis de frecuencia y porcentaje del sexo del NN. Además, se analizó la frecuencia y porcentaje de las variables demográficas del cuidador (sexo, relación con el NN, NSE, nivel educativo y tratamiento actual de salud mental), de las variables de la agresión sexual (tipo de agresión, frecuencia, relación con el agresor, y contacto actual con el agresor), y de las variables de la develación del ASI: forma en que inicia la develación, a quién se dirige, latencia, credibilidad inicial y credibilidad actual).

Para cumplir con el objetivo específico 1, se realizaron análisis estadísticos descriptivos de frecuencia y porcentaje de las variables del cuidador: “síntomatología depresiva” (mínima, leve, moderada, severa) y “EATs” (abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligencia emocional, negligencia física).

Para el objetivo específico 2, se realizaron análisis estadísticos descriptivos de frecuencia y porcentaje de las variables del NN: “síntomatología clínica general” (problemas conductuales, síntomas emocionales, hiperactividad, problemas con pares y conducta prosocial) y “síntomatología postraumática” (temeroso, ansioso-retraído y acting out).

Respecto al objetivo específico 3, se realizó una matriz de correlaciones de Spearman entre las variables del cuidador: “síntomatología depresiva” (mínima, leve, moderada, severa) y “EATs” (abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligencia emocional, negligencia física).

Para lograr el objetivo específico 4, se realizaron análisis descriptivos de promedio y desviación estándar, además de análisis de varianza ANOVA entre la variable continua “síntomatología depresiva” del cuidador (puntaje total) y las variables de la develación: forma en que inicia la develación (premeditada y espontánea, por eventos precipitantes, por preguntas de adultos, circunstancial/accidental, sospecha/no revelada), a quién se dirige (figura adulta familiar, figura adulta extrafamiliar, par), latencia (inmediata, tardía), credibilidad inicial (hay credibilidad, no hay credibilidad, ambivalente) y credibilidad actual (hay credibilidad, no hay credibilidad, ambivalente), respectivamente.

Luego, para cumplir con el objetivo específico 5, se realizó una matriz de correlaciones de Spearman entre la variable del cuidador “síntomatología depresiva” (puntaje total) y las variables del NN “síntomatología clínica general” (hiperactividad, problemas conductuales, síntomas emocionales, problemas con pares, conducta prosocial y

puntaje total) y “síntomatología postraumática” (ansioso-retraído, acting out, temeroso, malestar general, trauma y puntaje total).

Finalmente, para lograr el objetivo específico 6, se realizaron 2 regresiones lineales múltiples. En primer lugar, se realizó un modelo de regresión para la predicción de la variable “síntomatología clínica general” del NN, con las variables sexo (categoría de referencia: sexo femenino), edad, depresión (categoría de referencia: depresión mínima) y EAT del cuidador. Luego, se realizó un modelo de regresión para la predicción de la variable “síntomatología postraumática” de los NNs, con las variables sexo (categoría de referencia: sexo femenino), edad, depresión (categoría de referencia: depresión mínima) y EAT del cuidador.

Resguardos éticos

Considerando que la población del estudio es doblemente vulnerable, por un lado, debido a la edad de los NNs y, por otro, debido al abuso sufrido, sólo se obtuvieron sus datos por medio del testimonio de sus cuidadores.

Dada la sensibilidad de los datos y temáticas abordadas en el estudio, el equipo de investigación del estudio principal elaboró un protocolo de desestabilización ante la posibilidad de una desestabilización emocional de los participantes; en todos los casos, el evaluador se encontraba capacitado para realizar contención en el momento, para luego informar al equipo de investigación de lo sucedido y así evaluar la necesidad de tomar alguna medida en dicho caso, siguiendo el protocolo de desestabilización (Ver Anexo K).

Se resguardaron aspectos de voluntariedad y confidencialidad de la información y de identificación de los participantes, y se solicitó la firma de un consentimiento informado por parte de los participantes. Toda la información recabada fue y será usada exclusivamente para los fines de las investigaciones realizadas en el marco del Proyecto FONDECYT n° 12006. Se resguardará estrictamente el anonimato y la confidencialidad de la información entregada por los participantes, siendo esta almacenada y resguardada por la investigadora responsable durante el tiempo que dure la investigación, bajo su cuidado y sin que nadie ajeno al equipo de investigación tenga acceso a los datos. Eso implica que ni sus nombres ni ningún dato de identificación aparecerán en las publicaciones o presentaciones resultantes de este estudio. Toda la información obtenida fue identificada con códigos, por lo cual no se pueden reconocer los nombres de ninguno de los participantes. Transcurridos 5 años de finalizado el estudio, todos los datos obtenidos serán destruidos, por medio de la eliminación de los archivos de éstos de los medios en los que fueron almacenados.

Además, el proyecto dentro del cual se inserta esta investigación cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile (Ver Anexos L, M y N).

RESULTADOS

Caracterización de la muestra

La mayoría de las cuidadoras eran mujeres (93%) de 33,62 años en promedio ($DE = 8,53$, mín. = 22, máx. = 58), principalmente madres (82%). La mayor parte de ellas pertenecía a un Nivel Socio-Económico (NSE) bajo (21,67%) o medio-bajo (46,67%). Si bien todos los NNs considerados para esta investigación estaban en tratamiento de salud mental, sólo 17 de las cuidadoras se encontraban en un proceso terapéutico propio al momento del estudio (29,31%) (Ver Tabla 1).

Tabla 1

Descripción del Sexo, Relación con el NN, NSE, Nivel Educativo y Tratamiento Actual de Salud Mental de los Cuidadores

	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Sexo</i>		
Femenino	57	93,44
Masculino	4	6,56
<i>Relación con el niño</i>		
Madre	50	81,97
Padre	4	6,56
Otro	7	11,48
<i>NSE</i>		
Bajo	13	21,67
Medio bajo	28	46,67
Medio	18	30,00
Medio alto	1	1,67
<i>Nivel educativo</i>		
Enseñanza básica	6	10,71
Enseñanza media	28	50,00
Universitaria / Técnica	22	39,29
<i>Tratamiento actual de salud mental</i>		
Sí	17	29,31
No	41	70,69

Nota. n = 61

En promedio, la edad de los NNs fue de 6,53 años ($DE = 1,51$), y 43 eran mujeres. Respecto a la agresión que causó el ingreso al PRM, la mayoría fue por abuso sexual, con hasta un 76,27% de tipo intrafamiliar. De los agresores, si bien la mayoría no tenía contacto con la víctima, 3 de ellos vivían en el mismo hogar y otros 3 tenían contacto esporádico al momento del estudio. Cabe destacar que al menos 22 NNs fueron agredidos en más de una ocasión (Ver Tabla 2).

Tabla 2

Descripción de Tipo y Frecuencia de la Agresión, y la Relación y Contacto Actual con el Agresor

	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Tipo de agresión</i>		
Abuso sexual	45	76,27
Violación	6	10,17
Otra	8	13,56
<i>Frecuencia</i>		
Único	20	34,48
Repetido	16	27,59
Crónico	6	10,34
No hay información	16	27,59
<i>Relación con agresor</i>		
Intrafamiliar	45	76,27
Extrafamiliar conocido	10	16,95
Extrafamiliar desconocido	1	1,69
No hay información	3	5,08
<i>Contacto actual con agresor</i>		
Vive con agresor	3	5,17
Contacto esporádico	3	5,17
No hay contacto	48	82,76
Otro	4	6,90

El tipo más usual de develación fue premeditada y espontánea, con 30,91% de los casos, seguido de un 27,27% por preguntas de adultos. En su mayoría, la develación fue tardía, se dirigió a un familiar, y contó con credibilidad inicial y actual. En 3 casos no se dio credibilidad inicial, y en 1 no hay credibilidad actual (Ver Tabla 3).

Tabla 3

Frecuencia de la Forma en que Inicia, a Quién se Dirige, Latencia, Credibilidad Inicial y Actual del Cuidador ante la Develación

	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Forma en que inicia la develación</i>		
Premeditada y espontánea	17	30,91
Por eventos precipitantes	7	12,73
Por preguntas de adultos	15	27,27
Circunstancial / Accidental	10	18,18
Sospecha / No revelada	6	10,91
<i>A quién se dirige</i>		
Figura adulta familiar	45	81,82
Figura adulta extrafamiliar	6	10,91
Par	4	7,27
<i>Latencia</i>		
Inmediata	19	37,25
Tardía	32	62,75
<i>Credibilidad inicial</i>		
Hay credibilidad	47	82,46
No hay credibilidad	3	5,26
Ambivalente	7	12,28
<i>Credibilidad actual</i>		
Hay credibilidad	47	82,46
No hay credibilidad	1	1,79
Ambivalente	8	14,29

Sintomatología depresiva y EATs de los cuidadores

La mayoría de los cuidadores reportó un grado de depresión mínimo (52,46%), mientras que un 47,54% presentó depresión leve, moderada o severa (ver Tabla 4).

Tabla 4

Frecuencia y Porcentaje de la Sintomatología Depresiva en Cuidadores según Puntajes Obtenidos en BDI

	<i>f</i>	%
Depresión mínima	32	52,46
Depresión leve	13	21,31
Depresión moderada	9	14,75
Depresión severa	7	11,48

Cerca de la mitad de los cuidadores reportó haber sufrido abuso emocional, aunque tan sólo un 11,67% identificó negligencia emocional. En cuanto al abuso sexual, 33,33% de los cuidadores indicó haber sido víctima de ello durante su infancia.

Tabla 5

Frecuencia y Porcentaje de la Presencia y Ausencia de EATs en Cuidadores según Puntajes Obtenidos en CTQ-SF

EATs	Presencia		Ausencia	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Abuso emocional	24	40	36	60
Abuso físico	16	26,67	44	73,33
Abuso sexual	20	33,33	40	66,67
Negligencia emocional	7	11,67	53	88,33
Negligencia física	12	20	48	80

Nota. EATs: Experiencias Adversas Tempranas.

La mayoría de los cuidadores indicó haber sufrido *al menos* una EAT durante su infancia, con un 53,33% de los casos, de los cuales un 33,33% sufrió *más* de una (Ver Tabla 6).

Tabla 6

Frecuencia y Porcentaje del Número Total de EATs Sufridas por Cuidadores según Puntajes Obtenidos en CTQ-SF

EATs	<i>f</i>	%
0	28	46,67
1	12	20,00
2	5	8,33
3	6	10,00
4	6	10,00
5	3	5,00

Nota. EATs: Experiencias Adversas Tempranas.

Sintomatología clínica general y postraumática en los NNs.

En la Tabla 7 se muestra la sintomatología clínica presentada por los NNs, según el reporte de sus cuidadores. Más de la mitad de los NNs se ubicaron sobre el punto de corte en hiperactividad, con un 59,02% de los casos, seguido por un 52,46% en problemas conductuales. En contraste, la conducta prosocial de la mayoría de los NNs se mantuvo en niveles normales.

Tabla 7

Frecuencia y Porcentaje de la Presencia y Ausencia de Sintomatología Clínica en NNs según Puntajes Obtenidos en SDQ-Cas

Síntomas clínicos	Normal		Límite		Sobre punto de corte	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Problemas conductuales	21	34,43	8	13,11	32	52,46
Síntomas emocionales	28	45,90	10	16,39	23	37,70
Hiperactividad	19	31,15	6	9,84	36	59,02

Problemas con pares	28	45,90	11	18,03	22	36,07
Conducta prosocial	55	90,16	3	4,92	3	4,92

En cuanto al total de síntomas clínicos de la muestra, se pesquisó que, en su mayoría, los NNs del estudio exhibían *al menos* un síntoma (77,05%), donde hasta un 49,18% identificó haber observado tres a cuatro síntomas (Ver Tabla 8).

Tabla 8

Frecuencia y Porcentaje del Número Total de Síntomas Clínicos en NNs según Puntajes Obtenidos en SDQ-Cas

Síntomas clínicos	<i>f</i>	%
0	14	22,95
1	10	16,39
2	7	11,48
3	17	27,87
4	13	21,31

En la Tabla 9, se puede observar la sintomatología postraumática de los NNs, por medio de los puntajes obtenidos en las distintas categorías del PEDS. En este aspecto, destacó la categoría “Temeroso”, con un 81,97% de los cuidadores reportando haber observado síntomas de este tipo en los NNs a su cargo.

Tabla 9

Frecuencia y Porcentaje de la Presencia y Ausencia de Sintomatología Postraumática en NNs según Puntajes Obtenidos en PEDS

Síntomas postraumáticos	Normal		Sobre punto de corte	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Temeroso	11	18,03	50	81,97
Ansioso retraído	30	49,18	31	50,82
Acting out	26	42,62	35	57,38

En cuanto al total de síntomas postraumáticos, una vasta mayoría presentó al menos un síntoma (88,52%), con un 39,34% llegando a presentar los tres síntomas

postraumáticos descritos (Ver Tabla 10).

Tabla 10

Frecuencia y Porcentaje del Número Total de Síntomas Postraumáticos en NNs según Puntajes Obtenidos en PEDS

Síntomas postraumáticos	<i>f</i>	%
0	7	11,48
1	16	26,23
2	14	22,95
3	24	39,34

Relación entre las EATs y la sintomatología depresiva de los cuidadores

En la Tabla 11 se pueden observar las correlaciones entre la sintomatología depresiva (puntaje total BDI) y las EATs (abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligencia emocional, negligencia física y puntaje total CTQ-SF) de los cuidadores. Se observó que la sintomatología depresiva de los cuidadores tuvo una correlación positiva, moderada y estadísticamente significativa con el abuso emocional.

Tabla 11

Matriz de Correlación entre las EATs y la Sintomatología Depresiva de los Cuidadores

	1	2	3	4	5	6
1. Sintomatología depresiva (BDI)						
2. Abuso emocional	0,38**					
3. Abuso físico	0,10	0,69***				
4. Abuso sexual	0,25	0,57***	0,42**			
5. Negligencia emocional	0,24	0,82***	0,64***	0,48***		
6. Negligencia física	0,11	0,71***	0,55***	0,45***	0,69***	
7. Total EATs (CTQ)	0,23	0,93***	0,77***	0,70***	0,87***	0,79***

Nota. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$
EATs: Experiencias Adversas Tempranas.

Impacto de la develación del ASI en la sintomatología depresiva del cuidador.

Se asoció un mayor grado de depresión a develaciones por preguntas de adultos o eventos precipitantes, dirigidas a una figura adulta extrafamiliar, tardías y con credibilidad inicial ambivalente. En contraste se asoció un menor grado de depresión a develaciones circunstanciales o accidentales, inmediatas, dirigida a un par, a las que no se dio credibilidad inicial, aunque ninguna diferencia tuvo significancia estadística ($p > 0,05$) (Ver Tabla 12).

Tabla 12

Promedio y Desviación Estándar de la Presencia y Ausencia de Sintomatología Depresiva en Cuidadores según Características de la Develación del ASI

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
<i>Depresión según forma en que inicia develación</i>					
Premeditada y espontánea	14,05	8,50	1,16	4, 50	0,19
Por eventos precipitantes	19,00	14,05			
Por preguntas de adultos	20,07	12,80			
Circunstancial / Accidental	10,80	7,19			
Sospecha / No revelada	13,83	4,16			
<i>Depresión según a quién se dirige develación</i>					
Figura adulta familiar	15,09	9,86	1,71	2	0,19
Figura adulta extrafamiliar	22,83	11,55			
Par	12,50	13,40			
<i>Depresión según latencia develación</i>					
Inmediata	12,21	7,22	2,81	1	0,10
Tardía	17,16	11,58			
<i>Depresión según credibilidad inicial</i>					
Hay credibilidad	15,45	9,64	0,63	2	0,53
No hay credibilidad	12,00	6,00			
Ambivalente	19,29	15,16			
<i>Depresión según credibilidad actual</i>					
Hay credibilidad	15,85	10,26	0,34	2	0,96
Ambivalente	15,55	11,17			

Nota. Para el tamaño muestral de cada subgrupo, referirse a Tabla 3.

Relación entre la sintomatología depresiva de los cuidadores y la sintomatología clínica general y postraumática de los NNs.

Respecto a los síntomas generales clínicos de los NNs, la sintomatología depresiva de los cuidadores presentó una correlación positiva, moderada y estadísticamente significativa con los problemas conductuales, los problemas con pares y el total de dificultades de los NNs. En cuanto a los síntomas postraumáticos de los NNs, la sintomatología depresiva de los cuidadores presentó una correlación positiva, fuerte y estadísticamente significativa con el acting out y el malestar general, así como una correlación positiva, moderada y estadísticamente significativa con la categoría “ansioso-retraído” y el puntaje total obtenido en el PEDS (Ver Tabla 13).

Tabla 13

Matriz de Correlación entre la Sintomatología Depresiva de los Cuidadores y la Sintomatología Clínica General y Postraumática de los NNs

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Total síntomas depresivos cuidador (BDI)												
2. Hiperactividad NN	0,22											
3. Problemas conductuales NN	0,29*	0,45** *										
4. Síntomas emocionales NN	0,23	0,26*	0,15									
5. Problemas con pares NN	0,34**	0,07	0,27*	0,35** *								
6. Conducta prosocial NN	-0,25	-0,12	-0,50** *	-0,18	-0,39**							
7. Total síntomas clínicos NN (SDQ)	0,38**	0,66** *	0,68***	0,69** *	0,59** *	-0,45** *						
8. Ansioso retraído NN	0,28*	0,28*	0,35**	0,76** *	0,31*	-0,21	0,67** *					
9. Temeroso NN	0,23	0,24	0,24	0,54** *	0,18	-0,21	0,46** *	0,62** *				
10. Acting out NN	0,43** *	0,54** *	0,64***	0,46** *	0,19	-0,26*	0,69** *	0,62** *	0,47** *			
11. Malestar general NN	0,40**	0,44**	0,53***	0,68** *	0,28*	-0,29*	0,74** *	0,86** *	0,78** *	0,87** *		
12. Trauma NN	0,03	0,07	0,06	0,45** *	0,30*	0,07	0,32*	0,46** *	0,33**	0,25	0,38**	
13. Total síntomas postraumáticos NN (PEDS)	0,36**	0,42**	0,46***	0,71** *	0,30*	-0,21	0,72** *	0,87** *	0,78** *	0,82** *	0,97** *	0,56** *

Nota. * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001

Impacto de las EATs y la sintomatología depresiva de los cuidadores en la sintomatología clínica y postraumática de los NNs.

En la Tabla 14 se puede observar el modelo de regresión estimado para la predicción de la sintomatología clínica general de los NNs. Se pudo observar que, para este modelo, la presencia de depresión moderada de los cuidadores tuvo un efecto significativo en la sintomatología clínica general de los NNs ($b = 4,26$, $p = 0,05$, $\beta = 0,25$), a diferencia de la presencia de depresión leve en el cuidador ($b = 1,86$, $p = 0,34$, $\beta = 0,12$), y depresión severa en el cuidador ($b = 2,67$, $p = 0,28$, $\beta = 0,14$). Por su parte, las EATs también se encontraron significativamente asociadas a la sintomatología clínica general de los NNs, indicando que, en la medida en que una persona tuviera más EATs, se vería incrementada su sintomatología clínica general en 0,09 puntos; este efecto fue moderado, de acuerdo con el coeficiente de regresión estandarizado ($b = 0,09$, $p < 0,01$, $\beta = 0,38$). En general este modelo logró explicar el 15% ($p < 0,05$) de la varianza total de la sintomatología clínica general de los NNs.

Tabla 14

Modelo de Regresión para la Predicción de la Sintomatología Clínica General del NN a Partir de Variables del Cuidador

	<i>b</i>	<i>EE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	β
Intercepto	14,33	3,54	4,05	<0,001	
Sexo (Masculino)	-0,42	1,76	-0,24	0,81	-0,03
Edad	-0,15	0,50	-0,30	0,76	-0,04
Depresión (Leve)	1,86	1,96	0,95	0,34	0,12
Depresión (Moderada)	4,26	2,17	1,96	0,05	0,25
Depresión (Severa)	2,67	2,44	1,09	0,28	0,14
Experiencias Adversas Tempranas	0,09	0,03	2,86	<0,01	0,38

Nota. La categoría de referencia para la variable sexo es Femenino. La categoría de referencia para la variable depresión es Depresión Mínima.

En la Tabla 15 se puede observar el modelo de regresión estimado para la predicción de la sintomatología postraumática de los NNs. Específicamente, se puede observar que para este modelo el sexo tuvo un efecto significativo, donde los niños obtuvieron aproximadamente 6,7 puntos más en el cuestionario PEDS que las niñas, al ajustar por edad del niño, sintomatología depresiva del adulto, y EATs del adulto. Esta diferencia es leve de acuerdo con el coeficiente de regresión estandarizado ($b = 6,73$, $p < 0,05$, $\beta = 0,11$). Al igual que en el modelo anterior, la presencia de depresión moderada de los cuidadores

tuvo un efecto significativo en la sintomatología postraumática de los NNs ($b = 11,82$, $p < 0,01$, $\beta = 0,36$), no así la presencia de depresión leve o severa en el cuidador. A su vez, las EATs se encontraron significativamente asociadas con la sintomatología postraumática de los NNs; así, en la medida en que un cuidador tuviera más EATs, se incrementaría la sintomatología postraumática de los NNs en 0,20 puntos. Este efecto fue moderado, de acuerdo con el coeficiente de regresión estandarizado ($b = 0,20$, $p < 0,01$, $\beta = 0,41$). En general este modelo explicó el 27% ($p < 0,001$) de la varianza total de la sintomatología postraumática de los NNs (Ver Tabla 15).

Tabla 15

Modelo de Regresión para la Predicción de la Sintomatología Postraumática del NNs a Partir de Variables del Cuidador

	<i>b</i>	<i>EE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	β
Intercepto	29,84	6,41	4,66	<0,001	
Sexo (Masculino)	6,73	3,19	2,11	<0,05	0,11
Edad	0,84	0,91	0,93	0,36	0,25
Depresión (Leve)	1,04	3,54	0,29	0,77	0,04
Depresión (Moderada)	11,82	3,93	3,01	<0,01	0,36
Depresión (Severa)	6,63	4,43	1,50	0,14	0,18
Experiencias Adversas Tempranas	0,20	0,06	3,38	<0,01	0,41

Nota. La categoría de referencia para la variable sexo es Femenino. La categoría de referencia para la variable depresión es Depresión Mínima.

DISCUSIÓN

Mediante el presente estudio, se buscó determinar en qué medida las EATs y la sintomatología depresiva de los cuidadores podrían relacionarse o explicar la sintomatología clínica general y postraumática de los NNs a su cargo, los cuales se encontraban en tratamiento tras haber sido víctimas de ASI.

En el área de las EATs y, más específicamente, de las agresiones sexuales ocurridas durante la infancia, la evidencia es concluyente en apuntar a la multiplicidad de consecuencias negativas y a los síntomas clínicos y postraumáticos que pueden generarse en los NNs como secuela de ello. Si estos no son debidamente abordados a tiempo, los posibles traumas y síntoma derivados de ellos pueden prevalecer en la adultez y ser transmitidos a sus propios hijos, poniéndolos en un mayor riesgo de experimentar ASI (Badenes-Ribera et al., 2020; Collin-Vézina & Cyr, 2003; Fong et al., 2016; Fraiberg et al., 1975; Maida et al., 2005). Dicho esto, cabe señalar que este último punto no se sostuvo en los resultados hallados en el presente estudio, pues no se evidenció una correlación significativa entre estas variables.

A partir de la evidencia mencionada, para este estudio se hipotetizó que, a mayor carga de EATs en los cuidadores, estos presentarían un alto grado de sintomatología depresiva y que, a su vez, los NNs a su cargo presentarían un alto nivel de sintomatología clínica general y postraumática. A partir de los resultados obtenidos, esta hipótesis se cumplió parcialmente.

Al evaluar la sintomatología depresiva en los cuidadores, alrededor de la mitad presentó sintomatología depresiva mínima (es decir, no presentaban un cuadro depresivo), mientras que aquella mitad que sí presentó síntomas tendió al polo de la sintomatología depresiva leve, con algunos casos moderados y severos. Al respecto, es importante considerar que la mayoría de las cuidadoras de la muestra eran madres (mujeres), de NSE bajo o medio, lo cual se relaciona con una población más afectada por cuadros depresivos, según diversos estudios (Hunt et al., 2003; Lovejoy et al., 2000; Santa-Sosa, 2013).

En el caso de las EATs, ocurrió algo similar, pues alrededor de la mitad de la muestra no reportó haber sufrido ninguna EAT, no obstante, en la otra mitad, la mayoría reportó una coocurrencia de más de un tipo de EAT en sus vidas, destacando una alta prevalencia de abuso emocional, lo cual coincide con la literatura disponible en torno al abuso y maltrato infantil (Løken & Reigstad, 2012), y que lleva a preguntarse cómo la politraumatización podría afectar la sintomatología depresiva.

Por el lado de los NNs, se cumplió la hipótesis del segundo objetivo, ya que la

muestra marcó una alta tasa de sintomatología clínica general y postraumática, por sobre el punto de corte en ambos instrumentos con los que se midieron los síntomas, respectivamente. Para la sintomatología clínica general, destacó la alta prevalencia de hiperactividad, seguida de los problemas conductuales en la muestra, con más de la mitad del total de NNs cada una, lo cual es consistente con la literatura en torno a los efectos del ASI en NNs en el rango etario de la muestra (Plant et al., 2017; Zhang et al., 2021). No obstante, un resultado interesante y alentador es que, en casi la totalidad de la muestra, con algunas excepciones, se observó que la conducta prosocial de los NNs se encontraba en niveles normales, lo cual podría actuar como un factor protector, evitando que el NN se aíse como consecuencia de lo ocurrido, y promoviendo su vinculación en su proceso terapéutico. Esto podría explicarse como un posible efecto reparatorio de la apertura, la validación, el proceso judicial, la intervención familiar y la psicoterapia, que son factores que pueden potenciar las fortalezas de los NNs.

En cuanto a la sintomatología postraumática, destacó que más de la mitad de la muestra obtuvo resultados apuntando a un comportamiento temeroso, lo cual coincide con la evidencia (Adam et al., 2018; CAVAS, 2011; Echeburúa & de Corral, 2006; Guerra & Farkas, 2015), considerando el tipo de experiencia sufrida y las características de las agresiones sexuales a NNs, donde el agresor abusa del poder que esgrime sobre su víctima, valiéndose de métodos coercitivos que, en su mayor parte, van asociados a secretos y/o amenazas, que potencian y se alimentan del temor que infunden en el NN, para continuar victimizándolo y ejerciendo su poder sobre este.

No se encontró una correlación significativa entre la mayoría de los tipos de EATs y la sintomatología depresiva, exceptuando el abuso emocional, con el cual presentó una correlación positiva, moderada y estadísticamente significativa, lo que es conclusivo y coincide con la literatura disponible sobre el tema (Negele et al., 2015), pudiendo entenderse por las características propias de este tipo de violencia, como su cronicidad, menor visibilización, y el efecto detrimental que puede tener para la salud mental de un NN, lo cual puede tener consecuencias graves en la adultez.

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el impacto de los distintos factores propios de la revelación del ASI en la sintomatología depresiva de los cuidadores, a partir del puntaje obtenido en el BDI, lo cual contrasta con lo que se podría esperar a partir de las conclusiones de otros estudios. Esto podría explicarse por varios factores, entre los que se encuentran la temporalidad del presente estudio con respecto al momento del abuso y la revelación; así, incluso si la revelación pudiera haber implicado

una revictimización y/o una nueva experiencia adversa para el cuidador, esto podría encontrarse ya resuelto o latente, debido a la cantidad de meses que debe pasar en lista de espera cada uno de los casos que son judicializados y derivados a un PRM. Asimismo, esto vuelve a la muestra bastante homogénea, al tratarse en su totalidad de casos judicializados, lo que podría reducir la varianza entre grupos, disminuyendo la ocurrencia de diferencias estadísticamente significativas. Por último, el tamaño muestral es pequeño para este tipo de análisis, lo que puede afectar la significancia estadística de los análisis.

Dicho esto, resulta interesante que, pese a la alta sintomatología presentada por los cuidadores, la develación se dirige en general a esta figura (figura adulta familiar); este resultado discute con lo que se describe en la literatura al respecto, donde la sintomatología depresiva puede afectar negativamente la cercanía afectiva del NN con el cuidador, lo cual, a su vez, podría obstaculizar la develación directa a esta figura (Capella, 2010). No obstante, la develación es mayormente tardía, y precipitada por eventos o preguntas, lo que se condice con posibles dificultades en el vínculo con el cuidador.

Pasando al siguiente objetivo del presente estudio, pese a que no todas las variables se correlacionaron entre sí, se obtuvieron correlaciones estadísticamente significativas entre la sintomatología depresiva de los cuidadores y la sintomatología clínica general de los NNs, particularmente con los problemas conductuales y problemas con pares. Como se mencionó anteriormente, los problemas conductuales se condicen con lo esperado para la edad de los NNs, en la cual la sintomatología depresiva se caracteriza por desregulación emocional, pudiendo relacionarse, a su vez, con una dificultad para relacionarse con sus pares. Cabe conjeturar que aquellos NNs cuyos adultos responsables se encuentran más deprimidos (y, en consecuencia, probablemente menos receptivos y tolerantes a las desregulaciones de los NNs), pueden estar siendo menos contenidos por estos, lo cual dificulta que el NN pueda ser contenido y ayudado a regularse por su cuidador (Gelfand & Teti, 1990; Lovejoy et al., 2000).

También se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre la sintomatología depresiva de los cuidadores con la sintomatología postraumática de los NNs, especialmente en el malestar general percibido, el acting out y la categoría ansioso-retraído, lo cual se condice con otros estudios al respecto (Lange et al., 2019; Plant et al., 2017), pudiéndose comprender desde una mayor dificultad o menor disponibilidad de los cuidadores en poder contener los efectos del trauma en los NNs a su cargo.

Por último, el número de EATs y la gravedad de la sintomatología depresiva de los cuidadores tuvo una asociación estadísticamente significativa que logró explicar parte del

alto grado de sintomatología clínica general y postraumática de los NNs a su cargo. Si bien llama la atención que la depresión moderada del cuidador tenga un mayor valor explicativo de sintomatología clínica general del NN que la depresión severa, se teoriza que ello podría explicarse dado que, ante casos de depresión severa, podría entrar en acción un segundo cuidador para suplir las falencias del cuidador primario. En cambio, cuando la depresión es moderada, el cuidador primario tendría mayores posibilidades de hacerse cargo de la crianza del NN, pese a poder presentar dificultades en la mentalización y la regulación del NN (Collin-Vézina & Cyr, 2003; Downey & Coyne, 1990; Fong et al., 2016; Swartz et al., 2018), llevando a que éste exprese mayor sintomatología clínica general y postraumática como respuesta.

En cuanto a la prevalencia de sintomatología depresiva observada en la muestra de cuidadores, llama la atención el contraste que tiene esta con la proporción considerablemente menor de cuidadores que se encontraban en un tratamiento de salud mental al momento del estudio. Esto podría suponer un problema importante a la hora de abordar un proceso terapéutico reparatorio en NNs víctimas de ASI. Lo anterior, sumado a los hallazgos de los resultados descritos previamente, realzaría la importancia de manejar la sintomatología depresiva de los cuidadores.

En Chile, el proceso terapéutico asociado al ASI se encuentra enfocado principalmente en el NN. Esto no implica que no se integre a su cuidador, pues cada caso es abordado por una dupla psicosocial, donde un/a psicólogo/a trabaja con el NN, mientras que un/a trabajador/a social es quien aborda al cuidador/a, brindándole apoyo. A partir de la evidencia, se considera necesario proporcionar un apoyo terapéutico más especializado a los/as cuidadores/as, en caso de precisarse, que les permita abordar y trabajar en torno a sus propias EATs y traumas. Esto podría facilitar un mejor soporte a los NN a su cargo durante sus respectivos tratamientos, volviéndose un factor protector para estos, disminuyendo con ello la probabilidad de que la violencia continúe transmitiéndose de manera transgeneracional (Borelli et al., 2019).

Por medio del presente estudio, no se pretende hacer una crítica a los modelos de abordaje terapéutico existentes en torno al NN, sino plantear cómo este podría verse enriquecido en la medida en que se complementa, en paralelo, con un proceso terapéutico especializado y adecuado a las necesidades del cuidador no-agresor de la víctima. La evidencia ha sido contundente en demostrar los efectos catastróficos de la transgeneracionalidad en el trauma y en cómo, incluso con las mejores intenciones de parte de los cuidadores primarios, puede de igual forma transmitirse al NN el trauma sufrido por

el adulto durante su propia infancia (Fraiberg et al., 1975). Por ello, es menester abordar el trauma transgeneracional desde su raíz, por medio de una intervención terapéutica adecuada que visualice y trate la sintomatología clínica del cuidador, evitando además que continúe afectando al NN.

Sumado a ello, la evidencia ha logrado demostrar que la revelación de una agresión sexual de parte de un NN a su cuidador y la experiencia de judicialización asociada son, por sí solas, experiencias que podrían llegar a ser traumáticas o retraumatizantes para el cuidador, especialmente si ha vivido experiencias adversas similares en su ciclo vital. Considerando que se ha demostrado la tendencia a la transmisión y repetición de experiencias traumáticas en la infancia (Fraiberg, 1975), sumado a los efectos que aquello puede generar en la parentalidad, hace de estos cuidadores una población clave, tornándose fundamental generar la conciencia y los conocimientos requeridos para definir los lineamientos a seguir en una eventual intervención psicoterapéutica enfocada en sus necesidades.

A partir de estos hallazgos, podemos afirmar que existe un impacto tangible de los factores propios de la salud mental del cuidador en la sintomatología clínica y postraumática en NNs que han sufrido ASI, particularmente la presencia de EATs y de sintomatología depresiva, las cuales podrían explicar en parte la intensidad sintomatológica de los NNs.

En consecuencia, consideramos que el presente trabajo logra contribuir con un importante aporte clínico a la práctica de los procesos terapéuticos de NNs, al respaldar el impacto positivo que podría tener la implementación de un manejo holístico en los casos de ASI, que incluya a los cuidadores primarios y figuras significativas de cuidado de los NNs y no sólo a estos últimos de forma aislada, particularmente en aquellos de menor edad, que dependen en un mayor grado de sus respectivos cuidadores. A partir de los resultados encontrados, resulta particularmente relevante considerar no sólo los casos más severos de depresión en los cuidadores, sino también y con particular énfasis aquellos que presentan síntomas de depresión moderada, que son menos visibilizados y pueden estar recibiendo menos apoyo externo.

Las fortalezas del presente estudio consisten en la riqueza de la información obtenida de la muestra y de los cuestionarios aplicados, los cuales se encuentran validados en Chile y poseen un alto grado de confiabilidad. Además, la presente investigación se desarrolló en el marco de un proyecto financiado, cuyo equipo se encuentra compuesto por especialistas con experiencia en el tema de las agresiones sexuales en infancia.

En cuanto a las limitaciones del estudio, en primer lugar, se encuentra el tamaño de la muestra. Si bien esta es una investigación exploratoria y no pretende necesariamente ser representativa de la población estudiada, el n podría llegar a ser insuficiente para establecer diferencias estadísticamente significativas, lo que podría explicar algunos de los resultados de los análisis, los cuales, en muchos casos, se inclinaban marcadamente a una variable, pero sin contar con significancia estadística, por ejemplo, en el análisis de la sintomatología depresiva de los cuidadores según características de la revelación del ASI (ver Tabla 12).

Además, la mayor parte de la muestra de cuidadores consistió en mujeres, principalmente madres de los NNs del estudio, lo cual, si bien refleja la realidad de gran parte de los hogares en Chile, no permite indagar en cómo podrían reaccionar otro tipo de cuidadores primarios que no sean madres. En la misma línea, una limitación fue que, debido a las características de la muestra (mujeres, presencia de trauma y de sintomatología depresiva) y la metodología utilizada (autorreporte), puede haberse dado un subdiagnóstico y/o subreporte de los síntomas de las cuidadoras (Hunt, et al., 2003; Takarangi et al., 2014; Brommelhoff et al., 2004; Kelly et al., 2009).

Como futuras líneas de desarrollo, se propone profundizar más en la relación de los factores abordados en este estudio y en los predictores de la sintomatología infantil en casos de ASI. Además, podría ser muy enriquecedor investigar una muestra más heterogénea, o bien enfocarse directamente en las características y factores de los cuidadores que no sean madres, intencionando la muestra, incluyendo a padres, abuelos y otros cuidadores primarios, los cuales podrían brindar una nueva perspectiva y enfoque a la complejidad propia de los procesos terapéuticos de NNs víctima de ASI.

REFERENCIAS

- Adam, J., Mrug, S., & Knight, D. (2018). Characteristics of child physical and sexual abuse as predictors of psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, *86*, 167-177. doi:10.1016/j.chiabu.2018.09.019
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). Trastorno de estrés postraumático. En *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª Ed)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Badenes-Ribera, L., Fabris, M.A., Prino, L.E., Gastaldi, F., & Longobardi, C. (2020). Physical, emotional, and sexual victimization across three generations: a cross-sectional study. *Journal Child and Adolescent Trauma*, *13*, 409–417. doi:10.1007/s40653-019-00273-1
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2019). A randomized controlled trial of a mentalization-based intervention (MBT-FACTS) for families of people with borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *10*(1), 70–79. doi:10.1037/per0000298
- Beck, A., Steer, R., & Garbim, M. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, *8*, 77-100. doi:10.1016/0272-7358(88)90050-5
- Behn, A., Vöhringer, P., Martínez, P., Domínguez, A., González, A., Carrasco, M., & Gloger, S. (2020). Validación de la versión en español del Childhood Trauma Questionnaire-Short Form en Chile, en una muestra de pacientes con depresión clínica. *Revista Médica de Chile*, *148*(3), 336-343. doi:10.4067/S0034-98872020000300336
- Bernstein, D., Stein, J., Newcomb, M., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stoke, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse and Neglect*, *23*, 169-190. doi:10.1016/s0145-2134(02)00541-0
- Bradbury-Jones, C., & Isham, L. (2020). The pandemic paradox: the consequences of COVID-19 on domestic violence. *Journal of Clinical Nursing*, *29*(13–14), 2047–2049. doi:10.1111/jocn.15296
- Brette, F. (2005). Trauma. En A. de Mijolla (Ed.), *International Dictionary of Psychoanalysis*. EEUU: Macmillan Reference.
- Brommelhoff, J., Conway, L., Merikangas, K., & Levy, B. (2004). Higher rates of depression in women: role of gender bias within the family. *Journal of Women's Health*, *1*, 69-76. doi:10.1089/154099904322836474

- Brown, P. (2012). *Propiedades psicométricas y estandarización de la versión para padres del Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) en niños/as de 4 a 11 años de la Región Metropolitana* [Memoria de pregrado, Universidad de Chile]. <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/116778>
- Brown, P., Capella, C. & Antivilo, A. (2014). Propiedades psicométricas de la versión para padres del Strengths and Difficulties Questionnaire. *Revista de Psicología*, 23(2), 28-44. doi:10.5354/0719-0581.2014.36146
- Bolen, R. M., & Lamb, J. L. (2004). Ambivalence of nonoffending guardians after child sexual abuse disclosure. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(2), 185–211. doi:10.1177/0886260503260324
- Borelli, J. L., Cohen, C., Pettit, C., Normandin, L., Target, M., Fonagy, P., & Ensink, K. (2019). Maternal and child sexual abuse history: an intergenerational exploration of children's adjustment and maternal trauma-reflective functioning. *Frontiers in Psychology*, 10(1062), 1-11. doi:10.3389/fpsyg.2019.01062
- Bueno-Notivola, J., Gracia-García, P., Olaya, B., Lasheras, I., López-Antón, R., & Santabárbara, J. (2021). Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: a meta-analysis of community-based studies. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 21(1), 1-11. doi:10.1016/j.ijchp.2020.07.007
- Carrasco, F. (2017). *Problemas emocionales y conductuales en niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales: un estudio descriptivo y comparativo*. [Memoria de pregrado, Universidad de Chile]. <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/174159>
- Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales [CAVAS]. (2003). Centro de asistencia a víctimas de atentados sexuales CAVAS Metropolitano: 16 años de experiencia. Producciones Gráficas Ltda.
- CAVAS (2011). *Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales: una revisión de la experiencia*. Santiago, Chile: Policía de Investigaciones
- Centro de investigación del abuso y la adversidad temprana [CUIDA]. (2022). *Resultados primera encuesta nacional de abuso sexual y adversidades en la niñez*. https://drive.google.com/file/d/1c1lq8c-V2fv0NaZtf8DeJzhQ4z_KNOgi/view
- Collin-Vézina, D. & Cyr, M. (2003). La transmission de la violence sexuelle: description du phénomène et pistes de compréhension. *Child Abuse & Neglect*, 27(5), 489-507. doi:10.1016/S0145-2134(03)00038-3
- Collin-Vézina, D., Daigneault, I., & Hébert, M. (2013). Lessons learned from child sexual abuse research: prevalence, outcomes, and preventive strategies. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(22), 1–9. doi:10.1186/1753-2000-7-22

- Condon, E. M., Holland, M. L., Slade, A., Redeker, N. S., Mayes, L. C., & Sadler, L. S. (2019). Maternal adverse childhood experiences, family strengths, and chronic stress in children. *Nursing Research, 68*(3), 189–199. doi:10.1097/NNR.0000000000000349
- Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: assessment and treatment. *Psychotherapy, 41*(4), 412–425. doi:10.1037/0033-3204.41.4.412
- Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R. P., Thomas, S. D., Wells, D. L., & Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse and Neglect, 34*(11), 813–822. doi:10.1016/j.chiabu.2010.04.004
- Danieli, Y., Norris, F. H., Lindert, J., Paisner, V., Engdahl, B., & Richter, J. (2015). The Danieli Inventory of Multigenerational Legacies of Trauma, Part I: survivors' posttrauma adaptational styles in their children's eyes. *Journal of Psychiatric Research, 68*, 167–175. doi:10.1016/j.jpsychires.2015.06.011
- Domínguez, A. (2018). *Validación inicial del "Childhood Trauma Questionnaire-Short Form" versión española en Chile* [Tesis de Magíster, Pontificia Universidad Católica de Chile]. <https://repositorio.uc.cl/handle/11534/22107>
- Downey, G., & Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents: an integrative review. *Psychological Bulletin, 108*(1), 50–76. doi:10.1037/0033-2909.108.1.50
- Echeburúa, E., & de Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense, 12*, 43-44. doi:10.4321/s1135-76062006000100006
- Ensink, K., Bégin, M., Normandin, L., & Fonagy, P. (2017). Parental reflective functioning as a moderator of child internalizing difficulties in the context of child sexual abuse. *Psychiatry Research, 257*(July), 361–366. doi:10.1016/j.psychres.2017.07.051
- Ensink, K., Berthelot, N., Bernazzani, O., Normandin, L., & Fonagy, P. (2014) Another step closer to measuring the ghosts in the nursery: preliminary validation of the Trauma Reflecting Functioning Scale. *Frontiers in Psychology, 5*(14), 1-12. doi:10.3389/fpsyg.2014.01471
- Elliott, A. N., & Carnes, C. N. (2001). Reactions of nonoffending parents to the sexual abuse of their child: a review of the literature. *Child Maltreatment, 6*(4), 314–331. doi:10.1177/1077559501006004005
- Erickson, M. F., & Egeland, B. (2011). Child Neglect. En J. E. Myers (Ed.), *The APSAC Handbook on Child maltreatment*. EEUU: SAGE Publications, Inc.
- Fajardo Bullón, F., León del Barco, B., Felipe Castaño, E., & Ribeiro Dos Santos, E. J. (2012). Salud mental en el grupo de edad 4-15 años a partir de los resultados de la

- Encuesta Nacional de Salud 2006. *Revista Española de Salud Pública*, 86(4), 445-451.
- Fong, H. F., Bennett, C., Mondestin, V., Scribano, P., Mollen, C. & Wood, J. (2016). Caregiver perceptions about mental health services after child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 51, 284-294. doi:10.1016/j.chiabu.2015.09.009
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery. *Parenting*, 19(1-2), 168-172. doi:10.1080/15295192.2019.1556028
- Fraiberg, S. (1980). *Clinical studies in infant mental health*. New York: Basic Books.
- Friedrich, W. N., Urquiza, A. J., & Beilke, R. L. (1986). Behavior problems in sexually abused young children. *Journal of Pediatric Psychology*, 11(1), 47-57. doi:10.1093/jpepsy/11.1.47
- Gaete, J., Montero-Marin, J., Valenzuela, D., Rojas-Barahona, C. A., Olivares, E., & Araya, R. (2018). Mental health among children and adolescents: construct validity, reliability, and parent-adolescent agreement on the 'Strengths and Difficulties Questionnaire' in Chile. *PLoS ONE*, 13(2), 1-18. doi:10.1371/journal.pone.0191809
- Gelfand, D. M., & Teti, D. M. (1990). The effects of maternal depression on children. *Clinical Psychology Review*, 10(3), 329-353. doi:10.1016/0272-7358(90)90065-I
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586. doi:10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(5), 791-799. doi:10.1111/1469-7610.00494
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337-1345. doi:10.1097/00004583-200111000-00015
- Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (1998) The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7, 125-130. doi:10.1007/s007870050057
- Guerra, C., & Farkas, C. (2015). Sintomatología en víctimas de abuso sexual: ¿son importantes las características "objetivas" del abuso? *Revista de Psicología*, 24(2), 1-19. doi:10.5354/0719-0581.2015.38013
- Hagenaars, M. A., Fisch, I., & van Minnen, A. (2011). The effect of trauma onset and frequency on PTSD-associated symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 132(1-2), 192-199. doi:10.1016/j.jad.2011.02.017

- Hailes, H., Yu, R., Danese, A., & Fazel, S. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 830-839. doi:10.1016/s2215-0366(19)30286-x
- Hébert, M., Daigneault, I., Collin-Vézina, D., & Cyr, M. (2007). Factors linked to distress in mothers of children disclosing sexual abuse. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(10), 805–811. doi:10.1097/NMD.0b013e3181568149
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377–391.
- Hunt, M., Auriemma, J., & Cashaw, A. (2003). Self-report bias and underreporting of depression on the BDI-II. *Journal of Personality Assessment*, 80(1), 26-30. doi:10.1207/S15327752JPA8001_10
- Kelly, V., Warner, K., Trahan, C., & Miscavage, K. (2009). The relationship among self-report and measured report of psychological abuse, and depression for a sample of women involved in intimate relationships with male partners. *The Family Journal*, 17(1), 51-57. doi:10.1177/1066480708328476
- Kim, K., Noll, J. G., Putnam, F. W., & Trickett, P. K. (2007). Psychosocial characteristics of nonoffending mothers of sexually abused girls: findings from a prospective, multigenerational study. *Child Maltreatment*, 12(4), 338–351. doi:10.1177/1077559507305997
- Lange, B. C., Callinan, L. S., & Smith, M. V. (2019). Adverse childhood experiences and their relation to parenting stress and parenting practices. *Community Mental Health Journal*, 55, 651–662. doi:10.1007/s10597-018-0331-z
- Lieberman, A. F., Padrón, E., Van Horn, P. & Harris, W. W. (2005) Angels in the nursery: the intergenerational transmission of benevolent parental influences. *Infant Mental Health Journal*, 26(6), 504-520. doi:10.1002/imhj.20071
- Løken, M. H. M., & Reigstad, H. L. (2012). *Associations between childhood trauma, childhood sexual abuse, and adult psychological symptomatology* [Tesis de maestría, Universidad de Bergen]. <https://hdl.handle.net/1956/6432>
- Lovejoy, M., Graczyk, P. A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 20(5), 561–592. doi:10.1016/S0272-7358(98)00100-7
- Lovett, B. B. (2004). Child sexual abuse disclosure: maternal response and other variables impacting the victim. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 21(4), 355–371. doi:10.1023/b:casw.0000035221.78729.d6

- Maffioletti, F., & Huerta, S. (2011). Aproximación fenomenológica de los delitos sexuales en Chile, la realidad nacional. *Revista Jurídica del Ministerio Público de Chile*, 47, 191-210.
- Maida, A. M., Molina, M. E., Basualto, C., Bahamondes, C., Leonvendagar, X., & Abarca, C. (2005). La experiencia de abuso en las madres: ¿es un predictor de abuso sexual de sus hijos? *Revista Chilena de Pediatría*, 76(1), 41–47. doi:10.4067/s0370-41062005000100005
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Deblinger, E., & Steer, R. (2007). Self-reported depression in mothers of children who have experienced sexual abuse. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(3), 203–210. doi:10.1007/s10862-006-9036-7
- Ministerio del Interior (2013). *Principales resultados “Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales”*. Santiago: Adimark. <https://www.minmujieryeg.gob.cl/wp-content/uploads/2015/05/descarga-c.pdf>
- Ministerio Público de Chile. (2021). *Boletín estadístico I trimestre*. Santiago. <http://www.fiscaliadechile.cl/Fiscalia/estadisticas/index.do>
- Necho, M., Tsehay, M., Birkie, M., Biset, G., & Tadesse, E. (2020). Prevalence of anxiety, depression, and psychological distress among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Social Psychiatry* 00(0), 1-15. doi:10.1177/00207640211003121
- Negele, A., Kaufhold, J., Kallenbach, L., & Leuzinger-Bohleber, M. (2015). Childhood trauma and its relation to chronic depression in adulthood. *Depression Research and Treatment*, 2015, 1-11. doi:10.1155/2015/650804
- Nelson, E., Heath, A., Madden, P., Cooper, L., Dinwiddie, S., Bucholz, K., Glowinski, A., McLaughlin, T., Dunne, M., Statham, D. & Martin, N. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcome. *Archives of General Psychiatry*, 59(2), 139-145. doi:10.1001/archpsyc.59.2.139
- Observatorio Niñez y Adolescencia [ONA] (2017). *Cifra negra de violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes: ocultamiento social de una tragedia*. (Reporte I de monitoreo de derechos) <http://www.observaderechos.cl/site/wp-content/uploads/2018/11/Reporte-ONA-2018.pdf>
- Ortuño-Sierra, J., Aritio-Solana, R., & Fonseca-Pedrero, E. (2018). Mental health difficulties in children and adolescents: the study of the SDQ in the Spanish National Health Survey 2011-2012. *Psychiatry Research*, 259(1), 236-242. doi:10.1016/j.psychres.2017.10.025

- Pereda, N., & Díaz-Faes, D. A. (2020). Family violence against children in the wake of COVID-19 pandemic: a review of current perspectives and risk factors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14(1), 1–8. doi:10.1186/s13034-020-00347-1
- Policía de Investigaciones [PDI]. (2021). *Delitos sexuales: balance primer trimestre 2021*. <https://www.pdichile.cl/centro-de-prensa/detalle-prensa/2021/05/12/delitos-sexuales-balance-primer-trimestre-2021>
- Plant, D., Jones, F., Pariante, C., & Pawlby, S. (2017). Association between maternal childhood trauma and offspring childhood psychopathology: mediation analysis from the ALSPAC cohort. *British Journal of Psychiatry*, 211(3), 144-150. doi:10.1192/bjp.bp.117.198721
- Rosenthal, C. M., & Thompson, L. A. (2020). Child abuse awareness month during the coronavirus disease 2019 pandemic. *JAMA Pediatrics*. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.1459
- San Cristóbal, P., Santelices, M. P., & Miranda, D. (2017). Manifestation of trauma: the effect of early traumatic experiences and adult attachment on parental reflective functioning. *Frontiers in Psychology*, 24(8), 1-9. doi:10.3389/fpsyg.2017.00449
- Santa-Sosa, E. J., Steer, R. A., Deblinger, E., & Runyon, M. K. (2013). Depression and parenting by nonoffending mothers of children who experienced sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 22(8), 915–930. doi:10.1080/10538712.2013.841309
- Sawyer, G. K., & Hansen, D. J. (2014). Heterogeneous symptom patterns of sexually abused children in treatment: Understanding the complexity of the problem. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23(8), 900–917. doi:10.1080/10538712.2014.964439
- Saylor, C. F., Swenson, C. C., Reynolds, S. S., & Taylor, M. (1999). The Pediatric Emotional Distress Scale: a brief screening measure for young children exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28(1), 70-81. doi:10.1207/s15374424jccp2801_6
- Seddighi, H., Salmani, I., Javadi, M. H., & Seddighi, S. (2021). Child abuse in natural disasters and conflicts: a systematic review. *Trauma Violence Abuse*, 22(1), 176-185. doi:10.1177/1524838019835973
- Sleed, M., Slade, A., & Fonagy, P. (2020). Reflective Functioning on the Parent Development Interview: validity and reliability in relation to socio-demographic factors. *Attachment and Human Development*, 22(3)1-22. doi:10.1080/14616734.2018.1555603
- Spilsbury, J. C., Drotar, D., Burant, C., Flannery, D., Creedon, R., & Friedman, S. (2005). Psychometric properties of the Pediatric Emotional Distress Scale in a diverse

- sample of children exposed to interpersonal violence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 34(4), 758-764. doi:10.1207/s15374424jccp3404_17
- Stob, V., Slade, A., Adnopo, J., & Woolston, J. (2020). The family cycle: breaking the intergenerational transmission of trauma through mentalizing. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 19(3), 255–270. doi:10.1080/15289168.2020.1786762
- Swartz, H., Cyranowski, J., & YuCheng, M. (2018). Moderators and mediators of a maternal depression treatment study: impact of maternal trauma and parenting on child outcomes. *Comprehensive Psychiatry*, 86, 123-130. doi:10.1016/j.comppsy.2018.08.001
- Takarangi, M., Strange, D., & Lindsay, S. (2014). Self-report may underestimate trauma intrusions. *Consciousness and Cognition*, 27, 297-305. doi:10.1016/j.concog.2014.06.002
- Testa, M., Hoffman, J. H., & Livingston, J. A. (2011). Intergenerational transmission of sexual victimization vulnerability as mediated via parenting. *Child Abuse and Neglect*, 35(5), 363–371. doi:10.1016/j.chiabu.2011.01.010
- United Nations Children’s Fund [UNICEF]. (2012). *Cuarto estudio de maltrato infantil*. Santiago: UNICEF.
- Valdés, C., Morales-Reyes, I., Pérez, C., Medellín, A., Rojas, G., & Krause, M. (2017). Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck IA para la población chilena. *Revista Médica Chilena*, 145, 1005-1012. doi:10.4067/s0034-98872017000801005
- van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York / London: W W Norton & Co.
- Van Toledo, A., & Seymour, F. (2013). Interventions for caregivers of children who disclose sexual abuse: a review. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 772–781. doi:10.1016/j.cpr.2013.05.006
- World Health Organization [WHO]. (2020). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19*. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- World Health Organization [WHO]. (2003). Guidelines for medicolegal care for victims of sexual violence. Geneva: World Health Organization.

ANEXOS

Anexo A.

Ficha de caracterización de caso (Psicólogo)

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

Agresión sexual (si hay más de una agresión, responder respecto a la que origina la derivación al centro)					
Tipo agresión	Abuso sexual	Violación	Otro (detallar)		
Frecuencia	Único	Repetido	Crónico	No hay información	
Figura del agresor	¿Quién es el agresor? (detallar)				
Relación con el agresor	Intrafamiliar	Extrafamiliar conocido	Extrafamiliar desconocido	No hay información	
Edad del agresor	Adolescente		Adulto	Otro (detallar)	
Sexo del agresor	Femenino		Masculino	Otro (explicar)	
Contacto actual con el agresor	Vive con el agresor	Contacto esporádico	No hay contacto	Otro (detallar)	
Develación	<i>Forma en que inicia la develación</i>				
	Premeditada y espontánea	Por eventos precipitantes	Por preguntas de adultos	Circunstancial/accidental	
				Sospecha / no revelada	
	<i>A quién se dirige la develación</i>				
	Figura adulta familiar (detallar)		Figura adulta extrafamiliar (detallar)	Par (a otro niño/a o adolescente). Detallar.	
	<i>Latencia entre AS y develación</i>				
	Inmediata			Tardía (detallar tiempo aprox)	

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

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

Anexo B.**Ficha de caracterización de caso (Trabajador social)**

Datos del niño/a	
Nombre	
Edad	

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

Adulto responsable (acompaña al niño/a)			
Nombre			
Relación con el niño	Madre	Padre	Otro (detallar)
Sexo	Femenino	Masculino	Otro (explicar)
Edad			
Nivel educacional	Enseñanza básica	Enseñanza media	Universitaria/técnica
	Completa		Incompleta (detallar)
Ocupación (detallar)			
Teléfono contacto			

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

Sesiones realizadas hasta el momento (en las que usted ha participado)	Cuántas han sido sesiones presenciales		Cuántas han sido sesiones no presenciales	
	Modalidad (señalar cuántas sesiones en cada modalidad)			
	Sesiones con el/la niño/a	Sesiones con la familia	Sesiones en dupla psicosocial	Sesiones solo trabajador/a social

Trabajador/a social			
Nombre			
Sexo	Femenino	Masculino	Otro (explicar)
Edad			
Años de experiencia profesional			
Años de experiencia Agresiones Sexuales Infantojuveniles (ASI)			
Formación posterior al título de Trabajador social	Si		No
	Diplomado	Magíster	Otro (detallar)
	Temática		
	Abuso sexual		Otro (detallar)
Enfoque de intervención	Sistémico/ecológico	Otro (detallar)	
Mail de contacto:			
Otras observaciones			

Anexo C.

Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ-Cas)

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

Nombre del niño/a

Varón/Mujer

Fecha de nacimiento.....

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

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

Firma

Fecha

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

Anexo D.**Escala Pediátrica de Problemas Emocionales (PEDS)**

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

Sexo del niño a ser evaluado: (M/F) __ Edad del niño: ____ años y ____ meses

	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
1. Se queja mucho.	1	2	3	4
2. Quiere cosas inmediatamente.	1	2	3	4
3. No quiere dormir solo (-a).	1	2	3	4
4. Le cuesta acostarse/ dormirse.	1	2	3	4
5. Tiene pesadillas.	1	2	3	4
6. Parece tener miedo sin razón.	1	2	3	4
7. Parece preocupado.	1	2	3	4
8. Llora sin razón.	1	2	3	4
9. Aparenta estar triste y retraído.	1	2	3	4
10. Se aferra a los adultos/ no quiere estar solo.	1	2	3	4
11. Parece hiperactivo.	1	2	3	4
12. Le dan rabietas (pataletas).	1	2	3	4
13. Se frustra fácilmente.	1	2	3	4

14.	Se queja de dolores.	1	2	3	4
15.	No actúa de acuerdo a lo esperado para su edad (i.e. moja la cama, habla como un bebé, se chupa el dedo).	1	2	3	4
16.	Parece asustarse fácilmente.	1	2	3	4
17.	Se comporta agresivamente.	1	2	3	4

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

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

Ahora le pedimos que responda unas breves preguntas respecto de la conducta de su hijo/a en el ámbito de la sexualidad. Responda respecto de lo observado EN EL ÚLTIMO MES.

		Nunca	Algunas veces	Con mucha frecuencia
1	Se masturba o toca sus genitales			
2	Toca los genitales u otras partes íntimas del cuerpo (pechos, glúteos, etc.) de otros (niños/as o adultos)			
3	Muestra curiosidad o preocupación por la sexualidad (habla o pregunta sobre ello, hace dibujos de genitales, etc.)			
4	Demuestra tener más conocimientos de sexualidad adulta que otros niños/as de su edad (utiliza lenguaje sexualizado, habla del acto sexual, etc.)			
5	Presenta conductas llamativas o inusuales en la esfera de la sexualidad (imita conductas de sexualidad adulta, busca ser tocado, obliga a otros o se esconde para realizar conductas sexuales, etc.)			

Anexo E.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido DURANTE ESTA ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA HOY. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, puede marcarla también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

A	F
0. No me siento triste 1. Me siento triste 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo 3. Ya no puedo soportar esta pena	0. No siento que esté siendo castigado/a 1. Me siento como si fuese a ser castigado/o 2. Siento que me están castigando o que me castigarán 3. Siento que merezco ser castigado/a
B	G
0. No me siento pesimista, ni creo que las cosas me vayan a salir mal 1. Me siento desanimado/a cuando pienso en el futuro 2. Creo que nunca me recuperaré de mis penas 3. Ya no espero nada bueno de la vida, esto no tiene remedio	0. No estoy decepcionado de mí mismo/a. 1. Estoy decepcionado de mí mismo/a. 2. Estoy muy descontento/a conmigo mismo/a 3. Me odio, me desprecio
C	H
0. No me considero fracasado/a 1. Creo que he tenido más fracasos que la mayoría de la gente 2. Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso 3. Me siento una persona totalmente fracasada	0. No creo ser peor que otras personas 1. Me critico mucho por mis debilidades y errores 2. Continualmente me culpo de todo lo que va mal 3. Siento que tengo muchos y muy graves defectos
D	I
0. Las cosas me satisfacen tanto como antes 1. No disfruto de las cosas tanto como antes 2. Ya nada me llena 3. Estoy hart/a de todo	0. No tengo pensamientos de hacerme daño 1. Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo 2. Siento que estaría mejor muerto/a o que mi familia estaría mejor si yo me muriera 3. Me mataría si pudiera
E	J
0. No me siento culpable 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones. 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones. 3. Todo el tiempo me siento una persona mala y despreciable	0. No lloro más de lo habitual 1. Ahora lloro más de lo normal 2. Ahora lloro continuamente, no puedo evitarlo 3. Antes podía llorar, ahora no lloro aunque quisiera

K	Q
0. No estoy más irritable que normalmente 1. Me irrito o enojo con más facilidad que antes 2. Me siento irritado/a todo el tiempo 3. Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba	0. No me canso más de lo normal 1. Me canso más fácilmente que antes 2. Cualquier cosa que hago me cansa 3. Estoy demasiado cansado/a para hacer nada
L	R
0. No he perdido el interés por los demás 1. Me intereso por la gente menos que antes 2. He perdido casi todo mi interés por los demás 3. Los demás no me importan en absoluto	0. Tengo el mismo apetito que siempre 1. No tengo tan buen apetito como antes 2. Ahora tengo mucho menos apetito 3. He perdido totalmente el apetito
M	S
0. Tomo mis decisiones como siempre 1. Estoy inseguro/a de mí mismo/a y evito tomar decisiones 2. Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda 3. Ya no puedo tomar decisiones en absoluto	0. No he perdido peso últimamente 1. He perdido más de 2 kilos 2. He perdido más de 5 kilos 3. He perdido más de 8 kilos Estoy bajo dieta para adelgazar: SI NO
N	T
0. No me siento con peor aspecto que antes 1. Me preocupa que ahora parezco más viejo/a o poco atractivo/a 2. Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo/a 3. Creo que tengo un aspecto horrible	0. No estoy más preocupado/a por mí estado de salud que lo habitual 1. Estoy preocupado/a por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago, o estreñimiento 2. Estoy preocupado/a por mi salud y me es difícil pensar en otra cosa 3. Estoy tan preocupado/a por mis problemas de salud que soy incapaz de pensar en otra cosa
O	U
0. Puedo trabajar tan bien como siempre 1. Tengo que hacer un esfuerzo especial para iniciar algo 2. Tengo que obligarme mucho para hacer algo 3. Soy incapaz de hacer algún trabajo	0. No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo 1. Estoy menos interesado/a en el sexo que antes 2. Actualmente me siento mucho menos interesado/a en el sexo 3. He perdido todo mi interés por el sexo
P	
0. Duermo tan bien como siempre 1. Me despierto más cansado/a por la mañana 2. Me estoy despertando una o dos horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a quedarme dormido/a 3. Me despierto varias horas más temprano todas las mañanas y no logro dormir más de 5 horas	

Anexo F.

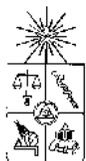
Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

Mientras iba creciendo...

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente
1. No tenía suficiente para comer					
2. Yo sabía que había alguien para cuidarme y protegerme					
3. Algunas personas de mi familia me decían cosas como “estúpido/a”, “flojo/a” o “feo/a”					
4. Mis padres estaban demasiado borrachos o drogados como para cuidar de la familia					
5. Había alguien en mi familia que me ayudaba a sentirme importante o especial					
6. Tenía que usar ropa sucia					
7. Me sentía amado/a					
8. Alguna vez pensé que mis padres desearon que yo jamás hubiese nacido					
9. Alguna o algunas personas de mi familia me pegaron tan fuerte que tuve que ver un doctor o ir al hospital					
10. No hubo nada que haya querido cambiar de mi familia					
11. Algunas personas de mi familia me pegaban/golpeaban tan fuerte que me dejaban marcas o moretones					
12. Era castigado con un cinturón, un palo, una cuerda o algún otro objeto duro					
13. Las personas en mi familia nos cuidábamos lo unos a los otros					
14. Algunas personas de mi familia me decían cosas hirientes o insultos					

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente
15. Yo creo que fui maltratado físicamente					
16. Tuve una infancia perfecta					
17. Fui tan fuertemente golpeado/a por alguien de mi familia que otras personas, como un profesor, un vecino o un médico, se dieron cuenta					
18. Yo sentía que alguien en mi familia me odiaba					
19. Las personas en mi familia se sentían cercanas entre ellas					
20. Alguien intentó tocarme en una forma sexual, o trató de que yo lo/la tocara					
21. Alguien me amenazó con hacerme daño o decir mentiras acerca de mí a menos que yo hiciera algo sexual con el o ella					
22. Yo tenía la mejor familia del mundo					
Alguien intentó que yo hiciera cosas sexuales o que viera cosas sexuales					
24. Alguien me acosaba /incomodaba					
25. Yo creo que fui maltratado emocionalmente					
26. Había alguien para llevarme al doctor si lo necesitaba					
27. Yo creo que fui sexualmente abusado/a					
28. Mi familia era una fuente de fuerza y apoyo					

Anexo G.



FACSO
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile




Departamento de Psicología

Santiago, ____ de _____ de 2020

CARTA INFORMATIVA DE AUTORIZACIÓN

Sr. Director/a
Institución
PRESENTE

Estimado/a:

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

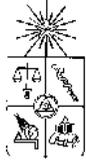
El proyecto se denomina "Proceso de cambio en niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales hacia un modelo comprensivo de la influencia de factores de los adultos responsables, las intervenciones y la relación terapéutica" y ha sido adjudicado en el concurso FONDECYT Regular N°1200627 año 2020, del cual soy Investigadora responsable. Es llevado a cabo por el Departamento de Psicología de la Universidad de Chile, en conjunto con la Pontificia Universidad Católica de Chile y el Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad.

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

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

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

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



FACSO
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile



Departamento de Psicología

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

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

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

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

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

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



FACSO
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile



Departamento de Psicología

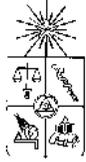
Toda la información recabada, incluyendo las grabaciones en audio y video, serán usada exclusivamente para los fines de esta investigación. Especial resguardo tendrá el uso de videos de las sesiones, los cuales serán exclusivamente utilizados para el análisis del equipo de investigación con resguardos de confidencialidad por parte del equipo de investigación y serán resguardados por la Investigadora responsable. De ser utilizados en presentaciones, se pixelará los rostros y las voces serán distorsionadas, para que no sea posible identificar a los participantes. Se resguardará estrictamente el anonimato y la confidencialidad de la información entregada por los participantes, la que será almacenada y resguardada por la investigadora responsable durante el tiempo que dure la investigación, bajo su cuidado y sin que nadie ajeno al equipo de investigación tenga acceso a los datos. Eso implica que ni sus nombres ni las grabaciones, así como ningún dato de identificación aparecerán en las publicaciones o presentaciones resultantes de este estudio. Las producciones gráficas realizadas por los niños/as, podrían ser utilizados en la difusión de los resultados de la presente investigación, también bajo resguardo del anonimato. Toda la información obtenida será identificada con códigos, por lo cual no se podrán reconocer los nombres de ninguno de los participantes. Transcurridos 5 años de finalizado el estudio todos los datos obtenidos serán destruidos, por medio de borrar los archivos de éstos de los medios en que hayan sido almacenados.

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

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

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

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



FACSO
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile



Departamento de Psicología

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

En caso de que su respuesta sea positiva, y con el fin de completar los datos de la investigación, le solicitamos que por favor firme el Formulario de Autorización que se adjunta. Se le entregará una copia idéntica de este mismo documento. Como institución pueden tomar la decisión de participar solamente en la fase cuantitativa de la investigación o en ambas, lo cual quedará consignado en el documento de firma de autorización.

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

Ps. Claudia Capella Sepúlveda, Dra. en Psicología

Académica Departamento de Psicología
UNIVERSIDAD DE CHILE



Departamento de Psicología

HOJA DE FIRMAS DE AUTORIZACIÓN

En base a lo presentado, yo _____, en mi calidad de representante de _____ la _____ Institución, autorizo a que el Departamento de Psicología de la Universidad de Chile realice la investigación titulada "Proceso de cambio en niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales: hacia un modelo comprensivo de la influencia de factores de los adultos responsables, las intervenciones y la relación terapéutica", bajo los términos aquí señalados, entendiéndolo que puedo rechazar mi contribución como Institución durante cualquier etapa de la investigación, sin perjuicio alguno para la Institución ni para sus miembros.

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

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

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

Firma Representante Institución

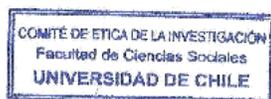
Firma Investigadora Responsable
Prof. Claudia Capella

Lugar y Fecha: _____

Correo electrónico para devolución de la información: _____

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

Anexo H.



Departamento de Psicología

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada/o padre, madre o Representante Legal:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Desde ya agradecemos su disposición.

Saluda atentamente,

Claudia Capella
Investigadora Responsable

CONSENTIMIENTO

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

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

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

Firma representante legal

Firma Entrevistador

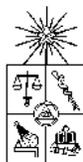
Firma Investigador Responsable
Prof. Claudia Capella

Lugar y Fecha: _____

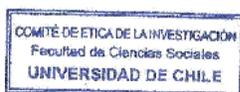
Correo electrónico para envío de resultados: _____

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

Anexo I.



FACSO
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile




Departamento de Psicología

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada/o profesional:

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

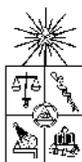
El estudio se denomina “Proceso de cambio psicoterapéutico en niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales: Hacia un modelo comprensivo de la influencia de factores de los adultos responsables, las intervenciones y la relación terapéutica” y tiene como objetivo caracterizar el proceso de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

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

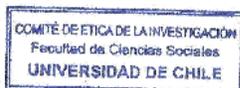
Para esto, requerimos de su colaboración como terapeuta de un niño/a que está siendo atendido en un centro especializado. Su participación implicaría completar breves cuestionarios y fichas de atención del proceso psicoterapéutico que está llevando a cabo con su paciente, los cuales serán de acuerdo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

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

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



FACSO
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile




Departamento de Psicología

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

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

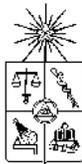
La información obtenida será usada exclusivamente para los fines de esta investigación, cuyos resultados serán publicados y/o presentados. Si accede a participar se resguardará estrictamente el anonimato y la absoluta confidencialidad de la información, la que será manejada exclusivamente por los investigadores.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

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

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

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

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



FACSO
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile




Departamento de Psicología

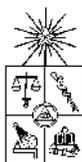
Finalmente quisiéramos señalarle que su consentimiento para la participación, será una contribución relevante a la formulación de lineamientos para la intervención de los niños/as que han sido víctimas, lo que puede contribuiría a entregarles un mejor apoyo.

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

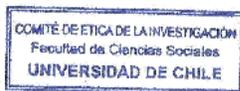
Desde ya agradecemos su disposición.

Saluda atentamente,

Claudia Capella
Investigadora Responsable



FACSO
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile



Ψ
Departamento de Psicología

CONSENTIMIENTO

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

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

Firma participante

Firma Entrevistador

Firma Investigadora Responsable
Prof. Claudia Capella

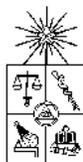
Lugar y Fecha: _____

Correo electrónico para envío de resultados: _____

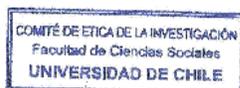
Este documento consta de 3 páginas y se firma en dos ejemplares, quedando uno para cada parte.

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

Anexo J.



FACSO
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile




Departamento de Psicología

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada/o profesional trabajador/a social:

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

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

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

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

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

Avenida Capitán Ignacio Carrera Pinto 1045 *Ñuñoa *Código Postal 685 033 1 *Santiago *Chile
Fono: 9787878 *Fax: 9787819 *email: dp1opsic@uchile.cl * Casilla 10.115 Correo Central
www.facso.uchile.cl/psicologia

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

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

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

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

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

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



FACSO
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile



Ψ
Departamento de Psicología

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

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

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

Desde ya agradecemos su disposición.

Saluda atentamente,

Claudia Capella
Investigadora Responsable

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



FACSO
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile




Departamento de Psicología

CONSENTIMIENTO

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

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

Firma participante

Firma Entrevistador

Firma Investigador Responsable
Prof. Claudia Capella

Lugar y Fecha: _____

Correo electrónico para envío de resultados: _____

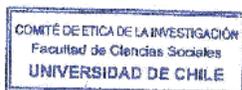
Este documento consta de 4 páginas y se firma en dos ejemplares, quedando uno para cada parte.

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

Anexo K.



FACSO
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile



Ψ
Departamento de Psicología

CONSENTIMIENTO COMPROMISO ÉTICO EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

Yo _____, RUT _____
en mi rol de _____ en el proyecto denominado "Proceso de cambio psicoterapéutico en niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales: Hacia un modelo comprensivo de la influencia de factores de los adultos responsables, las intervenciones y la relación terapéutica" que ha sido adjudicado en el proyecto Fondecyt Regular N°1200627 año 2020, por la Prof. Dra. Claudia Capella como investigadora responsable, me comprometo a respetar todos los resguardos éticos que mi labor implica.

Entiendo que la información que obtenga de mi trabajo en este estudio es confidencial y debo resguardar la privacidad de la información. Por lo tanto, me comprometo a cuidar el material que se obtenga del trabajo que realice dentro de la investigación, tales como cuestionarios, grabaciones (en audio y video), producciones gráficas, transcripciones y análisis. Dentro de esto:

- I. Me comprometo a no divulgar datos privados y confidenciales de los participantes del estudio, lo que implica especialmente resguardar los datos de identificación de éstos.
- II. Me comprometo a no reproducir, comentar ni utilizar las entrevistas, videos, cuestionarios, producciones gráficas y/o la información contenida en ellas en ninguna otra instancia.
- III. Me comprometo a no alterar, manipular ni lucrar con el material a mi cargo.
- IV. Me comprometo a borrar y eliminar el audio, video, el archivo transcrito u otros productos de la investigación de mi computador u otros medios en los cuales lo haya guardado, a los dos meses de ser entregado al equipo de investigación.
- V. Me comprometo a informar a la investigadora responsable del estudio si conozco al niño/a o a sus adultos responsables y a abstenerme de recolectar, transcribir o analizar dicho material.
- VI. Me comprometo a hacer entrega a la investigadora responsable del proyecto de todo el material producido a partir del trabajo en terreno (ej. audios, material gráfico, cuestionarios, videos, entre otros), entendiendo no son de mi propiedad, sino material del estudio, por lo cual no puedo hacer ningún uso de éste (ej. publicaciones, presentaciones, clases, etc.) sin su autorización y acorde a los requerimientos éticos del estudio.

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



FACSO
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile



Ψ
Departamento de Psicología

Si tengo alguna pregunta sé que puedo comunicarme con Claudia Capella, investigadora responsable del proyecto, al teléfono 29772410, Departamento de Psicología, Universidad de Chile, Ñuñoa, Santiago.

Sí, he leído y entiendo el compromiso solicitado y estoy de acuerdo con asumirlo y respetarlo.
Se me entregará una copia impresa idéntica de este mismo documento.

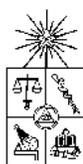
Firma miembro equipo de investigación

Firma Investigadora Responsable

Santiago, _____
Fecha

Este documento consta de 2 páginas y se firma en dos ejemplares, quedando uno para cada parte.

Anexo L.



FACSO
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile




Departamento de Psicología

PROTOCOLO DE ACCIÓN EN CASOS DE DESESTABILIZACIÓN Y/O SITUACIONES DE RIESGO PROYECTO FONDECYT 1200627

1. Tanto en la aplicación de instrumentos, como durante la realización de entrevistas y dibujos, o uso de videación de sesiones, ante la detección de posibles desestabilizaciones emocionales o situaciones de riesgo, el equipo está capacitado al respecto, y actuará acorde a las necesidades de los/as participantes. Así, de presentarse cualquier situación de desestabilización emocional en los/as participantes, los miembros del equipo podrán contenerlo(a) en ese momento.
2. En caso de que se observe una situación de desestabilización emocional y/o situación de riesgo durante la aplicación de instrumentos o realización de entrevistas, dicha situación se discutirá en el equipo de investigación, a cargo de la investigadora responsable.
3. Si se observa una desestabilización que requiera de un mayor abordaje posterior a la contención que se pueda brindar en el momento de la aplicación de instrumentos, entrevistas o dibujo, la investigadora responsable se contactará con los profesionales del Centro colaborador a cargo de la atención psicoterapéutica del niño/a y su adulto responsable, para poner en conocimiento dicha situación y resolver en conjunto las acciones necesarias. (Esto será informado en las cartas de consentimiento y asentimiento informado).
4. De observarse que dicha desestabilización ocurre en participantes que han finalizado su tratamiento en el Centro colaborador, se contactará al Centro con el fin de coordinar acciones a implementarse para resguardar el bienestar de los/las participantes, siendo una de las posibilidades que vuelvan a recibir atención en el programa en el cual se atendieron previamente.
5. De no poder proveerse el apoyo adicional necesario por parte del Centro, al niño/a y/o su adulto responsable, la investigadora responsable coordinará la realización de las sesiones de tratamiento necesarias, las cuales serán realizadas por un profesional del equipo de investigación, de manera gratuita para el participante, en el Centro de Atención Psicológica (CAPS) de la Universidad de Chile, en las dependencias de la Facultad de Ciencias Sociales.

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

Anexo M.



Nº 04-16/2020

INFORME DE EVALUACIÓN

I. IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

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

II. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO

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

1

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

III. EVALUACIÓN DE ASPECTOS ÉTICOS

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

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

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

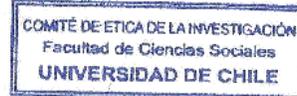
2



participantes.

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

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



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

Santiago, 5 de mayo de 2020.

3

Anexo N.



23-2020

Prof. Claudia Capella Sepúlveda
Departamento de Psicología
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile
Presente

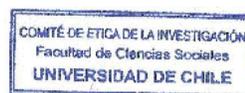
Estimada Prof. Capella,

Junto con saludar, con respecto a la solicitud que nos hace sobre la posibilidad de incluir: a) un protocolo online para la evaluación cuantitativa de todos los participantes; b) trabajadores/as sociales dentro de la muestra con sus respectivos consentimientos para la fase cuantitativa y cualitativa; c) los instrumentos "Pediatric Emotional Distress Scale (PEDS)" y "Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ)", y sobre la solicitud de modificar: a) el proceso y documento de consentimiento informado para la fase cuantitativa de todos los participantes; b) consentimiento informado fase cualitativa de todos los participantes; y c) actualizar el instrumento "Outcome Questionnaire (OQ-30.2)", del proyecto Fondecyt Regular N° 1200627, le informo que, dado que las inclusiones y modificaciones propuestas no revisten cambios en los objetivos ni nivel de riesgo del proyecto, el Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile acepta y aprueba las mismas.

Se adjuntan a esta carta nuevos consentimientos informados visados.

Le saluda cordialmente,

A handwritten signature in black ink that reads 'Uwe Kramp'.



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

20 de octubre de 2020

Anexo O.

Carta Gantt

Tesis de Magister: Estudio de la relación entre las experiencias adversas tempranas y la depresión en cuidadores de niños/as en tratamiento por abuso sexual, y la sintomatología clínica infantil																	
Actividad	2021										2022						
	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Proyecto de tesis																	
Definición del tema	█	█															
Revisión de estado del arte	█	█															
Revisión bibliográfica inicial	█	█	█	█													
Diseño de estructura metodológica		█	█	█													
Redacción borrador del proyecto		█	█	█													
Elaboración de informe del proyecto			█	█													
Presentación y defensa del proyecto de tesis				█													
Informe de tesis																	
Aplicación de cuestionarios				█	█	█	█	█	█	█	█	█	█				
Revisión bibliográfica post-hoc													█	█	█	█	
Análisis de datos estadísticos														█	█	█	
Redacción de informe final de tesis															█	█	
Correcciones finales																█	█
Defensa de tesis																	
Presentación y defensa de tesis																	█