



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

**ALIANZA TERAPÉUTICA INICIAL EN LA
PSICOTERAPIA INFANTIL: ¿CUÁNTO
INFLUYE EL
DIAGNÓSTICO, LA SINTOMATOLOGÍA
CLÍNICA Y EL SEXO DEL NIÑO/A EN LA
RELACIÓN CON SU TERAPEUTA?**

CARLA NICOLE HORTA JARA

Profesora guía: Marcia Paola Olhaberry Huber

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

Enero, 2020

Santiago, Chile



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

**ALIANZA TERAPÉUTICA INICIAL EN LA
PSICOTERAPIA INFANTIL: ¿CUÁNTO
INFLUYE EL
DIAGNÓSTICO, LA SINTOMATOLOGÍA
CLÍNICA Y EL SEXO DEL NIÑO/A EN LA
RELACIÓN CON SU TERAPEUTA?**

CARLA NICOLE HORTA JARA

Profesora guía: Marcia Paola Olhaberry Huber

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

DEDICATORIA: A mi mamá Miriam Jara y mi hermano Andrés Horta por su amor, por su esfuerzo constante y ser mi apoyo fundamental en la vida.

AGRADECIMIENTOS

A mi profesora guía, Marcia Olhberry, por su acompañamiento, comprensión y preocupación constante por el trabajo de mi tesis. Una persona de la cual he aprendido mucho desde una mirada acogedora y comprensiva, tanto en el que hacer clínico como en la investigación.

A Constanza García y Josefa Goic, por ser grandes compañeras y formar un equipo unido de trabajo, en el que la alianza, la contención y el apoyo mutuo fue la base de una linda amistad.

A mi comité de tesis, Catalina Alvarez y Lucía Nuñez, por su tiempo y disposición en la recolección de datos y en la importancia del cambio en psicoterapia desde una mirada subjetiva y comprensiva.

A mis amigas, en especial a Catalina, por ser un gran apoyo y por día a día rescatar que la perseverancia y la humildad pueden hacerte llegar muy lejos.

INDICE

Resumen.....	8
Introducción	10
Marco Teórico.....	14
1. Psicopatología en la población chilena: prevalencia de trastornos y sintomatología infanto-juvenil.....	14
2. Psicoterapia y tratamiento: la importancia de la psicoterapia.....	14
3. Cambio en psicoterapia.....	14
4. Indicadores de cambio en psicoterapia.....	15
4.1 Factores de cambio en la psicoterapia con niños y niñas.....	16
5. La alianza terapéutica.....	17
5.1 Alianza terapéutica en niños y niñas.....	18
5.2 Alianza terapéutica con terapeutas.....	19
6. Factores que inciden en la alianza terapéutica.....	20
6.1 Alianza terapéutica según sintomatología y diagnóstico.....	20
6.2 Alianza terapéutica según sexo infantil.....	21
Objetivos del estudio.....	22
1. Preguntas de investigación.....	22
2. Objetivo general.....	22
3. Objetivos específicos.....	22
Hipótesis.....	23
Métodos.....	24
1. Diseño.....	24
2. Participantes.....	24
3. Procedimiento.....	25
4. Instrumentos.....	25
5. Análisis de datos.....	28
Resultados.....	30
Discusión.....	37

Referencias.....	45
Anexos.....	52
Anexo 1: Carta de consentimiento informado cuidadores/padres.....	52
Anexo 2: Carta de consentimiento informado terapeutas.....	54
Anexo 3: Carta asentimiento informado niños/as.....	56
Anexo 4: TASC versión terapeutas.....	58
Anexo 5: TASC versión niños.....	60
Anexo 6: SDQ-cas versión para padres.....	62
Anexo 7: SDQ-cas versión para niños.....	63
Anexo 8: Ficha de caracterización de caso.....	64
Tablas.....	30
Tabla 1.....	30
Tabla 2.....	31
Tabla 3.....	31
Tabla 4.....	31
Tabla 5.....	32
Tabla 6.....	32
Tabla 7.....	33
Tabla 8.....	34
Tabla 9.....	35
Tabla 10.....	35

RESUMEN

La infancia es una de las etapas más importantes del desarrollo para efectuar intervenciones orientadas a tratar psicopatología y a prevenir problemas en el desarrollo y en la salud mental posterior. En Chile, el 27,8% de los niños/as que integran el grupo etario entre 4 y 11 años presentan trastornos mentales, mostrando una prevalencia mayor en comparación con el grupo entre 12 a 18 años, quienes en un 16,5%, presentan algún tipo de psicopatología (De la Barra, et al., 2009; Vicente, et al., 2012). Uno de los factores de cambio en psicoterapia asociados a resultados favorables es la alianza terapéutica, siendo extensamente estudiada en adultos y en menor medida en niños/as (Shirk & Karver, 2003). La alianza terapéutica está presente y es de alta relevancia tanto en la psicoterapia de niños/as como de adultos, ya que propicia la participación y la colaboración de los pacientes, constituyendo un mecanismo curativo en sí mismo. No obstante, en la psicoterapia infanto-juvenil el terapeuta tiene el desafío de sostener e integrar tanto la alianza con los niños/as como con sus adultos cuidadores, debiendo considerar los intercambios e intervenciones que realiza con ambos.

Los estudios en psicoterapia infantil y cambio reportan distintas variables que influyen en la calidad de la alianza entre los niños/as y sus terapeutas tales como el tipo de sintomatología, el diagnóstico infantil y el sexo. En cuanto a sintomatología y diagnósticos, las investigaciones muestran que los niños/as con diagnósticos en la línea externalizante suelen tener puntajes más bajos de alianza terapéutica que aquellos con diagnósticos en la línea internalizante. Referente al sexo infantil, las niñas suelen presentar diagnósticos en la línea internalizante y los niños diagnósticos en la línea externalizante, además adolescentes de sexo femenino suelen calificar puntajes de alianza terapéutica más altos con terapeutas mujeres en comparación a adolescentes de sexo masculino.

En base a lo señalado, el presente estudio buscó profundizar en la comprensión de la alianza terapéutica analizando el tipo de relación existente entre el diagnóstico, la sintomatología clínica, el sexo infantil y la alianza en diadas terapeuta-paciente. Se estudió una muestra compuesta por 19 terapeutas y 25 niños/as entre 6 y 11 años iniciando un proceso psicoterapéutico. Se evaluó la alianza desde la perspectiva de los terapeutas utilizando la escala Therapeutic Alliance Scale for Children, TASC versión niños y versión terapeuta (Shirk & Saiz, 1992), el diagnóstico y la sintomatología clínica del niño mediante el test "Strength and Difficulties Questionnaire, SDQ (Goodman, 1994). Los antecedentes sociodemográficos y el sexo infantil fueron consignados a partir de la ficha de

caracterización de cada caso. Se realizaron análisis descriptivos, correlacionales y de regresión con los datos obtenidos, para describir las variables, evaluar el tipo de asociación existente entre ellas y determinar en qué medida la sintomatología clínica, los diagnósticos y el sexo explican la calidad de la alianza entre terapeutas y niños/as.

Los resultados obtenidos mostraron tendencias en línea con antecedentes teóricos revisados. Las niñas mostraron una mayor calidad de alianza terapéutica que los niños, además hay una tendencia a presentar una alianza de menor calidad cuando hay presencia de síntomas en la línea externalizante. En cuanto al valor explicativo de las variables, la sintomatología clínica, el diagnóstico y el sexo infantil no actúan como predictores de la calidad de la alianza terapéutica. Cabe señalar que la alianza terapéutica reportada por los niños/as es mayor que la reportada por los terapeutas y se encuentran medidas altas de alianza terapéutica inicial.

El estudio mostró solo tendencias y no resultados estadísticamente significativos, por lo que las hipótesis planteadas no pudieron ser confirmadas, lo que podría explicarse por tamaño reducido de la muestra. Cabe señalar que no se pudo analizar la diferencia de la calidad de alianza terapéutica inicial entre los trastornos de ansiedad y conductuales, dado que los niños/as no tenían un diagnóstico definido al momento de la evaluación. Los hallazgos indican, con precaución, que la sintomatología, el diagnóstico y el sexo infantil inciden en la calidad de la alianza terapéutica inicial desde la perspectiva del niño/a y el terapeuta, lo que destaca la relevancia de considerar la alianza como un mecanismo curativo y de cambio transversal y fundamental en la psicoterapia infantil, desarrollándose independiente de la formación teórica o las técnicas empleadas por el profesional.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades asociadas a la salud mental son un problema de gran relevancia en la actualidad. De acuerdo a los datos más reciente entregados por el Ministerio de Salud (2017), la población chilena mantiene altas tasas de trastornos ansiosos, depresión, abuso y dependencia de sustancias, aumentado además las tasas de suicidio, y las licencias médicas por trastornos mentales. Según el último estudio de epidemiología y prevalencia en psicopatología en población Infanto-juvenil chilena, un 23,2 % de los años de vida perdidos por discapacidad o muerte (AVISA), están determinados por las condiciones neuropsiquiátricas, siendo los trastornos disruptivos, ansiosos y afectivos los más prevalentes, presentándose además comorbilidad en el 39,3% de los casos (De la Barra, Vicente, Saldivia & Melipillán, 2012).

Lo anterior genera la necesidad de desarrollar estudios que permitan profundizar en la comprensión de los tratamientos en salud mental, entre los que destaca la psicoterapia, dada su relación con la mejoría y efectividad (Lambert & Bergin, 1994) y los efectos duraderos, independiente de la edad del paciente (Weisz, Weiss y Klotz, 1987). Cabe destacar que a nivel nacional, se observan disparidades respecto al acceso a la atención, pues los adultos reciben más tratamiento que los niños (De la barra, 2009), encontrándose que la mayoría de los que presentan algún tipo de trastorno mental diagnosticado no ha recibido ningún tipo de atención (Vicente, Saldivia & Melipillán, 2012). Entre los factores asociados a esta disparidad, se menciona el nivel socioeconómico bajo, la falta de tratamiento de los trastornos mentales en alguno de los progenitores, el poco acceso, así como también el sexo femenino ha sido asociado a una mayor presencia de psicopatología y una menor atención, con mayor comorbilidad ansiosa y depresiva (De la Barra, Vicente, Saldivia & Melipillán, 2012).

Entre las estrategias propuestas en Chile para enfrentar las demandas de atención en salud mental, se definen planes de acción en los que se busca que la prevención, promoción y tratamiento reconozca a cada individuo como un experto de su propia vida, buscando la recuperación a partir del trabajo asociativo con ellos y sus familias (Plan Nacional de Salud Mental, 2017). En este escenario, la psicoterapia constituye una de las herramientas fundamentales para lograr cambios psicológicos significativos, que impliquen mejoras en las personas a lo largo del tiempo (Lambert y Bergin, 1994). En el contexto de la psicoterapia y el estudio de los factores de cambio, se han identificado factores comunes y factores específicos. Los factores comunes son aquellos compartidos que trascienden los

diferentes tipos de terapia y correlacionan en mayor medida con los resultados que los factores específicos, refiriendo estos últimos a las técnicas de una teoría determinada (Lambert & Barley, 2001; Weinberger, 2002).

Dada su asociación con el cambio terapéutico, los factores comunes que enfatizan elementos como la empatía, la calidez, la congruencia, la personalidad del terapeuta y la relación terapéutica cobran una mayor relevancia, y requieren de nuevas investigaciones para seguir enriqueciendo su comprensión (Lambert & Barley, 2001; Weinberger, 2002). En el contexto chileno, esto ha sido abordado en distintos estudios, destacando la importancia de factores comunes y genéricos de cambio, como la alianza terapéutica, la estructura de la situación terapéutica y el modo de entregar los contenidos (Valdés, et al., 2005; Krause, et al., 2006)

En niños y niñas se ha descrito que el cambio terapéutico requiere de la noción de cambio de sí mismo, donde es fundamental la relación con los otros niños y las terapeutas, en este sentido, la alianza terapéutica permite el despliegue de conductas novedosas tanto consigo mismos como en la relación con sus pares, lo que permite la transferencia de de estas experiencias a los espacios cotidianos (Alamo, 2019; Álvarez, 2017). De manera semejante, los padres que han estado en un proceso psicoterapéutico con sus hijos/as, mencionan que la alianza terapéutica es el componente más influyente en la terapia, lo que ayuda a tener la experiencia de ser entendido, comprendido y realizar un cambio en la terapia (Kenny, Hassett, Pae, 2017).

En este sentido, en la terapia infanto-juvenil el terapeuta debe realizar esfuerzos para mantener a los padres y niños en la terapia. El terapeuta ingresa a un triángulo primordial de relación ya conformado por el niño, el padre y la madre, para luego conformar un triángulo entre él, el niño/a y los padres. Los padres representan el mundo externo e interpersonal del niño/a en lo cotidiano, mientras que el niño/a representa el mundo interno y personal.. El terapeuta entonces debe desarrollar alianzas terapéuticas con el niño y sus padres, integrando la existencia de ambos mundos, interno y externo, para evitar sentimientos de rechazo en los padres y el posible sabotaje al proceso (Gvion y Bar, 2014).

La evidencia empírica muestra que los terapeutas suelen tener una peor percepción de la alianza terapéutica en comparación a los pacientes y sus padres (Accurso & Garland, 2015) y desarrollan alianzas de mejor calidad con niños menores de 12 años (Farshbaf, 2009). Adicionalmente, la alianza terapéutica suele correlacionar de manera significativa y positiva con mejoras sintomáticas en niños con

trastornos ansiosos (Klebanoff, 2015) y de manera negativa con niños con problemas externalizantes (Farshbaf, 2009). La literatura muestra que los terapeutas suelen ser más conscientes de los fracasos y están más atentos a los problemas que puedan llevar a quiebres en la alianza (Accurso y Garland, 2015). En cuanto a la evolución de la construcción de la relación entre el niño y el terapeuta, evoluciona de manera más lenta que con un adulto, (Shirk y Karver, 2003; Farshbaf, 2009), ya que el terapeuta debe continuamente mantener las distintas alianzas terapéuticas, considerar las percepciones respecto a lo que se considera un problema y también monitorear el avance de la terapia. Frente a esto, se requieren nuevas investigaciones que permitan enriquecer la comprensión de la alianza desde el inicio de la terapia, sus diferencias entre las percepciones infantiles, de los padres y los terapeutas y cómo se relaciona con los resultados terapéuticos (Accurso y Garland, 2015; Hawley & Weisz, 2005).

Se ha sostenido que la alianza terapéutica suele ser de menor calidad entre los terapeutas y los niños/as que presentan síntomas y diagnósticos en la línea externalizante que aquellos en la línea internalizante (Abrishami, 2009; Shirk y Karver, 2003; Digiuseppe, Linscott y Jilton, 1996), ya que presentan una mayor agresión abierta con problemas interpersonales, lo que impide formar relaciones con otros (Abrishami, 2009; Shirk y Karver, 2003). A los terapeutas les puede tomar más tiempo comprender los significados detrás del comportamiento, mientras que en la línea internalizante los terapeutas pueden generar acuerdos sobre las tareas y objetivos con los niños/as más fácilmente debido a su malestar emocional (Digiuseppe, Linscott y Jilton, 1996).

Respecto a la prevalencia de los diagnósticos según sexo a nivel internacional y nacional, las niñas suelen presentar, mantener y agravar sintomatología y diagnósticos en la línea internalizante, como el trastorno depresivo, mientras que los niños suelen mantener diagnósticos en la línea externalizante, como el trastorno de comportamiento disruptivo (De la Barra, et. al., 2012 Goodman, 2003; Ortuño et. al., 2014), mientras que en estudios con pacientes adolescentes las niñas tienden a mantener puntajes de alianza más altos que los niños con terapeutas mujeres (Wintersteen, Mensinger & Kenkel, 2005), y están más abiertas a las relaciones interpersonales (Gilligan, 1982).

Por lo anterior, es de gran relevancia desarrollar investigaciones adaptadas al contexto chileno que contemplen la alianza entre el terapeuta y los niños y niñas que asisten a sesión, dado los altos índices de gravedad en la población infantil y la necesidad de atención e intervenciones eficaces que contemplen a la alianza terapéutica desde la visión del niño y sus terapeutas. Esto permitirá al terapeuta observar las

diferencias según diagnóstico y sexo infantil en la alianza con el paciente, pudiendo prevenir posibles deserciones y mantener el tratamiento, dada la efectividad y los efectos duraderos y preventivos que puede generar. Además podrá tener una visión amplia de lo que realiza en el tratamiento, mediante la utilización de la escala TASC versión niño y terapeuta, dando cuenta de aspectos relacionales que no suelen ser discutidos y priorizados en un lenguaje que se adapte a sus propios actores.

MARCO TEÓRICO

1. Psicopatología en la población chilena: prevalencia de trastornos y sintomatología infanto-juvenil.

Desde los estudios actuales sobre salud mental en población infantil chilena, se observa que los trastornos mentales constituyen la principal carga de enfermedad, y se reporta en los niños entre 1 y 9 años, un 23,2 % de años de vida perdidos por discapacidad o muerte (AVISA) asociados a condiciones neuropsiquiátricas. A nivel nacional, el 27,8% de los niños/as que integran el grupo etario entre 4 y 11 años presentan trastornos mentales, mostrando una prevalencia mayor en comparación con el grupo entre 12 a 18 años, quienes en un 16.5%, presentan algún tipo de psicopatología (De la Barra, et al., 2009; Vicente, et al., 2012). La comorbilidad está presente en el 39.3% de los casos, siendo los diagnósticos en la línea internalizante los más frecuentes: trastornos afectivos y ansiosos, seguidos de trastornos en la línea externalizante: trastornos del comportamiento disruptivo, mostrando las niñas mayor comorbilidad que los niños (Vicente, et al., 2012). Cabe destacar que a nivel nacional, se observan disparidades respecto al acceso a la atención, pues los adultos reciben más tratamiento que los niños (De la barra, 2009), encontrándose que la mayoría de los que presentan algún tipo de trastorno mental diagnosticado no ha recibido ningún tipo de atención (Vicente, Saldivia & Melipillán, 2012). Entre los factores asociados a esta disparidad, se menciona el nivel socioeconómico bajo, la falta de tratamiento de los trastornos mentales en alguno de los progenitores, el poco acceso, así como también el sexo femenino ha sido asociado a una mayor presencia de psicopatología y una menor atención, con mayor comorbilidad ansiosa y depresiva (De la Barra, Vicente, Saldivia & Melipillán, 2012).

2. Psicoterapia y tratamiento: la importancia de la psicoterapia

Las investigaciones centradas en los cambios psicológicos significativos, han realizado esfuerzos por reunir, ante las problemáticas de salud mental, tratamientos eficaces que demuestren una mejora y cambio en las personas a lo largo del tiempo. En este sentido, Lambert y Bergin (1994), mediante la revisión de estudios meta-analíticos, dan cuenta de los principales logros de los tratamientos psicoterapéuticos, entre los cuales destacan que la psicoterapia es efectiva y superior en relación al no realizar tratamiento. Alrededor de un 80% de los pacientes bajo algún tipo de tratamiento psicoterapéutico manifiestan cambios psicológicos significativos, mientras que aquellos sometidos a un

efecto placebo mejoran entre el 30% y un 40%. En la misma línea, concluyen que existen factores específicos de cambio, como las técnicas utilizadas en la psicoterapia, y factores comunes de cambio, como la empatía, la calidez del terapeuta y la estructura de la situación terapéutica, los que trascienden técnicas y teorías específicas, y son reconocidos por la mayoría de las escuelas terapéuticas (Goldfried & Davila, 2005; Lambert & Bergin, 1994; Weinberger 2002).

3. Cambio en psicoterapia

A lo largo del tiempo se ha cuestionado la manera en que las personas conciben el cambio, dado que la eficacia y la efectividad en psicoterapia han sido evaluadas en términos de significancia estadística y práctica, es decir, en la evaluación centrada en los cambios sintomáticos entre el comienzo y término de la psicoterapia. Esta aproximación para identificar la mejoría presenta limitaciones, ya que no considera los cambios que para los pacientes y los terapeutas serían significativos desde su experiencia (Gómez y Roussos, 2012). Por una parte, la significancia estadística sólo manifiesta las diferencias entre un grupo que recibe un tratamiento y uno que no, observando si la diferencia es menor a un valor/nivel de significancia $p < 0,05$, lo que no considera las variaciones intra-sujeto dentro de los grupos y no garantizaría necesariamente el logro de avances valiosos desde la perspectiva clínica. Por otra parte, la significancia práctica, sólo mostraría el tamaño del efecto, pues refiere a la magnitud de la diferencia entre aquellos que recibieron el tratamiento de aquellos que no, lo que no permite establecer una relación directa e inmediata con la relevancia clínica de los resultados. En este sentido, es posible que pueda existir un gran tamaño del efecto de los resultados de la psicoterapia, pero estos podrían no ser significativos desde la valoración clínica (Gómez y Roussos, 2012).

4. Indicadores de cambio en psicoterapia

En la investigación en psicoterapia se ha profundizado en factores que comprenden el resultado y cambio significativo en psicoterapia, llamados factores de cambio terapéutico. En este sentido, como ya se ha mencionado, se han estudiado factores específicos y comunes, los cuales se han considerado cada vez más al momento de evaluar la efectividad de una terapia y se han observado en la terapia con adultos, niños y padres (Alamo, 2019; Alvarez, 2017; Goldfried & Davila, 2005; Kenny, et al. 2017; Krause, et al., 2006; Valdés, et al., 2005 Weinberger 2002). En Chile Valdés, Krause y colaboradores

(2005), identificaron factores transversales observables en la psicoterapia, siendo los más frecuentes: la aceptación de la existencia de un problema y de los propios límites, el reconocimiento de la necesidad de ayuda, la expresión de esperanza y la necesidad de cambio, el descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo, y el establecimiento de nuevas relaciones. Siendo la alianza terapéutica destacada como fundamental en el trabajo terapéutico para lograr la armonía afectiva y un entendimiento mutuo entre terapeuta y paciente.

Siguiendo la misma línea de investigación en pacientes adultos, Valdés, et. al., (2005) plantea un modelo de cambio desde diferentes líneas terapéuticas, es decir, cambios comunes que acontecen independiente de las diferentes escuelas y modalidades terapéuticas, a los cuales llama cambios genéricos en psicoterapia, los cuales se dan gracias a la alianza terapéutica, en actos referidos al compromiso y la comprensión del terapeuta, independiente de la formación profesional y los años de experiencia, lo que permite al paciente generar una narrativa en torno al problema y a observar la participación de sí mismo en la terapia.

4.1 Factores de cambio en la psicoterapia con niños y niñas

Desde la terapia con niños, Álvarez (2017), estudió la comprensión del cambio en psicoterapia desde la propia percepción de niños y niñas en edad escolar que han participado de una psicoterapia grupal. Tuvo como objetivo la comprensión del cambio en psicoterapia desde las narrativas de los niños y niñas que participaron en un proceso de terapia grupal. Como principales mecanismos de cambio se mencionan: el descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismos, la manifestación de un comportamiento nuevo, la transformación de valores y emociones de sí mismos y los otros. Los niños y niñas lo asociaban a la manifestación de emociones y conductas novedosas en relación a sí mismos y en las relaciones con pares, llevando estos cambios tanto dentro, como fuera del grupo, pudiendo enfrentarse a sus problemas con un mayor control.

En la misma línea Alamo (2019), realiza un estudio que utiliza el modelo genérico de cambio de Krause, et. al (2006) en la psicoterapia de niños/as, observando cambios de manera interrelacionada a nivel identitario, afectivo, comportamental y relacional, expuestos tanto por los/las terapeutas, los padres y los propios niños. Se observó entre los factores de cambio una visión más positiva de sí mismos, el reconocimiento y contacto con las propias emociones, cambios en la vivencia y expresión de la

emociones y una disminución en la sintomatología, lo que se acompaña de una mayor regulación de los impulsos y una mejor relación con los pares, al sentir mayor seguridad en las relaciones sociales. En los padres se observó, una mayor conciencia sobre el rol que ejercen y sus propias historias, sentimientos de mayor tranquilidad y validación en la relación y comprensión en relación a la propia incidencia en el problema de sus hijos/as.

5. La alianza terapéutica

Diferentes corrientes teóricas han tratado el tema de la alianza terapéutica, llevando a diferencias en las definiciones o conceptualizaciones. Se menciona como la clave para el proceso de cambio entre la persona que lo busca y la que actúa como agente, trasciende las técnicas y corrientes específicas de la psicoterapia (Bordin, 1979; Karver, et al., 2006; Kazdin, Whitley & Marciano, 2006), y consta de tres elementos principales: la naturaleza colaborativa de la relación terapeuta-paciente, la existencia de una conexión afectiva entre ambos, y la habilidad para acordar objetivos y tareas durante el tratamiento (Martin, et. al., 2000). Además es considerada como el aspecto más estudiado, dada su trascendencia a los diferentes tipos de terapia y su relevancia en el proceso terapéutico, convirtiéndola en uno de los factores de pronóstico más sólidos de los resultados del tratamiento tanto para pacientes adultos como para jóvenes (Bordin, 1979; Kazdin, et. al., 2006; Karver, et al., 2006). Asimismo, la calidad de la alianza terapéutica se relaciona con los resultados y el cambio dentro del proceso de terapia (Martin, Garske y Davis, 2000), y se ha observado como un mecanismo curativo en sí mismo en la psicoterapia (Bordin, 1979; Horvath & Luborsky, 1993). En este sentido, una buena alianza terapéutica se asocia a una mayor motivación del paciente a trabajar sus conflictos, mejores resultados y cambios terapéuticos (Hawley & Weisz, 2005; Horvath & Symonds, 1991; Karver, et al., 2006; Krause et al., 2006; Martin, Garske & Davis, 2000).

La alianza puede ayudar al paciente a expresarse de manera segura, al superar rupturas y conflictos que se presenten en la alianza con su terapeuta, ya que la reparación de la relación, y la tolerancia del terapeuta, muestran al paciente que las necesidades de dependencia se pueden expresar y el terapeuta puede sobrevivir a su agresión (Christian, Safran & Muran, 2012). En la relación el terapeuta puede observar las interacciones y puede generar intervenciones al comenzar a actuar de manera diferente y mostrarle una nueva forma de estar con otro (Christian, Safran & Muran, 2012).

Respecto al momento en que se mide la alianza, los resultados son mixtos, ya que por lo general suele ser medida al comienzo del tratamiento en una sola sesión (Johnson y Caldwell, 2011), o en momentos y variables discretas (Bhati, 2014), sin un enfoque en el crecimiento o en el proceso de la alianza a medida que avanza el tratamiento. Horvath & Luborsky (1993), plantean mediante la revisión de múltiples artículos y revisiones, que la alianza terapéutica suele estar dividida en dos fases. La primera fase, llamada el desarrollo inicial de la alianza, se desarrolla durante las cinco primeras sesiones. En estas se establecerían niveles satisfactorios de colaboración y confianza, pues el paciente se muestra como un participante activo del viaje terapéutico, se discuten consensos sobre aquello que se quiere lograr y desarrollar en la terapia. La segunda fase es definida como la parte crítica de la terapia, puesto que el terapeuta comienza a desafiar los antiguos patrones neuróticos del paciente para que este pueda experimentar las intervenciones más potentes y activas del terapeuta como una reducción de la simpatía y el apoyo. Los autores sostienen evidencia sobre la existencia de la primera fase de la alianza y pueden plantear que el fracaso en el desarrollo de la alianza inicial puede tener un impacto perjudicial en el resultado y puede interrumpir el proceso de terapia.

5.1 Alianza terapéutica en niños y niñas

La investigación de alianza terapéutica en psicoterapia infantil ha sido poco estudiada, en comparación a la psicoterapia en adultos (Hawley & Weisz, 2005; Shirk & Karver, 2003), una de las explicaciones a esto es que los niños rara vez son los que consultan de manera espontánea y piden el tratamiento, por lo que pueden carecer de información crítica de su propia condición clínica, a través de la falta de experiencia o de una variedad de otras variables del desarrollo, como problemas relacionados con el cuidador principal, y la dificultad para establecer alianza con los niños más jóvenes (Clark, 2013).

La relación terapéutica tiene un rol crítico en el tratamiento infantil, siendo destacada en las terapias experienciales y psicodinámicas como un mecanismo curativo en sí mismo en el tratamiento con niños (Shirk y Karver, 2003). Pero cabe considerar que hay elementos que interfieren en su formación; a veces los niños no reconocen un síntoma o comportamiento como problema, mientras que sus cuidadores sí y frecuentemente están en desacuerdo con sus padres sobre los objetivos de terapia, entrando en un conflicto con ellos o mostrándose resistentes al cambio (Karver, Handelsman, Fields y Bickman, 2006).

Tomando en cuenta lo anterior, muchas veces la formación de la alianza en psicoterapia infantil puede ser un desafío, siendo poco probable que los niños/as tengan una idea clara del proceso antes de la primera sesión. Se requieren en este sentido terapias que consideren que es posible que los niños no estén motivados para el tratamiento y que requieran que los terapeutas potencien las percepciones y actitudes hacia el cambio, considerando las limitaciones cognitivas en su percepción o comprensión (Digiuseppe, Linscott y Jilton, 1996).

5.2 Alianza terapéutica con terapeutas

Los niños y niñas suelen ser traídos a terapia por un tercero, por lo que los terapeutas deben sostener: a) la atención al desarrollo de múltiples alianzas b) la posibilidad de divergencias de objetivos entre los participantes c) la atención a la alianza a lo largo del tratamiento (Shirk, et. al., 2011). En este contexto, la asociación alianza-resultado varía según las diferentes fuentes implicadas en el tratamiento (McLeod, 2011), por lo que a diferencia de los del tratamiento con adultos, los terapeutas infanto-juveniles se enfrentan a establecer y mantener una alianza con los niños o jóvenes y sus padres (Shirk & Karver, 2011), lo que a veces puede traer confusiones y complicaciones en la alianza con los niños que asisten a sesión (Gvion & Bar, 2014). En este sentido, en la terapia infanto-juvenil el terapeuta debe realizar esfuerzos para mantener a los padres y niños en la terapia. El terapeuta ingresa a un triángulo primordial de relación ya conformado por el niño, el padre y la madre, para luego conformar un triángulo entre él, el niño/a y los padres (Gvion y Bar, 2014). Los padres representan el mundo externo e interpersonal del niño/a en lo cotidiano, más allá de la terapia, mientras que el niño/a representa expone al terapeuta el mundo interno y personal, sus síntomas y temores. El terapeuta debe integrar la existencia de ambos mundos, interno y externo, para evitar sentimientos de rechazo en los padres y el posible sabotaje al proceso (Gvion y Bar, 2014). Seguidamente, la percepción que el terapeuta tenga sobre la alianza se relaciona con las mejoras en el tratamiento, ya que la percepción de una alianza terapéutica positiva se ha asociado con mejores resultados en la terapia (Marcus, et.al., 2011), sin embargo se han encontrado diferencias significativas en la puntuación de niños y terapeutas, ya que los niños informan una alianza significativamente más alta que los terapeutas en el tratamiento (Zandberg, Skriner, Chu, 2015). Los terapeutas tienden a informar una alianza terapéutica más débil que los clientes (niños y cuidadores), y están más consientes de el deterioro de la relación en la terapia (Accurso y Garland, 2015).

En lo que concierne a la edad, los terapeutas tienden a una buena alianza con niños de 6 a 11 años, y puntúan una alianza fuerte con niños de este grupo etario en comparación a otros rangos de edad (Campbell & Simmons, 2011). Lo que se mantiene al medir la alianza terapéutica en diferentes ocasiones: 3 semanas, 2 meses, 4 meses y 6 meses, ya que los resultados logran una significancia estadística a los 6 meses al calificar su relación con jóvenes menores de 12 años más favorable que con los jóvenes mayores de 13 años (Abrishami, 2009).

6. Factores que inciden en la alianza terapéutica

6.1 Alianza terapéutica según sintomatología y diagnóstico

Respecto a las medidas de alianza según la sintomatología, se observa que los jóvenes y niños que fueron clasificados con un diagnóstico previo en la línea externalizante, tales como el trastorno de déficit atencional con hiperactividad y el trastorno oposicionista desafiante, tiene puntajes bajos de alianza terapéutica en comparación a aquellos clasificados en diagnósticos en la línea internalizante, tales como el trastorno depresivo, el trastorno ansioso y el trastorno de estrés post traumático (Abrishami, 2009; Shirk y Karver, 2003). Esto se podría sostener en que los jóvenes con problemas en la línea internalizante pueden estar más abiertos al contacto y tener una mayor motivación a reducir su angustia interna, mientras que aquellos con problemas en la línea externalizante, presentan una mayor agresión abierta con problemas interpersonales, lo que impide formar relaciones con otros. De ese modo la formación de la relación del niño y el terapeuta evoluciona de manera más lenta en comparación a los adultos (Shirk y Karver, 2003).

En este sentido, se ha postulado que a los terapeutas les puede tomar más tiempo comprender los significados detrás del comportamiento en la línea externalizante, lo que a su vez provoca en los pacientes un sentimiento de incomprensión y falta de apoyo inmediato en el tratamiento, afectando de manera directa en los resultados de la terapia (Abrishami, 2009, Shirk y Karver, 2003). Una de las explicaciones es que los pacientes con trastornos en la línea internalizante pueden establecer acuerdos sobre las tareas y objetivos con sus terapeutas más fácilmente debido a su malestar emocional y suelen tener menos problemas con las figuras de autoridad (Digiuseppe, Linscott, Jilton, 1996).

A esto se suma, que en la investigación con adolescentes con problemas de conducta, se ha observado un alto conflicto familiar al iniciar la terapia, lo que lleva a que se generen coaliciones con el terapeuta

en sesión. Lo que resulta confuso para el terapeuta, pues los padres expresan negatividad hacia el adolescente y sus problemas de conducta o lo dirigen contra el terapeuta por sus esfuerzos para promover cambios en ellos (Robbins, et al., 2003).

6.2 Alianza terapéutica según sexo infantil

Respecto al sexo del paciente, se han observado diferencias en el establecimiento de la alianza con el terapeuta. Se ha encontrado que desde la perspectiva del paciente en la adolescencia, hay una coincidencia de género con el terapeuta, ya que coincidir con el sexo del terapeuta produce una mayor facilidad para el desarrollo de una alianza positiva, incluso los pacientes tenían mayor probabilidad de completar dos tercios del tratamiento. Además se observó que las niñas tendían a calificar una alianza alta con las terapeutas mujeres, en comparación a los varones que tendían a calificar una alianza considerablemente más baja con las terapeutas mujeres y tenían mayor probabilidad de abandonar el tratamiento (Wintersteen, Mensinger & Kenkel, 2005).

En lo que concierne al sexo según los diagnósticos, desde estudios internacionales, se observa que las mujeres suelen presentar mayores síntomas en problemas emocionales y conducta prosocial que los hombres, ya que estos suelen tener mayores puntuaciones en problemas de conducta, hiperactividad y/o problemas de relación (Goodman, 2003; Ortuño et. al., 2014; Ortuño, et. al., 2016). Además, los problemas de naturaleza externalizante aumentarían en los niños durante la adolescencia y los problemas internalizantes y la conducta prosocial aumentaría en las niñas en la adolescencia (Ortuño, et. al., 2016).

A nivel nacional, el sexo femenino ha sido asociado a una mayor presencia de psicopatología y una menor atención, con mayor comorbilidad ansiosa y depresiva, en comparación al sexo masculino (De la Barra, Vicente, Saldivia & Melipillán, 2012). En la misma línea al evaluar las dificultades y fortalezas de los niños/as, los niños tienen una tendencia mayor a puntajes en problemas externalizantes y un menor nivel de conducta prosocial (Rivera, 2013). En esta línea se ha observado desde la perspectiva de los pacientes, que en la adolescencia las niñas, a diferencia de los niños, dan mayor importancia a las relaciones establecidas a nivel interpersonal (Gilligan, 1982), lo que da un potencial más atractivo de vinculación en la terapia (Wintersteen, Mensinger & Kenkel, 2005).

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1. Preguntas de investigación

¿Qué asociación existe entre el diagnóstico, la sintomatología clínica, el sexo infantil y la alianza terapéutica inicial que el niño establece con su terapeuta? ¿Existen diferencias en estas variables entre niñas y niños? ¿En qué medida el diagnóstico, la sintomatología clínica y el sexo infantil explican la alianza terapéutica inicial que el niño establece con su terapeuta?

2. Objetivo general

Determinar el tipo de relación existente entre el diagnóstico, la sintomatología clínica y la alianza terapéutica inicial en diadas terapeuta-paciente entre 6 y 11 años, evaluando semejanzas y diferencias entre niños y niñas.

3. Objetivos específicos

1. Describir y analizar la alianza terapéutica inicial diferenciando según sexo infantil
2. Evaluar la asociación entre el diagnóstico, la sintomatología clínica y la alianza terapéutica inicial
3. Comparar la calidad de la alianza inicial, los diagnósticos y la sintomatología clínica en niños y niñas.
4. Determinar en qué medida los diagnósticos, la sintomatología clínica y el sexo infantil explican la calidad de la alianza terapéutica inicial.

HIPÓTESIS

1. Se espera que las niñas tengan una alianza terapéutica inicial de mejor calidad con su terapeuta que los niños, desde lo reportado por los niños/as y terapeutas.
2. Se espera que los niños/as que presenten síntomas en la línea externalizante muestren una alianza terapéutica inicial de menor calidad con su terapeuta que los niños/as con síntomas en la línea internalizantes, desde lo reportado por los niños/as y terapeutas.
3. Se espera que los niños con diagnósticos asociados a trastornos de ansiedad, muestren una alianza terapéutica inicial de mayor calidad que los niños con diagnósticos asociados a trastornos conductuales.
4. Se espera que los diagnósticos, la sintomatología clínica y el sexo infantil expliquen de manera significativa la calidad de la alianza terapéutica inicial entre el terapeuta y el niño/ la niña, desde la perspectiva del terapeuta.

MÉTODOS

1. Diseño

La presente investigación corresponde a un diseño cuantitativo, no experimental y transversal, debido a que se realizará una sola medición en el tiempo.

En primera instancia, se describen y caracterizan las variables alianza terapéutica desde la percepción de los terapeutas, alianza terapéutica desde la percepción de los niños, sintomatología clínica y diagnóstico psicológico de los niños. Posteriormente, se correlacionan las variables en su totalidad, luego se comparan las variables entre niños y niñas, para finalmente realizar un análisis de regresión para determinar el valor explicativo del diagnóstico, la sintomatología clínica y el sexo infantil para la alianza terapéutica.

Los datos fueron recolectados por la tesista junto a un equipo de investigación y serán utilizados también para la tesis doctoral “Relaciones terapéuticas y procesos de cambio en psicoterapia con niños/as: integrando las experiencias subjetivas de los niños/as, padres y terapeutas” (Núñez, 2019).

2. Participantes

La muestra estuvo compuesta por 19 terapeutas y 25 niños entre 6 a 11 años que asistían a psicoterapia en el Centro Médico San Joaquín UC y en el Centro de Psicología aplicada, Universidad de Chile.

Los criterios de inclusión definidos para los participantes de esta investigación fueron: 1) la asistencia a terapia psicológica con algún cuidador o padre responsable del niño, 2) tener entre 6 a 11 años de edad, 3) tener dominio de lecto-escritura y 4) haber asistido a una sesión con su terapeuta en cualquiera de los centros de atención mencionados. Como criterios de exclusión se estableció la presencia de alguna patología física grave y/o psiquiátrica diagnosticada (Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos) en los niños.

Los padres y niños/as participaron voluntariamente y ambos firmaron una carta de consentimiento y asentimiento informado antes de realizar la evaluación. El uso de los datos, su resguardo y manejo de la confidencialidad se ajusta a las exigencias establecidas por los protocolos de los comités de ética de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Se enfatizó que la participación en la investigación era voluntaria y que los participantes podían abandonarla cuando lo desearan, sin que eso afectara la atención psicológica recibida por los niños/as. Al momento de realizar las entrevistas se explicó

también a los participantes sobre el derecho a no responder a alguna pregunta si así lo deseaban, teniendo especial cuidado en no abordar temáticas complejas que pudieran surgir en la aplicación y monitoreando cualquier reacción emocional que muestre incomodidad en el niño o que interfiriera con su proceso terapéutico.

3. Procedimiento

La selección y evaluación de la muestra fue realizada por la tesista junto al equipo de investigación compuesto por psicólogas clínicas infanto-juveniles, durante el año 2019 y enero del 2020. Inicialmente se realizó el contacto con las psicólogas que atienden niños entre 6 a 11 años, en los centros de atención expuestos, para consultar sobre su interés en participar en la investigación. Posteriormente aquellas que aceptaron participar invitaron a sus pacientes y a los cuidadores o padres que asistían con ellos a la terapia a participar del estudio luego de la primera sesión.

Un miembro del equipo de investigación explicó a los padres en qué consistía el estudio, haciendo entrega del consentimiento y asentimiento a ellos, a los terapeutas y a los niños para su lectura y posteriormente firma a quienes aceptaron continuar. A continuación, el integrante del equipo de investigación completó la ficha de ingreso preguntando datos relevantes del paciente, el adulto responsable y el terapeuta.

Se le entregó al terapeuta y a los cuidadores y padres las escalas TASC-T, y TASC-P respectivamente para ser respondidas de manera individual. En paralelo, el/la niño/a respondía el TASC versión niños/as y el SDQ-cas con una psicóloga del equipo de investigación, con la función de apoyar la comprensión de los enunciados.

4. Instrumentos

Therapeutic Alliance Scale for Children and Therapist Versions (TASC) (Shirk & Saiz, 1992):

Es una escala de autoreporte que se aplica al momento actual del niño o niña en las sesiones de psicoterapia. Mide dos aspectos de la alianza terapéutica con los niños: : el vínculo entre el niño y el terapeuta, y el nivel de colaboración de la tarea (Shirk, Karver & Brown, 2011). Fue desarrollada por Shirk y Saiz (1992), en un esfuerzo por evaluar la experiencia de los niños en la relación terapéutica, guiada por la definición de Bordin (1994) sobre alianza terapéutica como vínculo afectivo,

colaboración entre tareas y acuerdo de metas. Consta de 12 ítems con respuestas en escala likert de 4 categorías, donde 1 representa "nada", 2 "poco", 3 "bastante" y 4 "mucho". En estudios anteriores, el TASC-T, versión terapeuta, permite tener conciencia de la alianza, la relación con el paciente y los avances en la terapia (Creed & Kendall, 2005; Accurso, Garland, 2015). En este estudio, se utilizó una versión del TASC-C, versión de niño y TASC-T, versión de terapeuta, las que fueron traducidas por el equipo de investigación, el cual realizó los siguientes pasos: (a) Traducción de las versiones originales del inglés al español, por una traductora bilingüe, (b) re-traducción del instrumento al inglés por parte de una investigadora externa al proyecto, (c) confección de una versión piloto incorporando los detalles del proceso de traducción y re-traducción, (d) evaluación de la versión piloto por parte de un equipo de cuatro jueces expertos en psicoterapia infantil, (e) integración de las observaciones de los jueces expertos, (f) entrevistas cognitivas de ambas versiones del TASC-P, es decir versión terapeuta y versión cuidadores/padres, (g) integración de las observaciones generadas a partir de las entrevistas cognitivas y elaboración de las versiones finales adaptadas para Chile. En cuanto a la confiabilidad del instrumento, en el presente estudio se obtuvieron los siguientes valores de alpha de cronbach: 0,79 para TASC-T y 0,68 para TASC-C, considerados como buenos al compararlos con estudios internacionales, ya que revisiones sistemáticas indican valores altos, observando un alpha de cronbach de 0,97 en TASC-T y 0,94 en TASC-C, considerados excelentes (Ribeiro, et. al., 2019)

Respecto al puntaje de ambas escalas, no hay normas del instrumento, ni puntos de corte establecidos, desde lo buscado en la literatura. El puntaje total del TASC-C y TASC-T era 48 puntos, lo cual se tomó como un continuo y no se estableció un puntaje de corte, por lo que los puntajes más cercanos a 48 puntos eran considerados como una alianza terapéutica más fuerte en comparación a aquellos que estaban más lejanos.

Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ-cas) (Goodman, 1994):

Es una escala de autoreporte creada por Goodman (1994), realizando un esfuerzo por considerar las conductas, emociones y relaciones de los niños y adolescentes de 4 a 16 años. Se utiliza como herramienta de screening en centros asistenciales educativos y en investigación (Ortuño, et al., 2016), destacando por su brevedad, exhaustividad y facilidad de aplicación (Brown, Capella y Antivilo, 2012). Posee tres versiones: para padres, profesores y niños entre 11 a 16 años. Ha sido traducido a más de 70 idiomas (Rodríguez-Hernandez, et.al, 2014), y presenta una alta validez discriminante en los valores de

sensibilidad (0,96) y especificidad (0,95) (Fajardo, León, Felipe, Ribeiro, 2012), y un adecuado nivel de confiabilidad, con un alpha de cronbach de 0,73 (Caqueo-Urriar, Urzúa, Ferrer, Zúñiga, Palma, Escudero, 2014). Para este estudio, se utilizó la versión argentina de padres y niños, ya que es la que más se ajusta al contexto chileno (Brown, 2012). Consta de 25 ítems que corresponden a cinco de las siguientes escalas: Hiperactividad - inatención, Problemas conductuales, Problemas emocionales, Problemas con pares, Conducta prosocial. Se puntúan en una escala likert de 3 categorías, donde 0 es "no es cierto", 1 "es cierto", 2 "absolutamente cierto", a excepción de los ítems que forman parte de la escala de conducta prosocial, ya que es considerada una fortaleza, y por ende no se suma al puntaje total que demuestra un problema (Goodman, 1997). Los puntajes de las escalas se agrupan en problemas externalizantes, correspondientes a las escalas de problemas conductuales e hiperactividad; en problemas internalizantes correspondientes a las escalas problemas con pares y problemas emocionales, mientras que la conducta pro social se mantiene aparte como la escala cinco (Sanchez, 2017), lo que hace una diferencia con otras escalas, ya que considera un aspecto positivo del paciente. La escala tiene un recorrido potencial de 0 a 50, significando el puntaje más bajo en la escala, la ausencia de problemas, y el puntaje más alto, presencia significativa de problemas. La clasificación de los puntajes se basa en la prevalencia reportada por Vicente, et. al. (2012) en la provincia de Santiago de Chile y frente a los objetivos del estudio, no considera el puntaje de la escala de conducta prosocial.

Los puntajes pueden clasificarse en "normal", es decir, ausencia de psicopatología, cuando se obtiene 0 a 6 puntos en los problemas externalizantes y 0 a 4 puntos en los problemas internalizantes y 0 a 11 puntos en la escala total de dificultades. "Límite", donde no es posible pesquisar con el instrumento la presencia o ausencia de psicopatología, sugiriendo una evaluación posterior que permita determinarlo de mejor manera. Presentándose 7 a 9 puntos en los problemas externalizantes, 5 a 6 puntos en problemas internalizantes y 12 a 16 puntos en la escala total de dificultades. En última instancia, la clasificación "anormal" que implica presencia de psicopatología cuando se presentan 10 a 20 puntos en los problemas externalizantes, 7 a 20 puntos en problemas internalizantes y 17 a 40 puntos en la escala total de dificultades (Brown, 2012; Rivera, 2013). De esta manera se utilizará para evaluar el tipo de sintomatología y diagnóstico en la línea internalizante y externalizante. En cuanto a la confiabilidad del instrumento, en el presente estudio se realizó un análisis de fiabilidad por subescalas con la escala total, y se obtuvo un valor de alpha de cronbach de, 0,72 , considerada como buena para su uso.

Ficha de ingreso: Es una ficha de caracterización de cada caso, que permitió obtener datos sociodemográficos del paciente, de sus cuidadores y del terapeuta. Considera datos como edad, sexo, curso/colegio, fecha de ingreso, motivo de consulta, diagnóstico, relación con el niño, años de experiencia clínica, entre otros.

5. Análisis de datos

Se utilizó el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 25). Se realizaron análisis descriptivos de las variables a estudiar, reportando promedios y desviaciones estándar. Posteriormente se realizaron análisis de pruebas t para el análisis descriptivo y comparativo de la alianza terapéutica según la diferencia de sexo infantil, luego se efectuaron correlacionales y regresiones lineales múltiples para determinar el tipo de relación existente entre los síntomas y el diagnóstico con la calidad de la alianza terapéutica. Seguidamente, se realizó un análisis de regresión múltiple para determinar si el diagnóstico y la sintomatología clínica con el sexo infantil se relacionan y explican de manera significativa la calidad de la alianza terapéutica..

Se realizaron análisis de alianza terapéutica inicial desde la perspectiva del terapeuta y desde la perspectiva del niño/a que asiste a sesión. En este sentido, la alianza terapéutica reportada por el terapeuta y reportada por el niño fueron consideradas como variables dependientes, mientras que las variables independientes, que podrían influir en su calidad, fueron la sintomatología y diagnóstico del niño/a, es decir si se presentaba en la línea internalizante o externalizante, y el sexo del niño/a, si es femenino o masculino.

Se pudieron llevar a cabo los análisis descriptivos y comparativos de la alianza terapéutica según sexo infantil desde la perspectiva del niño/a y del terapeuta, análisis de correlaciones y regresión lineal múltiple para determinar la relación entre los síntomas en la línea internalizante y externalizante con la alianza terapéutica desde la perspectiva del niño/a y el terapeuta, y en última instancia se realizó un análisis de regresión múltiple para determinar si el diagnóstico y la sintomatología clínica con el sexo infantil se relacionan de manera significativa con la calidad de la alianza terapéutica desde la perspectiva del terapeuta.

Entre las limitaciones, se observó que a nivel metodológico no se pudo evaluar la asociación e influencia que tenían los diagnósticos asociados a trastornos de ansiedad y trastornos conductuales con la alianza terapéutica, tanto desde el niño y el terapeuta, ya que en la ficha de ingreso y recolección de

información sociodemográfica no estaban estipulados los diagnósticos de los niños. Esto tiene relación directa a que la medición de la alianza es inicial, es decir en un primer momento de interacción con el terapeuta, por lo que el niño y el terapeuta sólo se han encontrado en una sesión, y los niños presentaron síntomas, pero en su conjunto no podían ser categorizados en un diagnóstico, ya que era necesario observarlos a través del tiempo

RESULTADOS

Caracterización de la muestra

Se estudiaron a 19 terapeutas con 25 pacientes. El 84% de los terapeutas era de sexo femenino, mientras que el 16% era de sexo masculino. En lo que respecta a los pacientes, 52% de los niños/as eran de sexo femenino, mientras que el 48% era de sexo masculino (Ver tabla 1). A nivel etario los terapeutas tenían en promedio 27 años de edad (DE=6,75) y los niños/as tenían en promedio 9 años de edad (DE=1,39), y 11 años de edad (Ver tabla 2).

En lo que concierne a la sintomatología, los niños y niñas tuvieron un promedio de 9.64 (DE=4.43) en síntomas externalizantes, mientras que en síntomas internalizantes tuvieron un promedio de 9.20 (DE=3.09) (Ver tabla 3), lo que da cuenta de una clasificación limítrofe, es decir que no se puede pesquisar la presencia o ausencia de psicopatología, desde lo reportado por los niños y las niñas, según la presencia de síntoma en la línea externalizante e internalizante, por lo que se requiere de una evaluación posterior para determinarlo. Desde lo observado en la calidad de la alianza terapéutica, los niños y niñas promediaron 40,24 (DE=5.20), mientras que los terapeutas 34,56 (DE=4,28) (Ver tabla 4), valores que al compararlos con estudios internacionales en la población clínica, muestran similitud y se consideran altos, tanto en la alianza con niños/as (M =38.07; DE=8.54) y terapeutas (M=35.08; DE= 7.22) (Accurso & Garland, 2015)

Tabla 1

Caracterización de la muestra

	Frecuencia	%
Sexo del terapeuta		
Femenino	16	84
Masculino	3	16
Sexo del niño		
Femenino	13	52
Masculino	12	48

Tabla 2*Estadísticos descriptivos de edad de la muestra*

	N	Rango	Media	DE
Edad Niño/a	25	6 - 11	7,88	1,39
Edad Terapeuta	18	22 - 44	27,27	6,75

Nota. Se obtuvieron las edades de 18 de los 19 terapeutas**Tabla 3***Estadísticos descriptivos de sintomatología en niños*

	N	Rango	Media	DE
SE (N)	25	0 - 17	9,64	4,44
SI (N)	25	0 - 14	9,20	3,09

Nota. SE: Sintomatología Externalizante, SI: Sintomatología internalizante, N: niño/a**Tabla 4***Estadísticos descriptivos de calidad de alianza terapéutica*

	N	Rango	Media	DE
AT (N)	25	31 - 48	40,24	5,20
AT (T)	25	25 - 43	34,56	4,28

Nota. AT: Alianza terapéutica, N: niños, T: terapeuta***Análisis descriptivo y comparativo de la alianza terapéutica según la diferencia de sexo infantil***

Para analizar la alianza terapéutica según la diferencia de sexo infantil se utilizó la escala TASC versión niño-terapeuta y terapeuta-niño, mientras que para el sexo infantil se utilizó la ficha de ingreso diseñada por el equipo de investigación. Cabe destacar que los puntajes y la interpretación de los mismos en la escala TASC-C y TASC-T fueron discutidos y ordenados de acuerdo a los datos obtenidos en este

estudio. Se encontró que la alianza reportada desde los terapeutas cuando su paciente es de sexo masculino, es en promedio 34.08 (DE=2.53), mientras que para el sexo femenino es 35 (DE=5.50), es decir, hay una pequeña tendencia a reportar puntajes más altos de alianza con las niñas, sin embargo, la prueba t student no arroja diferencias significativas entre los niños y las niñas ($t = -.527$; $gl = 23$; $p = .34$) (Ver tabla 5); dicho esto, la alianza reportada por los terapeutas no es distinta cuando paciente es niño o niña.

Desde la perspectiva de los niños y las niñas el promedio de la alianza terapéutica con su terapeuta para las niñas fue 40.42 (DE=4.18) y para los niños fue 40.08 (DE=5.50). La prueba t student no arroja diferencias significativas entre los niños y las niñas en la calidad de alianza terapéutica con sus terapeutas ($t = .16$; $gl = 23$; $p = .17$) (Ver tabla 6). Es decir que la alianza terapéutica reportada desde los niños/as con su terapeuta no es distinta si es de sexo femenino o masculino.

Tabla 5

Análisis comparativo por sexo infantil desde el terapeuta

t	gl	p-value	límite inferior	límite superior
-,527	23	0,34	4,518	2,684

Nota. Tanto el límite inferior como el superior delimitan el intervalo de confianza del 95%

Tabla 6

Análisis comparativo por sexo infantil desde el niño/a

t	gl	p-value	límite inferior	límite superior
,16	23	0,17	-4,062	4,742

Nota. Tanto el límite inferior como el superior delimitan el intervalo de confianza del 95%

Análisis de correlaciones y regresión lineal

Para determinar el tipo de relación existente entre los síntomas en la línea externalizante, los síntomas en la línea internalizante y la calidad de la alianza terapéutica desde la percepción del terapeuta y desde la percepción del niño/a; se realizó una matriz de correlaciones de Pearson (ver tabla 7).

Con respecto a la perspectiva de los niños, la presencia de síntomas en la línea externalizante, tomó una dirección negativa con la calidad de la alianza terapéutica ($r=-.20$; $p>.05$), en comparación a la presencia de síntomas en la línea internalizante ($r=.09$; $p>.05$) lo que indica que, a mayor presencia de síntomas en la línea externalizante, menor es la calidad de la alianza terapéutica con el terapeuta, cabe destacar que los resultados no son significativos.

Desde la perspectiva de los terapeutas, la presencia de síntomas en la línea externalizante e internalizante tomó una dirección negativa con la alianza terapéutica ($r=-.21$; $p>.05$) ($r=-.12$; $p>.05$) respectivamente. Lo que indica que a mayor presencia de los síntomas en la línea externalizante e internalizante hay una menor alianza terapéutica, tendencia que aumenta cuando hay presencia de síntomas en la línea externalizante, aunque los resultados no son significativos.

Tabla 7

Correlaciones de la calidad de alianza terapéutica de niños/as y terapeutas entre sintomatología internalizante y sintomatología externalizante

	1	2	3	4	5
1. SE versión niño/a					
2. SI versión niño/a		-,055			
3.TES niño/a		,810**	,541**		
4.TE TASC niño/a		-,203	,093	-,117	
5.TE TASC terapeuta		-,215	-,128	-,256	,4

Fuente: SE: Sintomatología Externalizante, SI: Sintomatología Internalizante

TES: Total Escala Síntomas niño/a, TE: Total Escala

Nota. * La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral)

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

Análisis de regresión múltiple

Considerando los resultados anteriores, se realizó un análisis de regresión múltiple para evaluar el valor predictivo de las variables dependientes ya consideradas: alianza terapéutica desde la perspectiva del niño/a, alianza terapéutica desde la perspectiva del terapeuta, con las variables independientes: sintomatología externalizante, sintomatología internalizante.

Se realizaron dos análisis de regresión; en el primer análisis se considera la sintomatología externalizante e internalizante con la alianza terapéutica desde la perspectiva de los niños y las niñas. Los resultados indican que la variable independiente de síntomas en la línea externalizante e internalizante no explica la alianza terapéutica. El R^2 de este modelo es 0,48, es decir que este modelo explica el 5% de la varianza de la variable dependiente, lo cual no es significativo ($F(2,22)=,554; p=,582$) (Ver tabla 8).

En el segundo análisis se consideró la sintomatología externalizante e internalizante con la alianza terapéutica desde la perspectiva de los terapeutas. Los resultados indican que la variable independiente de síntomas en la línea externalizante e internalizante no explica significativamente la alianza terapéutica. El R^2 de este modelo es 0,66, es decir que este modelo explica el 7% de la varianza de la variable dependiente, lo cual no es significativo ($F(2,22)=,773; p=,474$) (Ver tabla 9).

Tabla 8

Análisis de regresión lineal para evaluar el valor predictivo de la sintomatología del niño/a en la alianza terapéutica desde el niño/a

Variable	B	p
Intercepto	41,22	,000
Sint Externalizante	,137	,699
Sint Internalizante	-,233	,350
R^2	0,48	

*** $p<0.05$

Tabla 9

Análisis de regresión lineal para evaluar el valor predictivo de la sintomatología del niño/a en la alianza terapéutica desde el terapeuta

Variable	B	p
Intercepto	38,41	,000
Sint Externalizante	-,194	,503
Sint Internalizante	-,214	,293
R²	0,66	

***p<0.05

Análisis de regresión múltiple

Se realizó un análisis de regresión múltiple para determinar si el diagnóstico y la sintomatología clínica con el sexo infantil se relacionan de manera significativa con la calidad de la alianza terapéutica desde la perspectiva del terapeuta. Se observó que las variables tienden a contribuir levemente a mejorar la calidad de la alianza terapéutica, pues el R² de este modelo es ,071, por lo que el modelo explica el 7% de la varianza de la variable dependiente, lo cual no es significativo (F(3,21) = 0,531; p=0,666), (Ver tabla 10), por lo que no hay una relación lineal significativa entre los diagnósticos y la sintomatología en la línea internalizante, en la línea externalizante y el tipo de sexo infantil femenino y masculino, con la calidad de la alianza terapéutica desde la perspectiva del terapeuta, por lo que no explican la calidad de alianza inicial.

Tabla 10

Análisis de regresión múltiple entre el diagnóstico, la sintomatología clínica y el sexo infantil con la alianza terapéutica desde la perspectiva del terapeuta

Variable	B	p
Intercepto	37,39	,000
Sint Externalizante	-,197	,507
Sint Internalizante	-,200	,346
Sexo del niño/a	,598	,744
R ²	,071	

***p<0.05

DISCUSIÓN

La alianza terapéutica es relevante dada su implicancia en la efectividad de la psicoterapia (Martin, Garske y Davis, 2000), ya que trasciende técnicas y corrientes específicas de psicoterapia, convirtiéndola en uno de los factores de pronóstico más sólidos en los resultados del tratamiento, tanto para pacientes adultos como para jóvenes (Bordin, 1979; Kazdin, Whitley y Marciano, 2006; Karver, et al., 2006), definiéndose como un mecanismo curativo en sí mismo en la psicoterapia (Bordin, 1979; Horvath & Luborsky, 1993). Además es considerada como el aspecto más estudiado, dada su trascendencia a los diferentes tipos de terapia y su relevancia en el proceso terapéutico, convirtiéndola en uno de los factores de pronóstico más sólidos de los resultados del tratamiento tanto para pacientes adultos como para jóvenes (Bordin, 1979; Kazdin, Whitley y Marciano, 2006; Karver, et al., 2006). En este sentido, una buena alianza terapéutica se asocia a una mayor motivación del paciente a trabajar sus conflictos, mejores resultados y cambios terapéuticos (Hawley & Weisz, 2005; Horvath & Symonds, 1991; Karver, et al., 2006; Krause et al., 2006; Martin, Garske & Davis, 2000).

Respecto a la temporalidad en que es medida la alianza, suele ser medida al comienzo del tratamiento, en una sola sesión (Johnson y Caldwell, 2011) y está dividida en dos fases: La primera fase llamada el desarrollo inicial de la alianza, la cual se desarrolla durante las cinco primeras sesiones; la segunda fase definida como la parte crítica de la terapia (Horvath & Luborsky, 1993). En este sentido, la alianza inicial sería fundamental para el comienzo de la relación, ya que en ella se establecen los niveles satisfactorios de colaboración y confianza, el paciente se muestra como participante activo y se discuten consensos sobre lo que quiere lograr y desarrollar en la terapia, siendo la base del proceso terapéutico (Horvath & Luborsky, 1993). Cabe destacar que la investigación de alianza terapéutica en psicoterapia infantil es escasa, en comparación a la psicoterapia en adolescentes y adultos (Hawley & Weisz, 2005; Shirk & Karver, 2003), por lo que es de gran relevancia realizar estudios desde la perspectiva de los terapeutas y niños/as de este grupo etario que asisten a terapia.

Una de las explicaciones a lo anterior, es que los niños rara vez son los que consultan de manera espontánea y piden el tratamiento, por lo que pueden carecer de información crítica de su propia condición clínica (Clark, 2013). Dicho esto, en la terapia infanto-juvenil el terapeuta debe realizar esfuerzos para mantener la motivación y confianza del niño/a que asiste a terapia, ya que al comenzar el

tratamiento es poco probable que los niños/as tengan una idea clara del proceso antes de la primera sesión. Es por ello que se requieren terapias que puedan considerar la baja motivación de los niños/as para iniciar el tratamiento y distintos tipos de estrategias por parte de los terapeutas que potencien las percepciones y actitudes hacia el cambio, considerando las limitaciones cognitivas de los niños/as en su percepción o comprensión (Digiuseppe, Linscott y Jilton, 1996).

En base a lo señalado, este estudio buscó determinar el tipo de relación existente entre el diagnóstico, la sintomatología clínica y la alianza terapéutica inicial en diadas terapeuta-paciente entre 6 y 11 años, evaluando semejanzas y diferencias entre niños y niñas. Las variables utilizadas han sido altamente estudiadas dada su relevancia en la influencia que mantienen en la relación que se establece en la psicoterapia, tanto desde la perspectiva del terapeuta y del paciente que asiste a sesión. En esta línea, se ha demostrado que la percepción que el terapeuta tenga sobre la alianza se relaciona con las mejoras en el tratamiento, ya que la percepción de una alianza terapéutica positiva se ha asociado con mejores resultados en la terapia (Marcus, Kashy, Wintersteen, Diamond, 2011), además los terapeutas en la terapia infanto-juvenil, se enfrentan al desafío de establecer y mantener una alianza con los niños o jóvenes y sus padres (Shirk & Karver, 2011), lo que a veces puede traer confusiones y complicaciones en la alianza con los niños que asisten a sesión (Gvion & Bar, 2014).

En la misma línea, se observa que la sintomatología y diagnóstico infantil con el sexo, inciden en la calidad de la alianza reportada. Tanto porque ante la presencia de diagnósticos en la línea externalizante, se observan bajos de alianza terapéutica en comparación a aquellos clasificados en la línea internalizante (Abrishami, 2009; Shirk y Karver, 2003). Respecto al sexo, se ha mostrado que las mujeres adolescentes suelen estar más abiertas al contacto interpersonal y presentar y mantener síntomas en la línea internalizante, por lo que dan un potencial más activo a la vinculación con los terapeutas (Gilligan, 1982; Wintersteen, Mensinger & Kenkel, 2005).

Los resultados obtenidos en el presente estudio no permitieron confirmar las hipótesis planteadas, sin embargo, se observaron tendencias en línea con los antecedentes teóricos revisados, las cuales no resultaron estadísticamente significativas. En la primera hipótesis, respecto a las diferencias de alianza terapéutica según sexo infantil, desde la perspectiva de los terapeutas, si bien el promedio en la calidad de la alianza es mayor en niñas que en niños, las diferencias encontradas no fueron significativas. Desde la perspectiva de los niños/as, no se observan diferencias significativas en la calidad de la alianza con el

terapeuta, es decir, no es distinta si es de sexo femenino o masculino. En la segunda hipótesis, respecto a las diferencias de alianza según el tipo de sintomatología y diagnóstico infantil, se observó que desde la perspectiva de los niños/as, a mayor presencia de síntomas en la línea externalizante, menor es la calidad de la alianza terapéutica con el terapeuta. Desde la perspectiva de los terapeutas, se pudo dar cuenta de una tendencia a una menor calidad en la alianza terapéutica al presentarse síntomas en la línea externalizante e internalizante, tendencia que aumenta cuando hay presencia de síntomas en la línea externalizante. Cabe destacar que los resultados no son significativos. Seguidamente, la tercera hipótesis no pudo ser testeada, dado que los niños/as no tenían un diagnóstico definido al momento de la evaluación, ya que sólo habían tenido una sesión con el terapeuta. En lo que respecta a la cuarta hipótesis, se observó que no hay una relación lineal significativa entre los diagnósticos y la sintomatología en la línea internalizante, en la línea externalizante y el tipo de sexo infantil femenino y masculino, con la calidad de la alianza terapéutica desde la perspectiva del terapeuta, es decir que ninguna de las variables predice la calidad de la alianza.

Desde la bibliografía, lo anterior se podría relacionar con que en la psicoterapia con pacientes que presentan síntomas en la línea externalizante, se pueden presentar mayores dificultades para los terapeutas, ya que los pacientes suelen presentarse más desafiantes al tratamiento y a cualquier tipo de cambio que se intente realizar, en especial porque se observa un alto conflicto familiar al iniciar la terapia, lo que lleva a generar coaliciones con el terapeuta en la sesión (Robbins, et al., 2003). Además, a los terapeutas les puede tomar más tiempo comprender los significados detrás del comportamiento en la línea externalizante, lo que a su vez provoca en los pacientes un sentimiento de incompreensión y falta de apoyo inmediato en el tratamiento, afectando de manera directa en los resultados de la terapia (Abrishami, 2009; Shirk y Karver, 2003). En cambio los pacientes con trastornos en la línea internalizante pueden establecer acuerdos sobre las tareas y objetivos con sus terapeutas más fácilmente debido a su malestar emocional y suelen tener menos problemas con las figuras de autoridad (diGiuseppe, Linscott, Jilton, 1996).

En la misma línea, se ha encontrado que las niñas suelen presentar y mantener mayores puntajes en conductas prosociales y síntomas en la línea internalizante, en comparación al sexo masculino, ya que los niños suelen tener mayores puntuaciones en problemas de conducta, hiperactividad y/o problemas de relación (Goodman, 2003; Ortuño et. al., 2014; Ortuño, et. al., 2016). Además, las pacientes de sexo

femenino suelen estar más abiertas al contacto interpersonal (Gilligan, 1982), lo que da un potencial más atractivo de vinculación en la terapia (Wintersteen, Mensinger & Kenkel, 2005). Lo que podría estar relacionado con los puntajes reportados por los terapeutas, ya que muestran una tendencia a presentar una mejor calidad de alianza con las niñas en comparación a los niños, aunque no es significativa.

No obstante en lo que concierne a las diferencias de calidad en alianza terapéutica según sexo, en estudios previos mujeres adolescentes tendían a mostrar una mejor calidad de alianza que los hombres adolescentes (Wintersteen, Mensinger & Kenkel, 2005). En este estudio no se observaron diferencias significativas entre niñas y niños, esto se podría explicar por diferencias evolutivas, dado que en la adolescencia, a diferencia de la tercera infancia, ocurre una crisis de identidad, en la que es importante tener una experiencia compartida con un otro significativo que pueda devolver y reafirmar la propia imagen, integrando las distintas partes contradictorias del self, pudiendo realizar un proyecto identificador. Las mujeres se identifican con conexiones relacionales dando más valor al contacto con los otros que los hombres (Lerner, 2015; Wintersteen, et. al., 2005). Mientras que en la tercera infancia las niñas al igual que los niños, dan valor al desarrollo del yo mediante el desarrollo del autoconcepto, el autoestima y la autorregulación emocional en actividades compartidas, están en una edad escolar en la que adquieren más empatía y conducta prosocial, aún están explorando distintas partes del self y los roles que el medio le ofrece (Midgley, et. al., 2019).

Por otra parte, considerando la importancia de la presencia de los síntomas de los niños/as en la terapia y su influencia en la calidad de la alianza terapéutica, no se pudo analizar la tercera hipótesis por limitaciones en el diseño y en la evaluación de la temporalidad de la alianza inicial. No se pudo evaluar la asociación e influencia que tenían los diagnósticos asociados a trastornos de ansiedad y trastornos conductuales con la alianza terapéutica, dado que en la ficha de ingreso no estaban estipulados los diagnósticos de los niños. El niño/a y el terapeuta sólo se habían encontrado en una sesión, y si bien los niños podían presentar síntomas, en su conjunto no podían ser categorizados en un diagnóstico, ya que era necesario observarlos, a través del tiempo. En este sentido, en la quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013), se considera que muchos síntomas que podrían ser asignados a un sólo trastorno podrían producirse con diferentes grados de gravedad en otro, es por ello que la aspiración a alcanzar la

homogeneidad diagnóstica mediante la subtipificación de categorías de trastornos no resulta sensata. Para establecer un diagnóstico no basta con comprobar la presencia de síntomas citados en los criterios, se requiere de un juicio y experiencia clínica que consideren la evolución y curso de los mismos a través del tiempo, para identificar y diferenciar las respuestas emocionales humanas a tensiones internas y externas, con la combinación de factores que han generado síntomas y signos que rebasan los límites de la normalidad.

En última instancia, desde lo planteado en la cuarta hipótesis, se podría concluir que la calidad de la alianza desde la perspectiva de los terapeutas en la psicoterapia infanto-juvenil está influida por una multiplicidad de factores, tales como sostener el desarrollo de múltiples alianzas, la divergencia entre los objetivos terapéuticos con los niños y cuidadores y la atención que debe poner en los distintos tipos de alianza durante el tiempo (Shirk, Karver & Brown, 2011). Además en ocasiones, los niños no reconocen un síntoma o comportamiento como problema, mientras que sus cuidadores sí y frecuentemente están en desacuerdo con sus padres sobre los objetivos de terapia, entrando en un conflicto con ellos o mostrándose resistentes al cambio, haciendo que la formación de la alianza en psicoterapia infantil pueda ser un desafío (Karver, Handelsman, Fields y Bickman, 2006; Digiuseppe, Linscott y Jilton, 1996). En este contexto, los terapeutas pueden estar más atentos al deterioro de la relación en la terapia, informando una alianza terapéutica más débil que los clientes (niños y cuidadores) (Accurso y Garland, 2015).

En adherencia a lo anterior, se presentaron limitaciones metodológicas que también podrían estar incidiendo en los resultados obtenidos. El estudio presentó un tamaño de muestra acotado, ya que sólo participaron 25 niños/as y 19 terapeutas, lo que conlleva una menor representatividad de la población y un menor nivel de precisión de los resultados. Esto se debe a que durante el proceso de recolección de datos, a pesar del esfuerzo por parte del equipo de investigación, hubo pérdida muestral, dado el estallido social del 18 de octubre del 2019, limitando el acceso físico de las y los terapeutas, los pacientes y sus cuidadores a las sesiones; además al ser una situación de incertidumbre y cuestionamiento de la realidad social, se debía acompañar a los niños/as y sus padres centrando la atención en la urgencia y bienestar emocional con estrategias de intervención que fueran más flexibles y cuidaran la alianza terapéutica. A esto se suma que parte de los datos de los niños/as y sus cuidadores

estaban incompletos, ya que no se presentó la oportunidad de un nuevo encuentro para poder agregar la información.

Respecto al momento en el que la prueba fue aplicada, se suma como posible factor, el cansancio del niño en la aplicación de la prueba, lo cual estuvo influido por el momento de toma de datos, ya que era luego de la sesión con la psicóloga, la cual duraba aproximadamente una hora, lo que ya implicaba un trabajo y esfuerzo personal, además, a veces la prueba se acompañaba de otros materiales y test a aplicar como parte de la investigación, lo que podía afectar en su motivación a responder el test TASC-C. En ocasiones, a pesar de explicar el objetivo del estudio y el contexto de la aplicación, en un lenguaje que se adaptara a la edad de los niños, sostenían la creencia de que se les pondría una calificación final como en el ámbito escolar por sus respuestas y desempeño en el test, lo que aumentaba su ansiedad al ser una escala dividida en ítems y con alternativas en sus respuestas.

El aporte principal del estudio es el pilotaje de los instrumentos TASC-C y TASC-T en Chile considerando a la población infantil, es especial porque en la actualidad las escalas se encuentran en español para su uso y adaptadas al lenguaje de la población chilena por el equipo de investigación, encontrándose accesibles para la medición de la alianza terapéutica. En general la escala tuvo una buena aceptabilidad en los padres, niños y terapeutas se mostraban disponibles a participar en la investigación y responder los test, más aún si consideraba sus opiniones y sensaciones sobre lo que ocurría en el proceso de la terapia, en especial en los niños, ya que mostraban interés en poder responder y firmar un test que diera relevancia a su participación. Además, en su mayoría al ser aplicada sin otros test, tenía un breve tiempo de realización, por lo que no se extendía de manera considerable al tiempo de una sesión con el terapeuta.

Entre las ventajas posibles del estudio, se puede concluir que ayuda al terapeuta a ampliar la visión sobre lo que ocurre con el paciente que asiste a terapia, pues le da un feedback sobre las intervenciones y la manera en que se relaciona con él/ella en la sesión. En relación a esto, al tener una herramienta como el TASC-T y TASC-C, puede usar estrategias adaptadas al tiempo acotado de la sesión y al lugar en que efectúa sus labores. Se genera una mirada más comprensiva del proceso psicoterapéutico, ya que el terapeuta puede tener acceso a la información relacional que no suele ser expuesta con claridad en la terapia y con ello dar un lugar a los conflictos, resistencias y quiebres de la alianza terapéutica, pudiendo reparar, sostener y contener las emociones y sensaciones intolerables del paciente. Por

ejemplo, en relación a la alianza terapéutica en la etapa inicial se aconseja que considere los distintos motivos de consulta tanto del niño/a y de sus cuidadores, ampliando la mirada del mismo a un nivel relacional y compartido, también se sugiere observar las interacciones y reacciones del niño/a durante la terapia, pudiendo centrarse en el tono emocional y realizar intervenciones en el aquí y ahora que permitan, mediante un material lúdico la expresión y contención emocional. Además, se recomienda no categorizar un diagnóstico, sin observar antes los síntomas y comportamientos del niño ocupando también la información relacional de ambos test (TASC-C TASC-T), y observar las propias percepciones sobre la relación que tiene con el paciente en particular para reflexionarlas, sobre todo con pacientes con síntomas en la línea externalizante y de sexo masculino, de manera que si observa un área más conflictiva pueda ponerla, expresarla, darle espacio y lenguaje, antes de llevarla a la acción.

En base a lo expuesto, se recomienda que en investigaciones futuras del TASC versión niño y versión terapeuta, que se centren en la población infantil, consideren la etapa del desarrollo en la aplicación y estudio del instrumento, utilizando material de apoyo lúdico que permita a los niños/as mantener la atención en el contenido del test y los aspectos relaciones con su terapeuta, más que en la puntuación obtenida. Se podrían utilizar dibujos que den cuenta de la diferencia de "nada", "poco", "bastante" y "mucho", como por ejemplo usar imágenes del clima: un día con lluvia, un día con muchas nubes, un día con sol y nubes y un día soleado. Otra opción para la medición de la alianza terapéutica infantil, sería la utilización de dibujos que pudieran dar cuenta de la relación antes y después de la terapia, a medida que avanza el tiempo, ya que se adaptaría de mejor manera al lenguaje de los niños. En este sentido, sería interesante en ambos casos, obtener medidas de alianza terapéutica, a través del tiempo, mediante un estudio longitudinal en más de una ocasión dado que al comienzo de la terapia los niños no presentan ideas claras sobre el tratamiento y la asistencia al psicólogo, lo que influye de manera directa en la relación que establece con el terapeuta, por lo que al aplicar las mediciones en distintos tiempos, por ejemplo al primer mes, al tercer mes y al sexto mes, se podrían observar las diferencias o semejanzas en los puntajes y la calidad de la alianza terapéutica.

Seguidamente, dada la limitación de comparación de medidas de alianza en diagnósticos específicos en la línea internalizante y externalizante, se sugiere contemplar la sintomatología expuesta en la primera sesión de ingreso y organizarla en internalizante o externalizante, ya que aspirar a un diagnóstico en una primera sesión, descontextualiza y simplifica la pluralidad de expresiones del malestar del niño/a.

En base a lo señalado, es importante relevar que la infancia es una de las etapas más importantes del desarrollo para efectuar intervenciones orientadas a tratar psicopatología y a prevenir problemas en el desarrollo y en la salud mental posterior (De la Barra, et al., 2009; Vicente, et al., 2012), y a nivel nacional se requieren estudios que abarquen tratamientos que vayan más allá de la significancia estadística y práctica (Gómez y Roussos, 2012), ya que se necesitan intervenciones que puedan ser efectuadas considerando los factores genéricos y comunes de cambio, independiente de la formación o las técnicas empleadas por el profesional (Lambert & Barley, 2001; Weinberger, 2002; Krause, et al., 2006). Esto se hace aun más relevante al observar que a nivel nacional, la mayoría de los niños que presentan algún tipo de trastorno mental diagnosticado no ha recibido ningún tipo de atención; entre los principales factores/estresores asociados a esto, se menciona el nivel socioeconómico bajo, el poco acceso y la falta de atenciones especializadas (Vicente, Saldivia & Melipillán, 2012).

Es por esto que en investigaciones futuras la alianza terapéutica sea considerada como uno de los mecanismos que deben ser estudiados para producir el cambio en la psicoterapia, un mecanismo que considere el rol activo tanto del niño/a y de él o la terapeuta, pudiendo dar claves y feedback a los profesionales sobre la manera en que están efectuando las intervenciones, utilizando el tiempo de manera eficiente y manteniendo las técnicas y actitudes que permiten el avance del tratamiento. En base a esto se recomienda que en un próximo estudio se tenga una muestra amplia, que permita generalizar y tener una mayor representatividad y precisión de los resultados y que pueda ser recolectada en otros centros de atención, observando la calidad de la alianza terapéutica su influencia en el tratamiento. El TASC al ser una herramienta de bajo costo y tiempo de aplicación, podría apoyar en la efectividad de la terapia, en especial porque la alianza es un factor curativo y de cambio transversal en el tratamiento, pudiendo enfrentar la alta tasa de trastornos mentales reportados por el último estudio de prevalencia nacional.

REFERENCIAS

- Abrishami, G. F. (2009). Abrishami, G. (2009). *Therapeutic alliance and outcomes in children and adolescents served in a community mental health setting*. Dissertation. Brigham.
- Accurso, E. C., & Garland, A. F. (2015). Child, caregiver, and therapist perspectives on therapeutic alliance in usual care child psychotherapy. *Psychological Assessment*, 27(1), 347. doi: 10.1037/pas0000031
- Accurso, E. C., Hawley, K. M., & Garland, A. F. (2013). Psychometric properties of the Therapeutic Alliance Scale for Caregivers and Parents. *Psychological assessment*, 25(1), 244. doi: 10.1037/a0030551
- Alvarez, C. (2017). *Cambio en psicoterapia desde las narrativas de niños y niñas en edad escolar que han participado en psicoterapia grupal*. (Tesis de Magíster). Universidad de Chile, Chile.
- Alamo, N. (2019). *Contenidos y evolución del cambio en la psicoterapia con niños y niñas: Propuesta de un modelo genérico y de proceso*. (Tesis Doctoral). Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-5®). American Psychiatric Pub.
- Bhati, K. (2014). Effects of client-therapist gender matching on the therapeutic relationship: An exploratory analysis. *Psychological Reports: Relationships & Communications*, 115(2), 565–583. <https://doi.org/10.2466/21.02.PR0.115c23z1>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, 16(3), 252. Recuperado de: <https://psycnet.apa.org/buy/1980-23666-001>
- 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, Chile. Recuperado de: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/116778>

- Brown, P., Capella, C. y Antivilo, A. (2012). Propiedades psicométricas de la versión para padres del Strengths and Difficulties Questionnaire. *Revista de Psicología*, 23(2), 28-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.5354/07190581.2014.36146>
- Caqueo-Urriar, A., Urzúa, A., Ferrer, R., Zúñiga, F., Palma, C., & Escudero, J. (2014). Fortalezas y dificultades para el ajuste emocional en niños aymara desde la perspectiva de los menores, padres y profesores. *Revista chilena de pediatría*, 85(5), 561-568.
- Campbell, A. F., & Simmonds, J. G. (2011). Therapist perspectives on the therapeutic alliance with children and adolescents. *Counselling Psychology Quarterly*, 24(3), 195-209. <https://doi.org/10.1080/09515070.2011.620734>
- Christian, C., Safran, J. D., & Muran, C. (2012). The corrective emotional experience: A relational perspective and critique. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches* (pp. 51-68). Washington, DC, US: American Psychological Association. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/John_Muran/publication/236953010_The_corrective_emotional_experience_A_relational_perspective_and_critique/links/00b7d52dd2d420e9c500000/The-corrective-emotional-experience-A-relational-perspective-and-critique.pdf
- Clark, C. M. (2013). Irreducibly human encounters: Therapeutic alliance and treatment outcome in child and adolescent psychotherapy. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 12(3), 228-243. <https://doi.org/10.1080/15289168.2013.822751>
- Chile. Ministerio de Salud, Departamento de Salud Mental de la Subsecretaría de Salud Pública. (2017). Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Recuperado de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>
- De la Barra, F. (2009). Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 47(4), 303-314.
- De La Barra, M. F., Vicente, P. B., Saldivia, B. S., & Melipillán, A. R. (2012). Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(5), 521-529.

- DiGiuseppe, R., Linscott, J., & Jilton, R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child—adolescent psychotherapy. *Applied and Preventive Psychology*, 5(2), 85-100. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(96\)80002-3](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(96)80002-3)
- Dowell, K. A., & Ogles, B. M. (2010). The effects of parent participation on child psychotherapy outcome: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(2), 151-162. <https://doi.org/10.1080/15374410903532585>
- 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.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Goodman, R. (1994). A Modified Version of the Rutter Parent Questionnaire Including Extra Items on Children's Strengths: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1483-1494. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.1994.tb01289.x>
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337-1345. <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200111000-00015>
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2003). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *International Review of Psychiatry*, 15(1-2), 166-172. <https://doi.org/10.1080/0954026021000046128>
- Goldfried, M. R., & Davila, J. (2005). The role of relationship and technique in therapeutic change. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*, 42(4), 421. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.42.4.421>
- Gómez Penedo, J.M. & Roussos, A. (2012). ¿Cómo sabemos si nuestros pacientes mejoran?. Criterios para la significancia clínica en psicoterapia: Un debate que se renueva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(2), 173-190. Recuperado de: <http://repositorio.ub.edu.ar/handle/123456789/2756>

- Gvion, Y., & Bar, N. (2014). Sliding doors: some reflections on the parent–child–therapist triangle in parent work–child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 40(1), 58-72. <https://doi.org/10.1080/0075417X.2014.883138>
- Halfon, S., Özsoy, D., & Çavdar, A. (2019). Therapeutic alliance trajectories and associations with outcome in psychodynamic child psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 87(7), 603.
- Hawley, K. M., & Garland, A. F. (2008). Working alliance in adolescent outpatient therapy: Youth, parent and therapist reports and associations with therapy outcomes. In *Child & Youth Care Forum* (Vol. 37, No. 2, pp. 59-74). Springer US. doi:10.1007/s10566-008-9050-x
- Hawley, K. M., & Weisz, J. R. (2005). Youth versus parent working alliance in usual clinical care: Distinctive associations with retention, satisfaction, and treatment outcome. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(1), 117-128. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3401_11
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(4), 561. <http://dx.doi.org.pucdechile.idm.oclc.org/10.1037/0022-006X.61.4.561>
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of counseling psychology*, 38(2), 139. <http://dx.doi.org.pucdechile.idm.oclc.org/10.1037/0022-0167.38.2.139>
- Johnson, L., & Caldwell, B. (2011). Race, gender, and therapist confidence: Effects on satisfaction with the therapeutic relationship in MFT. *The American Journal of Family Therapy*, 39, 307–324. <https://doi.org/10.1080/01926187.2010.532012>
- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S., & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical psychology review*, 26(1), 50-65. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.09.001>
- Kazdin, A. E., Whitley, M., & Marciano, P. L. (2006). Child–therapist and parent–therapist alliance and therapeutic change in the treatment of children referred for oppositional, aggressive, and

- antisocial behavior. *Journal of child psychology and psychiatry*, 47(5), 436-445.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01475.x>
- Kenny, M., Hassett, A., & Pae, L. (2017). Exploring how parents make sense of change in parent-child psychotherapy. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 16(1), 73-92.
<https://doi.org/10.1080/15289168.2016.1248200>
- Klebanoff, S. (2015). *The therapeutic alliance in cognitive-behavioral therapy for children with autism and anxiety* (Doctoral dissertation, UCLA). Recuperado de:
<https://escholarship.org/uc/item/9v57p5jn>
- Krause, M., De la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Vilches, O., Echávári, O., Ben-Dov, P., Reyes, L., Altimir, C. & Ramírez, I. (2006). Indicadores Genéricos de Cambio en el Proceso Psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 299-325. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2041373>
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 38(4), 357.
 doi:10.1037/0033-3204.38.4.357
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4, 143-189.
- McLeod, B. D. (2011). Relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 603– 616.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2011.02.001>
- Marcus, D. K., Kashy, D. A., Wintersteen, M. B., & Diamond, G. S. (2011). The therapeutic alliance in adolescent substance abuse treatment: A one-with-many analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 58, 449– 455. <http://dx.doi.org/10.1037/a0023196>
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(3), 438. doi:10.1037/0022-006x.68.3.438
- McLeod, B. D., Southam-Gerow, M. A., & Kendall, P. C. (2017). Observer, youth, and therapist perspectives on the alliance in cognitive behavioral treatment for youth anxiety. *Psychological assessment*, 29(12), 1550. <http://dx.doi.org/10.1037/pas0000465>

- Midgley, N., Ensink, k., Lindqvist, K., Malberg, N. & Muller, N. (2019). *Tratamiento basado en la mentalización para niños*. (1ra Ed). Washington, DC: Desclée De Brouwer.
- Ortuño, J., Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., y Aritio-Solana, R. (2014). Prevalencia de síntomas emocionales y comportamentales en adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 7, 121-130.
- Ortuño, J., Fonseca, E., Inchausti, F. y Sastre, S. (2016). Evaluación de dificultades emocionales y comportamentales en población infanto-juvenil: El Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Papeles del psicólogo*, 37(1), 14-26. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/778/77844204003.pdf>
- Ribeiro, N. S., Torres, A. P. F., Pedrosa, C. A., da Silveira, J. D. F., & Sartes, L. M. A. (2019). Studies characterization on therapeutic alliance measures: literature review. *Contextos Clínicos*, 12(1), 303.
- Shirk, S. R., Karver, M. S., & Brown, R. (2011). The alliance in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 17. <http://dx.doi.org/10.1037/a0022181>
- Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(3), 452. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.71.3.452>
- Shirk, S. R., & Saiz, C. C. (1992). Clinical, empirical, and developmental perspectives on the therapeutic relationship in child psychotherapy. *Development and Psychopathology*, 4(4), 713-728. <https://doi.org/10.1017/S0954579400004946>
- Valdés, N., Krause, M., Vilches, O., Dagnino, P., Echavarrí, O., Ben-Dov, P., & de la Parra, G. (2005). Proceso de cambio psicoterapéutico: análisis de episodios relevantes en una terapia grupal con pacientes adictos. *Psyche (Santiago)*, 14(2), 3-18. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282005000200001>
- Weinberger, J. (2002). Short paper, large impact: Rosenzweig's influence on the common factors movement. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(1), 67. doi:10.1037/1053-0479.12.1.67
- Wintersteen, M. B., Mensinger, J. L., & Diamond, G. S. (2005). Do Gender and Racial Differences Between Patient and Therapist Affect Therapeutic Alliance and Treatment Retention in

Adolescents? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 400–408.
<https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.4.400>

Weisz, J. R., Weiss, B., Alicke, M. D., & Klotz, M. L. (1987). Effectiveness of Psychotherapy With Children and Adolescents: A Meta-Analysis for Clinicians. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.55.4.542>

Zandberg, L. J., Skriner, L. C., & Chu, B. C. (2015). Client-therapist alliance discrepancies and outcome in cognitive-behavioral therapy for youth anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 71(4), 313–322. <https://doi-org.pucdechile.idm.oclc.org/10.1002/jclp.22167>

ANEXOS

Anexo 1: Carta de consentimiento informado cuidadores/padres



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRES/CUIDADORES NIÑO/A

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

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

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

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

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

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

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

¿Qué riesgos corre al participar? Ninguno.

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

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE





PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

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

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

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

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

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

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

Autorizo: _____ No autorizo: _____

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

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

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

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE



Anexo 2: Carta de consentimiento informado terapeutas



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO TERAPEUTAS

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

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

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

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

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

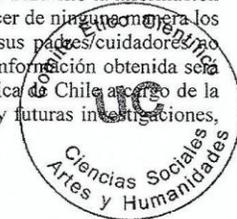
¿Cuánto durará su participación? La entrevista y los cuestionarios durarán en conjunto aproximadamente 45 minutos. Este proceso se realizará al inicio de la psicoterapia, se repite cada seis meses y al término de la intervención psicológica.

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

¿Qué riesgos corre al participar? Ninguno.

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

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE





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

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

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

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

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

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

Autoriza: _____

No autoriza: _____

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

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE



Anexo 3: Carta asentimiento informado niños/as



CARTA ASENTIMIENTO INFORMADO PARA NIÑOS Y NIÑAS

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

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

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

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

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

¿Qué riesgos corres al participar? Ninguno.

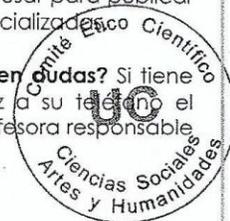
¿Qué pasa con la información y los datos que des? Grabaremos las entrevistas en audio, que se usa sólo para esta investigación. Toda la información que compartas será **estrictamente confidencial**, es decir que tu nombre, tu voz y cualquier otro dato que te identifique nunca será mencionado en las presentaciones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

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

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

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

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE





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

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

Autorizo: _____ No autorizo: _____

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

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

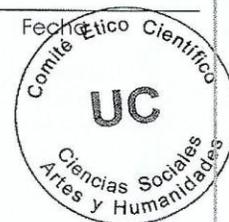
Además, se me han mostrado los dibujos que podrían ser parte de presentaciones audiovisuales o publicaciones escritas. Me han explicado y he entendido que la utilización de mis dibujos será confidencial y que si quiero puedo negarme a autorizar la utilización de éstos, sin tener que dar explicaciones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

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

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

¡Muchas gracias por tu tiempo!

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE



Anexo 4: TASC versión terapeutas

PROYECTO TESIS DOCTORAL LUCÍA NÚÑEZ

FOLIO Nº: _____

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

VERSIÓN PARA TERAPEUTAS (TASC-T)

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

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

Fecha: _____

Firma Psicólogo/a: _____

¡Muchas gracias por sus respuestas!

Anexo 5: TASC versión niños

PROYECTO TESIS DOCTORAL LUCÍA NÚÑEZ

FOLIO Nº: _____

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

VERSIÓN PARA NIÑOS/AS (TASC-C)

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

1. Me gusta estar con mi psicólogo/a.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

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

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

Fecha: _____

Firma Niño/a: _____

¡Muchas gracias por tus respuestas!

Anexo 6: SDQ-cas versión para padres

Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ-Cas)

Por favor, coloque una cruz en el cuadro que usted cree que mejor responde a cada una de las preguntas: No es cierto, Un tanto cierto, Absolutamente cierto. Nos sería de gran ayuda si responde a todas las preguntas lo mejor que pueda, 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 año escolar.

Nombre del niño/a

Varón/Mujer

Fecha de nacimiento

	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comparte frecuentemente con otros niños/as galletitas, juegos, lápices, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frecuentemente tiene rabietas o mal genio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado, o enfermo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está continuamente moviéndose y es revoltoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene por lo menos un/a buen/a amigo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pelea con frecuencia con otros niños/as o se mete con ellos/ellas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se siente a menudo infeliz, desanimado o lloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general cae bien a los otros niños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es nervioso/a o dependiente ante situaciones nuevas, fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trata bien a los niños/as más pequeños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo miente o engaña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los otros niños/as se meten con él/ella o se burlan de él/ella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños/as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piensa las cosas antes de hacerlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Termina lo que empieza, tiene buena concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma

Fecha

Madre / Padre / Profesor / Otros (indique, por favor:)

Anexo 7: SDQ-cas versión para niños

Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ-Cas)

Por favor coloca una cruz en el cuadro que creas que mejor responde a cada una de las preguntas: No es cierto, Un tanto cierto, Absolutamente cierto. Es importante que respondas a todas las preguntas lo mejor que puedas, aunque no estés completamente seguro/a de la respuesta, o te parezca una pregunta rara. Por favor, responde a las preguntas pensando como fueron tus cosas en los últimos seis meses.

Nombre

Várón/Mujer

Fecha de nacimiento

	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
Intento ser agradable con los demás. Tengo en cuenta los sentimientos de las otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soy inquieto/a, hiperactivo/a, no puedo permanecer quieto/a por mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suelo tener muchos dolores de cabeza, estómago o náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalmente comparto con otros mis juegos, galletitas, lápices, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando me enojo, me enojo mucho y pierdo el control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soy más bien solitario/a y tiendo a jugar solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general soy obediente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo estoy preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayudo si alguien está enfermo, disgustado o herido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy todo el tiempo moviéndome, me muevo demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo un/a buen/a amigo/a por lo menos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peleo mucho. Puedo hacer que los demás hagan lo que yo quiero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento a menudo triste, desanimado o con ganas de llorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general caigo bien a la otra gente de mi edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me distraigo con facilidad, me cuesta concentrarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me pongo nervioso/a con las situaciones nuevas, fácilmente pierdo la confianza en mí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trato bien a los niños/as más pequeños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo me acusan de mentir o de hacer trampa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros chicos de mi edad se meten conmigo o se burlan de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo ofrezco mi ayuda (a padres, profesores, niños)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pienso las cosas antes de hacerlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomo cosas que no son mías de casa, la escuela o de otros sitios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me llevo mejor con adultos que con otros de mi edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo muchos miedos, me asusto fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Termino lo que empiezo, tengo buena concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma

Fecha

Anexo 8: Ficha de caracterización de caso

Ficha de caracterización de caso

A llenar por el equipo de Investigación

Código Paciente: _____ Código Centro: _____

Fecha contacto inicial: _____ Quien hizo el contacto: _____

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