



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

**Alianza terapéutica entre cuidador y terapeuta  
en psicoterapia infantil: ¿En qué medida el  
diagnóstico, la sintomatología y el sexo del  
niño/a explican esta relación?**

**CONSTANZA ANDREA GARCÍA FUENTES**

Profesora Guía: Marcia Olhaberry Huber  
Comité de Tesis: Catalina Álvarez y Lucía Núñez

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

**Enero, 2020  
Santiago, Chile**





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

**Alianza terapéutica entre cuidador y terapeuta  
en psicoterapia infantil: ¿En qué medida el  
diagnóstico, la sintomatología y el sexo del  
niño/a explican esta relación?**

**CONSTANZA ANDREA GARCÍA FUENTES**

Profesora Guía: Marcia Olhaberry Huber  
Comité de Tesis: Catalina Álvarez y Lucía Núñez

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

## INDICE

Resumen	6
Introducción	7
Antecedentes teóricos y empíricos	10
Factores de cambio en la psicoterapia	10
Alianza terapéutica	10
Alianza terapéutica con niños y niñas	12
Alianza terapéutica con los cuidadores o padres	14
Factores que pueden influir en la alianza cuidador-terapeuta	16
Objetivos	19
Hipótesis	20
Metodología	21
Diseño	21
Participantes	21
Procedimiento	22
Instrumentos	23
Análisis de datos	24
Resultados	26
Conclusiones y discusión	32
Referencias	37
Anexos	43
Anexo 1. Consentimientos y asentimiento informados	43
Anexo 2. Ficha de caracterización de caso	47
Anexo 3. Escala de alianza terapéutica para padres/cuidadores	48
Anexo 4. Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ-Cas).	52
Tablas	
Tabla 1. Correlaciones entre la alianza terapéutica inicial cuidador-terapeuta y sintomatología del niño/a reportada por su cuidador	28
Tabla 2. Correlaciones entre la alianza terapéutica inicial cuidador-terapeuta y sintomatología de niños	29
Tabla 3. Correlaciones entre la alianza terapéutica inicial cuidador-terapeuta y sintomatología de niñas	30

Tabla 4. Análisis de regresión lineal múltiple para evaluar el valor predictivo de la sintomatología y sexo del niño/a en la alianza terapéutica inicial reportada por el cuidador	31
Tabla 5. Análisis de regresión lineal múltiple para evaluar el valor predictivo de la sintomatología y sexo del niño/a en la alianza terapéutica inicial reportada por el terapeuta	31

## RESUMEN

Las elevadas tasas de trastornos mentales tanto en adultos como en niños/as resultan preocupantes a nivel nacional e internacional, lo cual acentúa la importancia de la investigación empírica en el ámbito de la psicoterapia, considerando los factores asociados a mejores resultados. La alianza terapéutica es uno de los factores comunes en psicoterapia más estudiado en las últimas décadas y su relevancia sigue en aumento. Si bien ha sido ampliamente estudiada en la psicoterapia de adultos, debido a su asociación con los resultados, cambio terapéutico y efectividad, no ha ocurrido lo mismo con la alianza terapéutica en el ámbito infantil. En la psicoterapia con niños/as la alianza también cumple un rol clave. Sin embargo, el ámbito de la terapia infantil tiene sus particularidades, como, ejemplo, la existencia de otros miembros directamente involucrados en el tratamiento: los padres o cuidadores del niño/a. De este modo, en la psicoterapia infantil se deben estudiar dos alianzas terapéuticas, terapeuta-paciente y terapeuta-cuidador. Esto trae consigo desafíos y la consideración de elementos específicos, siendo esencial mantener una alianza positiva con el cuidador para el mantenimiento de la terapia y la obtención de resultados positivos.

Considerando lo anteriormente expuesto, el presente estudio buscó profundizar en el ámbito de la alianza terapéutica con los cuidadores en el marco de la psicoterapia infantil. El objetivo fue describir y analizar la relación entre la sintomatología clínica, el diagnóstico, el sexo del niño/a y la calidad de la alianza terapéutica inicial entre cuidadores y terapeutas. Para lograr esto, se estudió una muestra de 25 triadas compuestas de terapeutas, niños/as entre 6 y 10 años y cuidadores iniciando un proceso psicoterapéutico, en los que se evaluó la alianza cuidador-terapeuta con la Escala de Alianza Terapéutica para Cuidadores y Padres (TASCP; Accurso, Hawley & Garland, 2013) y la sintomatología clínica en el niño con el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ-Cas). Se realizaron análisis descriptivos, correlacionales y de regresión con los datos obtenidos. Los resultados no fueron estadísticamente significativos, en cuanto a las asociaciones entre sintomatología, sexo y la alianza terapéutica inicial entre cuidadores y terapeutas. A pesar de lo anterior, se espera contribuir en los esfuerzos para continuar comprendiendo e investigando en profundidad los diferentes aspectos de la terapia infantil, en especial en cuanto a la relación terapeuta-cuidador debido al rol crucial que tiene para el proceso terapéutico.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, los problemas existentes en el ámbito de la salud mental se presentan como una temática relevante a nivel mundial, debido a la elevada prevalencia de trastornos dentro de este ámbito. Chile no es una excepción a esta realidad; de acuerdo al Ministerio de Salud (2017), existen elevadas tasas de trastornos en la población chilena, en especial en trastornos ansiosos, depresivos y de abuso de sustancias, junto con existir una tasa de suicidios alarmante. Esta situación se presenta también en el ámbito infanto-juvenil. En estudios realizados en el país, se ha encontrado que existe una alta prevalencia de trastornos mentales en niños/as, llegando a postularse que 1 de cada 5 niños/as presenta algún trastorno mental (De la Barra, Vicente, Saldivia & Melipillán, 2012). En esta etapa, se encontró que los trastornos de mayor prevalencia son los disruptivos, los ansiosos y los depresivos, existiendo además una comorbilidad del 39,3% (De la Barra, et al., 2012) y una mayor prevalencia de cualquier trastorno mental en el grupo entre 4 y 11 años en comparación con otras edades (De la Barra, 2009a).

Debido a estas cifras, la relevancia de la psicoterapia infantil es alta, al asociarse sus resultados a altas tasas de mejoría (Lambert & Bergin, 1994). Los hallazgos sobre la efectividad de la psicoterapia en cuanto a mejoras en los pacientes revelan efectos significativos y duraderos de los procesos terapéuticos, en pacientes de diferentes edades (Weisz, Weiss, Alicke & Klotz, 1987). A pesar de estos conocimientos generales, existen disparidades en este aspecto, recibiendo los adultos más tratamientos oportunos en comparación con los niños/as (De la Barra, 2009a), cuyas necesidades de salud mental no están siendo satisfechas (De la Barra, 2009b). Es así como se ha encontrado en el ámbito de salud mental infantil una brecha importante entre las tasas de problemas psicológicos y las tasas de atención oportuna, tanto a nivel nacional como internacional (De la Barra, 2009a; Tolan & Dodge, 2005). Esta brecha ha sido explicada por los investigadores a partir de los problemas de accesibilidad a los servicios de salud mental, inequidad económica, focalización en los trastornos externalizantes por sobre los internalizantes en los niños/as, falta de profesionales y de evidencia en algunos aspectos o porque no se lleva a la práctica la evidencia científica existente (Tolan & Dodge, 2005).

Considerando todo lo anterior, cobra relevancia la investigación en psicoterapia, en especial en los aspectos relevantes que marcarán la diferencia entre una terapia con cambios y resultados beneficiosos y una con pocos resultados o incluso abandono del tratamiento. En los estudios de la psicoterapia con adultos, se ha investigado con mayor profundidad el cambio terapéutico, en cuanto a la medida que permitiría saber si una terapia fue efectiva (Goldfried & Davila, 2005). El estudio en este ámbito lleva a un importante descubrimiento: los factores comunes, es decir los factores compartidos que trascienden los diferentes tipos de terapia y que correlacionan en mayor medida con los resultados que los factores específicos, asociados a técnicas propias de una determinada teoría (Lambert & Barley, 2001; Weinberger, 2002). De este modo, los factores comunes comienzan a cobrar mayor relevancia, incitando a la profundización y al desarrollo de estudios, enfatizando como factores relevantes la empatía, la calidez, la congruencia, la personalidad del terapeuta y la alianza o relación terapéutica (Lambert & Barley, 2001; Weinberger, 2002). Esto ha sido abordado también a nivel nacional, existiendo grupos de investigadores enfocados en los factores de cambio que llegan a conclusiones similares, destacando la importancia de los factores de cambio comunes o genéricos, como es la alianza terapéutica, la estructura de la situación terapéutica y el modo de entregar los contenidos (Krause, et al., 2006).

Es así como comienzan a proliferar los estudios en diferentes factores comunes, destacando las investigaciones en la alianza terapéutica por su rol fundamental dentro del proceso, su relación con cambios en el paciente, con mejores resultados, con mayor motivación para trabajar en terapia, y con disminución de síntomas (Goldfried & Davila, 2005; Hawley & Weisz, 2005; Karver, Handersman, Fields & Bickman, 2006; Kazdin, Whitley & Marciano, 2006; Martin, Garske & Davis, 2000; Lambert & Barley, 2001; Shirk & Karver, 2003; Weinberger, 2002). Si bien su relevancia ha sido considerada en la investigación en psicoterapia de adultos, en el ámbito infanto-juvenil ha quedado atrás respecto a su inclusión (Hawley & Weisz, 2005; Shirk & Karver, 2003). Esta brecha existente se considera preocupante, debido a que en la psicoterapia con niños/as se ven involucradas diferentes personas y relaciones. En específico, se incluyen otros miembros de la familia además del paciente, lo cual lleva a que se deban considerar dos alianzas terapéuticas: una terapeuta-niño/a y otra terapeuta-cuidador

(Hawley & Weisz, 2005; Karver, et al., 2006; Shirk & Karver, 2003). Esta última cumple un rol sumamente significativo y resulta clave en la terapia del niño/a, pero a pesar de existir noción de su relevancia, hacen faltas más estudios dentro de esta temática, especialmente para poder comprender qué factores influyen en esta relación que resulta crucial para el proceso terapéutico de los niños/as en etapa escolar (Accurso & Garland, 2015; DeVet, Kim, Charlot-Swilley & Ireys, 2010; Hawley & Weisz, 2005; Karver, et al., 2006; Shirk & Karver, 2003). De este modo, estudiar los factores que ejercen influencia en la alianza entre los cuidadores y el terapeuta permitirá identificar aspectos que requieren una consideración y cuidados especiales si existen características o factores asociados a dificultades en el vínculo terapéutico con quienes traen al niño/a a sesión.

## **ANTECEDENTES TEÓRICOS Y EMPÍRICOS**

### **Factores de Cambio en la Psicoterapia**

Se ha comprobado que la psicoterapia es efectiva para tratar trastornos mentales, reportando las investigaciones que la mayoría de los pacientes que reciben tratamiento mejoran significativamente, logrando cambios y efectos significativos que persisten en el tiempo (Lambert & Bergin, 1994; Weisz, Weiss, Alicke & Klotz, 1987).

En el marco de la investigación en psicoterapia, existe un ámbito que se centra en los factores que permiten comprender que se den estos resultados, denominados factores de cambio terapéutico. En general se han estudiado factores tanto específicos como comunes, pero una tendencia que ha surgido en las últimas décadas es que estos últimos tomen mayor relevancia (Goldfried & Davila, 2005; Krause, et al., 2006; Weinberger 2002). De este modo, distintos investigadores han podido comprobar y enfatizar la importancia de factores que trascienden a las técnicas y teorías específicas, como es el caso de la empatía, la calidez del terapeuta o la estructura de la situación terapéutica (Goldfried & Davila, 2005; Weinberger 2002). Esto ha sido trabajado también en equipos de investigadores en el país, donde Krause et al., (2006) identifican factores genéricos como la forma de interacción, el modo de transmitir contenidos o la función del terapeuta. A pesar de existir diversos factores de este tipo, tanto en las investigaciones realizadas a nivel internacional como nacional se ha podido relevar la importancia de uno en particular: la alianza terapéutica (Goldfried & Davila, 2005; Horvath & Luborsky, 1993; Krause, et al., 2006; Lambert & Barley, 2001; Martin, Garske & Davis, 2000; Weinberger, 2002). Lo anterior coincide con la postura de teóricos que afirman que la relación o alianza terapéutica es el mayor factor común, el cual subyace a la efectividad de cualquier terapia (Bordin, 1979; Weinberger, 2002).

### **Alianza Terapéutica**

La alianza terapéutica ha sido tratada por diferentes corrientes teóricas. A pesar de existir diferencias conceptuales según el marco teórico desde el que se esté tratando, la alianza ha demostrado ser un factor que trasciende a las técnicas y corrientes específicas de psicoterapia, pudiendo ser definida en términos que la hacen aplicable universalmente (Bordin, 1979; Karver, et al., 2006; Kazdin, Whitley & Marciano,

2006). Esta característica de factor común y aplicación universal ha llevado a que se plantee como el agente clave para el cambio terapéutico (Bordin, 1979).

A pesar de que pueden existir diferencias en las conceptualizaciones de este factor, se han podido identificar tres características en común que definirían la alianza terapéutica: (a) la naturaleza colaborativa de la relación terapeuta-paciente, (b) la existencia de una conexión afectiva entre terapeuta y paciente, y (c) la habilidad de que exista un acuerdo en cuanto a objetivos y tareas del tratamiento (Bordin, 1979; Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske & Davis, 2000).

Una de las razones por las que se considera relevante la alianza es su relación con la efectividad de la terapia (Bordin, 1979; Hawley & Weisz, 2003; Hawley & Weisz, 2005; Horvath & Symonds, 1991; Weinberger, 2002). Junto con esto, una buena alianza terapéutica se ha relacionado con una mayor motivación por parte del paciente para trabajar sus problemas o conflictos (Hawley & Weisz, 2005), mejores resultados (Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske & Davis, 2000) y cambios terapéuticos (Karver, et al., 2006; Krause et al., 2006; Martin, Garske & Davis, 2000). Esto permite comprender que algunos autores den un paso más allá, afirmando que la alianza terapéutica funciona como un mecanismo curativo en sí mismo (Bordin, 1979; Horvath & Luborsky, 1993).

Por otro lado, se ha postulado que la alianza terapéutica facilita una experiencia emocional correctiva, en especial en cuanto a las reparaciones de las rupturas y conflictos que se dan en la relación terapeuta-paciente (Christian, Safran & Muran, 2012). Esto lleva a que el paciente aprenda a que se pueden tolerar las rupturas y conflictos, ayudando al desarrollo de habilidades de negociación y contribuyendo a la seguridad a la hora de expresar sus deseos de dependencia o nutrición (Christian, Safran & Muran, 2012).

Además, se ha podido encontrar que la alianza terapéutica funciona como factor predictor para la terapia desde sus primeras fases, al comenzar su formación desde los primeros encuentros (Principe, Marci, Glick & Ablon, 2006). De este modo, se ha postulado que existe una relación predictiva entre la alianza temprana o inicial y la adherencia al tratamiento o el completar la terapia en adultos (Abrishami, 2009; Horvath and Symonds, 1991; Principe et al., 2006). A pesar de estos descubrimientos en la terapia con adultos, las investigaciones en terapias con niños/as son escasas en

este ámbito y los resultados no han sido consistentes (Abrishami, 2009; Hawley & Weisz, 2005). Sin embargo, existe evidencia que en tratamientos de pacientes adolescentes con traumas graves y trastorno de estrés post-traumático la alianza temprana se asocia con mayor adherencia al tratamiento (Keller, Zoellner & Feeny, 2010).

Es así como a pesar de existir bastante conocimiento respecto a la alianza terapéutica, la investigación se ha centrado en mayor medida en la psicoterapia de adultos, por lo que el conocimiento respecto a la alianza en el ámbito infantil ha quedado atrás (Hawley & Weisz, 2005; Shirk & Karver, 2003). Aun así, hay investigadores que han realizado esfuerzos en profundizar en esta temática, intentando reconocer la importancia de la alianza en la psicoterapia con niños/as y destacar las particularidades que tiene en este ámbito (Karver, et al., 2006; Shirk & Karver, 2003; Shirk, Karver & Brown, 2011). En este sentido, resulta especialmente relevante que los investigadores de este ámbito de la psicoterapia tomen en consideración las influencias que ejercen los factores únicos que existen en los procesos de los niños/as (Abrishami, 2009).

### **Alianza Terapéutica con Niños y Niñas**

La alianza terapéutica con niños/as en etapa escolar se ve necesariamente influenciada por características que son particulares a la psicoterapia infantil, diferenciándose en varios aspectos de la alianza con adultos (Shirk, Karver & Brown, 2011) y pudiendo hacer que su estudio sea más complejo (Abrishami, 2009). En primer lugar, es necesario considerar el sistema consultante de la psicoterapia infantil; al realizar psicoterapia con niños/as no se trabaja solo con el paciente, existiendo un involucramiento directo de otros miembros de la familia, generalmente sus cuidadores o padres (Accurso & Garland, 2015; Karver, et al., 2006; Shirk & Karver, 2003). Esta característica del sistema consultante se relaciona a su vez con la existencia de desacuerdos entre los diferentes miembros, específicamente, diferencias en los motivos de consulta u objetivos pensados para la terapia (Clark, 2013; Shirk & Karver, 2003; Shirk, Karver & Brown, 2011). Estos desacuerdos se dan generalmente entre padres e hijos, siendo común que muchos de los pacientes infantiles que asisten a psicoterapia no cuentan con motivación propia, sino que son traídos por los motivos

de sus padres o cuidadores (Clark, 2013; DiGiuseppe, Linscott & Jilton, 1996; Shirk & Karver, 2003; Shirk, Karver & Brown, 2011).

Por otro lado, se ha podido estudiar que la etapa del ciclo vital de los niños/a influencia necesariamente la psicoterapia y la relación terapeuta-paciente. Al trabajar con niños/as es necesario considerar que cuentan con un modo de razonamiento o pensamiento diferente, debido a que sus capacidades cognitivas se encuentran en desarrollo, lo cual afecta cómo se construye la relación paciente-terapeuta y puede dificultar el establecimiento de una buena alianza terapéutica (Clark, 2013; Shirk & Karver, 2003). También se ha postulado que los reportes de alianza de los niños/as se diferencian de los reportes de los adultos involucrados en la terapia, tanto los padres como el mismo terapeuta, lo cual se ha relacionado también con el desarrollo cognitivo del niño/a, el cual se encuentra aún en proceso y puede teñir de manera particular su percepción de la relación (McLeod, Southam-Gerow & Kendall, 2017). Esto ha sido estudiado también en el marco de terapias grupales en Chile. Álvarez (2017) destaca la relevancia de considerar los aspectos evolutivos en el trabajo terapéutico con niños, especialmente cuando se aborda la temática del cambio en psicoterapia, debido a existir un pensamiento más lógico y concreto en los niños/as, lo cual se ve reflejado en los cambios que se dan en esta área de la psicoterapia. Si bien estas particularidades del trabajo con niños/as fueron percibidas en el trabajo grupal, otros autores han destacado también que al momento de trabajar con niños/as es necesario considerar en qué momento evolutivo se encuentran, pues definirá e influirá en diferentes maneras la relación y la terapia (Clark, 2013).

Por último, al trabajar con niños/as en edad escolar, se debe tomar en cuenta que dependen directamente de sus padres. Esto se debe considerar en cuanto son los principales encargados que asistan a terapia en primer lugar y que luego acudan sesión a sesión (Hawley & Weisz, 2005; Shirk & Karver, 2003). Es debido a su importancia en la psicoterapia que se considera crucial comprender el rol que cumplen en la psicoterapia y su relación con el terapeuta, por lo que resulta llamativo que este aspecto de la psicoterapia y alianza en el área infantil no esté siendo lo suficientemente estudiada (DeVet, et al., 2003).

Los estudios existentes que han realizado un este esfuerzo por estudiar la alianza en la psicoterapia infantil han encontrado relaciones y asociaciones relevantes.

En primer lugar, se encuentra que existe una relación entre una buena alianza, tanto con los niños/as como con los padres, y una mejor adherencia al tratamiento, previniendo los abandonos tempranos del proceso (Hawley & Weisz, 2005; Shirk & Karver, 2003). Estos resultados se han replicado también en mediciones tempranas en el tratamiento, pudiendo encontrarse que una alianza inicial positiva se relaciona con una mejor adherencia al tratamiento (Liber, et al., 2010). En segundo lugar, existe una relación positiva entre una buena alianza terapéutica y mejores resultados en la terapia, hallazgos comparables a los encontrados en la psicoterapia de adultos (Karver, et al., 2006; Shirk & Karver, 2003). Además, se ha encontrado una relación entre una alianza terapéutica positiva y cambio terapéutico en los niños/as, siendo mayor el cambio al existir una mejor alianza con el niño/a (Kazdin & Durbin, 2012). Por último, se ha encontrado también que una alianza terapéutica positiva se asocia a mejoras sintomáticas en el niño/a (Hawley & Weisz, 2005).

En muchos de los estudios anteriormente descritos se puede apreciar cierto patrón, pues los investigadores destacan no solamente la importancia de desarrollar y mantener una buena alianza terapéutica con los niños/as, sino también con los padres o cuidadores a cargo de estos pacientes (Accurso & Garland, 2015; Clark, 2013; Hawley & Weisz, 2003; Hawley & Weisz, 2005; Karver, et al., 2006; Shirk, Karver & Brown, 2011). En estudios nacionales se ha destacado de igual manera la relevancia del rol de los padres o cuidadores, pues no sólo son los principales responsables de que el niño/a asista a terapia, sino que su participación es esencial para que se den cambios en el sistema familiar (Álamo, 2019). Esto se relaciona con el hecho que los cambios en terapia no se dan sólo en el paciente mismo, sino también en sus cuidadores, los cuales abarcan modificaciones cognitivas, cambios comportamentales y transformaciones en la representación que tienen de sí mismos como padres del niño/a (Álamo, 2019).

### **Alianza Terapéutica con los Cuidadores o Padres**

Como se mencionaba previamente, se ha considerado que la psicoterapia infantil cuenta con la particularidad y dificultad de tener que trabajar con diferentes perspectivas, al existir un trabajo directo con los padres o cuidadores del niño/a que asiste a terapia (Accurso & Garland, 2015; Karver, et al., 2006; Shirk & Karver, 2003).

Es así como en el trabajo terapéutico con niños/as se debe tener en cuenta la coexistencia de tres conexiones: paciente-cuidador, terapeuta-paciente y terapeuta-cuidador (Gvion & Bar, 2014). Esta tercera conexión, la existente entre terapeuta y cuidador, cumple un rol relevante en la terapia, a la vez de plantear también ciertas paradojas y dificultades.

En cuanto a la relevancia de los cuidadores, se ha logrado establecer que juegan un rol crucial en la psicoterapia infantil, al ser quienes generalmente traen el niño/a a consultar y quienes cuentan con los principales motivos para realizar esto (Clark, 2013; DiGiuseppe, Linscott & Jilton, 1996; Shirk & Karver, 2003; Shirk, Karver & Brown, 2011). Además, cumplen la función de proveer transporte al niño/a para que asista sesión a sesión y financian generalmente el tratamiento, lo cual los deja con el poder de decidir cuándo detener la terapia (Hawley & Weisz, 2005). De este modo, una fuerte alianza entre el cuidador y el terapeuta puede prolongar y mantener el tratamiento incluso cuando entre el niño/a y el terapeuta hay una alianza deficiente o negativa, relación que se da también inversamente, pues si el padre, madre o cuidador no tiene una buena relación con el terapeuta, puede llevar a que se abandone el tratamiento sin importar cómo es la alianza entre el niño/a y el terapeuta (Abrishami, 2009; Garcia & Weisz, 2002).

Por otro lado, algunos autores plantean que el rol que tienen los padres en la terapia de sus hijos/as resulta paradójico, debido a que pueden estar presentes como agentes, mediadores, soportes o como pacientes cuando se realizan intervenciones en búsqueda de la mejoría del niño/a, lo cual puede tener sus propias influencias en la alianza terapéuticas entre ellos (Gvion & Bar, 2014).

Considerando las diferentes aristas que tiene este rol, se puede esperar que la alianza que existe entre ellos y el terapeuta es igualmente relevante. Las investigaciones han encontrado que el mantener una buena alianza con los padres se asocia con mejores resultados y cambios terapéuticos (Dowell & Ogles, 2010; Hawley & Weisz, 2005; Karver, et al., 2006; Kazdin, Whitley & Marciano, 2006). Además, se ha relacionado el establecer una buena alianza con los cuidadores con una mayor adherencia al tratamiento (Hawley & Weisz, 2005). Otro aspecto que se ha considerado relevante es que el tener una alianza terapéutica positiva con ellos

beneficia a su vez la alianza que el terapeuta tiene con el niño/a, ayudando especialmente en su desarrollo al inicio de la terapia (Campbell & Simmonds, 2011).

Por otro lado, dentro de la psicoterapia infantil se requiere en muchos casos realizar cambios a nivel familiar o en cuanto a prácticas parentales, debido al impacto que tienen en las vidas de los niños/as. Se ha encontrado que el tener una buena alianza terapeuta-cuidador se relaciona con mayores cambios positivos en estos ámbitos (Accurso, Hawley & Garland, 2013; Hawley & Garland, 2008; Hukkelberg & Ogden, 2013; Karver, et al., 2006). Esto ha sido identificado también a nivel nacional, encontrándose que la psicoterapia propicia cambios a nivel cognitivo, comportamental y afectivo tanto en los padres como en la familia, en relación con sus hijos/as y con la imagen que tienen de sí mismos como padres (Álamo, 2019).

Si bien se han logrado estudiar estos beneficios, existen a su vez desafíos que deben ser considerados por el terapeuta. En primer lugar, se ha propuesto que existe una dificultad inherente al tener que trabajar en diferentes relaciones paralelamente, debido a que el terapeuta debe considerar las tres relaciones que están en juego en la psicoterapia infantil y que necesariamente los padres formarán parte del proceso (Accurso, Hawley & Garland, 2013; Gvion & Bar, 2014). A su vez, el terapeuta deberá lidiar con problemas presentados por los padres ante la situación terapéutica, como el sentimiento de ser excluido de las sesiones donde solo ingresan los niños/as, la sensación de ser un observador de un vínculo del cual no forma parte, culpa debido a que su hijo requiera de terapia y resentimiento hacia el terapeuta por sus intervenciones o relación con el niño/a; estas situaciones pueden llevar a que decida sabotear el proceso terapéutico, deteniendo la terapia o negando las mejoras del niño/a (Gvion & Bar, 2014).

A pesar de la importancia que tiene el establecer una alianza terapéutica positiva con los padres o cuidadores, este campo ha recibido poca atención, lo cual destaca lo significativo que es el seguir profundizando y estudiando este tema (Accurso, Hawley & Garland, 2013; DeVet, et al., 2003). Además, no se han considerado suficientemente los diferentes factores que pueden afectar esta relación, como por ejemplo la presencia de sólo uno de los padres o la edad de la madre (Kazdin, Holland & Crowley, 1997; Kazdin & Mazurick, 1994).

## **Factores que pueden influir en la alianza cuidador-terapeuta**

Un factor que no se ha tomado lo suficiente en consideración es el sexo del paciente, a pesar de encontrarse diferencias en las prevalencias de trastornos según el sexo del niño/a, siendo mayores en las niñas las prevalencias de trastornos afectivos y ansiosos, considerados de línea “internalizante”, mientras en niños se ha encontrado una mayor prevalencia de sintomatología y trastornos externalizantes, es decir, dentro de la línea disruptiva o conductual (De la Barra, 2009a; De la Barra, 2012). Por otro lado, también se han encontrado diferencias según el sexo en estudios que utilizan el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ); acorde a la revisión de Ortuño-Sierra, Fonseca-Pedrero, Inchausti y Sastre (2016), en diferentes estudios que han utilizado este cuestionario han encontrado que las mujeres puntúan más alto en problemas emocionales, considerados parte de la línea internalizante, mientras los hombres presentan más sintomatología externalizante, al puntuar más alto en escalas de hiperactividad y problemas conductuales.

En la misma línea con las diferencias entre tipos de trastornos, las investigaciones revelan que la relación con los niños/as con trastornos o sintomatología externalizantes será más desafiante en comparación con los que presentan sintomatología internalizante (DiGiuseppe, Linscott & Jilton, 1996; Shirk & Karver, 2003), presentándose que en los inicios de la terapia los niños/as con sintomatología externalizante tenían una alianza más débil en comparación con el grupo con sintomatología internalizante (Halfon, Özsoy & Cavdar, 2019).

De este modo, se ha podido afirmar que el tipo de problema que trae al niño/a a terapia tiene relación con la formación de la alianza a poco tiempo de iniciar la terapia (Abrishami & Warren, 2013). Sin embargo, no se daría la misma situación con los padres o cuidadores. Algunos estudios revelan que los padres de niños/as y adolescentes con trastornos conductuales o sintomatología del tipo externalizante tienen una mejor alianza y relación con el terapeuta (Hawley & Weisz, 2003; Hukkelberg & Ogden, 2013), encontrándose más dispuestos a cambiar prácticas y dinámicas parentales o familiares (Hawley & Garland, 2008; Kazdin, Whitley & Marciano, 2006). Es así como si bien los pacientes con sintomatología externalizante tienen mayores dificultades para establecer una buena alianza y un vínculo de confianza con su terapeuta cuando inician la terapia (Abrishami, 2009), no se daría lo

mismo con los padres, quienes se encuentran más dispuestos a trabajar con el terapeuta en adoptar maneras de resolver los conflictos que tienen con sus hijos/as con esta sintomatología (Hukkelberg & Ogden, 2013), lo cual se asocia a la cantidad de conflictos que suelen presentar las familias con este tipo de problemáticas al iniciar la terapia (Robbins, Turner, Alexander & Perez, 2003). Además, se ha visto una asociación importante entre la disminución de síntomas externalizantes de adolescentes con la alianza positiva que forman los padres con los terapeutas de sus hijos/as (Hawley & Garland, 2008).

Por otro lado, se ha encontrado que en los casos donde los niños/as asisten a terapia por problemas de tipo externalizantes, existe un mayor acuerdo en los problemas a tratar, en comparación con los casos donde los niños/as presentan problemas internalizantes, como sintomatología ansiosa o depresiva (Hawley & Weisz, 2003).

Si bien estos resultados son relevantes para los terapeutas infantiles, debido a que podrían permitir preveer algunas características de la relación con los padres al conocer el motivo de consulta o el problema que lleva a la familia a consultar, las investigaciones se han enfocado en mayor medida en adolescentes con trastornos de conducta propiamente tal o sintomatología externalizante de esta línea y no en niños/as en etapa escolar o con sintomatología internalizante (DiGiuseppe, Linscott & Jilton, 1996; Hawley & Garland, 2008). En este sentido, se requieren nuevas investigaciones para profundizar en la influencia del tipo de sintomatología en la alianza entre padres y terapeutas de niños/as menores, para poder observar si se replican estos resultados encontrados en población adolescente y si estos factores deben ser considerados al momento de pensar en la alianza con los cuidadores para tener un buen vínculo de trabajo en la terapia.

## **OBJETIVOS**

Considerando lo anterior, se puede apreciar la necesidad de profundizar en el conocimiento que se tiene respecto a la alianza del terapeuta con los padres o cuidadores del paciente, en especial en los factores que pueden afectar el desarrollo y mantenimiento de una buena alianza terapéutica. Siendo esto así, se considerarán los siguientes objetivos para el estudio.

### **Objetivo general**

Determinar el tipo de relación existente entre el diagnóstico, la sintomatología clínica (externalizante e internalizante) y la alianza terapéutica inicial en diadas terapeuta-cuidador de niños/as que asisten a psicoterapia, evaluando semejanzas y diferencias entre cuidadores de niños/as y la medida en que los síntomas y el diagnóstico explican la alianza.

### **Objetivos específicos**

1. Describir y analizar los diagnósticos, la sintomatología clínica (externalizante e internalizante) y la alianza inicial terapeuta-cuidador, diferenciando según el sexo del niño o niña.
2. Evaluar la asociación entre los diagnósticos, la sintomatología clínica (externalizante e internalizante) y la alianza terapéutica inicial terapeuta-cuidador.
3. Comparar la calidad de la alianza terapéutica inicial terapeuta-cuidador, los diagnósticos y la sintomatología clínica (externalizante e internalizantes) diferenciando según el sexo del paciente que asiste a psicoterapia.
4. Determinar en qué medida los diagnósticos, la sintomatología clínica (externalizante e internalizante) y el sexo del niño o niña explican la calidad de la alianza inicial terapeuta-cuidador.

## **HIPÓTESIS**

Tomando en consideración los antecedentes encontrados, los resultados empíricos de otras investigaciones y los objetivos del presente estudio, se plantean las siguientes hipótesis.

1. Se espera encontrar una relación entre los diagnósticos y sintomatologías de los niños/as y la calidad de alianza inicial terapeuta-cuidador, logrando analizar sus diferencias según su carácter externalizante o internalizante y diferenciando además según sexo del niño o niña.
2. Al evaluar la asociación entre diagnósticos, sintomatología (externalizante e internalizante) y alianza inicial terapeuta-cuidador, se espera encontrar una relación significativa entre estas variables, de modo que la sintomatología del niño/a se relacione o asocie significativamente con la calidad de la alianza inicial entre el terapeuta y el cuidador del niño/a.
3. Al comparar la calidad de alianza terapéutica inicial y la sintomatología clínica, se espera encontrar un mejor reporte de alianza inicial terapeuta-cuidador en los padres o cuidadores de niños, debido a que presentarían mayores índices de sintomatología externalizante.
4. Se espera determinar que los diagnósticos, sintomatología (externalizante e internalizante) y sexo del niño o niña expliquen de manera significativa la alianza terapéutica inicial entre terapeutas y cuidadores, pudiendo considerarse entonces factores relevantes al momento de considerar esta alianza.

## **METODOLOGÍA**

### **Diseño**

El presente estudio contó con un diseño cuantitativo, experimental y transversal, al realizarse una sola medición en el tiempo. Es de carácter descriptivo, comparativo y correlacional, ya que se describirán y caracterizarán las variables alianza terapeuta-cuidador desde la percepción de los terapeutas y de los cuidadores, y la sintomatología clínica del niño/a (externalizante e internalizante).

Posteriormente a las mediciones, se correlacionaron las estudiadas, se realizaron comparaciones entre niños y niñas, para finalmente determinar el valor explicativo del diagnóstico, la sintomatología clínica y el sexo del niño o niña para la alianza terapeuta-cuidador a partir de análisis de regresión.

### **Participantes**

La muestra del presente estudio constó de 25 triadas terapeuta, padres o cuidadores, niño/a iniciando un proceso de psicoterapia en la Unidad de Salud Mental del Centro Médico San Joaquín y el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad de Chile. Se definieron como criterios de inclusión: niños o niñas entre 6 y 11 años iniciando un proceso terapéutico con algún terapeuta de los centros anteriormente mencionados por primera vez y tener dominio de lecto-escritura. Se seleccionaron niños de este rango etario al considerar los antecedentes presentados previamente, debido a ser un grupo con alta prevalencia de trastornos psicológicos y existir menos investigación en estas edades en comparación con niños/as más grandes y adolescentes. En cuanto a los cuidadores, se consideró el reporte de alianza de una figura de cuidado (madre, padre u otro familiar), que asiste con ellos a las sesiones de psicoterapia y que mantiene contacto con el terapeuta.

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

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 niños/as, padres y terapeutas” (Núñez, 2019).

### **Procedimiento**

Inicialmente, se realiza un contacto con los terapeutas infanto-juveniles de los diferentes centros para explicar los objetivos del estudio, riesgos y beneficios e invitarlos a participar junto a nuevos pacientes que inicien un proceso terapéutico con ellos. Los terapeutas interesados en el estudio invitan a sus pacientes y aquellos que aceptaban eran contactados por psicólogas clínicas del equipo de investigación. Con posterioridad a la primera sesión de psicoterapia, una de las investigadoras del equipo asistía al centro de atención y explica al padre o cuidador y al niño/a que asiste a terapia el propósito de la investigación, en qué consiste su participación y sus riesgos y beneficios. Posteriormente, se les brindó para que puedan leer un consentimiento informado, existiendo una versión para los padres/cuidadores y otra adaptada para los niños/as. Luego de la lectura de este documento y un espacio disponible para que realizaran preguntas respecto a la participación en la investigación, los participantes decidían si participan o no en esta instancia. En el caso de no aceptar y no firmar los consentimientos se les agradecía de todos modos su tiempo y se les explicaba que esto no tenía ninguna influencia en su tratamiento en el centro en que se encuentran consultando. Quienes confirmaban su participación procedían a firmar el consentimiento o la carta de asentimiento en caso de los niños/as, llevándose además una copia de este documento. En el caso de los niños/as, se consideraron además otros dos puntos en los cuales pueden dar su autorización o rechazar la petición del equipo. En primer lugar, se le preguntaba si autoriza al equipo a ver la información diagnóstica registrada por el terapeuta en la ficha clínica del paciente. En segundo lugar, se le preguntaba si autoriza a que el equipo a que se utilicen sus dibujos en presentaciones o publicaciones. En estos puntos se consideró relevante explicarles lo mejor posible a los niños/as, para respetar su derecho a mantener información que les pertenece de manera confidencial y privada.

Luego de esto, se iniciaba la aplicación de los instrumentos. En cuanto a los instrumentos que requieren la participación o reporte del niño/a, fueron realizados con

el apoyo de una investigadora del equipo, mientras los padres completaban sus instrumentos de manera individual. Respecto a los instrumentos de reporte del terapeuta, eran entregados también luego de la realización de la primera sesión para que los completara de manera individual. Para el presente estudio se utilizaron de esta batería de instrumentos los que se presentan a continuación.

### **Instrumentos**

1. Ficha de caracterización de caso. Se trata de una ficha completada por el equipo de investigación en torno a información del paciente (nombre, edad, fecha de nacimiento, sexo, curso, motivo de consulta, diagnóstico DSM), el adulto o cuidador responsable (nombre, relación con el niño/a, sexo, edad), el terapeuta (nombre, sexo, edad, experiencia clínica, enfoque teórico) y la terapia (inicio, término, número de sesiones, tipo de egreso). Esta información era completada con la ayuda del terapeuta que inicia el proceso con el paciente.

2. Therapeutic Alliance Scale for Caregivers and Parents (TASCP, Escala de Alianza Terapéutica para Cuidadores y Padres). El TASCP es una escala de autoreporte que mide alianza terapéutica a través de 12 ítems, contando con dos versiones paralelas, una para el cuidador o padre y otra para el terapeuta (Accurso, Hawley & Garland, 2013). El puntaje máximo de la escala es 48 y no existen puntajes de corte; de este modo, se consideraron los puntajes como un continuo, por lo que los puntajes más cercanos a 48 se consideraron como una alianza terapéutica más fuerte, en comparación con aquellos más cercanos al puntaje mínimo, es decir, 12 puntos. Esta escala fue creada por Erin Accurso, Kristin Hawley y Ann Garland (2013) a partir del TASC (Therapeutic Alliance Scale for Children) para medir la alianza cuidador-terapeuta en la psicoterapia infantil. En los estudios de sus propiedades, se encontró que la escala presenta una buena confiabilidad, obteniéndose alfas de Cronbach de 0.85 a 0.88 en su versión en inglés y 0.83 a 0.90 en su versión traducida al español, traducción que se lleva a cabo por las autoras al momento de su creación y testeo (Accurso, Hawley & Garland, 2013). En cuanto al presente estudio, la escala en general obtuvo un alfa de Cronbach de 0.825, replicándose de este modo la confiabilidad que ha presentado anteriormente; al considerar las versiones por separado, se pudo encontrar que la versión del cuidador tiene un alfa de 0.750, mientras

la del terapeuta obtuvo un 0.792. La elección de esta escala se relaciona con que los resultados en ella se han relacionado con mejor adherencia, satisfacción con las mejoras y mejores resultados terapéuticos (Accurso, Hawley & Garland, 2013). Además, destaca el rol significativo que tienen los padres o cuidadores en la terapia de sus hijos y la importancia de contar con una buena alianza con ellos (Accurso, Hawley & Garland, 2013). En este estudio, se utilizará una versión del TASC que fue traducida por el equipo de investigación. Este proceso de traducción tuvo los siguientes pasos: (a) una primera traducción del inglés al español por una traductora bilingüe, (b) re-traducción del instrumento al inglés por parte de una investigadora bilingüe 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, 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.

3. Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ-Cas, Cuestionario de capacidades y dificultades). El SDQ-Cas es un cuestionario con respaldo alrededor del mundo que funciona como herramienta de screening para detectar posibles casos de trastornos psicopatológicos en niños/as de 4 a 16 años (Ortuño-Sierra, et al., 2016). Acorde a estudios realizados en nuestro país, presenta un nivel de confiabilidad adecuado, con un alfa de Cronbach de 0.73 (Caqueo-Uriar, Urzúa, Ferrer, Zúñiga, Palma y Escudero, 2014), y en estudios de su versión en español ha presentado una alta validez discriminante en cuanto a su sensibilidad y especificidad (0.96 y 0.95 respectivamente) (Fajardo, León, Felipe y Ribeiro, 2012). En cuanto a la aplicación de este cuestionario en este estudio, se obtuvo un alfa de 0.723. El cuestionario consta de 25 ítems, los cuales se dividen en 5 escalas: hiperactividad/inatención, problemas conductuales, problemas emocionales, problemas con pares y conducta prosocial (Goodman, 2001; Ortuño-Sierra, et al., 2016). Además, existen dos factores de segundo orden, siendo el primero el factor internalizante que considera las escalas de problemas emocionales y problemas con pares, mientras el factor externalizante considera las escalas de hiperactividad/inatención y problemas conductuales; esta estructura factorial de

segundo orden es considerada como la más apropiada para explicar la dimensionalidad que subyace a las puntuaciones de las diferentes versiones de este cuestionario (Ortuño-Sierra, et al., 2016). En cuanto a la aplicación de este cuestionario, existe una versión de reporte de los padres, otra para profesores y una de autoreporte de los niños/as (Ortuño-Sierra, et al., 2016). En este estudio, se utilizan la versión para padres, la cual es completada por el cuidador o padre que asiste a sesión, y la versión de autoreporte para el niño/a.

### **Análisis de datos**

Para llevar a cabo el análisis estadístico de los datos, se utilizó el programa Statistical Package for the Social Sciences (IMB SPSS Statistics 25). En este programa se ordenaron los datos obtenidos en los distintos instrumentos y se llevó a cabo la codificación de las diferentes escalas. A partir de esta herramienta, se realizaron también análisis descriptivos de las variables estudiadas, reportando promedios, desviaciones estándar y frecuencias, análisis correlacionales lineales de Pearson para determinar la asociación entre las variables, análisis de varianza con pruebas no paramétricas para determinar las diferencias entre grupos de niños y niñas y análisis de regresión lineal para determinar el valor explicativo de la sintomatología, el diagnóstico y el sexo del niño o niña en la alianza terapeuta-cuidador.

## **RESULTADOS**

### **Caracterización de la muestra**

Se estudiaron 25 tríadas, compuestas por 19 terapeutas, 25 cuidadores y 25 niños/as, al existir terapeutas que aportaron con más de un nuevo caso. De los 25 cuidadores, 22 eran la madre o el padre del niño/a, mientras los 3 restantes tenían otro tipo de relación familiar. En cuanto a los pacientes, fueron 12 niños y 13 niñas, cuyas edades variaron desde los 6 a los 11 años, con una media de 7.88 ( $SD = 1.39$ ).

### **Análisis descriptivo de la alianza terapéutica cuidador-terapeuta, sintomatología del niño/a y diferencias por sexo del niño/a**

Para analizar la alianza terapéutica se utilizó la Escala de Alianza Terapéutica para Cuidadores y Padres (TASCP), en sus dos versiones, una que es contestada por el terapeuta y otra por el cuidador o padre del niño/a. Respecto a los resultados, los cuidadores puntuaron una media de 40.76 ( $SD = 4.3$ ), mientras los terapeutas obtuvieron una media de 36.68 ( $SD = 3.98$ ). Considerando que el máximo de la escala es 48, se consideraron los puntajes como un continuo, por lo que los puntajes más cercanos a 48 se consideraron como una alianza terapéutica más fuerte, en comparación con aquellos más cercanos al puntaje mínimo, es decir, 12. De este modo, ambas puntuaciones medias se consideran altas en la escala utilizada.

En cuanto a la sintomatología de los niños/as, no se pudo contar con los diagnósticos clínicos de todos los pacientes, por lo que se utilizaron las mediciones del SDQ-Cas, cuestionario contestado tanto por los cuidadores como por los niños, pero se consideró los resultados de la primera versión al existir un enfoque en la alianza del terapeuta con los cuidadores o padres del niño/a. En la escala general, se considera como puntaje límite 14 a 16 puntos, mientras en la sintomatología externalizante e internalizante los puntajes límites son 8 y 7 respectivamente.

En la versión de este cuestionario reportada por los cuidadores, se encontró que reportaban una media de 16 puntos ( $SD = 4.96$ ) en cuanto a sintomatología general, lo cual es considerado un puntaje que limita en la anormalidad. Al momento de considerar las dos líneas de sintomatología, las medias fueron de 7.12 ( $SD = 3.87$ ) para la sintomatología internalizante y de 8.88 ( $SD = 3.51$ ) para sintomatología

externalizante. En cuanto a los reportes de los mismos niños/as, la media fue de 18.84 (SD = 5.27) para la escala de sintomatología general, 9.20 (SD = 3.09) para sintomatología internalizante y 9.64 (SD = 4.44) para sintomatología externalizante. Para los análisis posteriores se utilizará el reporte de los cuidadores de los niños/as de la sintomatología mediante este instrumento, al no contar con los diagnósticos para toda la muestra y existir un enfoque en los cuidadores de los niños/as en este estudio.

Al analizar por separado según el sexo del niño/a, se observaron los siguientes datos. En los niños, la media de alianza inicial cuidador-terapeuta era de 41 (SD = 4.26) acorde al reporte del cuidador y de 37.83 (SD = 3.21) en la versión del terapeuta. En cuanto a sintomatología según lo observado por su cuidador, padre o madre, los niños contaban con medias de 9.83 (SD = 3.21) para sintomatología externalizante, 6.83 (SD = 3.79) para sintomatología internalizante y 16.67 (SD = 5.21) en la escala general. Por el otro lado, al considerar al grupo de las niñas, la alianza inicial entre cuidador y terapeuta era de 40.54 (SD = 4.43) acorde al cuidador y de 35.62 (SD = 4.26) según el terapeuta. Respecto a la sintomatología, contaban con medias de 8.00 (SD = 3.67) para sintomatología externalizante, 7.38 (SD = 4.07) para sintomatología internalizante y 15.38 (SD = 4.84) en la escala general.

### **Análisis correlacionales**

Para determinar la presencia de asociaciones entre la alianza terapéutica inicial y la sintomatología presente en el niño/a, se realizó una matriz de correlaciones de Pearson (Tabla 1).

Se pudo observar que existe una correlación positiva y significativa entre el reporte de alianza terapéutica inicial del cuidador y el del terapeuta ( $r = .406$ ,  $p = .044$ ), lo cual indica que, a un mejor reporte de alianza terapéutica inicial del terapeuta, también es mejor el reporte del cuidador respecto a la relación. En cuanto a las relaciones con la sintomatología del niño/a, no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas. A pesar de ello, se pueden observar que las tendencias existentes presentan diferencias en cuanto a su dirección. De este modo, si bien no se presentan correlaciones, el reporte de alianza inicial del cuidador se asocia negativamente con el nivel de sintomatología total ( $r = -.079$ ,  $p = .708$ ) y con la presencia de sintomatología internalizante ( $r = -.117$ ,  $p = .578$ ), mientras la asociación

con la sintomatología externalizante es extremadamente baja, pero positiva ( $r = .017$ ,  $p=.934$ ).

Por otro lado, estas asociaciones no se replican del todo en relación con la alianza inicial reportada por el terapeuta. Si bien tampoco se tratan de asociaciones estadísticamente significativas, en el caso del terapeuta se presentaron relaciones negativas con la sintomatología general del niño/a ( $r = -.087$ ,  $p=.680$ ), la sintomatología externalizante ( $r = -.101$ ,  $p=.630$ ) y la sintomatología internalizante ( $r = -.019$ ,  $p=.928$ ).

### Tabla 1

*Correlaciones entre la alianza terapéutica inicial cuidador-terapeuta y sintomatología del niño/a reportada por su cuidador*

	TASCP (C)	TASCP (T)	SDQ (ET)	SDQ (SE)
TASCP (T)	.406*			
SDQ (ET)	-.079	-.087		
SDQ (SE)	.017	-.101	.631**	
SDQ (SI)	-.117	-.019	.709**	-.100

*Nota.* C = Cuidador, T = Terapeuta, ET = Escala Total, SE = Sintomatología Externalizante, SI = Sintomatología Internalizante

\*\* .  $p < 0.05$

\* .  $p < 0.01$

Por otra parte, se realizaron análisis correlacionales diferenciando según el sexo del niño/a que estaba iniciando un proceso terapéutico, con la finalidad de comparar niños y niñas en cuanto a la calidad de la alianza terapéutica inicial terapeuta-cuidador y la sintomatología clínica (Tablas 2 y 3). Al diferenciar a partir de esta variable, se puede observar que las asociaciones entre alianzas terapéuticas iniciales cuidador-terapeuta y sintomatología toman direcciones diferentes, pero no se encuentran correlaciones significativas. De este modo, en el caso de los niños, se puede encontrar que existe la tendencia a que la alianza terapéutica inicial según es reportada por el cuidador sea positiva, aunque no estadísticamente significativa, tanto para sintomatología general ( $r = .209$ ,  $p=.258$ ), sintomatología externalizante ( $r = .113$ ,

p=.341) e internalizante ( $r = .175$ ,  $p=.294$ ). Esto no ocurre al ver las asociaciones entre la alianza terapéutica inicial reportada por el cuidador y la sintomatología en niñas, existiendo correlaciones negativas con su sintomatología general ( $r = -.368$ ,  $p=.108$ ), externalizante ( $r = -.097$ ,  $p=.376$ ) e internalizante ( $r = -.350$ ,  $p=.121$ ).

En cuanto al reporte de alianza terapéutica inicial del terapeuta, cuando se trata de un inicio de proceso con niños se encuentran asociaciones positivas y no significativas con la sintomatología general ( $r = .024$ ,  $p=.471$ ) y la sintomatología externalizante ( $r = .094$ ,  $p=.386$ ), siendo negativa con la sintomatología internalizante ( $r = -.047$ ,  $p=.442$ ). Respecto a las niñas, se da un efecto contrario en las tendencias de asociación, siendo negativas para la sintomatología general ( $r = -.245$ ,  $p=.210$ ) y sintomatología externalizante ( $r = -.359$ ,  $p=.114$ ), mientras es positiva con la presencia de sintomatología internalizante ( $r = .032$ ,  $p=.459$ ).

**Tabla 2**

*Correlaciones entre la alianza terapéutica inicial cuidador-terapeuta y sintomatología de niños*

	TASCP (C)	TASCP (T)	SDQ (ET)	SDQ (SE)
TASCP (T)	.411			
SDQ (ET)	.209	.024		
SDQ (SE)	.133	.094	.691*	
SDQ (SI)	.175	-.047	.790*	.102

*Nota.* C = Cuidador, T = Terapeuta, ET = Escala Total, SE = Sintomatología Externalizante, SI = Sintomatología Internalizante

\*\* $p < 0.05$

\* $p < 0.01$

**Tabla 3**

*Correlaciones entre la alianza terapéutica inicial cuidador-terapeuta y sintomatología de niñas*

	TASCP (C)	TASCP (T)	SDQ (ET)	SDQ (SE)
TASCP (T)	.411			
SDQ (ET)	-.368	-.245		
SDQ (SE)	-.097	-.359	.572**	
SDQ (SI)	-.350	.032	.672*	-.223

*Nota.* C = Cuidador, T = Terapeuta, ET = Escala Total, SE = Sintomatología Externalizante, SI = Sintomatología Internalizante

\*\* .  $p < 0.05$

\* .  $p < 0.01$

### **Análisis de regresión lineal**

Para conocer si existía un posible valor explicativo entre las variables estudiadas, se realizaron dos análisis de regresión, considerando como variables dependientes la alianza terapéutica inicial acorde a la percepción del cuidador y acorde a la percepción del terapeuta.

Tanto en el caso de la alianza terapéutica inicial reportada por el cuidador (Tabla 4) y la alianza terapéutica inicial reportada por el terapeuta (Tabla 5), los análisis arrojaron que las variables de sintomatología y el sexo del niño/a no tienen un valor explicativo en cuanto a la percepción de alianza de ninguna de las partes, resultando en modelos no estadísticamente significativos. En cuanto al modelo completo de la alianza terapéutica inicial del cuidador, se encontró un R2 ajustado de .125, lo cual indica que este modelo explica solo un 12% de la varianza, sin ser estadísticamente significativo ( $F(3,21) = .113, p = .951$ ). Respecto al modelo completo de la alianza terapéutica inicial del terapeuta, se encontró un R2 ajustado de .012, lo cual indica que este modelo explica solo un 1% de la varianza, lo cual no es significativo ( $F(3,21) = .907, p = .454$ ).

**Tabla 4**

*Análisis de regresión lineal múltiple para evaluar el valor predictivo de la sintomatología y sexo del niño/a en la alianza terapéutica inicial reportada por el cuidador*

	B	Sig.
Intercepto	42.350	.000
SDQ (SE)	-.008	.976
SDQ (SI)	-.126	.606
Sexo	-.408	.831

*Nota.* SE = Sintomatología Externalizante, SI = Sintomatología Internalizante

**Tabla 5**

*Análisis de regresión lineal múltiple para evaluar el valor predictivo de la sintomatología y sexo del niño/a en la alianza terapéutica inicial reportada por el terapeuta*

	B	Sig.
Intercepto	42.668	.000
SDQ (SE)	-.217	.380
SDQ (SI)	-.014	.947
Sexo	-2.607	.132

*Nota.* SE = Sintomatología Externalizante, SI = Sintomatología Internalizante

## CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

A partir de diferentes estudios e investigaciones, se ha podido observar que la alianza terapéutica es un factor clave en la psicoterapia, asociándose con mejores resultados, mayor cambio terapéutico y efectividad. En el ámbito de la terapia infantil no ha recibido la misma atención que en la terapia de adultos, a pesar de las particularidades de este contexto terapéutico y el involucramiento de otras personas en el proceso, como los padres o cuidadores.

En cuanto a la alianza terapéutica entre cuidadores y terapeutas, se ha evidenciado lo relevante que es para la adherencia al tratamiento (Hawley & Weisz, 2005), la relación entre el niño/a y el terapeuta, (Abrishami, 2009; Garcia & Weisz, 2002), mejores resultados y cambios terapéuticos (Dowell & Ogles, 2010; Hawley & Weisz, 2005; Karver, et al., 2006; Kazdin, Whitley & Marciano, 2006). Si bien se han visto que factores como el tipo de sintomatología que presenta el paciente puede afectar esta relación o que existen diferencias en los motivos de consulta acorde al sexo del niño/a, hacen falta estudios enfocados en esta importante alianza. Es por ello que, en el presente estudio, se tenía como objetivo indagar en el tipo de relación existente entre la sintomatología clínica (general, externalizante e internalizante) y la alianza terapéutica inicial en la díada terapeuta-cuidador de niños/as que inician un proceso terapéutico.

En primer lugar, al momento de analizar la sintomatología clínica presente en los niños/as, la alianza inicial terapeuta-cuidador y las diferencias según el sexo del paciente, se encontró que las medias de alianza eran altas tanto según el reporte del terapeuta como el del cuidador ( $M = 36.68$ ,  $SD = 3.98$  y  $M = 40.76$ ,  $SD = 4.3$  respectivamente). Respecto a la sintomatología, se contó con el reporte de los padres o cuidadores según el SDQ-Cas, donde la media fue de 16 puntos ( $SD = 4.96$ ) para la escala general y mayor para la sintomatología externalizante que la internalizante ( $M = 8.88$ ,  $SD = 3.51$  y  $M = 7.12$ ,  $SD = 3.87$  respectivamente).

Por otro lado, respecto a la asociación entre la sintomatología clínica del niño/a y la alianza terapéutica inicial entre cuidador y terapeuta, no se encontró una relación estadísticamente significativa en estas variables, de modo que, al parecer, la sintomatología general, externalizante o internalizante no se asociaría con la calidad de la alianza inicial entre los cuidadores y los terapeutas de los niños/as. De este modo,

la segunda hipótesis no se cumplió en el presente estudio. Si bien es posible pensar que el tamaño muestral puede ser un factor relevante en cuanto a estos resultados, se puede deber también a que el tipo de sintomatología no es un factor tan relevante en la alianza terapéutica en la psicoterapia infantil como sí pareciera ser en la terapia con adolescentes acorde a la literatura revisada (Hawley & Weisz, 2003; Hukkelberg & Ogden, 2013), donde los padres o cuidadores se presentan más dispuestos a trabajar en conjunto con los terapeutas para trabajar los motivos de consulta de los pacientes cuando existe un trastorno conductual o sintomatología externalizante de otro tipo (DiGiuseppe, Linscott & Jilton, 1996).

A pesar de no encontrarse correlaciones estadísticamente significativas, sí se pudieron observar diferentes tendencias en estas relaciones, las cuales se diferenciaban según quien reportaba la alianza terapéutica inicial y el tipo de sintomatología. De esta manera, los cuidadores presentaron una asociación negativa en cuanto a la alianza terapéutica inicial y la presencia de sintomatología general y sintomatología internalizante; esta tendencia podría comprenderse debido a las dificultades que pueden existir en la alianza cuidador-terapeuta cuando los motivos de consulta se asocian a este último tipo de sintomatología como se ha visto en otros estudios, en comparación con la disposición que presentan los cuidadores ante la posibilidad de trabajar en la disminución de sintomatología externalizante (DiGiuseppe, Linscott & Jilton, 1996; Hawley & Garland, 2008; Hawley & Weisz, 2003). Por otra parte, estas tendencias no se dieron de igual manera al considerar el reporte del terapeuta, lo cual abre el espacio para preguntar si los resultados que se han encontrado en los estudios de este ámbito cambiarían de algún modo si se considera el reporte de ambas partes de la relación por separado, es decir, al contar con el reporte de la percepción de alianza terapéutica del cuidador, padre o madre, y del terapeuta que inicia el proceso con el niño/a.

En tercer lugar, se esperaba encontrar una diferencia al separar según el sexo del niño/a que iniciaba un proceso terapéutico. Al realizar estos análisis no se encontraron diferencias ni relaciones estadísticamente significativas, contrario a lo que se hipotetizaba a partir de la revisión de la literatura. A pesar de lo anterior, se pudieron observar tendencias opuestas para niños y niñas, en especial en cuanto al reporte de los cuidadores. De este modo, cuando se trataba de pacientes de sexo masculino, la

sintomatología general, externalizante e internalizante se asociaban positivamente con la alianza reportada por el cuidador, mientras que en los casos de pacientes de sexo femenino la presencia de sintomatología total, externalizante e internalizante se asociaba negativamente con este mismo reporte. Este tipo de relación diferenciada por sexo del niño/a no parece haber sido estudiada en otros estudios, al menos en cuanto a la alianza entre cuidador y terapeuta, pero en el caso de ser una tendencia que se presente en otros estudios permitiría considerar el sexo como un factor a considerar al momento de pensar la relación cuidador-terapeuta. Debido a lo anterior, es difícil comprender o hipotetizar por qué podría darse esta diferencia en la alianza terapeuta-cuidador al analizar diferenciando por sexo del paciente. Considerando la falta de investigación al respecto, este escenario se presenta como un campo de investigación que podría ser considerado para posteriores estudios.

Por último, se realizaron modelos de regresión para poder determinar en qué medida la sintomatología clínica y el sexo del niño/a podría explicar la alianza inicial entre terapeuta y cuidador. Si bien se esperaba que alguna de estas variables explicara de manera significativa la alianza terapéutica inicial, tanto el sexo como la sintomatología internalizante o externalizante demostraron no tener un valor predictivo en el reporte de alianza del terapeuta ni del cuidador, por lo que se rechaza la cuarta hipótesis.

En resumen, debido a la falta de resultados estadísticamente significativos, las hipótesis realizadas a partir de la literatura sobre las correlaciones que se esperaban encontrar, las asociaciones entre variables estudiadas y los modelos de regresión que se esperaban encontrar resultaron rechazadas a partir de los análisis. De esta forma, los resultados de este estudio no permitieron obtener información más allá de lo que se conoce actualmente en cuanto a la alianza cuidador-terapeuta, al encontrarse asociaciones o tendencias no significativas. A pesar de que se deben tomar con cautela las tendencias encontradas en el presente estudio por las limitaciones del tamaño muestral y la falta de resultados estadísticamente significativos, los análisis realizados pueden permitir abrir la pregunta de cuáles son los factores que sí explicarían la alianza entre cuidador y terapeuta, destacándose de esta manera la relevancia de seguir profundizando en este campo al existir escasa información al respecto y no contar con claridad respecto a qué factores pueden explicar esta relación.

De este modo, al momento de considerar los resultados encontrados en este estudio es necesario considerar las limitaciones existentes. En primer lugar, es necesario destacar el tamaño de la muestra, lo cual puede afectar en cuanto a no se encontraron asociaciones ni relaciones significativas y también en otros aspectos de la investigación. Por otro lado, no se contaron con los diagnósticos clínicos de los niños/as, por lo que para la sintomatología clínica se tomó en consideración el reporte de los padres en el cuestionario utilizado; de este modo, la división en grupos de sintomatología internalizante y externalizante fue guiada por los parámetros de este instrumento y no se pudo contrastar con la evaluación clínica del terapeuta del niño/a. Por último, la realidad social nacional puede haber afectado de manera indirecta la recolección de datos, debido a que al momento de estar tomando mediciones se presentaron dificultades para asistir a procesos terapéuticos, factor que afectó también a su vez en el tamaño muestral.

A pesar de las limitaciones anteriormente presentadas, el presente estudio permite observar ciertas tendencias entre algunas variables observadas, aunque no son de carácter significativo. Por otro lado, se pudo realizar un pilotaje inicial del TASCPC en español en Chile, escala que no ha sido mayormente utilizada en las investigaciones en el ámbito de la alianza terapéutica en el área infantil, a pesar de ser una escala breve y de fácil aplicación.

Además, se abarcó un ámbito de la terapia infantil que no ha sido lo suficientemente estudiado y que merece una mayor atención empírica: la alianza entre el terapeuta y el cuidador. Si bien se ha podido destacar la importancia de esta relación y de mantener una buena alianza con los padres o cuidadores del niño/a que asiste a terapia, la investigación en esta área no ha sido suficiente y todavía no existe claridad en los factores que intervienen en este vínculo central para la terapia infantil. Es así como se presenta como una necesidad el continuar en los esfuerzos por indagar en la alianza terapeuta-cuidador, en muestras más grandes y variadas, considerando además diferentes posibles factores o características que puedan funcionar como predictores de la alianza. Considerando la información con la que se cuenta en la actualidad, sería beneficioso que se realizaran estudios de tipo cualitativo, para poder conocer más respecto a esta alianza y los diferentes factores involucrados. Si bien se consideró la sintomatología y el sexo como posibles factores relevantes acorde a la investigación

en este ámbito de la alianza, es probable que existan muchos otros elementos involucrados, sólo que aún no han sido identificados con claridad por la falta de investigación en esta alianza y en la terapia infantil en general.

## REFERENCIAS

- Abrishami, G. F. (2009). Therapeutic alliance and outcomes in children and adolescents served in a community mental health setting.
- Abrishami, G. F., & Warren, J. S. (2013). Therapeutic alliance and outcomes in children and adolescents served in a community mental health system. *Journal of Child and Adolescent Behavior, 1*(2), 1-7.
- 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.
- Álamo, N. (2019). Contenidos y evolución del cambio en la psicoterapia con niños y niñas: propuesta de un modelo genérico y del proceso. (Tesis doctoral). Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.
- Álvarez, C. (2017). Cambio en psicoterapia desde las narrativas de niños y niñas en edad escolar que han participado de una psicoterapia grupal. (Tesis para optar al grado de magíster). Universidad de Chile, Santiago.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice, 16*(3), 252.
- Campbell, A. F., & Simmonds, J. G. (2011). Therapist perspectives on the therapeutic alliance with children and adolescents. *Counselling Psychology Quarterly, 24*(3), 195-209. doi: 10.1080/09515070.2011.620734
- 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.
- Christian, C., Safran, J. D., & Muran, J. C. (2012). The corrective emotional experience: A relational perspective and critique. *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches, 51-67.*

- 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. doi: 10.1080/15289168.2013.822751
- De la Barra, F. (2009a). Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 47(4), 303-314. doi: 10.4067/S0717-92272009000400007.
- De La Barra, F. (2009b). Salud mental de niños y adolescentes: ¿Por qué es necesario investigar? *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 47(3), 175-177. doi: 10.4067/S0717-92272009000300001.
- 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. doi: 10.1016/S0716-8640(12)70346-2
- DeVet, K. A., Kim, Y. J., Charlot-Swilley, D., & Ireys, H. T. (2003). The therapeutic relationship in child therapy: Perspectives of children and mothers. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(2), 277-283. doi: 10.1207/S15374424JCCP3202\_13
- DiGiuseppe, R., Linscott, J., & Jilton, R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child—adolescent psychotherapy. *Applied and Preventive Psychology*, 5(2), 85-100.
- 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.
- Fajardo, F., León, B., Felipe, E., & Ribeiro, 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.
- Garcia, J. A., & Weisz, J. R. (2002). When youth mental health care stops: Therapeutic relationship problems and other reasons for ending youth outpatient treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 439.

- Goldfried, M. R., & Davila, J. (2005). The role of relationship and technique in therapeutic change. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*, 42(4), 421. doi: 10.1037/0033-3204.42.4.421.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337-1345. doi: 10.1097/00004583-100111000-00015
- 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. doi: 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. (2003). Child, parent and therapist (dis) agreement on target problems in outpatient therapy: The therapist's dilemma and its implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 62. doi: 10.1037/0022-006X.71.1.62
- 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. doi: 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. doi: 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.
- Hukkelberg, S. S., & Ogden, T. (2013). Working alliance and treatment fidelity as predictors of externalizing problem behaviors in parent management training.

- Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81(6), 1010. doi: 10.1037/a0033825.
- 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. doi: 10.1016/j.cpr.2005.09.001
- Kazdin, A. E., & Durbin, K. A. (2012). Predictors of child–therapist alliance in cognitive–behavioral treatment of children referred for oppositional and antisocial behavior. *Psychotherapy*, 49(2), 202.
- Kazdin, A. E., Holland, L., & Crowley, M. (1997). Family experience of barriers to treatment and premature termination from child therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65(3), 453. doi:10.1037/0022-006X.65.3.453
- Kazdin, A. E., & Mazurick, J. L. (1994). Dropping out of child psychotherapy: Distinguishing early and late dropouts over the course of treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(5), 1069. doi: 10.1037/0022-006X.62.5.1069
- 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. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01475.x
- Keller, S. M., Zoellner, L. A., & Feeny, N. C. (2010). Understanding factors associated with early therapeutic alliance in PTSD treatment: Adherence, childhood sexual abuse history, and social support. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(6), 974.
- Krause, M., de la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Álvarez, Tomicic, A., Valdés, N., Vilches, O., Echávarri, O., Ben-Dov, P., Reyes, L., Altimir, C. & Ramírez, I. (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista latinoamericana de psicología*, 38(2), 299-325.
- Liber, J. M., McLeod, B. D., Van Widenfelt, B. M., Goedhart, A. W., van der Leeden, A. J., Utens, E. M., & Treffers, P. D. (2010). Examining the relation between

- the therapeutic alliance, treatment adherence, and outcome of cognitive behavioral therapy for children with anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 41(2), 172-186.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 38(4), 357.
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4, 143-189.
- 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.
- 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.
- Ministerio de Salud – MINSAL (2017). Plan Nacional de Salud Mental: 2017-2025. Recuperado de [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)
- Ortuño-Sierra, J., Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., & Sastre i Riba, S. (2016). Evaluación de dificultades emocionales y comportamentales en población infanto-juvenil: El cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ). *Papeles del psicólogo*, 37(1).
- Principe, J. M., Marci, C. D., Glick, D. M., & Ablon, J. S. (2006). The relationship among patient contemplation, early alliance, and continuation in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(2), 238.
- Robbins, M. S., Turner, C. W., Alexander, J. F., & Perez, G. A. (2003). Alliance and dropout in family therapy for adolescents with behavior problems: individual and systemic effects. *Journal of Family Psychology*, 17(4), 534.
- 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. doi: 10.1037/0022-006X.71.3.452

- Shirk, S. R., Karver, M. S., & Brown, R. (2011). The alliance in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 17. doi: 10.1037/a0022181
- Tolan, P. H., & Dodge, K. A. (2005). Children's mental health as a primary care and concern: a system for comprehensive support and service. *American Psychologist*, 60(6), 601.
- Weinberger, J. (2002). Short paper, large impact: Rosenzweig's influence on the common factors movement. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(1), 67.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Alicke, M. D., & Klotz, M. L. (1987). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: a meta-analysis for clinicians. *Journal of consulting and clinical psychology*, 55(4), 542. doi: 10.1037/0022-006X.55.4.542

## ANEXOS

### Anexo 1. Consentimientos y asentimiento informados



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](mailto: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](mailto: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](mailto: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





PONTIFICIA  
UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CHILE

### CARTA ASENTIMIENTO INFORMADO PARA NIÑOS Y NIÑAS

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

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

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

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

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

**¿Qué riesgos corres al participar?** Ninguno.

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

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

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

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

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE





PONTIFICIA  
UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CHILE

Mariane Krause, al email [mkrause@uc.cl](mailto: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](mailto: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 2. 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	

### Anexo 3. Escala de alianza terapéutica para padres/cuidadores (TASCP; Accurso, Hawley & Garland, 2013)

ESCALA DE ALIANZA TERAPÉUTICA PARA CUIDADORES Y PADRES (TASCP; Accurso, Hawley, & Garland, 2013)

#### VERSIÓN PARA PADRES/CUIDADORES

Las siguientes afirmaciones son sobre su relación actual con el/la psicólogo/a de su hijo(a). Los/as niños/as pueden ser llevados al psicólogo/a por sus padres, sólo por su madre, sólo por su padre o por otros familiares o figura cuidadora. Por ello, antes de comenzar, por favor indique con una X quien responde a este cuestionario:

Madre: \_\_\_ Padre: \_\_\_ Ambos padres: \_\_\_ Otro (s): \_\_\_ (indique relación con el/la niño/a): \_\_\_\_\_

En caso de ser sólo una persona, indique con una X si su opinión representa a ambos padres: SI \_\_\_ NO \_\_\_  
Si su respuesta es NO, señale brevemente por qué: \_\_\_\_\_

Después de leer cada afirmación, marque con un círculo la opción que mejor represente su propia experiencia. Las respuestas pueden ser: "1: nada/no", "2: poco", 3: bastante" o "4: mucho/si". Recuerde que no hay respuestas buenas ni malas, correctas o incorrectas, sino que sólo lo que usted opina a partir de su experiencia.

1. Me agrada/gusta pasar tiempo con el/la psicólogo/a de mi hijo/a.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

2. Encuentro difícil trabajar con el/la psicólogo/a de mi hijo/a en resolver problemas de mi/nuestras vida(s) como madre/padre/padres/cuidadores.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

3. Siento que el/la psicólogo/a de mi hijo/a está de mi lado e intenta ayudarme.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

4. Trabajo con el/la psicólogo/a de mi hijo/a en resolver mis/nuestros problemas como madre/padre/padres/cuidadores.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

5. Cuando estoy con el/la psicólogo/a de mi hijo/a, quiero que las sesiones terminen rápido.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

6. Espero las sesiones que tengo con el/la psicólogo/a de mi hijo/a.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

7. Siento que el/la psicólogo/a de mi hijo/a dedica excesivo tiempo trabajando en mis/nuestros problemas como madre/padre/padres/cuidadores.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

8. Preferiría hacer otras cosas que tener que reunirme con el/la psicólogo/a de mi hijo/a.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

9. Ocupo el tiempo con el/la psicólogo/a de mi hijo/a para hacer cambios en mi/nuestras vida(s) como madre/padre/padres/cuidadores.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

10. Me agrada/gusta el/la psicólogo/a de mi hijo/a.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

11. Preferiría no trabajar en mis/nuestros problemas de madre/padre/padres/cuidadores con el/la psicólogo/a de mi hijo/a.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

12. Creo que trabajamos bien juntos con el/la psicólogo/a de mi hijo/a en afrontar mis/nuestros problemas como madre/padre/padres/cuidadores.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

ESCALA DE ALIANZA TERAPÉUTICA PARA CUIDADORES Y PADRES (TASCP; Accurso, Hawley, & Garland, 2013)

VERSIÓN PARA TERAPEUTAS

Las siguientes 12 afirmaciones buscan conocer su relación actual con el adulto responsable de la terapia de su paciente. Este puede(n) ser los padres, sólo la madre, sólo el padre, otro familiar o figura cuidadora.

Antes de comenzar, por favor indique con una X si responde pensando en la relación con la/el/los:

Madre: \_\_\_ Padre: \_\_\_ Ambos padres: \_\_\_ Otro: \_\_\_ (indique la relación con el/la niño/a): \_\_\_\_\_

En caso de ser una sola persona, señale brevemente por qué: \_\_\_\_\_

Por favor puntúe a los padres, la madre, el padre o figura cuidador/a del niño/a en la siguiente escala de la forma más precisa posible. Las respuestas pueden ser: "1: nada/no", "2: poco", "3: bastante" o "4: mucho/si". Después de leer cada afirmación, marque con un círculo la opción que mejor represente su opinión.

1. A los/la/el padres/madre/padre/cuidador les agrada/gusta pasar tiempo con usted, el/la terapeuta.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

2. A los/la/el padres/madre/padre/cuidador les resulta difícil trabajar con usted en resolver problemas de su vida familiar.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

3. Los/la/el padres/madre/padre/cuidador lo/la consideran a usted como un/a aliado/a.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

4. Los/la/el padres/madre/padre/cuidador trabajan con usted en resolver sus problemas familiares.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

5. Los/la/el padres/madre/padre/cuidador parecen ansiosos en que su sesión termine pronto.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

6. Los/la/el padres/madre/padre/cuidador esperan las sesiones de terapia con usted.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

7. Los/la/el padres/madre/padre/cuidador sienten que usted dedica excesivo tiempo enfocado en sus problemas como padres/madre/padre/cuidador.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

8. Los/la/el padres/madre/padre/cuidador están resistentes a venir a terapia.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

9. Los/la/el padres/madre/padre/cuidador usan el tiempo con usted para hacer cambios en su vida familiar.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

10. Los/la/el padres/madre/padre/cuidador expresan emociones positivas hacia usted, el/la terapeuta.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

11. Los/la/el padres/madre/padre/cuidador preferirían no trabajar en sus problemas como padres/madre/padre/cuidador en la terapia.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

12. Los/la/el padres/madre/padre/cuidador son capaces de trabajar bien con usted en abordar sus problemas familiares.

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

## Anexo 4. Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ-Cas)

### 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	Absolutament 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:)