

Sintomatología en niños que han vivido agresiones sexuales y en sus cuidadores

Symptomatology in Children Who Have Experienced Sexual Aggression and in Their Caregivers

Abril Bravo-Evans^a, Nicolás González-Araneda^a, Claudia Capella Sepúlveda^a, Camila Meza Araneda^a, Lucía Núñez Hidalgo^b, Marcia Olhaberry Huber^c, & Nicolle Alamo Anich^c

^aUniversidad de Chile, Santiago, Chile

^bUniversidad Alberto Hurtado, Santiago, Chile

^cPontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

El presente estudio tiene como objetivo caracterizar la sintomatología presentada por niños que han sido víctimas de agresiones sexuales y sus figuras cuidadoras, evaluando su asociación con variables sociodemográficas y de la agresión sexual, así como la relación entre ambas expresiones sintomatológicas. La muestra corresponde a 70 casos de niños/as entre cuatro a nueve años de edad, ingresados a programas de reparación de maltrato grave (PRM) de la Región Metropolitana. Se utilizaron instrumentos de sintomatología en niños/as (SDQ versión para padres) y adultos (OQ-30.2 y BDI de autorreporte), junto a una ficha de caracterización de casos completada por profesionales de PRM. Los resultados indican que el 72,9% de los/as niños/as presentan sintomatología de relevancia. En cuanto a sus figuras cuidadoras, 51,4% presenta sintomatología general (OQ-30.2) y el 51,5% presenta sintomatología depresiva (BDI). Existe una asociación positiva entre la sintomatología de los niños y sus figuras cuidadoras. Se discute la relevancia teórica y clínica de los hallazgos y la consideración de las figuras cuidadoras como víctimas indirectas de la agresión sexual.

Palabras clave: abuso sexual infantil, figuras cuidadoras, sintomatología.

The present study aims to characterize the symptomatology presented by children who have been victims of sexual aggression and their caregivers, evaluating its association with sociodemographic and sexual aggression variables, as well as the relationship between both symptomatologic expressions. The sample corresponds to 70 cases of children between four and nine years, admitted to severe maltreatment reparation programs (PRM) at Región Metropolitana. Symptomatology instruments for children (SDQ version for parents) and adults (OQ-30.2 and BDI self-report) were used, beside a case characterization form completed by PRM professionals. The results indicate that 72.9% of the children present relevant symptomatology. As for their caregivers, 51.4% presented general symptomatology (OQ-30.2) and 51.5% presented depressive symptomatology (BDI). There is a positive association between children's symptomatology and their caregivers. The theoretical and clinical relevance of the findings and the consideration of caregivers as indirect victims of sexual aggression are discussed.

Keywords: child sexual abuse, caregiver figures, symptomatology.

Agradecimientos: Este estudio fue financiado por el proyecto Fondecyt 1200627 "Proceso de cambio en niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales: hacia un modelo comprensivo de la influencia de factores de los adultos responsables, las intervenciones y la relación terapéutica", cuya investigadora responsable es Claudia Capella, recibiendo financiamiento de ANID y con el apoyo del Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP). Adicionalmente, NG-A recibe financiamiento por ANID-Subdirección de Capital Humano/Doctorado Nacional/ 2023/21232300.

Contacto: C. Capella Sepúlveda. Departamento de Psicología, Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa. 4° piso, Universidad de Chile, Santiago, Chile. Correo electrónico: ccapella@u.uchile.cl

Cómo citar: Bravo-Evans, A., González-Araneda, N., Capella Sepúlveda, C., Meza Araneda, C., Núñez Hidalgo, L., Olhaberry Huber, M., & Alamo Anich, N. (2023). Sintomatología en niños que han vivido agresiones sexuales y en sus cuidadores. *Revista de Psicología*, 32(1), 1-16.
<http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2023.69653>

Introducción

El presente estudio tiene como objetivo caracterizar la sintomatología presentada por niños/as, entre cuatro y nueve años de edad, que han sido víctimas de agresiones sexuales, y por sus figuras cuidadoras, evaluando su asociación con variables sociodemográficas y características de la agresión sexual. Adicionalmente se evalúa la relación entre ambas expresiones sintomatológicas.

Lo anterior se realiza en virtud de la alta prevalencia de las agresiones sexuales a la infancia a nivel internacional y nacional (Barth et al., 2013; Unicef, 2012). A nivel nacional, de acuerdo con datos del Cuarto Estudio de Maltrato realizado por Unicef, el 8,7% de la muestra reconoce haber vivido experiencias de abuso sexual infantil; el promedio de edad para la primera experiencia de abuso es de 8,5 años (Unicef, 2012). De forma más reciente Pinto-Cortez y Guerra (2019) en un estudio con adolescentes evidenciaron que el 26,4% de la muestra presentaba al menos un tipo de victimización sexual a lo largo de su vida. De acuerdo con el Primer Informe de Abuso Sexual en Niñas, Niños y Adolescentes en Chile (Servicio Nacional de Menores, 2016), el 41,5 % de los niñas, niños y adolescentes ingresados a programas de salud mental por abuso sexual se encuentra en el rango etario entre cuatro y nueve años de edad. Según datos del Ministerio Público, durante el año 2022, del total de delitos sexuales ingresados, en el 73,88% las víctimas eran menores de edad (Ministerio Público, 2023).

Las agresiones sexuales son experiencias potencialmente traumáticas, que pueden devenir en graves y diversas consecuencias para las víctimas (Unicef, 2012). De acuerdo con Echeburúa y De Corral (2006) al menos el 80% de las víctimas sufren consecuencias negativas a corto plazo y el 30% las presentan a largo plazo; estas varían en magnitud e intensidad. Se ha evidenciado la aparición de sintomatología ansiosa, depresiva, trastorno por estrés postraumático, alteraciones en la esfera de la sexualidad, entre otros (Blades, 2021; Echeburúa & De Corral, 2006; Hailes et al., 2019).

Considerando la gravedad y diversidad del impacto psicológico de una agresión sexual infantil en las víctimas, ha sido importante la investigación respecto de las variables que mediarían

dichas diferencias, identificándose desde la literatura cuatro grandes factores:

El perfil individual de la víctima (estabilidad psicológica, edad, sexo y contexto familiar); las características del acto abusivo (frecuencia, severidad, existencia de violencia o de amenazas, cronicidad, etc.); la relación existente con el abusador; y, por último, las consecuencias asociadas al descubrimiento del abuso (Echeburúa & De Corral, 2006, p. 80).

Es posible reconocer entonces que la manifestación sintomática de niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales se encuentra mediada por distintas variables. Dadas las características de esta investigación, se considerarán las variables sociodemográficas más destacadas en la literatura, tales como sexo, etapa del desarrollo y características de la agresión (Fontanella et al., 2001).

En relación con el sexo, se ha descrito a nivel internacional y nacional, una experiencia diferenciada entre niños y niñas (Cantón-Cortés & Cortés, 2015; Guerra & Farkas, 2015). Específicamente en edad preescolar, estudios internacionales indican que los niños presentan mayores retrasos en el desarrollo y síntomas de agresividad que las niñas (Fontanella et al., 2000).

Referente a la etapa del desarrollo, se ha observado que cuanto más temprana sea la experiencia de abuso, más probable es que la víctima acabe desarrollando síntomas disociativos (Vonderlin et al., 2018). Específicamente en edad preescolar, los estudios internacionales han descrito que niños/as podrían manifestar principalmente problemas somáticos, retrasos en el desarrollo, problemas internalizantes, síntomas de estrés postraumático y conducta sexualizada (Cantón-Cortés y Cortés, 2015; Echeburúa & De Corral, 2006; Langevin et al., 2017). En etapa escolar se podrían manifestar problemas somáticos y conductas sexuales inapropiadas. También es posible observar la presencia de problemas emocionales —síntomas depresivos, baja autoestima, miedos—, problemas externalizantes —agresión, problemas conductuales—, problemas relacionales y problemas escolares —bajo rendimiento y problemas de aprendizaje—. Por último, también podrían presentarse conductas sexualizadas como exhibicionismo, masturbación y preo-

cupación sexual (Cantón-Cortés & Cortés, 2015; Echeburúa & De Corral, 2006).

Sobre la agresión sexual y sus características, distintos factores median el impacto psicológico, como su frecuencia, severidad, uso de amenazas, violencia física y cronicidad (Guerra & Farkas, 2015; Murillo et al., 2021). Se ha descrito que el empleo de fuerza, violencia, amenazas y/o agresiones más intrusivas como penetración vaginal, anal o bucal estarían asociados a un mayor sentimiento de indefensión y vulnerabilidad, y, por lo tanto, sería más probable la aparición de sintomatología (Echeburúa & De Corral, 2006).

En contraposición, Carrasco (2017) encontró en su estudio en Chile que niños/as entre 8 y 17 años, víctimas del delito de abuso sexual, reportaron mayores niveles de sintomatología que aquellos que sufrieron violaciones. Esto se explica en que los casos de abuso sexual estudiados presentaban mayor frecuencia (reiterado y crónico) que los casos de violación, lo cual se asocia a una mayor sintomatología.

En función de lo anterior, también se ha considerado que la frecuencia es un factor relevante, evaluando si fue un episodio único, repetido o crónico (Cantón-Cortés & Cortés, 2015). Las agresiones más intrusivas que ocurren en un tiempo prolongado serían el escenario más grave y se asociarían a la presencia de mayor sintomatología (Cantón-Cortés & Cortés, 2015). No obstante lo anterior, de acuerdo con la revisión de Cantón-Cortés y Cortés (2015), los estudios indican que solo una parte de la variabilidad en la expresión sintomática a partir de la agresión sexual podría explicarse por las características de la misma.

Respecto a las consecuencias asociadas al descubrimiento del abuso, se ha establecido teórica y empíricamente que las reacciones y apoyo de las figuras parentales está estrechamente relacionado con el ajuste emocional y comportamental luego de la experiencia de abuso sexual infantil, reconociéndose como esencial en la superación de la experiencia abusiva (Pizarro Anfruns & Capella Sepúlveda, 2021), en la medida que atenúa el desarrollo de síntomas, la sensación de aislamiento y estigmatización, y promueve la elaboración de la experiencia traumática (Gutiérrez López & Lefèvre, 2019).

No obstante, dicha respuesta de apoyo ante la develación de la agresión sexual ocurre en un

contexto crítico, implicando usualmente una crisis en el sistema familiar, experimentando los/as cuidadores/as de niños/as víctimas de agresiones sexuales, una serie de cambios como, por ejemplo, ruptura de la pareja (Gutiérrez López & Lefèvre, 2019), dificultades financieras o dependencia económica del agresor (Cantón-Duarte & Cortés, 2000; Gutiérrez López & Lefèvre, 2019), entre otros.

Debido a esto, se ha planteado que una agresión sexual puede devenir en un evento traumático para las figuras cuidadoras del niño/a (Dussert et al., 2017), manifestando una amplia variabilidad de respuestas emocionales, principalmente sentimientos de culpa asociada a la ocurrencia de la agresión y a no haber podido proteger a los niños/as (Cantón-Duarte & Cortés, 2000; García Peña & Peña Londoño, 2018).

En esta misma línea, a nivel internacional se ha podido establecer sintomatología específica posterior a una develación de agresión sexual en figuras cuidadoras, como ideación suicida y baja autoestima, entre otros, siendo frecuentemente reportada la presencia de sintomatología depresiva y de estrés postraumático (Santa-Sosa et al., 2013). Adicionalmente, experimentan sensación de hipervigilancia, conductas de sobreprotección y sentimientos de aislamiento (McElvaney & Nixon, 2020).

En Chile y Latinoamérica la investigación sobre el impacto en cuidadoras/es ha abordado primordialmente significados, reacciones emocionales y dificultades enfrentadas por estas figuras (García Peña & Peña Londoño, 2018; Gutiérrez López & Lefèvre, 2019), lo que ha permitido su consideración como víctimas indirectas de la agresión (Azzopardi et al., 2018; Dussert et al., 2017). Si bien dichas aproximaciones han sido valiosas, resulta necesario contar adicionalmente con una aproximación metodológica que permita ahondar en el grado de afectación y sintomatología de estas figuras, considerando su posible relación con la manifestación sintomática de los/as niños/as.

Si bien existen estudios a nivel nacional que han caracterizado la sintomatología presentada por víctimas infanto-juveniles de agresiones sexuales, estas se han enfocado en población adolescente (Carrasco, 2017; Guerra & Farkas, 2015) y escolar (Carrasco, 2017), contándose por tanto con insuficientes estudios en la población infantil

de menor edad. Lo anterior no ocurriría solo en relación con esta temática, siendo los/as niños/as preescolares generalmente la población menos consultada en investigaciones sobre la exposición a experiencias adversas (Vega-Arce & Núñez-Ulloa, 2017). Asimismo, la relación entre la sintomatología del niño/a y el/la adulto/a, producto de la experiencia de agresión sexual del niño/a, es un ámbito que requiere mayor exploración. Debido a esto, el presente estudio junto con caracterizar la sintomatología presentada por niños/as y sus figuras cuidadoras, evaluará la asociación entre ambas sintomatologías.

Método

Diseño

Esta investigación es de tipo no experimental y transversal, puesto que se observa el fenómeno sin intervenir en las variables y considerando que se recolectarán datos en un momento único (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018). Es realizada desde un enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo, ya que se busca especificar características y propiedades de un fenómeno (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018), en este caso la presencia de sintomatología en niños/as que han sido víctimas de agresión sexual y sus figuras cuidadoras; y es de alcance correlacional, pues pretende conocer el grado de asociación entre dos o más variables (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018), específicamente, se busca explorar la asociación entre la sintomatología manifestada por las figuras significativas y la sintomatología de los niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales, integrando variables sociodemográficas (sexo y etapa del desarrollo de los ni-

ños/as) y características de la agresión (tipo de agresión, frecuencia de las agresiones y vínculo con el agresor).

Participantes

La muestra de esta investigación es parte del proyecto Fondecyt 1200627, aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, durante 2020. Las y los participantes corresponden a las figuras cuidadoras y psicoterapeutas, de setenta niños y niñas entre cuatro y nueve años, que han sido víctimas de agresión sexual infantil, y que se encontraban iniciando un proceso terapéutico en programas de reparación de maltrato grave (PRM) en la Región Metropolitana de Chile (Santiago y alrededores). Del total de 78 casos del proyecto Fondecyt mencionado, los casos considerados son aquellos que contaban con la aplicación total de los instrumentos al momento de los análisis para el presente artículo. La derivación a estos programas PRM ocurre en su gran mayoría desde el sistema judicial, tanto desde tribunales de familia o fiscalías.

Por resguardos éticos y metodológicos, se obtiene la información por medio del reporte de psicoterapeutas y de el/la adulto/a responsable del cuidado del niño/a, sin contar con la participación directa de estos/as últimos/as. Como criterio de exclusión, no se incluyeron participantes con daño orgánico cerebral, discapacidad intelectual, psicosis o trastorno del espectro autista.

A continuación (tablas 1 y 2) se presenta la caracterización de los/as niños/as y sus figuras cuidadoras, junto con las características de los casos respecto de la agresión sexual sufrida por los niños/as (tabla 3).

Tabla 1
Características de los/as niños/as

Variables	Categorías	N	%
Sexo	Femenino	52	74,3
	Masculino	18	25,7
Etapa del Desarrollo	Preescolar (4-6 años)	34	48,6
	Escolar (7-9 años)	36	51,4

Tabla 2
Características de las figuras cuidadoras

Variables	Categorías	N	%
Sexo	Femenino	63	90,0
	Masculino	7	10,0
Relación con el/la niño/a	Madre	55	78,6
	Padre	7	10,0
	Otro*	8	11,4

Nota. * = indica tía, abuela, o tía abuela.

Tabla 3
Características de la agresión sexual

Variables	Categorías	N	%
Tipo de agresión	Abuso sexual	55	78,6
	Violación	6	8,6
	Sospecha de abuso sexual*	9	12,9
Frecuencia de agresión**	Único	24	34,3
	Repetido	22	31,4
	Crónico	6	8,6
Vínculo con el agresor	Sin información	18	25,7
	Intrafamiliar	56	80,0
	Extrafamiliar conocido	10	14,3
	Extrafamiliar desconocido	1	1,4
	Sin Información	3	4,3

Nota. * = corresponde a casos en los que no existe claridad respecto al tipo de agresión vivida por el/la niño/a y se sospecha que es abuso sexual. ** = reiterado refiere a múltiples episodios distinguibles entre sí; crónico refiere a la dinámica abusiva instaurada en la cotidianidad.

Instrumentos

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Este cuestionario de tamizaje de psicopatología se utiliza para evaluar el ajuste psicológico y dificultades emocionales y conductuales de niños/as y adolescentes entre 3 y 16 años (Goodman, 1997).

El instrumento cuenta con tres versiones, para padres/madres/cuidadores, profesores, y una versión de autorreporte para niños/as desde los nueve años (Hobbs & Laurens, 2019) y adolescentes entre 11 y 16 años (Goodman, 1997). De estas, se utilizará la versión para padres, madres y cuidadores en esta investigación. Este instrumento ha sido ampliamente utilizado dentro del campo de la salud mental a nivel internacional, encontrando evidencias de su validez y fiabilidad en distintos países (Brown et al., 2014).

El SDQ está compuesto por 25 ítems, dividi-

dos en cinco subescalas —de cinco ítems cada una— correspondientes a síntomas emocionales (SE), problemas conductuales (PC), hiperactividad (Hi), problemas con pares (PP) y conducta prosocial (CP) (Goodman, 1997).

El puntaje total del instrumento corresponde a la sumatoria de las subescalas de dificultades —excluyendo el puntaje obtenido en conducta prosocial—, estableciendo tres categorías de acuerdo con el puntaje total, así también por subescalas, correspondientes a Normal, Límite y Anormal (Goodman, 1997). La categoría normal corresponde a ausencia de sintomatología; límite indica que no se puede determinar la presencia de psicopatología, pero sí existen síntomas de relevancia clínica; y anormal implica presencia de psicopatología. En la tabla 4 se presentan los puntajes de corte para cada categoría.

Tabla 4
Puntajes de corte instrumento SDQ (Goodman, 1997)

Instrumento SDQ / Categoría	Normal	Límite	Anormal
Puntaje total	0-13	14-16	17-40
Síntomas emocionales	0-3	4	5-10
Problemas conductuales	0-2	3	4-10
Hiperactividad	0-5	6	7-10
Problemas con pares	0-2	3	4-10
Conducta prosocial	6-10	5	0-4

Las propiedades psicométricas de la versión para padres, que fue utilizada en este estudio, fueron evaluadas en Chile en 2014 por Brown et al., en figuras parentales de niños/as entre 4 y 11 años, encontrando que las cinco escalas no muestran una fiabilidad aceptable, a diferencia de la escala total de dificultades que sí alcanza una adecuada evidencia de fiabilidad (Brown et al., 2014). Por otro lado, Gaete et al. (2018) evaluaron la validez y fiabilidad del instrumento en su versión de cinco escalas, en preadolescentes y adolescentes entre 9 y 15 años, encontrando una adecuada consistencia interna de cada subescala (Gaete et al., 2018).

Outcome Questionnaire (OQ-30.2). Este instrumento se utilizó para evaluar la sintomatología de las propias figuras cuidadoras, siendo un instrumento de autorreporte. El OQ-30.2 es un cuestionario desarrollado por Lambert et al. en 2014, y corresponde a una versión breve de su versión anterior OQ-45.2 (Errázuriz et al., 2017).

El cuestionario OQ-30.2 —como también el OQ-45.2— mide sintomatología general y resultados en psicoterapia. Evalúa tres áreas centrales de la salud mental correspondientes a malestar sintomático, relaciones interpersonales y rol social (Lambert et al., 1996).

El OQ-30.2 tiene 30 ítems que se evalúan de acuerdo con una escala sumativa tipo Likert de nivel ordinal. Cada ítem se puntúa con un puntaje de 0 a 4 puntos, de modo que el puntaje total de OQ va desde 0 a 120 puntos, con un puntaje de corte de 43,36 puntos para la población chilena (Errázuriz et al., 2017). El instrumento fue adaptado al español y validado en población chilena por Errázuriz et al. (2017), y fue posible determinar que su versión en español presenta similares propiedades psicométricas del instrumento original.

Inventario de Depresión de Beck (BDI).

Consiste en un cuestionario de autorreporte respondido por los/as cuidadores/as, y cuenta con 21 ítems para evaluar la presencia y gravedad subjetiva de síntomas de depresión (Beck et al., 1996). Cada ítem cuenta con cuatro posibles respuestas que van de 0 a 3 puntos. Una mayor puntuación representa mayor sintomatología depresiva. Sus propiedades psicométricas fueron evaluadas en Chile en 2017 por Valdés et al. en población adulta, evidenciando una consistencia interna adecuada ($\alpha = ,92$). Sus puntos de corte son: depresión mínima (0-13), depresión leve (14-19), depresión moderada (20-28) y depresión severa (29-63) (Beck et al., 1996).

Ficha de caso. La ficha de caso corresponde a un documento elaborado por el equipo de investigación y completada por los/as psicólogos/as a cargo de los casos en PRM. Se recolectaron datos respecto de las características de los/as niños/as (sexo y etapa del desarrollo) y de las agresiones sexuales (tipo de agresión, frecuencia y vínculo con el agresor), con la finalidad de contar con información respecto a variables demográficas y características de la agresión de niños/as, con la cual se realizan los análisis de diferencias de grupos con los distintos instrumentos aplicados a los cuidadores.

Procedimiento

La aplicación de los instrumentos, tanto a cuidadores y psicólogos/as a cargo del caso, se realizó al inicio del proceso de intervención de cada caso en el PRM, entre enero 2021 y agosto 2022, durante el contexto de emergencia sanitaria por COVID-19, por lo que el encuentro entre el equipo de investigación y las/los participantes fue de forma remota a través de las plataformas Zoom o Meet. La aplicación se realiza de manera asistida por profesionales capacitados/as del equipo de investigación, siguiendo un protocolo de evalua-

ción cuantitativa online, luego de que los participantes entregaron su consentimiento informado de participación. Por último, ante la posibilidad de desestabilización emocional o evaluación de situaciones de riesgo durante la aplicación, se contó con personal capacitado para atender y contener a los y las participantes de acuerdo a un protocolo de contención y generar las medidas de seguimiento necesarias.

Análisis

En primer lugar, para describir la sintomatología de los niños/as y sus figuras cuidadoras se generaron tablas de distribución de frecuencias de acuerdo con la categoría asignada al puntaje total y subescalas de cada instrumento, según corresponda. Junto a lo anterior, se presentan estadísticos descriptivos (promedio, desviación estándar, puntaje mínimo y puntaje máximo) de los instrumentos SDQ, OQ-30.2 y BDI.

Posteriormente, los datos de los instrumentos SDQ, OQ-30.2 y BDI fueron sometidos a la prueba Shapiro Wilik para evaluar la normalidad de la distribución de datos. A partir de estos resultados, se determinó que las variables Puntaje Total SDQ y Puntaje Total OQ-30.2 presentan una distribución normal, mientras que en las variables subescalas del SDQ (Hi, PC, SE, PP, CP), y Puntaje Total BDI se transgrede el supuesto de normalidad.

En consideración de lo anterior, se aplicó la prueba *t* para muestras independientes en aquellas variables distribuidas normalmente y la prueba *U* de Mann-Whitney en aquellas sin una distribución normal. Se contrastaron los puntajes obteni-

dos en los instrumentos de acuerdo con las variables sexo, etapa del desarrollo, tipo de agresión, frecuencia de las agresiones, y vínculo con el agresor.

Por último, se realizó una matriz de correlaciones, en la que, considerando el tamaño muestral y su cualidad clínica, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para evaluar la asociación entre los puntajes totales de los instrumentos SDQ, OQ-30.2 y BDI.

Resultados

Sintomatología de los niños y niñas

Como se aprecia en la tabla 5, de acuerdo con los resultados obtenidos en el SDQ, el 72,9% de los niños y niñas presentaron sintomatología de relevancia clínica al inicio del proceso terapéutico. Resulta importante destacar que el promedio de puntaje obtenido en el instrumento fue de 17,1 puntos ($\sigma = 6,29$), correspondiente a la categoría Anormal (tabla 6).

Los resultados por subescalas del instrumento (tabla 7) evidencian que, de todas las subescalas, destaca la presencia de sintomatología de relevancia clínica en Problemas conductuales e Hiperactividad, en que el 67,2% y 68,6% de la muestra, respectivamente, se encuentra en la categoría anormal o límite. En cambio, en las subescalas Síntomas Emocionales y Problemas con pares, el mayor porcentaje de niños/as se encuentra en la categoría normal. En cuanto a la subescala Conducta posocial, el 91,4% de los niños/as se encuentra en la categoría normal.

Tabla 5
Sintomatología de los niños y niñas

Categoría	N	% del total
Presencia de Psicopatología	37	52,9
Límite (presencia sintomatología)	14	20,0
Ausencia de Psicopatología	19	27,1

Tabla 6
Estadísticos descriptivos SDQ

Estadístico	Valor
Media	17,1
Desviación Estándar	6,29
Puntaje Mínimo	2
Puntaje Máximo	30

Tabla 7

Sintomatología de los niños y niñas por subescalas (SDQ)

Categoría/Subescala	SE	%	PC	%	Hi	%	PP	%	CP	%
Normal	31	44,3	23	32,8	22	31,4	35	50,0	64	91,4
Límite	11	15,7	10	14,3	6	8,6	11	15,7	3	4,3
Anormal	28	40,0	37	52,9	42	60,0	24	34,3	3	4,3

Nota. SE = síntomas emocionales; PC = problemas conductuales; Hi = hiperactividad; PP = problemas con pares; CP = conducta prosocial.

Junto con lo anterior, resulta relevante destacar los promedios de puntaje obtenidos por cada subescala (tabla 8). De este modo, los promedios de las subescalas Síntomas Emocionales, Problemas Conductuales e Hiperactividad se encuentran levemente por sobre la categoría límite, cercano a

anormal. La subescala Problemas con Pares presenta un promedio levemente mayor a la categoría normal, cercano a límite; y, finalmente, el promedio obtenido en la subescala Conducta Prosocial se encontraría dentro de la categoría normal.

Tabla 8

Estadísticos descriptivos por subescalas SDQ

Estadístico	SE	PC	Hi	PP	CP
Media	4,31	3,51	6,51	2,77	8,40
Desviación Estándar	2,61	2,00	2,50	2,06	1,77
Puntaje Mínimo	0	0	0	0	4
Puntaje Máximo	10	8	10	9	10

Nota. SE = síntomas emocionales; PC = problemas conductuales; Hi = hiperactividad; PP = problemas con pares; CP = conducta prosocial.

Finalmente, se presentan los resultados de las pruebas *t* y *U* de Mann-Whitney en la tabla 9. En primer lugar, se aprecian diferencias estadísticamente significativas en la subescala Problemas con Pares en relación con el sexo de los niños/as ($p < ,05$). En cuanto al tipo de agresión sexual, se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto del puntaje total de SDQ ($p < ,005$), Síntomas Emocionales ($p < ,01$) y Problemas con Pares ($p < ,05$).

Para profundizar esos resultados, se presenta promedio y desviación estándar de las variables con resultados significativos en la tabla 9. En primer lugar, en relación con la subescala Problemas con Pares se aprecia que las niñas presentan un promedio de 3,10 puntos ($\sigma = 2,13$), mientras que los niños tienen un promedio de 1,83 ($\sigma = 1,54$), por lo tanto, las niñas manifestaron mayores puntajes de sintomatología en la subescala Problemas con Pares.

En segundo lugar, respecto del tipo de agre-

sión sexual, aquellos casos de abuso sexual presentaron menores promedios de puntaje en relación con los casos de violación, en las subescalas Síntomas Emocionales y Problemas con Pares. En la subescala SE los casos de abuso sexual presentaron el promedio de 4,03 puntos ($\sigma = 2,46$), mientras que los casos de violación tienen un promedio de 7,33 puntos ($\sigma = 2,34$). Del mismo modo, en la subescala PP los casos de abuso sexual tienen un promedio de 2,59 ($\sigma = 2,00$), mientras que el promedio en los casos de violación es de 4,67 ($\sigma = 1,86$). Esta diferencia con relación al tipo de agresión es también apreciable sobre el puntaje total del instrumento, encontrando que los casos de abuso sexual presentan como promedio 16,4 puntos ($\sigma = 5,86$), que correspondería a la categoría límite del instrumento, mientras que en los casos de violación se aprecia el promedio de 24,8 puntos ($\sigma = 5,98$), encontrándose a más de siete puntos del puntaje de corte de la categoría anormal del instrumento.

Tabla 9

Prueba *t* y *U* de Mann-Whitney por instrumento SDQ

	Total <i>t</i>	Hi <i>U</i>	PC <i>U</i>	SE <i>U</i>	PP <i>U</i>	CP <i>U</i>
Sexo de niños/as	1,135 p. 0,261	410 p. 0,435	447 p. 0,780	421 p. 0,524	308 p. 0,030	463 p. 0,950
Etapas del desarrollo	-1,026 p. 0,309	593 p. 0,821	575 p. 0,656	468 p. 0,087	476 p. 0,105	564 p. 0,559
Tipo de agresión	-3,37 p. 0,001	113.5 p. 0,098	108.5 p. 0,078	60.5 p. 0,006	83.5 p. 0,022	114 p. 0,092
Frecuencia	-1,772 p. 0,082	301 p. 0,521	250 p. 0,111	248 p. 0,104	275 p. 0,257	322 p. 0,791
Vínculo con el agresor	0,716 p. 0,476	291 p. 0,778	302 p. 0,925	203 p. 0,073	279 p. 0,625	257 p. 0,377

Nota. SE = síntomas emocionales; PC = problemas conductuales; Hi = hiperactividad; PP = problemas con pares; CP = conducta prosocial.

Sintomatología de las figuras cuidadoras

Respecto del instrumento OQ-30.2, el 51,4% de las figuras cuidadoras presentaron sintomatología general al inicio del proceso terapéutico

(tabla 10). El promedio de puntaje obtenido fue de 41,1 puntos ($\sigma = 20,1$), encontrándose levemente por debajo del punto de corte, y, por lo tanto, en la categoría funcional (tabla 11).

Tabla 10

Sintomatología general de las figuras cuidadoras

Categoría	<i>N</i>	% del total
Disfuncional	36	51,4
Funcional	34	48,6

Tabla 11

Estadísticos descriptivos OQ-30.2

Estadístico	Valor
Media	41,1
Desviación estándar	20,1
Puntaje mínimo	0
Puntaje máximo	81

Por otro lado, en relación con el instrumento BDI, la mayoría de las figuras cuidadoras puntuaron dentro de la categoría depresión mínima, correspondiente a 48,5%. Asimismo, el 51,5% presentó sintomatología de relevancia clínica,

esto es, las categorías depresión leve, moderada o grave; dentro de la última se encuentra el 12,9% (tabla 12). El promedio de puntaje fue de 15,6 puntos ($\sigma = 10,4$), correspondiente a la categoría depresión leve (tabla 13).

Tabla 12

Sintomatología depresiva de las figuras cuidadoras

Categoría	<i>N</i>	% del total
Depresión mínima	34	48,5
Depresión leve	17	24,3
Depresión moderada	10	14,3
Depresión grave	9	12,9

Tabla 13
Estadísticos descriptivos BDI

Estadístico	Valor
Media	15,6
Desviación estándar	10,4
Puntaje mínimo	0
Puntaje máximo	47

Por último, respecto de los resultados de la Prueba *t* y *U* de Mann-Whitney (tabla 14), llama la atención que, al igual que los resultados con el instrumento SDQ, también se aprecia una diferencia estadísticamente significativa en los resultados de OQ-30.2 en relación con el tipo de agresión sexual vivida por los/as niños/as. Respecto de este resultado, se reporta promedio y desviación estándar del instrumento OQ-30.2 en relación con el tipo de agresión. En aquellos casos de

abuso sexual, los/as cuidadores/as presentaron un promedio de 39,6 puntos ($\sigma = 19,7$), mientras que en los casos de violación tienen un promedio de 56,8 puntos ($\sigma = 18,5$), encontrando entonces una diferencia de más de 17 puntos entre ambos grupos. Finalmente, resulta importante señalar que para los casos de abuso sexual el promedio de puntaje se encuentra bajo el puntaje de corte, a diferencia de los casos de violación, que estarían sobre el puntaje de corte del instrumento.

Tabla 14
Prueba T y U de Mann-Whitney por instrumentos OQ-30.2 y BDI

	OQ-30.2 T	BDI U
Sexo de niños/as	0,995 p. 0,323	439 p. 0,696
Etapas del desarrollo	0,094 p. 0,925	555 p. 0,499
Tipo de agresión	-2,06 p. 0,043	101 p. 0,056
Frecuencia	0,814 p. 0,419	124 p. 0,699
Vínculo con el agresor	-0,311 p. 0,757	275 p. 0,582

Relación entre sintomatología de niños/as y sus cuidadores/as

Finalmente, en la tabla 15 se presenta una matriz de correlaciones entre los puntajes totales de los instrumentos SDQ, OQ-30.2 y BDI. Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre la sintomatología de los niños/as y la sintomatología general y depresiva de las figuras

cuidadoras. Se observa una correlación moderada de signo positivo entre el puntaje total SDQ y el puntaje obtenido en los instrumentos OQ-30.2 ($0,452$; $p < ,001$) y BDI ($0,413$; $p < ,001$). De este modo, a mayores puntajes obtenidos sobre la sintomatología de los niños/as, mayores puntajes de sintomatología general y depresiva en los adultos/as.

Tabla 15
Matriz de correlaciones entre instrumento SDQ, OQ-30.2 y BDI

	1 SDQ total	2 OQ-30.2 total	3 BDI total
1 SDQ total	-		
2 OQ-30.2 total	0,452***	-	
3 BDI total	0,413***	0.824***	-

Nota. * = $p < ,05$; ** = $p < ,01$; *** = $p < ,001$.

Discusión y conclusiones

El presente estudio tuvo como objetivo caracterizar la sintomatología presentada por niños/as y sus cuidadores/as, evaluando su asociación con variables sociodemográficas y de la agresión sexual, así como la relación entre ambas expresiones sintomatológicas. Al respecto, se consideran las agresiones sexuales como una experiencia que impacta tanto a los niños/as que han sido víctimas directas de la agresión, como a sus cuidadores, entendidos como víctimas indirectas (Azzopardi et al., 2018; Dussert et al., 2017).

Entre los principales resultados obtenidos, se reconoce la existencia de un alto porcentaje de sintomatología de relevancia clínica en niños/as entre cuatro y nueve años que han sido víctimas de agresiones sexuales e inician un proceso de intervención. Esto se constituye en un importante aporte, ya que si bien, desde la literatura internacional, se ha referido ampliamente que la experiencia de agresión sexual es potencialmente traumática y tendría relación con el desarrollo de un amplio espectro de manifestaciones psicológicas en las víctimas (Echeburúa & De Corral, 2006; Unicef, 2012), en nuestro país no se contaba con antecedentes en este grupo etario en específico. Al respecto es posible precisar que el 72,9% del total de casos presenta sintomatología al inicio de su proceso terapéutico, lo que es coherente con el carácter clínico de la muestra, aún cuando la derivación ocurra desde el sistema judicial.

Profundizando en esta sintomatología, se aprecia mayor prevalencia de hiperactividad y problemas conductuales, lo que contrasta con los resultados obtenidos en el estudio de Carrasco (2017) realizado en Chile, en el cual, con el mismo instrumento (SDQ), se reportó mayor prevalencia de síntomas emocionales y menor prevalencia de hiperactividad. No obstante, dicha investigación se realizó con niños/as y adolescentes

entre 8 y 17 años, por lo que las diferencias observadas podrían tener relación con aspectos evolutivos y el desarrollo de la manifestación sintomática a lo largo del ciclo vital. En específico se ha descrito que a lo largo del ciclo vital existen cambios en la sintomatología, donde las manifestaciones psicológicas se transforman y cambian en su cualidad en cada etapa evolutiva (Cantón-Cortés & Cortés, 2015).

En el ámbito internacional, distintos estudios en agresiones sexuales infantiles han señalado la predominancia de dificultades conductuales en niños/as preescolares y la aparición y desarrollo de problemas emocionales durante la etapa escolar (Cantón-Cortés & Cortés, 2015). Sin embargo, lo anterior correspondería más bien a una tendencia en la evolución de la sintomatología a lo largo del ciclo vital, pudiendo encontrar sintomatología de tipo internalizante y externalizante en ambas etapas del desarrollo (Echeburúa & De Corral, 2006). Este estudio permite respaldar lo anterior con evidencia a nivel nacional, otorgando un mejor marco comprensivo de la sintomatología que presentan los/as niños/as que han sido víctimas en este rango de edad específico.

Por otro lado, un resultado llamativo es la alta prevalencia de conducta prosocial, donde el 91,4% de los niños/as se encontraron en la categoría normal. Lo anterior concuerda con los resultados de Carrasco (2017), destacando que la presencia de síntomas emocionales, conductuales o haber vivido una experiencia traumática no interferiría en el desarrollo y ejercicio de comportamientos prosociales. La conservación de dichas habilidades prosociales en niños/as que han sido víctimas de agresión sexual puede ser relevante para el proceso de intervención, potenciando esta fortaleza, por ejemplo, mediante el uso de terapias grupales, por cuanto dicho espacio interpersonal puede incidir de manera positiva en su proceso de desarrollo evolutivo y en la elaboración de la experiencia abusiva (Capella et al., 2016).

La posibilidad de visualizar lo anterior responde a una ventaja del instrumento SDQ en la medida que permite enfatizar no solo dificultades, sino también habilidades y fortalezas (Brown et al., 2014; Goodman, 1997).

Al observar los resultados descritos en relación con el sexo de la víctima, fue posible apreciar una diferencia significativa en la subescala Problemas con Pares, donde al considerar las medias obtenidas por cada grupo, se encontró que las niñas tienen mayores puntajes que los niños. Esto podría responder a que dicha subescala evalúa la dimensión internalizante de la sintomatología, concordando con la literatura en que las niñas presentan mayores síntomas en esta línea, en contraste con los niños, quienes presentarían más síntomas en la línea externalizante (Almonte, 2019).

Por otro lado, un resultado particularmente llamativo tuvo relación con el tipo de agresión experimentado, encontrando diferencias significativas en la sintomatología tanto de los/as niños/as como de sus cuidadores. Respecto a los primeros, al considerar las medias obtenidas por cada grupo se apreció que los casos de violación presentarían mayor sintomatología que los casos de abuso sexual. Estos resultados coinciden con la investigación de Murillo et al. (2021), quienes trabajaron retrospectivamente con adultos con experiencia de agresión sexual infantil. Dichos resultados, de acuerdo con los autores, podrían deberse a que se trata de una agresión más intrusiva, pero también a que se enmarcaría dentro de una dinámica abusiva sostenida en el tiempo que de manera progresiva llegan a la violación.

En cuanto a la sintomatología de los cuidadores relacionada con el tipo de agresión, se encontró que, en los casos de violación, los cuidadores presentarían mayor sintomatología, por lo que su victimización indirecta podría estar relacionada con los significados que le atribuirían a la experiencia de violación, al ser una experiencia más intrusiva.

No obstante, la asociación encontrada entre la sintomatología tanto del niño/a como de sus figuras cuidadoras con el tipo de agresión sexual vivida debe ser observada con cautela, debido el escaso porcentaje de la muestra con experiencias de violación. Por otro lado, no se consideraron en conjunto distintas variables, pudiendo, por ejemplo, incidir en la relación otros aspectos, como la

cronicidad de la agresión u otros. Esto podría estudiarse en futuras investigaciones.

Respecto de las figuras cuidadoras, fue posible determinar que el 51,4% de ellas presentaron sintomatología general al inicio de un proceso terapéutico en PRM, concordando con lo descrito en la literatura en cuanto a que la experiencia de agresión sexual tiene implicancias también para el entorno cercano de la víctima, particularmente las figuras a cargo de su cuidado primario (Deblinger et al., 1999 como se citó en Cantón-Duarte & Cortés, 2000), pudiendo presentar sintomatología psicológica (Santa-Sosa et al., 2013).

En esta misma línea, investigaciones internacionales han podido especificar dicha manifestación sintomatológica, reportándose mayormente la presencia de sintomatología depresiva. Al respecto, en este estudio se pudo determinar que el 51,5% presentó sintomatología depresiva de relevancia clínica, y 27,2% se encontró en las categorías de depresión grave o moderada, en línea con estudios internacionales, específicamente, el de Santa-Sosa et al. (2013), que determinó que el 22% de las figuras cuidadoras manifiestan altos niveles de síntomas depresivos.

De este modo, los resultados de este estudio significan un aporte novedoso a esta área, al determinar la prevalencia de sintomatología general y depresiva en figuras cuidadoras al inicio de un proceso interventivo en Chile, respondiendo a la necesidad de investigaciones e intervenciones con esta población a nivel nacional. Pese a lo anterior, resulta relevante considerar las características de la muestra, en atención a que esta se encuentra conformada principalmente por mujeres, debiendo tener presente que se ha constatado en la literatura que las mujeres tienden a reportar mayor sintomatología depresiva que los hombres (Londoño-Pérez et al., 2020). Este aspecto debiese ser considerado en próximos estudios.

Respecto de la relación entre la sintomatología de los niños/as y la sintomatología de los adultos, se hipotetizó que mayores niveles de sintomatología de los/as niños/as estarían asociados a mayores niveles de sintomatología en sus figuras cuidadoras, considerando que la investigación en población general ha podido determinar y caracterizar la asociación entre la sintomatología de padres y madres, con psicopatología infantil (Almonte, 2019). Específicamente en la temática de agresiones sexuales, si bien no se ha determinado

dicha asociación entre sintomatologías, sí se ha relevado la necesidad de un trabajo especializado con cuidadores/as, al potenciar sus capacidades de apoyo y protección, propiciando la remisión sintomática de los niños/as (Cantón-Duarte & Cortés, 2000).

En este estudio fue posible apreciar una relación positiva entre la sintomatología de los niños/as y sus figuras cuidadoras, lo que presenta relevancia clínica para los equipos psicosociales que trabajan en esta temática, al sustentar con evidencia dicha relación. También constituye un aporte al conocimiento al permitir responder a una carencia en la literatura nacional e internacional respecto a la asociación entre la sintomatología de los niños/as que han sido víctimas de agresión sexual y de sus figuras cuidadoras.

Si bien la presente investigación presenta limitaciones, es importante considerar su aporte a la literatura al estudiar un grupo etario que es pocas veces considerado en los estudios. Dentro de las limitaciones se encuentran que fue realizado durante el período de emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19. Estudios han reportado que el brote repentino del virus y el confinamiento prolongado ha tenido un impacto significativo en la salud mental de escolares y preescolares, apreciándose un aumento de síntomas internalizantes, externalizantes, y somáticos (Larraguibel et al., 2021). De este modo, es importante mirar estos resultados en consideración a ello, haciéndose necesario realizar nuevos estudios que permitan seguir profundizando en la sintomatología presentada por esta población en otros momentos. Adicionalmente, dado que algunos estudios realizados en Chile para evaluar las propiedades psicométricas del instrumento SDQ en población infantil no muestran una fiabilidad aceptable de las subescalas, a diferencia de la escala total de dificultades, se sugiere mirar los resultados respecto a las subescalas con cautela.

Otro elemento a considerar es que en este estudio los resultados sobre la sintomatología de los niños/as se obtienen exclusivamente del reporte de sus figuras cuidadoras, pudiendo incidir su propia salud mental en la visión de la sintomatología de los niños/as. Es posible que la experiencia de agresión sexual haya sido asumida como traumática por estos/as adultos/as y de esta forma, atribuyan una mayor sintomatología en sus hi-

jos/as, lo cual resultaría concordante con lo expuesto en la literatura (Draucker et al., 2009).

Considerando esto, en la literatura se ha señalado la relevancia de incorporar diversas perspectivas sobre el funcionamiento de los niños/as, por ejemplo, de profesores, profesionales y la de sí mismos/as (Rutter & Stevenson, 2008). Lo anterior también con relación a que niños y niñas reportarían más síntomas internalizantes, en contraste con que adultos reportarían principalmente síntomas externalizantes como problemas conductuales e hiperactividad, entre otros (Rutter & Stevenson, 2008).

Con respecto a la asociación observada entre la sintomatología de los cuidadores y la presentada por los niños/as, se releva la importancia de incluir a los/as cuidadores/as en el proceso terapéutico de niños, niñas y adolescentes, como implicancia para los equipos psicosociales que trabajan en la temática (García Ospina, 2019; McTavish et al., 2021), comprendiéndolos como víctimas indirectas (Gabriel-Vacher et al., 2022). En ese sentido, los resultados de este estudio profundizan en la necesidad de que la oferta existente para atender a niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales también pueda acoger y abordar la sintomatología de sus cuidadores/as, ya sea desde la misma oferta en infancia, o en un trabajo en red coordinado con los servicios de atención de salud mental en adultos.

Actualmente existe información escasa o inexistente sobre la disponibilidad y características de las intervenciones para cuidadores/as con posterioridad a la develación de agresión sexual (Pizarro Anfruns & Capella Sepúlveda, 2021). Específicamente en Chile, los lineamientos de la oferta programática existente focalizan la intervención con figuras cuidadoras en garantizar sus funciones de cuidado y protección, sin poner un foco especial en atender las dificultades profundas en términos de salud mental y elaboración de la experiencia de agresión de los niños/as a su cargo, experiencia que puede resultar traumática también para sí mismas (Dussert et al., 2017).

En esta misma línea, los resultados de esta investigación de corte transversal instan a investigaciones futuras respecto del impacto que podría tener la asociación entre la sintomatología de niños/as y sus cuidadores/as en un proceso psicoterapéutico, relevando así la importancia de realizar investigaciones de corte longitudinal que pue-

dan evaluar cómo evoluciona esta relación a lo largo de dicho proceso. Al respecto, Pizarro Anfruns y Capella Sepúlveda (2021) en una investigación cualitativa de análisis de caso señalan el proceso de cambio como un proceso conjunto entre la madre y sus hijas/os que han sido víctimas de agresión, que ocurre de forma paralela e interrelacionada. De esta forma, investigaciones recientes y los resultados de este estudio permiten hipotetizar que un trabajo especializado con figuras cuidadoras podría tener un impacto en el proceso de cambio psicoterapéutico en niños/as, lo que debe ser evaluado en futuros estudios.

Referencias

- Almonte, C. (2019). Características generales de la psicopatología infantil y de la adolescencia. En C. Almonte & M. A. Montt (Eds.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (pp. 18-28). Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo.
- Azzopardi, C., Alaggia, R., & Fallon, B. (2018). From Freud to feminism: Gendered constructions of blame across theories of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse, 27*(3), 254-275. <https://doi.org/10.1080/10538712.2017.1390717>
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., & Tonja, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health, 58*(3), 469-483. <https://doi.org/10.1007/s00038-012-0426-1>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). BDI-II. Beck Depression Inventory-second edition. Manual. San Antonio, Texas: The Psychological Corporation.
- Blades, J. (2021). Consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil. *Conducta Científica, 4*(1), 7-27. Recuperado de <http://tinyurl.com/ms75vyb3>
- Brown, P., Capella, C., & Antivilo, A. (2014). Propiedades psicométricas de la versión para padres del Strengths and Difficulties Questionnaire. *Revista de Psicología, 23*(2), 28-44. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2014.36146>
- Cantón-Cortés, D. & Cortés, M. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de Psicología, 31*(2), 552-561. Recuperado de <http://tinyurl.com/2p9ap4w3>
- Capella, C., Lama, X., Rodríguez, L., Águila, D., Beiza, G., Dussert, D. & Gutiérrez, C. (2016). Winning a race: Narratives of healing and psychotherapy in children and adolescents who have been sexually abused. *Journal of Child Sexual Abuse, 25*(1), 73-92. <https://doi.org/10.1080/10538712.2015.1088915>
- Carrasco, F. (2017). Problemas emocionales y conductuales en niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales: un estudio descriptivo comparativo. (Memoria de título). Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Draucker, C. B., Martsof, D. S., Ross, R., Cook, C. B., Stidham, A. W., & Mweemba, P. (2009). The essence of healing from sexual violence: A qualitative metasynthesis. *Research in Nursing & Health, 32*(4), 366-378. <https://doi.org/10.1002/nur.20333>
- Dussert, D., Capella, C., Lama, X., Gutiérrez, C., Águila, D., Rodríguez, L., & Beiza, G. (2017). Narrativas de padres de niños, niñas y adolescentes que han finalizado psicoterapia por agresiones sexuales: un proceso de superación conjunta. *Psykhé, 26*(1), 1-14. <http://dx.doi.org/10.7764/psykhe.26.1.916>
- Echeburúa, E. & Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense, 12*(43-44), 75-82. Recuperado de <http://tinyurl.com/5yk45p2c>
- Errázuriz, P., Opazo, S., Behn, A., Silva, O., & Gloger, S. (2017). Spanish adaptation and validation of the Outcome Questionnaire OQ-30.2. *Frontiers in Psychology, 6*(738). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00673>
- Fontanella, C., Harrington, D., & Zuravin, S. J. (2001). Gender differences in the characteristics and outcomes of sexually abused preschoolers. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders, 9*(2), 21-40. https://doi.org/10.1300/J070v09n02_02
- Gabriel-Vacher, N., Miranda, I., Olhaberry, M., Capella, C., Morán-Kneer, J., Núñez, L., Alamo, N., & Meza, C. (2022). The adverse childhood experiences of caregivers of children who have been victims of sexual assault: Their relationship with the parental alliance in child psychotherapy. *Studies in Psychology, 43*(3), 688-707. <https://doi.org/10.1080/02109395.2022.2139347>
- Gaete, J., Montero-Marin, J., Valenzuela, D., Rojas-Barahona, C. A., Olivares, E., & Araya, R. (2018). Mental health among children and adolescents: Construct validity, reliability, and parent-adolescent agreement on the 'Strengths and Difficulties Questionnaire' in Chile. *PLoS ONE, 13*(2), 1-18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191809>
- García Ospina, J. (2019). Abuso sexual infantil: estrategia de intervención desde los modelos de preven-

- ción. *Revista Mexicana de Medicina Forense*, 4(2), 75-90.
 Recuperado de <http://tinyurl.com/2y7x63zm>
- García Peña, J. J. & Peña Londoño, E. L. (2018). Reacción psicológica ante la experiencia de abuso sexual extrafamiliar en padres de niños abusados. *Psicogente*, 21(40), 378-402.
<https://doi.org/10.17081/psico.21.40.3079>
- Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 38(5), 581-586.
<https://doi.org/b6bmr3>
- Guerra, C. & Farkas, C. (2015). Sintomatología en víctimas de abuso sexual: ¿son importantes las características “objetivas” del abuso? *Revista de Psicología*, 24(2), 1-19.
<https://doi.org/10.5354/0719-0581.2015.38013>
- Gutiérrez López, C. & Lefèvre, F. (2019). Descubrimiento del abuso sexual del niño: revelación o silencio. *Revista Cubana de Salud Pública*, 45(1), 1-18.
 Recuperado de <http://tinyurl.com/mrxjfepe>
- Hailes, H. P., Yu, R., Danese, A., & Fazel, S. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: An umbrella review. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 830-839.
[https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(19\)30286-x](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(19)30286-x)
- Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Ciudad de México, México: Editorial Mc Graw Hill.
- Hobbs, M. J. & Laurens, K. R. (2019). Psychometric comparability of self-report by children aged 9-10 versus 11 years on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Child Indicators Research*, 13, 301-318.
<https://doi.org/10.1007/s12187-019-09633-7>
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The Reliability and Validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3(4), 249-258.
 Recuperado de <http://tinyurl.com/29f6y9x9>
- Langevin, R., Hébert, M., Guidi, E., Bernard-Bonnin, A. C., & Allard-Dansereau, C. (2017). Sleep problems over a year in sexually abused preschoolers. *Paediatrics & Child Health*, 22(5), 273-276.
<https://doi.org/10.1093/pch/pxx077>
- Larraguibel, M., Rojas-Andrade, R., Halpern, M., & Montt, M. (2021). Impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de preescolares y escolares en Chile. *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*, 32(1), 12-21.
- Londoño-Pérez, C., Cita-Álvarez, A., Niño-León, L., Molano-Cáceres, F., Reyes-Ruiz, C., Vega-Morales, A., & Villa-Campos, C. (2020). Sufriamiento psicológico en hombres y mujeres con síntomas de depresión. *Terapia Psicológica*, 38(2), 189-202.
<https://doi.org/kr52>
- McElvaney, R. & Nixon, E. (2020). Parents' experiences of their child's disclosure of child sexual abuse. *Family Process*, 59(4), 1773-1788.
<https://doi.org/10.1111/famp.12507>
- McTavish, J. R., Santesso, N., Amin, A., Reijnders, M., Usman Ali, M., Fitzpatrick-Lewis, D., & MacMillan, H. L. (2021). Psychosocial interventions for responding to child sexual abuse: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, 116(1), 104203.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104203>
- Ministerio Público. (2023). *Boletín Estadístico Anual Enero-Diciembre 2022*.
- Murillo, J., Mendiburo-Seguel, A., Santelices, M., Araya, P., Narváez, S., Piraino, C., Martínez, J., & Hamilton, J. (2021). Abuso sexual temprano y su impacto en el bienestar actual del adulto. *Psicoperspectivas*, 20(1), 70-82.
<https://doi.org/kr53>
- Pinto-Cortéz, C. & Guerra, C. (2019). Victimización sexual de niños, niñas y adolescentes chilenos: prevalencia y características asociadas. *Revista de Psicología*, 28(2), 1-12.
<https://doi.org/10.5354/0719-0581.2019.55658>
- Pizarro Anfruns, R. & Capella Sepúlveda, C. (2021). Acompañamiento a hijos/as a psicoterapia por agresiones sexuales: cambio en una madre. *Revista de Psicología*, 30(2), 1-15.
<https://doi.org/10.5354/0719-0581.2021.59925>
- Rutter, M. & Stevenson, J. (2008). Using epidemiology to plan services: A conceptual approach. En M. Rutter, D. V. M. Bishop, D. S. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor, & A. Thapar (Eds.), *Rutter's child and adolescent psychiatry* (pp. 71-80). Blackwell Publishing Limited.
<https://doi.org/10.1002/9781444300895>
- Santa-Sosa, E. J., Steer, R. A., Deblinger, E., & Runyon, M. K. (2013). Depression and parenting by nonoffending mothers of children who experienced sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 22(8), 915-930.
<https://doi.org/10.1080/10538712.2013.841309>
- Servicio Nacional de Menores. (2016). *Primer informe de abuso sexual en niñas, niños y adolescentes en Chile*.
- Unicef. (2012). *Cuarto Estudio de Maltrato Infantil*. Santiago, Chile.
- Valdés, C., Morales-Reyes, I., Pérez, J. C., Medellín, A., Rojas, G., & Krause, M. (2017). Propiedades

psicométricas del inventario de depresión de Beck IA para la población chilena. *Revista Médica de Chile*, 145(8), 1005-1012.

<https://doi.org/10.4067/s0034-98872017000801005>

Vega-Arce, M. & Núñez-Ulloa, G. (2017). Cribado de las experiencias adversas en la infancia en preescolares: revisión sistemática. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 74(6), 385-396.

<https://doi.org/10.1016/j.bmhimx.2017.07.003>

Fecha de recepción: 26 de enero de 2023

Fecha de recepción de revisión 1: 10 de agosto de 2023

Fecha de aceptación: 24 de agosto de 2023