



UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

FACULTAD DE CS. SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**ASOCIACIÓN ENTRE EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS DE CUIDADORES/AS
VIVIDAS EN LA INFANCIA Y LA PRESENCIA DE PSICOPATOLOGÍA EN SUS
HIJOS/AS**

PROFESOR

PS. JAVIER MORÁN KNEER, PHD

BÁRBARA PIZARRO

JAZMÍN POLLONI

KARINA VALENCIA

BELÉN VARAS

VALPARAÍSO, 2020

Abstract

En este estudio se analizaron las diferentes experiencias de abuso y/o negligencia vividas por padres/madres o cuidadores/as durante su infancia -entendidas como trauma-, y la asociación que existe con el posible desarrollo de psicopatología en sus hijos/as. De la misma forma, se revisó la variable edad de los NNA, como condicionante de la presencia de sintomatología.

Para esto, se realizó un estudio correlacional cuantitativo con dos grupos, conformados por 61 cuidadores y sus 61 hijos/as respectivamente, en los cuales se utilizaron los instrumentos Childhood Trauma Questionnaire versión abreviada (Bernstein & Fink, 1998) para evidenciar experiencias de abuso/negligencia de los/as cuidadores; y Strengths and Difficulties Questionnaire (Goodman, 1999) para evidenciar sintomatología en sus hijos/as. Al analizar los resultados, se logró obtener evidencia de que existe una relación directa entre las experiencias traumáticas vividas en la infancia de cuidadores, y el desarrollo de psicopatología en sus hijos/as; sin embargo, esta asociación no estaría moderada por la edad de estos últimos.

Palabras clave: abuso - negligencia - trauma transgeneracional - parentalidad - psicopatología infantil - sintomatología internalizante - sintomatología externalizante - salud mental

ÍNDICE DE CONTENIDO

Abstract	1
Planteamiento del problema	4
Hipótesis	10
Objetivos	10
3.1 Objetivo general	10
3.2 Objetivos específicos	10
Marco teórico	11
4.1 Trauma	11
4.1.1 Definición	11
4.1.2 Distinción entre trauma y trastorno por estrés post traumático	12
4.1.3 Trauma del desarrollo	13
4.1.4 Trauma y Parentalidad	14
4.2 Psicopatología infanto-juvenil	16
4.2.1 Antecedentes y cifras	16
4.2.2 Trastornos más frecuentes	16
Metodología	19
5.1 Participantes	19
5.2 Criterios de inclusión	19
5.3 Criterios de exclusión	20
5.4 Instrumentos	20
5.4.1 Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 1999)	20
5.4.2 Childhood Trauma Questionnaire Short-Form (CTQ-SF) (Bernstein &	21
5.5 Procedimientos para la recolección de datos:	22
5.6 Análisis de datos:	23
Resultados	24
6.1 Análisis descriptivo	24
6.1.1 Variables sociodemográficas	24
6.1.2 Variables clínicas	26
6.1.3 Asociación entre experiencias traumáticas de cuidadores/as y sintomatología de sus hijos/as	31
6.1.4 Efecto moderador de la edad de NNA en la relación entre la vivencia de experiencias traumáticas durante la infancia de cuidadores/as y la aparición de sintomatología en sus hijos/as	33
7. Discusión	35

8. Conclusión	42
Referencias	44

ÍNDICE TABLAS

Tabla 1: Sexo de hijos/as	24
Tabla 2: Sintomatología por rangos de edad de NNA	28
Tabla 3: Estadísticos descriptivos CTQ	30
Tabla 4: Frecuencia de abusos	31
Tabla 5: Correlaciones bivariadas entre experiencias traumáticas de los cuidadores/as y sintomatología de NNA	33

ÍNDICE FIGURAS

Figura 1: Rango de edad de los/as hijos/as	24
Figura 2: Rango de edad de los/as cuidadores	25
Figura 3: Sintomatología en base a parámetros “límite”, “normal” y “problema”	29
Figura 4: Frecuencia de abuso y negligencia en cuidadores/as	30

1. Planteamiento del problema

La presente investigación busca establecer la relación entre las experiencias traumáticas en la infancia de cuidadores/as primarios y la presencia de psicopatología en sus hijos/as.

Se estima que la presencia de trastornos mentales, en población infanto-juvenil, ha aumentado en los últimos años, existiendo evidencia de que las tasas de prevalencia a nivel mundial se sitúan entre 14-20% de los NNA, de los cuales, el 2% corresponde a trastornos graves, el 7-8% a trastornos de gravedad moderada, y el resto a psicopatología leve (Giráldez, 2003). A nivel nacional, se registra que más de un tercio de NNA en el país presentan algún trastorno psiquiátrico en un periodo de 12 meses, donde los trastornos externalizantes prevalecen en mayor medida en niños y niñas menores a 6 años, y los trastornos internalizantes se presentan mayoritariamente en población adolescente (Vicente, Saldivia, De la Barra, Melipillán, Valdivia, & Kohn, 2012; Aceituno, Miranda & Jiménez, 2012).

A partir de lo anterior, la literatura establece diversos factores de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales durante la infancia y la adolescencia, dentro de los cuales se destacan la falta de calidez parento-filial, el maltrato y/o abuso, historia familiar asociada a abuso de sustancias y/o presencia de trastornos mentales, estilos de crianza sobreprotectores, negligencia y eventos vitales como la separación del grupo familiar o duelo, entre otros (Almonte, Montt & Correa, 2003; Pavez, Santander, Carranza & Vera-villaruel, 2009; Bragado, Bersabé & Carrasco, 1999).

Dentro de los trastornos asociados a la infancia y adolescencia, se pueden identificar dos factores de segundo orden o dimensiones psicopatológicas de banda ancha (Achenbach, 1985; Achenbach y Edelbrock, 1978). La primera dimensión corresponde a los trastornos de ansiedad y depresión, la cual ha sido denominada internalizante. Por otro lado, la segunda

dimensión correspondiente a los trastornos de conducta, abuso de sustancias o hiperactividad, es conocida como externalizante (Giráldez, 2003).

Existen diversos tipos de intervenciones a partir de diferentes enfoques en cuanto a salud mental en población infanto-juvenil, dentro de los cuales destacan la Terapia cognitivo-conductual, el enfoque psicoanalítico y la terapia gestáltica por sus efectivos resultados en los procesos terapéuticos y la concepción de “cambio” respecto a la sintomatología que presentan los/as pacientes (Ledo, González & Barroso, 2012; Georgievska-Nanevska, 2019; Montiel, s/f).

En cuanto a las limitaciones de cada intervención se observa que no establecen un cambio significativo a largo plazo y que además se focalizan en el individuo, siendo el centro de la intervención el síntoma, su disminución y/o desaparición, sin considerar la manifestación del síntoma desde elementos contextuales como la familia (Cirillo & Di Blasio, 1989 en De Pablo, 2019; Moreno, 2014). A pesar de las limitaciones que los autores reportan, otros autores (Chávez, 1999; Haeussler & cols, 2014) plantean la importancia de integrar diversas técnicas desde la amplia gama de enfoques para enriquecer la práctica clínica respecto a las intervenciones con NNA.

En base a lo anterior, Moreno (2014) establece que “...no se podía comprender la situación de un individuo si no se entendía su contexto social; de ahí la importancia de trabajar con las relaciones y no con los problemas individuales” (p.22). Ésta ha sido la base para una serie de intervenciones, principalmente sistémicas, que destacan la importancia de integrar factores del entorno en el cual se desarrolla el/la NNA. En primer lugar, incorporando a los cuidadores al espacio terapéutico, pero a su vez, considerando el carácter relacional entre los distintos contextos con los cuales interactúan los NNA. Una mirada de este tipo reconoce que

la emergencia de sintomatología estará mediada tanto por elementos del entorno como también del desarrollo (De Pablo, 2019).

Siguiendo con esta idea, diversos estudios han reportado resultados positivos, tanto durante el desarrollo de las sesiones como también a largo plazo, de procesos terapéuticos con NNA en los cuales se integró el análisis de dinámicas familiares y patrones de crianza. También se incorpora a la intervención la participación familiar de diversos miembros y otros espacios contextuales como, por ejemplo, la escuela (León, Hidalgo, Jiménez & Lorence, 2015; Saíñas & Pascual, 2006; Celi, Herrera & Riofrío, 2019).

Como elemento relevante, a partir de esta perspectiva, se destaca también el carácter multidisciplinario de las intervenciones dado que se focalizan de manera integral con diversos profesionales para atender las necesidades psico-sociales de los/as NNA, además de proporcionar canales de comunicaciones con diversas instituciones (salud, educación, etc.), generando una red que, a partir de lo que reportan los autores, facilita el desarrollo de la intervención y genera resultados positivos (Alegret, Castanys & Ochoa, 2005; Núñez, 2015).

Aun cuando existen diversos antecedentes que fundamentan la importancia de incorporar aspectos contextuales a las intervenciones, la literatura es escasa respecto a la profundización en aspectos de la historia de vida de los/as cuidadores/as y sus vivencias durante la infancia y/o adolescencia.

En base a lo anterior, Lapidus (2018) establece la importancia de incorporar, como elementos de análisis a la práctica clínica, las historias de vida y experiencias de padres y madres hasta generaciones anteriores a ellos, debido a su gran relevancia en las problemáticas que traen a consultar los pacientes, sobretodo población infanto-juvenil.

Barudy y Dantagnan (2005) plantean un modelo de intervención el cual enfatiza en la importancia de considerar las experiencias de violencia en la infancia de los/as cuidadores,

donde señalan: “un porcentaje significativo de los padres y madres que violentan a sus hijos fueron precisamente niños y niñas maltratados que no fueron adecuadamente protegidos...” (p.102). Este modelo principalmente se focaliza en el desarrollo de competencias parentales adecuadas para establecer prácticas bien tratantes y vínculos de apego seguro entre padres, madres y sus hijos/as.

Las investigaciones sobre transmisión del trauma a futuras generaciones, a nivel internacional, establecen cierta asociación entre el trauma de padres y madres y la salud mental de sus hijos/as. La mayoría de éstas se centran en contextos específicos como la segunda generación de sobrevivientes del Holocausto, entregando evidencia respecto a la presencia de algunos síntomas tales como depresión, ansiedad, fobias, sentimiento de culpa y problemas de separación, asociados a patologías en los padres (Rowland Klein, 2004 en Faúndez & Cornejo, 2010), o bien, aluden experiencias de trauma a lo largo de su vida de los/as cuidadores hasta la adultez, pero no específicamente durante la infancia (Casanueva, Martin, Runyan, Barth & Bradley, 2008; Burke, Lee & O’Campo, 2008).

A nivel nacional, los estudios en esta línea son aún incipientes, planteados principalmente desde una perspectiva social y cultural, focalizados en las experiencias de trauma en el contexto de dictadura (Faúndez & Cornejo, 2010; Cerutti, 2015; Díaz & Unger, 2012), sin incorporar aspectos clínicos. Dado lo anterior, el avance en esta línea podría traer importantes beneficios, no solo a la investigación, sino también a la práctica clínica al reconocer aspectos de la historia vital de los y las cuidadores/as que estarían asociados a las dificultades que viven niños, niñas y adolescentes (NNA) en el presente, entendiendo que los traumas en la infancia generan mayores problemas de comportamiento en las siguientes generaciones (Bifulco et al., 2002; Roberts, O’Connor, Dunn, Golding y el Equipo de Estudio de ALSPAC, 2004; Thompson, 2007 en Min, Singer, Minnes, Kim & Short, 2013).

Algunos estudios recientes, plantean que el abuso infantil o experiencias de violencia durante la infancia y adolescencia de los cuidadores tienen efectos adversos en el desarrollo psicológico de sus hijos e hijas, principalmente asociados a diversas dificultades en salud mental como problemas conductuales, emocionales y de adaptación al entorno.(Collishaw, Dunn, O'Connor & Golding, 2007; Miranda, De la Osa, Granero & Ezpeleta, 2013)

Asimismo, se observa que los/as cuidadores/as que han vivido experiencias traumáticas durante la infancia son quienes reportan mayores dificultades conductuales en sus hijos en comparación con quienes no han vivido este tipo de experiencias (Miranda, De la Osa, Granero & Ezpeleta, 2011.)

Siguiendo con la idea anterior, se sitúa como un factor explicativo de esta asociación la salud mental de los/as cuidadores/as como un mediador en los efectos que las experiencias traumáticas pueden tener en el desarrollo psicológico de sus hijos/as, ya que los niveles de estrés y presencia de sintomatología, por ejemplo, de tipo ansiosa o depresiva, se consideran como factores de riesgo ante la presencia de problemas conductuales en los niños y niñas (Lieberman, Van Horn y Ozer, 2005).

Dada la escasa evidencia a nivel nacional respecto a la relación que tendrían las experiencias de trauma de cuidadores/as durante su infancia y/o adolescencia, y el desarrollo de sintomatología en sus hijos/as; y considerando además que la evidencia existente no permite establecer qué elementos específicos del trauma estarían o no asociados al desarrollo de psicopatología en el contexto de vínculos parento-filiales, este estudio busca responder a la siguiente pregunta de investigación: **¿Existe una asociación entre las experiencias traumáticas en la infancia de cuidadores/as y el desarrollo de psicopatología en sus hijos/as?** Adicionalmente, y tomando en consideración que ciertos momentos del ciclo vital pueden ser más sensibles para el desarrollo de psicopatología en NNA, y/o el impacto de las

experiencias traumáticas de sus cuidadores podrían ser más evidentes, se evalúa si esta asociación pudiera estar moderada por la edad de los NNA.

La finalidad de este estudio propone enriquecer y especificar el análisis sobre esta temática en nuestro país, lo que además podría ser útil como insumo en la práctica clínica, tanto a nivel preventivo como también en el abordaje y dirección de intervenciones terapéuticas, en pro de favorecer la salud mental de NNA reduciendo los niveles de sintomatología psicológica en futuras generaciones.

2. Hipótesis

En base al presente estudio se espera (1) que exista una correlación positiva entre las experiencias traumáticas de los/as cuidadores/as y la presencia de psicopatología en sus hijos e hijas y; (2) que esta asociación esté moderada por la edad de los hijos e hijas.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Evaluar la asociación entre las experiencias traumáticas de cuidadores/as y la presencia de psicopatología en sus hijos/as.

3.2 Objetivos específicos

Describir la relación entre distintos tipos de experiencia de trauma en la infancia presentes en cuidadores/as y la presencia de sintomatología externalizante y/o internalizante en sus hijos/as.

Determinar el efecto moderador de la edad de los/as hijos/as en la relación entre las experiencias traumáticas de cuidadores/as en la infancia y la sintomatología en sus hijos/as.

4. Marco teórico

4.1 Trauma

4.1.1 Definición

A partir de la literatura, existen diversas definiciones asociadas al concepto de trauma y su principal variabilidad radica en el enfoque teórico o perspectiva desde la cual se analice.

Genéricamente se puede concebir como hechos o una sucesión de estos, los cuales, al tener un carácter doloroso, producen una sensación de amenaza vital (Lira, 2010; Madariaga, 2002; Salvador, 2009).

De esta manera Pérez-Sales (2004), establece tres características que enmarcan el concepto de trauma, las cuales lo clasifican como: (1) Una experiencia que tiene un carácter inenarrable, incontable e incompañable, (2) que quiebra las asunciones que constituyen los referentes básicos de seguridad del ser humano, y (3) que puede conllevar con frecuencia un cuestionamiento de la dignidad personal asociado a vivencias de culpa.

Por otro lado, el concepto de trauma ha ido evolucionando teóricamente desde la psicología, en sus inicios, Sigmund Freud (1926) establece el concepto de “trauma psíquico” el cual considera como la consecuencia de un evento traumático de gran envergadura o de una secuencia temporal de traumas parciales los cuales operan sobre el psiquismo del individuo sobrepasando su “barrera protectora”. Asimismo, otros teóricos establecen posteriormente conceptos como el de “trauma secuencial” de Hans Keilson (Keilson, 1992), el cual mantiene las características genéricas del trauma pero agrega una connotación social e interaccional respecto a la amenaza; o bien, el concepto de “trauma psico-social” de Martín-Baró (Martín-Baró, 1990) que hace referencia a las consecuencias del trauma, específicamente, a los trastornos psicológicos individuales, su cronicidad y transgeneracionalidad (Madariaga, 2002).

4.1.2 Distinción entre trauma y trastorno por estrés post traumático

El Trastorno por estrés postraumático (TEPT) se encuentra como categoría diagnóstica desde la tercera versión del Manual diagnóstico de trastornos mentales (DSM-III) y se caracteriza por “...una tríada sintomática de fenómenos invasores, conductas de evitación y síntomas de hiperalerta en respuesta a un acontecimiento traumático, el que puede presentarse en cualquier sujeto y a cualquier edad” (Carvajal, 2018. p.161), en donde lo fundamental es el patrón prolongado de sintomatología frente a un evento estresante y no sólo la respuesta ante este. Tiene una prevalencia de 5 a 15% en la población mundial y mayoritariamente es de carácter crónico (Palacios & Heinze, 2002).

Van der Kolk (2005) explicita que la complejidad del trauma en el desarrollo abarca una serie de síntomas y comorbilidades que están vulnerables a ser diagnosticadas bajo criterios específicos de TEPT (Cook, 2005 en Van der Kolk, 2005) aludiendo al origen de la sintomatología a un evento traumático (Baita, 2012), lo cual generaría un sesgo ante la importancia de la presencia de eventos traumáticos, tanto como prolongados, persistentes y variados, pero también situados en etapas fundamentales del desarrollo humano.

De allí se desprende el concepto de “Trauma complejo” (Van der Kolk, 2005), el cual refiere que las consecuencias de la exposición prolongada a eventos traumáticos, específicamente durante la infancia, tiene efectos nocivos en el desarrollo cerebral y de la mente, a diferencia de los eventos traumáticos únicos o aislados (TEPT), que generan dificultades conductuales y/o respuestas biológicas.

Además de esta diferenciación entre la prolongación de eventos y la importancia de que estos estén situados en etapas importantes del desarrollo, se ha teorizado sobre la relevancia de los vínculos de apego en el desarrollo del trauma, aspecto que tampoco es considerado dentro del diagnóstico de TEPT dado que los diversos tipos de maltrato o eventos traumáticos

desarrollados dentro del contexto de las figuras primarias de apego generan mayores consecuencias en el desarrollo, debido a la nula disponibilidad de figuras que resulten eficaces en la regulación emocional (Rahim, 2014).

4.1.3 Trauma del desarrollo

Como se mencionó con anterioridad, se ha problematizado en una amplia gama de estudios la presencia y consecuencias que trae la prolongada exposición a eventos traumáticos durante la infancia, tanto a nivel neurobiológico, emocional y relacional, las cuales se han categorizado en diversas dificultades sintomáticas que promueven el desarrollo de trastornos y comorbilidades, tanto en la misma infancia como posteriormente en la adultez, como trastornos ansiosos, del ánimo, de personalidad, entre otros (Pérez, Vicente, Zlotnick, Konh, Johnson, Valdivia & Rioseco, 2009; Schore, 2009; Heim & Nemeroff, 2001).

Así, las experiencias traumáticas, refieran tanto a abuso, negligencia, maltrato o inclusive comunicación disruptiva en el contexto de apego con las figuras cuidadoras, complejiza los efectos del trauma en el desarrollo “saludable” en la infancia (Van der Kolk, 2005).

Por ello, emerge el concepto de “Trauma del desarrollo”, con el fin de categorizar específicamente la experiencia temprana de trauma y su efecto nocivo en el desarrollo a través del vínculo de apego, el cual está principalmente caracterizado por una falta de reciprocidad y respuesta contingente respecto a las necesidades afectivas del infante ante la presencia de eventos traumáticos (Schimmenti & Caretti, 2016).

A partir del concepto de “Trauma del desarrollo” se elabora el concepto de “Trastorno traumático del desarrollo” que engloba las experiencias traumáticas de forma crónica que ya

han generado patrones de desregulación constante y deterioro en alguna de las esferas de funcionamiento (Schimmenti & Caretti, 2016).

De esta forma, se propuso tentativamente a la Asociación Americana de Psicología (APA) la inclusión del diagnóstico “Trastorno traumático del desarrollo” en la última versión del DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM-V) (Baita, 2012), el cual incluye cuatro criterios: (A) Exposición múltiple o crónica a una o más formas de trauma interpersonal en el desarrollo y experiencia subjetiva de este, (B) Patrones persistentes de desregulación afectiva, fisiológica, conductual, relacional, cognitiva y/o del self, (C) Alteración de expectativas, atribuciones y confianza y (D) Deterioro funcional (Van der Kolk, 2005).

4.1.4 Trauma y Parentalidad

Tal como se ha mencionado anteriormente, los acontecimientos traumáticos no sólo abarcan eventos grandes y discretos, sino también daños emocionales microscópicos y repetitivos. De esta forma, los traumas sutiles, sobretodo aquellos que se relacionan con el fracaso de los cuidadores durante la infancia para responder a las demandas y necesidades de los hijos/as, pueden tener efectos en la capacidad del niño o niña para organizar sus afectos y percepciones. Por lo tanto, el trauma en la vida tanto infantil como adulta se describe como una experiencia que va a atentar directamente contra la construcción o el sentido del sí mismo en relación con otros (Miró & Vicente, 2012).

En base a lo anterior, existen diversos estudios que afirman que la experiencia de maltrato durante la infancia representa un impacto negativo en el funcionamiento del individuo en múltiples niveles (Browne & Finkelhor, 1986; Cicchetti & Toth, 1995; DiLillo, 2001; Pears & Capaldi, 2001), donde se explicita que las consecuencias negativas del abuso y la

negligencia en la infancia para los individuos maltratados van desde los cambios neurobiológicos (Nemeroff, 2004), perturbación emocional (Briere & Jordan, 2009), dificultades interpersonales (Cook et al., 2005) hasta trastornos psiquiátricos y de abuso de sustancias (Kendler et al., 2000; Min, Farkas, Minnes, & Singer, 2007), todos los cuales, a nivel parental, podría afectar la capacidad de apego, empatía, habilidades en modelos de crianza y la capacidad de vincularse a otras redes, resultando en que los/as hijos/as de cuidadores que han sufrido algún tipo de maltrato pueden estar expuestos a una serie de estresores como consecuencia de lo anterior, lo que podría afectar su desarrollo (Myhre, Dyb, Wentzel-Larsen, Grogaard & Thoresen, 2014).

Por ejemplo, se ha encontrado que las madres con un historial de maltrato infantil reportaron menos confianza y control emocional en su rol de cuidador y era más probable que aprobaran prácticas disciplinarias severas para sus propios hijos (DiLillo, 2001; Pears & Capaldi, 2001 en Rijlaarsdam, Stevens, Jansen, Ringoot, Jaddoe, Hofman et al, 2014).

Este tipo de disciplina es uno de los factores de riesgo más sólidos para los problemas agresivos, delictivos y antisociales de NNA -síntomas externalizantes-, pero también se ha asociado con los síntomas depresivos NNA- síntomas internalizantes (Chang, Schwartz, Dodge y McBride-Chang, 2003; Gershoff, 2002; Thornberry et al, 2012; Vostanis et al, 2006).

De la misma forma, existe un gran número de investigaciones que demuestran que las diferentes experiencias de abuso vividas en la infancia se relacionan con consecuencias negativas para la salud mental del individuo afectado y, por lo tanto, existiría una asociación entre los problemas de salud mental de los/as cuidadores, y las dificultades emocionales y de comportamiento de sus hijos/as, siendo la sintomatología externalizante en los niños más pequeños la queja más común (Myhre, Dyb, Wentzel-Larsen, Grogaard & Thoresen, 2014).

4.2 Psicopatología infanto-juvenil

Según un reporte de la OMS (2018) los trastornos mentales representan el 16% de la carga mundial de enfermedades en personas entre los 10 a 19 años, estableciendo que la mitad de los trastornos mentales tendrían su inicio o primeras manifestaciones a la edad de 14 años. Por otro lado, se reporta que las 3/4 partes de la población tendrá un inicio de sintomatología a los 20 años. Es por esto que las condiciones neuropsiquiátricas de esta población son una de las principales causas discapacitantes entre los jóvenes alrededor del mundo y, a pesar de los reportes e importancia en salud mental, la mayoría de los casos no son detectados y, en consecuencia, no son tratados, por lo que influyen negativamente en el desarrollo vital de los niños, sus avances académicos, el potencial para vivir vidas satisfactorias y limitando sus oportunidades en la vida adulta.

4.2.1 Antecedentes y cifras

Una investigación que se llevó a cabo en 24 países, mostró que existe un 15% de niños a nivel mundial que padece de trastornos externalizantes, como el déficit atencional, la hiperactividad o la agresividad; y que, en Chile, éstos afectarían al 25% de los menores de 6 años. Además, entre el 12% y el 16% de los niños chilenos padecerían de trastornos internalizantes como lo son la ansiedad y depresión, respectivamente, mientras que las cifras a nivel mundial sólo representan el 5% de la población infantil (Rescorla et al., 2011).

4.2.2 Trastornos más frecuentes

Achenbach (1983), conceptualizó las conductas internalizantes y externalizantes como características o manifestaciones detectables de una u otra forma en el niño, y que son potencialmente riesgosas debido a las probabilidades de desarrollar una serie de trastornos

psicopatológicos o conductas anormales que estarían derivados, justamente, de esta falta de organización de los factores integradores.

También el autor separa dos grandes grupos para clasificar los problemas de mayor frecuencia en los/as niños/as:

En primer lugar, el grupo de trastornos internalizantes, que son aquellos que afectan el mundo interno del sujeto que lo padece, de forma tal que se altera todo lo relacionado a su estado emocional o psicológico. Los/as niños/as o adolescentes que padecen de alguno de estos trastornos, generalmente desarrollan síntomas que no son fáciles de identificar, ya que no alteran su entorno. Los trastornos internalizantes más comunes son los trastornos depresivos, los trastornos ansiosos y trastornos psicósomáticos (Vidal & Matamala, 2013).

A partir del estudio sobre psicopatología infantil en población chilena de 4 a 18 años realizado por De la Barra, Vicente, Saldivia & Melipillán (2012), develó que existe una prevalencia de 8,3% para los trastornos ansiosos, siendo más frecuentes en niños de 4 a 11 años; y un 5,1% para trastornos afectivos, desarrollándose mayormente en niños de 12 a 18 años.

Por otro lado, el segundo grupo se asocia a dificultades asociadas a la interacción con el resto de las personas, y se clasifican dentro de los trastornos externalizantes, también conocidos como trastornos disruptivos que, usualmente, afectan la mayoría de los ámbitos en que habitan los sujetos, por lo que es fácil identificarlos (Vidal & Matamala, 2013). Los trastornos más frecuentes en el espectro de la psicopatología infantil son, principalmente, TDA, trastornos conductuales, trastornos de personalidad y abuso de OH y/u otras sustancias (Lemos, 2003).

En un estudio (De la Barra, Vicente, Saldivia & Melipillán, 2012) se estableció que la prevalencia para TDA es de 10,3%, siendo más frecuente en infantes de 4 a 11 años; 1,9%

para trastorno conductual, en donde se presenta casi tres veces más en infantes de 12 a 18; y 1,2% para trastornos por abuso de sustancias, presentándose solo en el rango etario de 12 a 18 años. Respecto a los trastornos de la personalidad, no se encuentra mayor evidencia en torno a la prevalencia mundial o nacional, pero se categorizó en un estudio con población infantil que la presencia de estos en menores que presentan conductas suicidas es de 24,39% (Bella, Fernández & Willington, 2010).

5. Metodología

Esta investigación corresponde a un estudio de tipo cuantitativo y no experimental, que tiene como objetivo recoger información para poder describir, explicar y predecir de forma general el problema descrito anteriormente. De la misma forma, esta investigación es de carácter transversal y descriptiva, ya que describe los datos recolectados de una población específica en un momento determinado. Finalmente, el estudio es de tipo correlacional, debido a que busca establecer asociaciones entre las diferentes variables expuestas.

5.1 Participantes

Los participantes del estudio corresponden a una muestra de usuarios consultantes del Centro de Atención Psicológica (CAPSI) de la Universidad de Valparaíso que tienen entre 8 y 16 años, y su cuidador/a principal.

Debido al contexto socio-político actual de Chile el muestreo se vio afectado, por lo que se requirió llevar a cabo un muestreo por conveniencia, basado en la cantidad de personas que fue posible reclutar en el periodo octubre 2019 - enero 2020 por invitación directa del grupo de tesis. Aun así, en esta muestra se respetaron criterios de inclusión-exclusión comprometidos originalmente en el proyecto de investigación.

5.2 Criterios de inclusión

En cuanto a las condiciones de elegibilidad, los criterios de inclusión consideran:

Para cuidadores:

- Tener una relación de convivencia con el/la NNA
- Ser el/la cuidador/a primario/a del/la NNA.

Para NNA:

- Tener entre 7 a 16 años y 11 meses de edad.
- Tener indicación de psicoterapia (en el caso de muestra que asiste a CAPSI)

5.3 Criterios de exclusión

Como criterio de exclusión se contempla:

Para cuidadores:

- No tener hijos/as o NNA a cargo de su cuidado.
- No haber tenido contacto o convivencia con NNA.

Para NNA:

- Presentar trastorno del espectro autista

5.4 Instrumentos

5.4.1 Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 1999)

Es un cuestionario breve que evalúa conductas, emociones y relaciones de niños, niñas y adolescentes entre 4 y 16 años, el cual se utiliza como instrumento de tamizaje de psicopatología infantil. Se aplica a padres o profesores e incluye una versión de autoreporte para adolescentes entre 11 y 16 años, la cual se diferencia únicamente en la forma de presentar las preguntas, ya que estas se encuentran en primera persona. Está constituido por 5 dimensiones (Problemas conductuales, Síntomas emocionales, Hiperactividad, Problemas con pares y Conducta prosocial) las cuales contienen 5 ítems, sumando un total de 25 ítems que representan fortalezas y dificultades, los que se puntúan con 0, 1 o 2 (no es cierto, es cierto, absolutamente cierto). Para obtener los resultados se suman los puntajes de las 4 primeras

escalas, los que entregan un puntaje total de dificultades en un rango de 0 a 40 (Goodman, 1999 en Brown, 2012).

En relación al índice de correlación respecto a estudios similares (Rutter et al, 2003; Achenbach, 2000) se estimaron correlaciones sustanciales en el rango de 0.7-0.9. Así también se estimó un coeficiente α de Cronbach de 0.79, considerado como adecuado. Aun así, en el análisis de confiabilidad por separado de cada escala, se obtuvieron puntajes considerados bajos (Brown, 2012).

5.4.2 Childhood Trauma Questionnaire Short-Form (CTQ-SF) (Bernstein & Fink, 1998)

El instrumento “Childhood Trauma Questionnaire” (CTQ) es un instrumento de auto reporte de 28 preguntas, para adultos y adolescentes, que permite evaluar retrospectivamente los traumas interpersonales desde la infancia, eventos de negligencia y abuso infantil. Entre ellos, está el maltrato infantil y se define como toda forma de abuso físico, maltrato emocional, abuso sexual, abandono, trato negligente o explotación comercial o de otro tipo produciendo un daño potencial o real a la salud, supervivencia, desarrollo o dignidad de un niño en el establecimiento de una relación de responsabilidad, confianza o poder (Krug, Mercy, Dahlberg & Zwi, 2002).

Además, es el instrumento más utilizado e investigado para medir diversas formas de maltrato infantil en adultos (Bernstein et al., 2003), y no solo aborda al abuso sexual y físico, sino que evalúa también cinco tipos de maltrato de una manera comprensiva (Spinhoven & Penninx, 2014), por lo que, es un instrumento ideal en el ámbito de las pesquisas de adversidad y maltrato temprano.

El CTQ-SF evalúa 5 tipos de maltrato: abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, la negligencia emocional y por último la negligencia física.

Consta de 5 ítems, evaluados a través de una escala tipo Likert de 5 puntos de respuesta, las que van desde ‘casi nunca es verdad’ a ‘casi siempre es verdad’. Tres ítems adicionales componen la escala para detectar respuestas socialmente aceptadas o reportes de trauma falsos o negativos.

Los coeficientes de la consistencia interna de versión en inglés tienen un rango de 0,84 a 0,89 en abuso emocional, 0,81 a 0,69 en abuso físico, 0,92 a 0,95 en abuso sexual, 0,85 a 0,91 en negligencia emocional y 0,61 a 0,78 en negligencia física (Bernstein et al., 2003).

5.5 Procedimientos para la recolección de datos:

Para la recolección de datos, recurrimos a entrevistar a los/as cuidadores/as de los pacientes infanto-juveniles de CAPSI, proceso que fue mediado por sus terapeutas, solicitando permiso para consultar por su posible participación en nuestra investigación, en la cual se acuerda responder de manera voluntaria una batería de instrumentos de screening psicológico, dejando claro los objetivos de la investigación y los derechos de los participantes, a través de un consentimiento informado que incluía cláusulas como la confidencialidad de la información y el anonimato, y donde también queda establecido que es posible solicitar una devolución de resultados si se requiere. De la misma forma, al universo de pacientes de CAPSI se les ofreció, a modo de compensación, atención gratuita para las próximas sesiones terapéuticas.

Una vez confirmada la participación de los consultantes, nos reunimos en una de las salas de atención psicológica de CAPSI según el horario disponible de los participantes. Se firmó el consentimiento para dejar constancia de la autorización, y se procedió a realizar la aplicación de la batería. Cada sesión tuvo una duración de alrededor de 30 a 40 minutos.

Por otro lado, respecto a la muestra aleatoria, se recurrió a buscar participantes dentro de diversas regiones del país, donde cada integrante del equipo de investigación se contactó por distintos medios, tales como teléfono, correo y de forma presencial con voluntarios, los cuales pertenecen a la comunidad de cada investigador, y se realizaron los mismos procedimientos previos, con la diferencia de que, el lugar de reunión fueron dependencias ajenas a la universidad.

5.6 Análisis de datos:

Para el análisis de esta investigación, se realizará dos tipos de análisis conforme a los objetivos, los cuales son (1) análisis de correlación bivariada y (2) análisis de moderación, a través del Software Jamovi.

Finalmente, la muestra se describió a través de estadísticos descriptivos y medidas de tendencia central y dispersión.

6. Resultados

6.1 Análisis descriptivo

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la investigación con sus correspondientes variables.

6.1.1 Variables sociodemográficas

La edad de los NNA entrevistados se distribuyó entre los 7 y 16 años, siendo 11,6 la edad promedio. Como se observa en la figura 1, la distribución correspondiente a la categoría niños/as (7 a 9 años) equivale a un 34,4%; preadolescentes (10 a 12 años), 27,9%; y adolescentes (13 a 16 años), 37,7%.

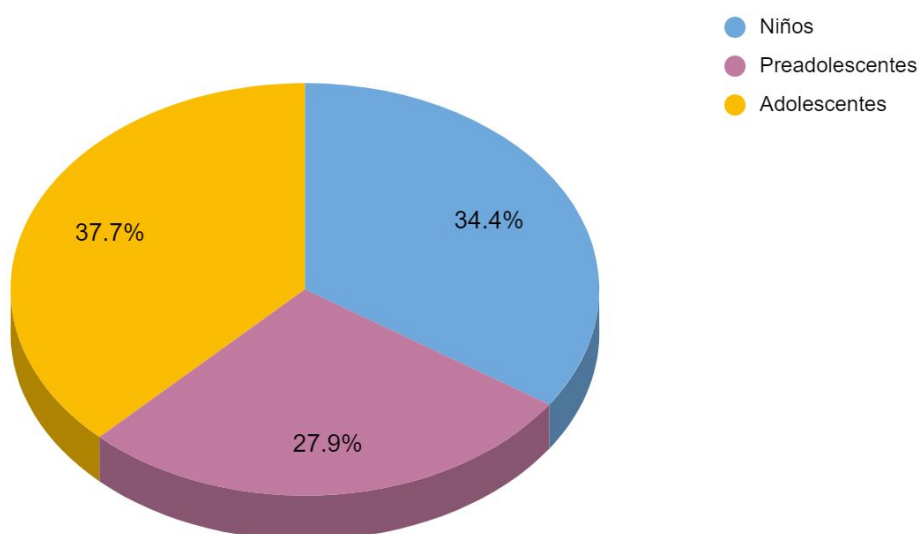


Figura 1: *Rango de edad de los/as hijos/as*

Con respecto a los/as cuidadores entrevistados, los rangos de edades van desde los 24 años hasta los 78, con una media de 41,4. En la figura 2, se puede observar que los/as cuidadores con un rango de edad de 20 a 29 años, corresponden a un 18%; entre los de 30 a 39 años, 23%; de 40 a 49, 37,7%; de 50 a 59, 18%; y los/as cuidadores de 60 ó más, 3,3%.

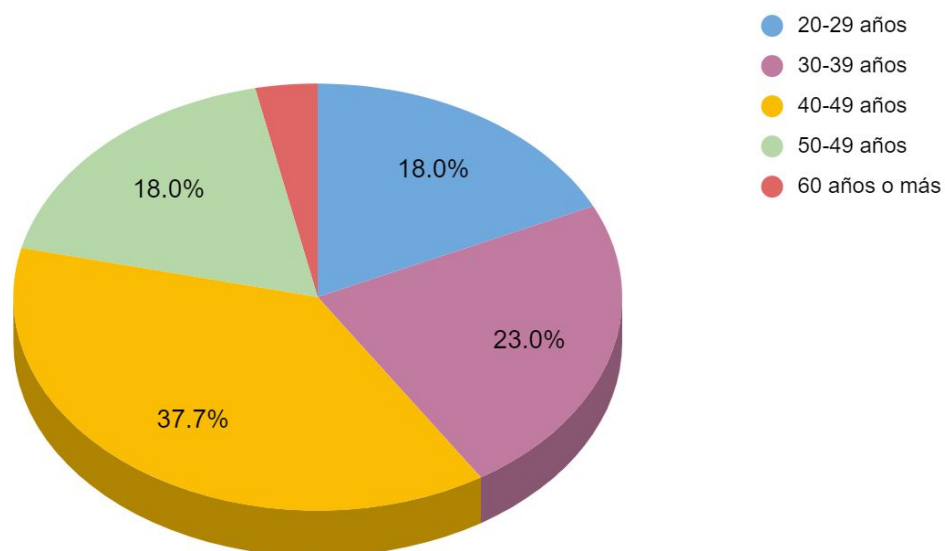


Figura 2: Rango de edad de los/as cuidadores/as

El sexo de NNA se distribuye tal como se observa en la Tabla 1, donde la cantidad de hombres corresponde a 27, siendo un 44.3% de la muestra total; y las mujeres corresponden a 34, siendo un 55.7% de la muestra.

Tabla 1. Sexo de los/as hijos/as

Sexo	Cantidad	% Total	Frecuencia Acumulada %
Hombre	27	44.3 %	44.3 %
Mujer	34	55.7 %	100.0 %

Con respecto a los/as cuidadores, la muestra se compone principalmente de mujeres (n=56), correspondiente a un 91,8% del total de cuidadores; y hombres correspondientes a un 8,19% (n=5).

6.1.2 Variables clínicas

Variable sintomatología de NNA

La media de sintomatología de NNA evaluada a través del SDQ (SDQ Total) corresponde a 12,5 puntos (DS=6,17), no observándose diferencias estadísticamente significativas ($F=0,426$; $p=0,656$) entre las medias de las categorías de rangos de edad. Asimismo, quienes mayor puntaje obtuvieron fueron los participantes pertenecientes a la categoría de preadolescentes, con una media de 13,5 puntos (DS=7,82).

La Conducta Prosocial corresponde a una media de 8,72 puntos (DS=1,34), donde no se observan diferencias estadísticamente significativas ($F=2,940$; $p=0,065$) entre las categorías de rangos de edad. Quienes mayor puntaje obtuvieron fueron los participantes de la categoría de niños/as, con una media de 9,19 puntos (DS=1,44).

La Hiperactividad corresponde a 4,92 puntos de la media (DS=1,97), no registrando diferencias estadísticamente significativas ($F=1,437$; $p=0,650$) entre las medias de las categorías de rangos de edad. La categoría de preadolescentes obtuvieron mayor puntaje con una media de 5,29 puntos (DS=2,31).

La media de los Síntomas Emocionales corresponde a 2,98 puntos (DS=2,16), no observando diferencias estadísticamente significativas ($F=1,596$; $p=0,217$) entre las medias de las categorías de rangos de edad. Los participantes de la categoría de preadolescentes fueron los que obtuvieron mayor puntaje con una media de 3,35 puntos (DS=2,62).

La media de los Problemas Conductuales corresponde a 2,18 puntos (DS=1,75), donde no se observan diferencias estadísticamente significativas ($F=1,090$; $p=0,348$) entre las medias de las categorías de rangos de edad. Quienes mayor puntaje obtuvieron fueron los participantes pertenecientes a la categoría de adolescentes, con una media de 2,52 puntos (DS=1,70).

La media de la Dificultad con Pares corresponde a 2,39 puntos (DS=2,01), no observándose diferencias estadísticamente significativas ($F=0,567$; $p=0,572$) entre las medias de las categorías de rangos de edad. Los que mayor puntaje obtuvieron fueron los participantes pertenecientes a la categoría de preadolescentes, con una media de 2,76 puntos (DS=2,05).

La media de la Sintomatología Externalizante corresponde a 7,10 puntos (DS=3,34), donde no se observan diferencias estadísticamente significativas ($F=1,93$; $p=0,825$) entre las medias de las categorías de rangos de edad. Los participantes de la categoría de preadolescentes son los que obtuvieron mayor puntaje, con una media de 7,41 puntos (DS=4,23).

La media de la Sintomatología Internalizante corresponde a 5,38 puntos (DS=3,62), no observándose diferencias estadísticamente significativas ($F=0,555$; $p=0,579$) entre las medias de las categorías de rangos de edad. Quienes mayor puntaje obtuvieron fueron los participantes de la categoría de preadolescentes, con una media de 6,12 puntos (DS=4,33).

La siguiente tabla resume los valores anteriormente mencionados, dividiendo la muestra en grupos por la edad del hijo/a evaluado/a (Niños/as de 7 a 9 años, preadolescentes de 10 a 12 años y adolescentes de 13 a 16 años), y tomando en cuenta las variables de sintomatología evaluadas en el instrumento SDQ.

Tabla 2. *Sintomatología por rangos de edad de NNA*

	Edad hijo evaluado	SDQ Total	Cd Prosocial	Hiperactividad	Sínt Emoc	Prob Cd	Prob Pares	Sínt Ext	Sínt Int
N	Niños/as	21	21	21	21	21	21	21	21
	Preadolescentes	17	17	17	17	17	17	17	17
	Adolescentes	23	23	23	23	23	23	23	23
Media	Niños/as	11.6	9.19	4.90	2.38	1.86	2.43	6.76	4.81
	Preadolescentes	13.5	8.18	5.29	3.35	2.12	2.76	7.41	6.12
	Adolescentes	12.5	8.70	4.65	3.26	2.52	2.09	7.17	5.35
DS	Niños/as	5.16	1.44	1.81	1.56	1.24	2.13	2.66	3.08
	Preadolescentes	7.82	1.13	2.31	2.62	2.29	2.05	4.23	4.33
	Adolescentes	5.79	1.29	1.87	2.22	1.70	1.90	3.27	3.58

De acuerdo a la Figura 3, se observa que la mayoría de los resultados analizados por categorías se encuentran dentro del rango de sintomatología considerado normal, equivalente a un 82%.

Dentro de la categoría considerada límite, se encuentran con mayor puntaje los ítems de Problemas con Pares y Problemas Conductuales, correspondientes a un 18% y un 16% respectivamente de la muestra.

Por otro lado, dentro de la categoría considerada problema, se observa un mayor puntaje en los ítems de Hiperactividad (27.9%) , Problemas de Pares (24.6%) y Síntomas Emocionales (21.3%).

Finalmente, comparando los ítems de Sintomatología Internalizante y Externalizante, se observa que en la categoría límite los participantes se distribuyen en un 1,6 % para ambas, a diferencia de la categoría problema donde se registra mayor presencia de Sintomatología Externalizante con un 18%.

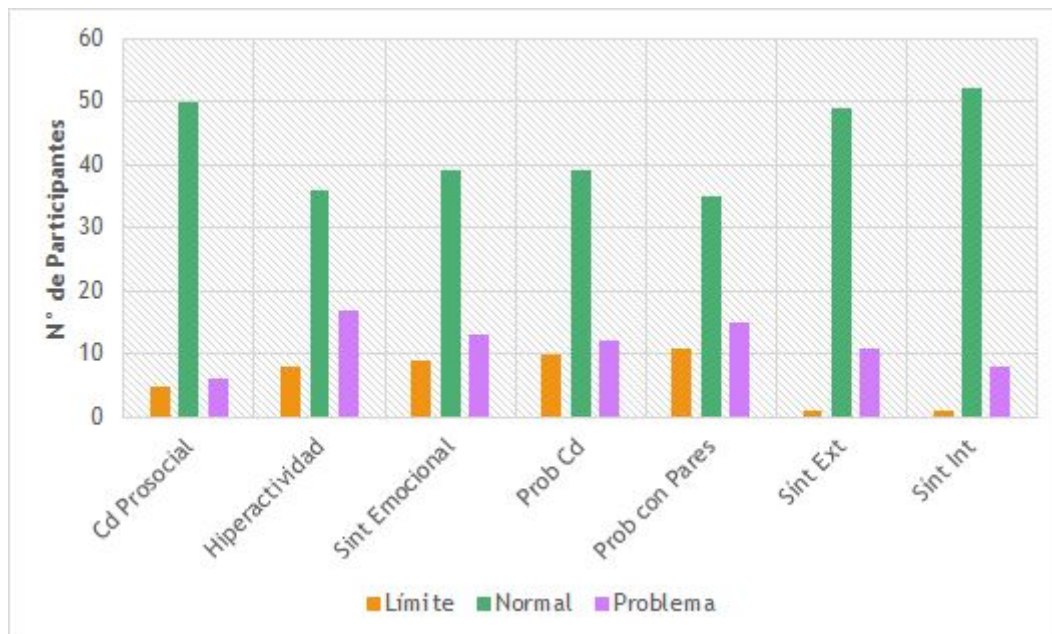


Figura 3. *Sintomatología en base a parámetros “límite”, “normal” y “problema”.*

Variable trauma en los cuidadores/as

La media de las experiencias traumáticas vividas en la infancia por los/as cuidadores/as evaluadas a través del CTQ (CTQ Total) corresponde a 36 puntos (DS=11.9). A partir de esta información, en la tabla 3 se puede observar la categoría de Abuso Emocional, con una media de 5.02 puntos (DS=5.67); Abuso Físico, con una media de 3.70 puntos (DS=5.02); Abuso Sexual, con una media de 2.85 puntos (DS=3.63); Negligencia Emocional, con una media de 4.33 puntos (DS=4.47); y, finalmente, Negligencia Física, con una media de 2.97 puntos (DS=3.34).

Tabla 3. *Estadísticos descriptivos CTQ*

Con respecto a la Figura 4, se pueden obtener los siguientes datos: un 11,5% de los cuidadores entrevistados presentaron Abuso Emocional; asimismo, se repite el mismo porcentaje para la categoría de Abuso Físico. Por otro lado, en cuanto a la categoría de Abuso Sexual, el 14,8% de los/as participantes presentó historial de este mismo. Finalmente, para la categoría de Negligencia, un 77% de los cuidadores reportó haber sufrido Negligencia Emocional en la infancia, y un 63,9% Negligencia Física; lo cual posicionaría a estas dos categorías como las más altas puntuaciones dentro de este instrumento.

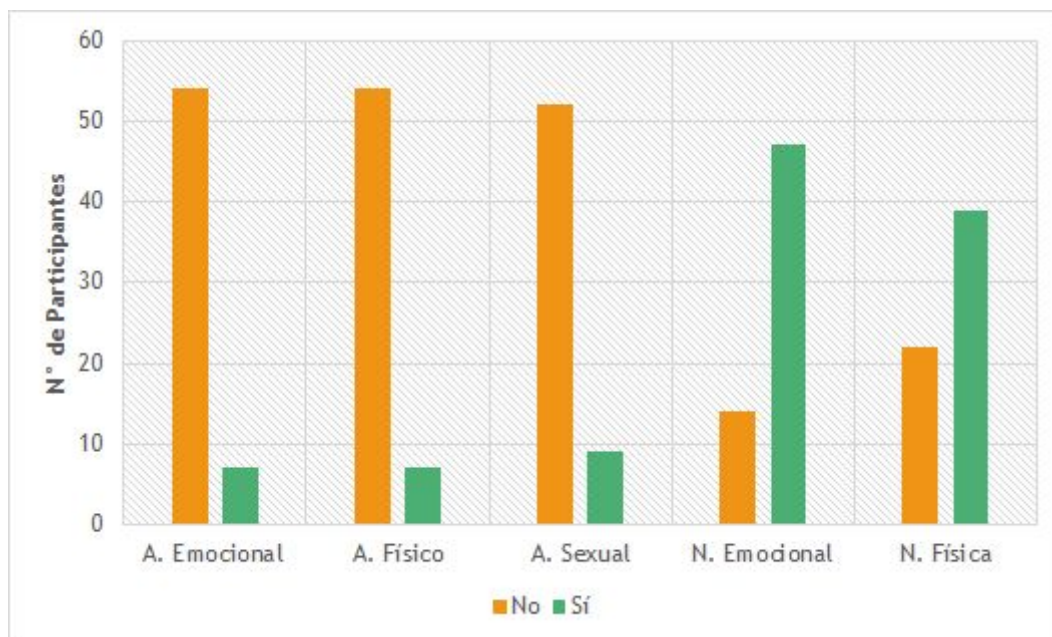
Figura 4. *Frecuencia de abuso y negligencia en cuidadores/as*

Tabla 4. *Frecuencia de abusos*

Frecuencia de abusos		
N°	% Total	Acumulativo %
47	77.0 %	77.0 %
7	11.5 %	88.5 %
5	8.2 %	96.7 %
2	3.3 %	100.0 %

En la Tabla 4, se observa la frecuencia de abusos considerando el puntaje de corte del instrumento en donde 47 participantes (77%) no presentan un nivel de abuso que genere trauma de tipo clínico y contrariamente 14 participantes (23%) presentan un nivel de abuso significativo.

6.1.3 Asociación entre experiencias traumáticas de cuidadores/as y sintomatología de sus hijos/as

De acuerdo a la Tabla 4, los resultados muestran una correlación significativa a nivel general entre las experiencias traumáticas de cuidadores en la infancia y sintomatología en sus hijos/as ($r = ,361$; $p = ,004$). Además, a nivel específico y analizando cada categoría se observa que a mayor presencia de experiencias de trauma en los/as cuidadores/as (CTQ total) mayor fue la presencia de sintomatología externalizante ($r = ,410$; $p = ,001$), de hiperactividad ($r = ,413$; $p = ,001$), síntomas emocionales ($r = ,252$; $p = ,050$) y problemas de conducta ($r = ,317$; $p = ,013$), y menor será la conducta prosocial ($r = -,331$; $p = ,009$) en los/as NNA.

Respecto a las experiencias de Abuso emocional (AE) reportadas por los cuidadores, se observa una correlación positiva con sintomatología en general ($r = ,382$; $p = ,002$), sintomatología de tipo externalizante ($r = ,441$; $p < ,001$), sintomatología de hiperactividad ($r = ,430$; $p = ,001$), problemas conductuales ($r = ,358$; $p = ,005$) y síntomas emocionales ($r =$

,253; $p=,049$), lo cual indicaría que a mayor presencia de experiencias de abuso emocional, mayor será la sintomatología mencionada anteriormente. Por el contrario, se observa una correlación negativa con conducta prosocial ($r= -,312$; $p=,014$), lo que significa un descenso de ésta a mayores experiencias de abuso emocional en los/as cuidadores.

Se observa además, que a mayor historial de Abuso físico (AF) vividas por los/as cuidadores/as, mayor será la existencia de sintomatología general ($r= ,298$; $p= ,020$), sintomatología externalizante ($r= ,333$; $p= ,009$) y de hiperactividad ($r= ,373$; $p=,003$) en los NNA.

Respecto a la categoría de experiencias de Abuso sexual (AS), se observa una correlación con la presencia de sintomatología general ($r= ,292$; $p= ,022$), sintomatología externalizante ($r= ,296$; $p= ,021$), de hiperactividad ($r= ,267$; $p=,038$), problemas conductuales ($r= ,265$; $p=,039$) y conducta prosocial ($r= -,265$; $p=,039$), indicando que, a medida que aumenten las experiencias de abuso sexual en la infancia de los/as cuidadores, aumentará la sintomatología de hiperactividad y problemas conductuales en sus hijos/as y, de la misma forma, disminuirá la conducta prosocial de los mismos.

Ahora bien, en la categoría de experiencias de Negligencia emocional (NE) se observa, en base a una correlación positiva, un aumento en la sintomatología general ($r= ,386$; $p= ,002$), de tipo externalizante ($r= ,463$; $p= < ,001$), hiperactividad ($r= ,429$; $p=,001$) y problemas conductuales ($r= ,40$; $p=,001$) y, a su vez, una disminución en la conducta prosocial ($r= -,348$; $p=,006$).

Finalmente, respecto a las experiencias de Negligencia física (NF) de cuidadores, se registra una correlación con sintomatología en general ($r= ,419$; $p= <,001$), de tipo externalizante ($r= ,472$; $p= < ,001$), internalizante ($r= ,280$; $p= ,029$), hiperactividad ($r= ,461$; $p=,001$), problemas conductuales ($r= ,381$; $p=,002$), problemas con pares ($r= ,278$; $p=,030$) de

manera positiva. Por el contrario, se observa una correlación negativa con la conducta prosocial ($r = -.419$; $p = .001$).

Tabla 5. *Correlaciones bivariadas entre experiencias traumáticas de los cuidadores/as y sintomatología de NNA*

		A Emocional	A Físico	A Sexual	N Emocional	N Física	CTQ Total
Cd Prosocial	Pearson's r	-0.312 *	-0.151	-0.265 *	-0.348 **	-0.419 ***	-0.331 **
	p-value	0.014	0.246	0.039	0.006	< .001	0.009
Hiperactividad	Pearson's r	0.430 ***	0.373 **	0.267 *	0.429 ***	0.461 ***	0.413 ***
	p-value	< .001	0.003	0.038	< .001	< .001	< .001
Sínt. Emocionales	Pearson's r	0.253 *	0.226	0.202	0.163	0.211	0.252 *
	p-value	0.049	0.080	0.118	0.209	0.103	0.050
Problemas Cd	Pearson's r	0.358 **	0.215	0.265 *	0.400 **	0.381 **	0.317 *
	p-value	0.005	0.096	0.039	0.001	0.002	0.013
Dif. Con Pares	Pearson's r	0.169	0.121	0.189	0.241	0.278 *	0.156
	p-value	0.193	0.354	0.145	0.061	0.030	0.229
Sínt. Ext	Pearson's r	0.441 ***	0.333 **	0.296 *	0.463 ***	0.472 ***	0.410 **
	p-value	<0.001	0.009	0.021	<0.001	<0.001	0.001
Sínt. Int	Pearson's r	0.245	0.202	0.225	0.231	0.280 *	0.237
	p-value	0.057	0.119	0.081	0.073	0.029	0.066
SDQ Total	Pearson's r	0.382 **	0.298 *	0.292 *	0.386 **	0.419 ***	0.361 **
	p-value	0.002	0.020	0.022	0.002	<0.001	0.004

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

6.1.4 Efecto moderador de la edad de NNA en la relación entre la vivencia de experiencias traumáticas durante la infancia de cuidadores/as y la aparición de sintomatología en sus hijos/as

En base al análisis de correlación, se realizó un análisis de moderación a fin de determinar el efecto moderador de la edad de los hijo/as en la relación entre las experiencias traumáticas de los cuidadores/as vividas en la infancia y la presencia de psicopatología en sus hijo/as, a nivel general y entre cada una de las categorías; considerando la variable trauma como variable independiente, y la variable sintomatología de los hijos/as como dependiente. Esto, debido a que se consideró que ciertos tipos de sintomatología predominaban en ciertos rangos etarios, por lo que podían influir entre ambas variables, lo cual podría ser un aporte en las investigaciones en esta área.

Los resultados permitieron establecer que existe una asociación directa entre experiencias traumáticas de los cuidadores/as y la psicopatología de sus hijos, independiente del rol que pudiera cumplir la variable de edad de los hijos dado que no se registró moderación con un nivel de significancia ($p < ,05$).

7. Discusión

El objetivo de esta investigación fue evaluar la asociación entre las experiencias traumáticas de cuidadores/as y la presencia de psicopatología en sus hijos/as a través de un análisis de correlación bivariada, tanto de forma general como específica en base a cada categoría evaluada en los instrumentos y el posible efecto moderador de la edad de los NNA en la aparición de sintomatología.

A continuación se presentará un análisis que, si bien fue construido a través de inferencias específicas respecto a los distintos tipos de trauma con su respectiva sintomatología en NNA, se consideró como concepto transversal la transmisión intergeneracional de prácticas de maltrato y abuso infantil, entendiendo que los/as cuidadores/as que sufrieron maltrato en su infancia tienden a repetir en sus prácticas de crianza la forma cómo fueron tratados de niños (Forero, Pasive, Viviana & Melo, 2015). Aunque se considera que esto es una probabilidad dentro del estudio, no fue evaluado con algún instrumento específico.

En cuanto a la relación entre las variables de sintomatología general de los hijos/as y trauma en la infancia de los/as cuidadores, sí existe una asociación, lo cual muestra, a nivel general, que a mayor nivel de experiencias traumáticas de los/as cuidadores vividas en su infancia, mayor será la presencia de psicopatología en sus hijos/as. Así también, las experiencias generales de trauma vividas en la infancia de cuidadores están asociadas a cada escala específica del SDQ. Esta asociación se podría explicar a través de diversos conceptos que se desarrollarán a continuación.

Existe evidencia de que cuidadores/as que han vivido experiencias traumáticas, durante la infancia, que a su vez, no han sido elaboradas, tendrían tendencia a desarrollar vínculos de apego inseguro. Esto presenta una gran dificultad para sus hijos/as debido a que, no serán contenidos ni acompañados adecuadamente durante su desarrollo, lo que tendrá diversos

efectos como el mantenerse alejados de relaciones que requieran cierto grado de intimidad, dificultades con su grupo de pares, sentimientos de inseguridad, rabia, frustración y tendencias a conductas disruptivas (Barudy & Dantagnan, 2005).

Siguiendo con la idea anterior, establecer vínculos de apego inseguro dificulta el desarrollo de procesos de mentalización, donde los cuidadores con esta capacidad pueden sintonizar con el mundo interno de sus hijos y responder adecuadamente a sus necesidades, entendiendo que “al mentalizar la conducta de sus hijos, permiten a estos poder verse reflejados en las actitudes, conversaciones y expresiones faciales, como seres con mente.” (Lecannelier, 2001 en Lecannelier, 2004), y el no desarrollar adecuadamente esta capacidad dificulta el poder regular las emociones del NNA, considerando que durante la primera infancia es necesaria la disponibilidad del/la cuidador/a y así lograr que el NNA tenga herramientas a lo largo de su desarrollo para su auto-regulación emocional.

De la misma forma, cada cuidador podrá empatizar e identificarse con el/la NNA y sus necesidades en base a su propia infancia. Sin embargo, la negación, olvido o distorsión de estos recuerdos, evita el ponerse en el lugar del hijo/a y, por lo tanto, las experiencias traumáticas vividas en la infancia pueden reactivarse al confrontar el sufrimiento de NNA que los rodean. En este caso, el/la cuidador/a no tendrá las herramientas para comprender y/o satisfacer las necesidades de su hijo/a, por lo que conduce a que estos mismos presenten dificultades en su comportamiento, dañándose a sí mismos y/o a los demás por la falta de regulación.

Por otro lado, en cuanto a los modelos de crianza, es sabido que influyen en el desarrollo socioafectivo del NNA, lo cual está relacionado con el manejo y resolución de conflictos, las habilidades sociales y adaptativas, conductas prosociales y regulación emocional. Aquellos estilos de crianza que se caracterizan por ser negligentes desde lo emocional, se asocian a un

desarrollo emocional vulnerable ante situaciones estresantes y se relacionan como factores de riesgo de problemáticas cognoscitivas o socioafectivas, y sintomatología ansiosa y/o depresiva (San Martín, Seguí-Durán, Antón-Torre & Barrera-Palacios, 2016).

Finalmente, cuando no existe un apoyo social, educativo y/o terapéutico, se dificulta la capacidad de cuidadores para desarrollar competencias que atiendan las necesidades de sus hijos/as, es decir, una parentalidad social adecuada (Barudy & Dantagnan, 2005).

Ahora bien, en relación a cada ítem a nivel específico en los resultados obtenidos; con respecto a la conducta prosocial, se demuestra que ésta disminuye ante la presencia de historias de abuso emocional, abuso sexual, negligencia emocional y negligencia física. Esto podría deberse a que, siendo el afecto, apoyo emocional y estimulación de la autonomía por parte de los/as cuidadores predictores del comportamiento prosocial (Cuervo, 2010), se infiere que, por un lado, el abuso emocional y sexual dificultan el desarrollo de la habilidad parental para entregar calidez, contención, favorecer la autoestima y confianza en sí mismo. Específicamente, el abuso sexual limita el establecimiento de un rol parental claro (Romero & Suárez, 2005) dado que las vivencias de éste tipo, en el contexto parento-filial, modificarían la percepción sobre los/as cuidadores/as e instalarían dinámicas que podrían afectar el desarrollo psicosexual de los NNA.

Por otra parte, las vivencias de negligencia emocional y física en la infancia, impiden satisfacer las necesidades emocionales de los hijos/as, debido a la baja disponibilidad de los/as cuidadores/as, además de la falta de normas e inconsistencia donde no queda claro el comportamiento social adecuado (Tur-Pocar, Mestre & Del Barrio, 2004).

En cuanto a la hiperactividad de los/as hijos/as, se observa su presencia a mayores experiencias de abuso emocional, físico y sexual, donde se infiere que cuidadores que han

vivido este tipo de experiencias tienden a ser menos afectuosos y más controladores, y además, las experiencias de negligencia física y emocional, impiden el establecimiento de límites y normas consistentes, así como también el desarrollo de habilidades de autorregulación en NNA (Trenas, Cabrera & Osuna, 2008).

La hiperactividad está relacionada con la desregulación o dificultad general para regular las conductas e impulsos (Albert, López-Martín, Fernández-Jaén & Carretié, 2008), y la poca disponibilidad o atención de los cuidadores para acompañar el proceso de regulación a lo largo del desarrollo, lo que podría explicar la correlación que presenta con todas las categorías de trauma.

Con respecto a los síntomas emocionales, los que se asocian con el abuso emocional y están influidos por la presencia de este durante la infancia de cuidadores, se infiere que, el cuidador, al vivir experiencias de abuso emocional en la infancia, será más vulnerable a desarrollar una baja autoestima y, por lo tanto, conductas de apego inseguro con su hijo/a, lo cual, tal como se mencionó anteriormente, conlleva a tener baja habilidad de mentalización y empatía. De la misma forma, el/la cuidador/a podría tender a repetir patrones conductuales familiares con las siguientes generaciones, y así ejercer prácticas de abuso emocional hacia sus hijos/as, lo que también guarda relación con este tipo de sintomatología.

Los problemas conductuales en NNA, se ven influidos mayormente por experiencias de abuso emocional y sexual, donde se infiere que debido a la mala calidad de las relaciones podría predisponer conductas de agresión, lo cual facilitaría la vulnerabilidad emocional en el NNA (Grusec, Goodenow & Kuczynski, 2000). De la misma forma, existe una correlación con experiencias de negligencia emocional y física en la historia vital de los/as cuidadores, por lo que se infiere, que climas emocionales fríos e irascibles con pocas manifestaciones de

cariño por parte de los cuidadores, podrían influir en el desarrollo de problemas de la conducta (Tur, Vicenta & Del Barrio, 2004).

En cuanto a la dificultad que podrían presentar NNA con sus pares, se demuestra que las experiencias de negligencia física vivenciadas por cuidadores pueden influir en la aparición de esta sintomatología, ya que las personas que viven este tipo de negligencia se caracterizarían por tener mayores niveles de apatía (Valdebenito & Larraín, 2007), lo que afectaría el desarrollo de habilidades de apego, mentalización y vínculos significativos; elementos que favorecerían los procesos de socialización en NNA (Betancourt, Restrepo, Pinzon, Acosta & Bonilla, 2014).

Al tomar en cuenta la sintomatología internalizante, se observa que las vivencias de negligencia física en la infancia de cuidadores afectan la aparición de esta sintomatología. Eso podría deberse a que los/as cuidadores, al haber vivido este tipo de negligencia en la infancia, presentan dificultades para vincularse de manera significativa con otros/as, siendo independientes a temprana edad, y replicando estas conductas con su descendencia, por lo que estos NNA crecerán siendo personas pasivas y conscientes, pero sintiéndose constantemente culpables o infelices, internalizando sus frustraciones por situaciones que escapan al manejo de las herramientas que poseen acorde a su desarrollo (Baumrind, 1966; Mestre y cols., 2001 en Barudy, 1998).

Finalmente, con respecto a la sintomatología externalizante, se ha demostrado que está asociada con todos los tipos de trauma mencionados anteriormente, al igual que la sintomatología de hiperactividad. Esto se debe a que los problemas asociados a la sintomatología externalizante se correlacionan con las diversas características de cuidadores que han vivido experiencias de abuso y/o negligencia, tales como repetir prácticas abusivas e instrumentalizar a los/as hijos/as. De esta forma, cuando los/as cuidadores/as brindan afecto

negativo o desaprobación a las acciones o comportamiento de sus hijos/as, en el contexto de haber sido NNA que vivieron en entornos poco afectivos, podría generar problemas externalizantes y baja autoestima (Cuervo, 2010).

Respecto al posible efecto moderador que cumpliría la edad de los hijos/as en la relación entre experiencias traumáticas vividas en la infancia de los cuidadores y la presencia de psicopatología en su descendencia que se hipotetizó al comienzo de la investigación -pero que luego fue descartado a través de los análisis- se puede concluir que, conforme a esta muestra y el tipo de estudio que se realizó, las variables estarían directamente relacionadas, independientemente de la edad que tendrían sus hijos/as al momento de la evaluación, lo cual, en otras palabras, permite establecer que las experiencias traumáticas que viven los cuidadores en la infancia afectarán de manera directa en la aparición de psicopatología en sus hijos/as, y que el tipo de sintomatología que presenten los NNA podrá variar según el tipo de experiencias que hayan vivido los cuidadores/as, sin que la edad impida esta relación, sin importar la edad que tengan los NNA.

Finalmente, la asociación entre experiencias traumáticas en la infancia de los/as cuidadores y la psicopatología en sus hijos/as podría ser explicada en base a otras variables que no fueron evaluadas en este estudio, tales como el tipo de apego y estilos parentales, a través de los cuales se vinculan los cuidadores/as con sus hijos/as, ya que esto influiría en cómo se elaboran las experiencias traumáticas de la infancia en la parentalidad.

De la misma forma, el evaluar en profundidad la historia de trauma en cuidadores, podría entregar información sobre la variabilidad de esta asociación, por ejemplo, en cuidadores/as que hayan vivido diferentes tipos de experiencias traumáticas a la vez. Esto debido a que la co-existencia de experiencias traumáticas no elaboradas pudiesen afectar de manera diferente el vínculo con sus hijos/as, y por lo tanto sus habilidades parentales.

Otra variable relevante es la psicopatología o conductas de riesgo en los/as cuidadores/as, o la elaboración de las experiencias traumáticas, lo que daría cuenta del estado actual de la salud mental de los cuidadores y de la percepción de la experiencia vivida, para conocer a qué nivel afectaría esto en la parentalidad y, además, permitiría tener un tipo de muestra clínica con resultados que podrían variar la asociación establecida.

8. Conclusión

A partir de los resultados obtenidos, se puede afirmar que sí existe una asociación entre experiencias traumáticas de cuidadores vividas en la infancia y el desarrollo o aparición de psicopatología en sus hijos/as. Sin embargo, esta asociación no se encuentra moderada por la edad de los/as hijos/as en esta muestra.

De la misma forma, se encontró que existe una asociación entre experiencias traumáticas de cuidadores a nivel general con la sintomatología en hijos/as, así como también a nivel específico, donde se logra asociar distintos tipos de trauma con distinta sintomatología independientemente de la edad de los/as NNA. Lo cual, a través del análisis inferencial, y la información proporcionada por la literatura se pudo relacionar con los efectos de las vivencias en la infancia de cuidadores, caracterizadas por la presencia de abuso y negligencia, y en cómo estas influyen en la capacidad de mentalización, y en el establecimiento de vínculos de apego seguro con sus hijos/as, lo cual cumple un rol fundamental en cómo los/as cuidadores/as atenderán las necesidades de sus hijos y la forma en que establecerán estilos de crianza que podrían o no favorecer la salud mental de sus hijos/as.

Las fortalezas de esta investigación se centran en que se entrega evidencia a nivel específico de experiencias traumáticas en cuidadores y la asociación a diversa sintomatología en hijos/as, entregando información nueva y relevante a la comunidad del área de salud mental y, especialmente, al área de psicopatología del desarrollo, donde existen pocas investigaciones que sitúan a padres e hijos como objeto de estudio.

En relación a las limitaciones de la investigación, en el área metodológica existen dos limitantes, las cuales fueron el tipo de muestreo, el cual corresponde a muestreo de conveniencia, ya que la muestra corresponde a una población de individuos disponibles y accesibles, lo cual imposibilita realizar afirmaciones generales con rigor estadístico sobre la

población; y el procedimiento para la recolección de datos, debido al estallido social en el país. Estos factores son relevantes, ya que el tamaño de la muestra podría influir en el análisis del efecto moderador de la edad de los/as hijos/as; y el tipo de muestra utilizado en esta investigación, debido a que pertenecía a un universo específico lo cual, si bien podría no afectar los resultados, influyó en la organización del procedimiento para la recolección de datos.

En cuanto a las proyecciones, este estudio podría complementarse a través de la inclusión de factores longitudinales para otorgarle continuidad a la evaluación del vínculo entre cuidadores/as y sus hijos/as. Además se podría lograr un análisis más profundo considerando variables como el apego, la historia de trauma y sus características, y la salud mental de los/as cuidadores/as. Esto permitiría establecer vías de transmisión entre las historias de trauma y diversas manifestaciones psicopatológicas en la descendencia, más que una asociación entre las variables.

Referencias

- Aceituno Morales, R., Miranda Hiriart, G., & Jiménez Molina,. (2012). Experiencias del desasosiego: salud mental y malestar en Chile. *Anales de la Universidad de Chile*, (3), Pág. 87-102.
- Achenbach, T. M. (1985). *Assessment and taxonomy of child and adolescent psychopathology*. London: Sage.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile*.
- Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. S. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85, 1275-1301.
- Achenbach, T. M., & Ruffle, T. M. (2000). The Child Behavior Checklist and related forms for assessing behavioral/emotional problems and competencies. *Pediatrics in review*, 21(8), 265-271.
- Albert, J., López-Martín, S., Fernández-Jaén, A., & Carretié, L. (2008). Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: datos existentes y cuestiones abiertas. *Revista de Neurología*, 47(1), 39-45.
- Alegret, J., Castanys, E., & Ochoa, S. (2005). El trabajo en red profesional en salud mental infantojuvenil. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (95), 49-68.
- Almonte, C., María Elena Montt S., & Correa, A. (2003). *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. Santiago: Mediterráneo.
- Bader, K., Schafer, V., Schenkel, M., Nissen, L., & Schwander, J. (2007). Adverse childhood experiences associated with sleep in primary insomnia. *Journal of Sleep Research*, 16(3), 285–296

- Baita, S. (2012). Trastorno traumático del desarrollo: una nueva propuesta diagnóstica. *Revista Iberoamericana de psicotraumatología y disociación*, 4(1), 1-16.
- Baradon, T. (Ed.). (2009). *Relational trauma in infancy: Psychoanalytic, attachment and neuropsychological contributions to parent-infant psychotherapy*. Routledge.
- Baron-Cohen, S. Wheelwright, S. & Hill, J. (2001). *The 'Reading the mind in the eyes' test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger Syndrome or High-Functioning autism*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 42:241-252
- Barudy, J. (1998). *Dolor invisible de la infancia (Vol. 2)*. Paidós.
- Barudy, J., & Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia*. Editorial Gedisa.
- Bella, M. E., Fernández, R. A., & Willington, J. M. (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Archivos argentinos de pediatría*, 108(2), 124-129.
- Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report (CTQ)*. San Antonio, TX: NCS Pearson, Inc.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1132–1136.
- Betancourt, Y. U., Restrepo, J. G., Pinzon, S., Acosta, J., Diaz, M., & Bonilla, C. (2014). Vínculo afectivo en pares y cognición social en la infancia intermedia. *International Journal of Psychological Research*, 7(2), 51-63
- Bragado, C., Bersabé, R., & Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11(4), 939-956.

- Briere, J., & Jordan, C. E. (2009). The relationship between childhood maltreatment, moderating variables, and adult psychological difficulties in women: An overview. *Trauma, Violence, and Abuse: A Review Journal*, 10, 375-388.
- Brown Orellana, P. (2012). Propiedades psicométricas y estandarización de la versión para padres del Strengths and difficulties questionnaire (SDQ) en niños/as de 4 a 11 años De la Región Metropolitana.
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin*, 99, 66–77.
- Burke, J. G., Lee, L. C., & O'Campo, P. (2008). An exploration of maternal intimate partner violence experiences and infant general health and temperament. *Maternal and Child Health Journal*, 12(2), 172-179.
- Camoirano, A. (2017). Mentalizing makes parenting work: A review about parental reflective functioning and clinical interventions to improve it. *Frontiers in psychology*, 8, 14.
- Carvajal, C. (2018). Posttraumatic stress disorder as a diagnostic entity—clinical perspectives. *Dialogues in clinical neuroscience*, 20(3), 161.
- Casanueva, C., Martin, S. L., Runyan, D. K., Barth, R. P., & Bradley, R. H. (2008). Quality of maternal parenting among intimate-partner violence victims involved with the child welfare system. *Journal of Family Violence*, 23(6), 413-427.
- Celi, G. E. R., Herrera, M. M. E., & Riofrío, M. I. A. (2019). Planes terapéuticos para el abordaje de problemáticas infanto-juveniles en contextos familiares. *Polo del Conocimiento: Revista científico-profesional*, 4(3), 24-34.
- Cerutti, A. (2015). La desaparición forzada como trauma psicosocial en Chile: herencia, transmisión y memoria de un daño transgeneracional. *Multitemas*, (especial).

- Chang, L., Schwartz, D., Dodge, K. A., & McBride-Chang, C. (2003). Harsh parenting in relation to child emotion regulation and aggression. *Journal of Family Psychology*, 17, 598–606.
- Chávez, O. R. (1999). La integración en psicoterapia: algunas reflexiones desde la perspectiva histórica del desarrollo de la ciencia psicológica. *Revista Cubana de Psicología*, 16(1).
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1995). A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 541–565.
- Collishaw, S., Dunn, O'Connor, T., & Golding, J. (2007). Maternal childhood abuse and offspring adjustment over time. *Development and Psychopathology*, 19, 367–383.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., . . . Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35, 390-398.
- Cuervo Martínez, Á. (2010). Parenting styles and socioaffective development in childhood. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 6(1), 111-121.
- 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.
- De Pablo Urban, J. M. (2019). Psicoterapia Infantil Sistémica. La integración de diferentes enfoques psicoterapéuticos. *Revista de psicoterapia*, 30(112), 189-218
- Díaz, D., & Unger, G. (2012). Transgeneracionalidad del trauma psicosocial en los descendientes de afectados por la represión política en Chile. *Juillet 2012*.

- DiLillo, D. (2001). Interpersonal functioning among women reporting a history of childhood sexual abuse: Empirical findings and methodological issues. *Clinical Psychology Review, 21*, 553–576.
- Faúndez, X., & Cornejo, M. (2010). Aproximaciones al estudio de la transmisión transgeneracional del trauma psicosocial. *Revista de Psicología, 19*(2), pág-31.
- Fonagy, P. (2011). The Mentalization-Focused Approach to Social Development. In *Mentalization* (pp. 21-74)
- Fonagy, P., Steele, M & Steele, H. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant–mother attachment at one year of age. *Child Development, 62*, 891 – 905.
- Forero Montaña, A. P., Pasive, M., Viviana, K., & Melo Tarquin, D. K. (2015). Prácticas de crianza y síntomas de internalización y externalización (Bachelor's thesis, Universidad de La Sabana)
- Fosse, G. K., & Holen, A. (2002). Childhood environment of adult psychiatric outpatients in Norway having been bullied in school. *Child Abuse and Neglect, 26*(2), 129–137.
[https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(01\)00312-X](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(01)00312-X).
- Freud, S. 1926. Inhibición, síntoma y angustia. En: *Obras completas*. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva, tercera edición, Vol. III: 2879-2880.M
- Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional: Implicaciones para la salud. *Revista latinoamericana de psicología, 38*(3), 493-507.
- Georgievska-Nanevska, E. (2019). La eficacia del psicoanálisis y la terapia psicodinámica. *ÍNDICE, 4*.

- Gershoff, E. T. (2002). Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: A meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin*, 128, 539–579.
- Giráldez, S. L. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del psicólogo*, 24(85), 19-28.
- Grassi-Oliveira, R., Stein, L. M., & Pezzi, J. C. (2006). Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Revista de Saude Publica*, 40(2), 249–255. https://doi.org/10.1590/S0034_89102006000200010.
- Grusec, J.E., Goodnow, J.J. y Kuczynski, L. (2000). New directions in analyses of parenting contributions to children's acquisition of values. *Child Development*, 71, 205-211
- Haeussler, I & cols. (2014). *Psicoterapia de niños y adolescentes. Actividades para la práctica clínica*. Catalonia
- Hernández, A., Gallardo-Pujol, D., Pereda, N., Arntz, A., Bernstein, D.P., Gaviria, A.M., Labad, A., Valero, J., Gutierrez-Zotes, J.A. (2012). Initial Validation of the Spanish Childhood Trauma Questionnaire-Short Form. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(7), 1498–1518. <https://doi.org/10.1177/0886260512468240>.
- Heim C., & Nemeroff C.B. (2001). *The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: Preclinical and clinical studies*. *Biol Psychiatry*, 49: pp. 1023-1039.
- Innamorati, M., Erbuto, D., Venturini, P., Fagioli, F., Ricci, F., Lester, D., ... Pompili, M. (2016). Factorial validity of the Childhood Trauma Questionnaire in Italian psychiatric patients. *Psychiatry Research*, 245, 297–302. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.08.044>.

- Keilson, H. 1992. Sequential traumatization in children. Jerusalén: The Magnes Press. The Hebrew University.
- Kendler, K., Bulik, C., Silberg, J., Hettema, J., Myers, J., & Prescott, C. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women. *Archives of General Psychiatry*, 57, 953-959.
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The World Report on Violence - Krug, Mercy, Dahlberg, Zwi (2002), 360.
- Lapidus, A. (2018). Transmisión transgeneracional. Algunos efectos en la constitución de la subjetividad.
- Lecannelier, A. (2004). Los aportes de la teoría de la mente (ToM) a la psicopatología del desarrollo. *Terapia psicológica*, 22(1)
- Lecannelier A. Felipe (2005). Apego y mecanismos de regulación: Hacia la comprensión de una psicopatología vincular. XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Ledo, I. C., González, H. I. L., & Barroso, A. A. R. (2012). Psicoterapia Conductual en niños: estrategia terapéutica de primer orden. *Norte de salud mental*, 10(43), 30-36.
- Lemos Giráldez, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del psicólogo*, 24(85).
- León Maqueda, A., Hidalgo García, M. V., Jiménez García, L., & Lorence Lara, B. (2015). Estilos relacionales en Terapia Familiar: Necesidades de apoyo para el proceso de intervención. *Mosaico*, 60, 16-30.

- Lieberman, A., Van Horn, P., & Ozer, E. (2005). Preschooler witnesses of marital violence: Predictors and mediators of child behavior problems. *Development and Psychopathology*, 17, 385-396.
- Lira, E. (2010). Trauma, duelo, reparación y memoria. *Revista de estudios sociales*, (36), 14-28.
- Madariaga, C. (2002). Trauma psicosocial, trastorno de estrés postraumático y tortura. *Serie Monografías*, 11, 1-32.
- Main, M. (1991) Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring and singular (coherent) vs multiple (incoherent) models of attachment, en Parkes, C.M., Stevenson-Hinde, J., Marris, P. *Attachment Across the Life Cycle*, London, Routledge, pp. 127-159.
- Martín-Baró, Ignacio (Ed.). 1990. *Psicología social de la guerra: Trauma y terapia*. San Salvador: UCA Editores
- Martsof, D. S. (2004). Childhood maltreatment and mental and physical health in Haitian adults. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(4), 293–299.
<https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04054.x>
- Min, M. O., Singer, L. T., Minnes, S., Kim, H., & Short, E. (2013). Mediating links between maternal childhood trauma and preadolescent behavioral adjustment. *Journal of interpersonal violence*, 28(4), 831-851.
- Miranda, J. K., de la Osa, N., Granero, R., & Ezpeleta, L. (2011). Maternal experiences of childhood abuse and intimate partner violence: Psychopathology and functional impairment in clinical children and adolescents. *Child abuse & neglect*, 35(9), 700-711.

- Miranda, J. K., de la Osa, N., Granero, R., & Ezpeleta, L. (2013). Maternal childhood abuse, intimate partner violence, and child psychopathology: The mediator role of mothers' mental health. *Violence against women*, 19(1), 50-68.
- Miró, M. T., & Vicente, S. (2012). *Mindfulness en la práctica clínica*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Montiel, M. D. P. M. (s/f). UN ENFOQUE GESTÁLTICO DE LA DEPRESIÓN INFANTIL.
- Moreno, A. (Ed.). (2014). *Manual de terapia sistémica*. Declée.
- Myhre M, Dyb G, Wentzel-Larsen T, Groggaard J, Thoresen S. Maternal childhood abuse predicts externalizing behaviour in toddlers: a prospective cohort study. *Scand J Public Health* 2014; 42: 263-9
- Nemeroff, C. D. (2004). Neurobiological consequences of childhood trauma. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(Suppl 1), 18-28.
- Núñez Cumplido, C. (2015). La intervención integral con población infantojuvenil. *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, (13), 95-125.
- OMS. (2018). *Salud mental del adolescente, notas descriptivas*. recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Palacios, L., & Heinze, G. (2002). Trastorno por estrés postraumático: una revisión del tema (primera parte). *Salud mental*, 25(3), 19-26.
- Paquette, D., Laporte, L., Bigras, M., & Zoccolillo, M. (2004). Validation de la version française du CTQ et prévalence de l'histoire de maltraitance. *Santé Mentale Au Québec*, 29(1), 201. <https://doi.org/10.7202/008831ar>.

- Pavez, P., Santander, N., Carranza, J., & Vera-Villarroel, P. (2009). Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Revista médica de Chile, 137*(2), 226-233.
- Pears, K. C., & Capaldi, D. M. (2001). Intergenerational transmission of abuse: A two-generational prospective study of an at-risk sample. *Child Abuse & Neglect, 25*, 1439–1461.
- Pérez Benítez, C. I., Vicente, B., Zlotnick, C., Kohn, R., Johnson, J., Valdivia, S., & Rioseco, P. (2009). Estudio epidemiológico de sucesos traumáticos, trastorno de estrés postraumático y otros trastornos psiquiátricos en una muestra representativa de Chile. *Salud mental, 32*(2), 145-153.
- Pérez–Sales, P. (2004). El concepto de trauma y de respuesta al trauma en psicoterapia. *Norte de salud mental, 5*(20), 3.
- Quiroga, S & Cryan, G. (s.f). Análisis de la función reflexiva: Desarrollos e investigaciones empíricas realizadas en Argentina.
- Rahim, M. (2014). Developmental trauma disorder: An attachment-based perspective. *Clinical child psychology and psychiatry, 19*(4), 548-560
- Rescorla, L. A., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Harder, V. S., Otten, L., Bilenberg, N., ... Verhulst, F. C. (2011). International comparisons of behavioral and emotional problems in preschool children: parents' reports from 24 societies. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53, 40*(3), 456–467. doi:10.1080/15374416.2011.563472
- Rijlaarsdam, J., Stevens, G. W., Jansen, P. W., Ringoot, A. P., Jaddoe, V. W., Hofman, A., ... & Tiemeier, H. (2014). Maternal childhood maltreatment and offspring emotional and

- behavioral problems: Maternal and paternal mechanisms of risk transmission. *Child maltreatment*, 19(2), 67-78.
- Romero, L. S., & Suárez, R. M. (2005). El sufrimiento del adulto abusado sexualmente en la infancia. Una aproximación clínica. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 8(4), 679-693.
- Rosas, R., Tenorio, M., Pizarro, M., Cumsille, P., Bosch, A., Arancibia, S., ... & Zapata-Sepúlveda, P. (2014). Estandarización de la Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos: cuarta edición en Chile. *Psyche (Santiago)*, 23(1), 1-18.
- Rutter, M., Bailey, A., & Lord, C. (2003). *The social communication questionnaire: Manual*. Western Psychological Services.
- Saíñas, R. G., & Pascual, R. F. (2006). Psicopatología infanto-juvenil en un centro terapéutico de menores. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente*, 35.
- Salvador, M. (2009). El trauma psicológico: un proceso neurofisiológico con consecuencias psicológicas. *Revista de psicoterapia*, 20(80), 5-16.
- San Martín, J. M. A., Seguí-Durán, D., Antón-Torre, L., & Barrera-Palacios, A. (2016). Relación entre estilos parentales, intensidad psicopatológica y tipo de sintomatología en una muestra clínica adolescente. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 32(2), 417-423.
- Sassenfeld, A. (2012). *Consideraciones sobre el apego, los afectos y la regulación afectiva*. Santiago, Chile.
- Schimmenti, A & Careti, V. (2016). Linking the overwhelming with the unbearable: Developmental trauma, dissociation and the disconnected Self. *Psychoanalytic Psychology*, 33(1), 106-128

- Schore, A. N. (2009). Relational trauma and the developing right brain: The neurobiology of broken attachment bonds. In *Relational trauma in infancy* (pp. 39-67). Routledge.
- Sharp, C., & Fonagy, P. (2008). The parent's capacity to treat the child as a psychological agent: Constructs, measures and implications for developmental psychopathology. *Social development, 17*(3), 737-754.
- Slade, A., Grienenberger, J., Bernbach, E., Levy, D. &. (2005). Maternal reflective functioning, attachment and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment and human development, 283-298*.
- Spinhoven, P., & Penninx, B. (2014). Childhood trauma questionnaire: Factor structure, measurement invariance, and validity across emotional disorders. *Psychological Assessment, 26*(3), 717–729. <https://doi.org/10.1037/pas0000002>.
- Thombs, B. D., Bernstein, D. P., Lobbestael, J., & Arntz, A. (2009). A validation study of the Dutch Childhood Trauma Questionnaire-Short Form: Factor structure, reliability, and known-groups validity. *Child Abuse and Neglect, 33*(8), 518–523. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.03.001>
- Thornberry, T. P., Knight, K. E., & Lovegrove, P. J. (2012). Does maltreatment beget maltreatment? A systematic review of the intergenerational literature. *Trauma, Violence, & Abuse, 13*, 135–152.
- Trenas, A. F. R., Cabrera, J. H., & Osuna, M. J. P. (2008). El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad. *Psicothema, 20*(4), 691-696.
- Tur-Porcar, A., Mestre, V., & Del Barrio, M. V. (2004). Factores moduladores de la conducta agresiva y prosocial. El efecto de los hábitos de crianza en la conducta del adolescente. *Ansiedad y estrés, 10*(1), 75-88

- Ucok, A., & Bikmaz, S. (2007). The effects of childhood trauma in patients with first episode schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(5), 371–377.
- Valdebenito, L., & Larraín, S. *El maltrato deja huella*. Chile. UNICEF. 2007. ISBN: 978-92-806-4163-9
- Van der Kolk, B. (2005). Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric annals*, 35(5), 401-408
- Vega, B. R., Liria, A. F., & Pérez, C. B. (2005). Trauma, disociación y somatización. *Annuary of clinical and health psychology*, 27
- Vidal, A., & Matamala, M. (2013). Asma infanto-juvenil y trastornos psiquiátricos. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 29(1), 14-23.
- Vicente, B., Saldivia, S., De la Barra, F., Melipillán, R., Valdivia, M., & Kohn, R. (2012). Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Revista médica de Chile*, 140(4), 447-457.
- Vostanis, P., Graves, A., Meltzer, H., Goodman, R., Jenkins, R., & Brugha, T. (2006). Relationship between parental psychopathology, parenting strategies and child mental health—Findings from the GB national study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 509–514.
- Wechsler, D., Rosas, R., Pizarro, M., & Tenorio IV, M. (2013). *WAIS-IV: Manual de administración y corrección*. Santiago de Chile: NCS Pearson.