



**UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**  
**SEMINARIO DE TÍTULO**

**Funcionamiento de la mentalización en cuidadoras/es  
primarias/os con/sin experiencias de trauma en su infancia y sus  
efectos en la mentalización de sus hijas/os.**

**Por:**  
**Valeska Cerda**  
**Ornella Cianferoni**  
**María José Gajardo**  
**Alexandra Godoy**  
**Nicole Pozo**

**Profesor Guía:**  
**Javier Morán**

**Valparaíso, 05 de Marzo de 2020**

## Índice

1. Resumen.....	pág. 7
2. Planteamiento del problema.....	pág. 8
3. Objetivos.....	pág. 13
3.1. Objetivo General.....	pág. 13
3.2. Objetivos Específicos.....	pág. 13
4. Hipótesis.....	pág. 14
5. Marco Teórico.....	pág. 15
5.1. Trauma.....	pág. 15
5.1.1. Historia del Trauma.....	pág. 15
5.1.2. Definiciones de Trauma.....	pág. 17
5.1.3. Conceptualización del Maltrato Infantil.....	pág. 18
5.1.4. Maltrato infantil en el mundo y Chile.....	pág. 19
5.1.5. Consecuencias del maltrato infantil.....	pág. 20
5.1.6. Trauma.....	pág. 22
5.1.7. Consecuencias del trauma.....	pág. 23
5.2. Mentalización.....	pág. 25
5.2.1. El concepto de mentalización.....	pág. 25
5.2.2. Revisión histórica del concepto de mentalización.....	pág. 25
5.2.3 El desarrollo y funciones de la mentalización.....	pág. 26
5.2.4 Funciones de la mentalización.....	pág. 27
5.2.5 Mentalización.....	pág. 28
6. Metodología.....	pág. 30
6.1. Tipo de estudio.....	pág. 30

6.2. Definición de las variables.....	pág. 30
6.3 Población y muestra.....	pág. 31
6.4 Instrumentos.....	pág. 31
6.4.1 RMET.....	pág. 31
6.4.2 CTQ.....	pág. 32
6.5 Procedimientos .....	pág. 33
6.6 Análisis de datos.....	pág. 34
7. Resultados.....	pág. 35
7.1 Descripciones.....	pág. 35
7.1.1 Variables sociodemográficas. ....	pág. 35
7.1.2 Antecedentes clínicos.....	pág. 37
7.1.2.1 Descripción de resultados por instrumentos utilizados.....	pág. 37
7.1.2.1.1 RMET.....	pág. 37
7.1.2.1.2 CTQ.....	pág. 39
7.2 Análisis de inferencia estadística.....	pág. 41
7.2.1 Asociación entre experiencias traumáticas en la infancia en cuidadores primarios y su capacidad mentalizadora.....	pág. 41
7.2.2 Asociación entre experiencias traumáticas en la infancia en cuidadores primarios y la capacidad mentalizadora de NNA.....	pág. 44
7.2.3 Correlación entre capacidad mentalizadora de cuidadores primarios y la mentalización de NNA.....	pág. 46
7.2.4 Análisis sobre la moderación de experiencias traumáticas en la infancia en relación a la mentalización de cuidadores primarios y la mentalización de NNA.....	pág. 46
8. Discusión.....	pág. 56
9. Conclusiones.....	pág. 62

10. Referencias.....pág. 69

## Índice de tablas y figuras

Figura 1. <i>Edad de participantes por rango etario</i> .....	pág. 35
Figura 2. <i>Frecuencia de participantes por género</i> .....	pág. 36
Figura 3. <i>Moderación del abuso emocional en la relación entre la mentalización de cuidadores y la mentalización de NNA</i> .....	pág. 49
Figura 4. <i>Moderación del abuso físico en la relación entre la mentalización de cuidadores y la mentalización de NN</i> .....	pág. 50
Figura 5. <i>Moderación del abuso sexual en la relación entre la mentalización de cuidadores y la mentalización de NNA</i> .....	pág. 51
Figura 6. <i>Moderación de la negligencia emocional en la relación entre la mentalización de cuidadores y la mentalización de NNA</i> .....	pág. 53
Figura 7. <i>Moderación de la negligencia física en la relación entre la mentalización de cuidadores y la mentalización de NNA</i> .....	pág. 54
Figura 8. <i>Moderación del trauma total en la relación entre la mentalización de cuidadores y la mentalización de NNA</i> .....	pág. 55
Tabla 1. <i>Frecuencia de participantes por género</i> .....	pág. 36
Tabla 2. <i>Frecuencia de NNA por género</i> .....	pág. 37
Tabla 3. <i>Frecuencias cuidadores que viven o no con NNA</i> .....	pág. 37
Tabla 4. <i>Respuestas Rmet cuidadores primarios</i> .....	pág. 38
Tabla 5. <i>Respuestas Rmet NNA</i> .....	pág. 39
Tabla 6. <i>Frecuencia abuso físico</i> .....	pág. 40
Tabla 7. <i>Frecuencia abuso emocional</i> .....	pág. 40
Tabla 8. <i>Frecuencia abuso sexual</i> .....	pág. 41
Tabla 9. <i>Frecuencia tipos de abuso</i> .....	pág. 41
Tabla 10. <i>Asociación entre trauma en cuidadores primarios y su mentalización</i> .....	pág. 42

Tabla 11. <i>Análisis de medias entre abuso emocional, físico y sexual</i> .....	pág. 43
Tabla 12. <i>Asociación entre trauma de cuidadores primarios y mentalización de NNA</i> .....	pág. 44
Tabla 13. <i>Análisis de medias entre abuso emocional, físico y sexual</i> .....	pág. 45
Tabla 14. <i>Correlación entre las variables mentalización de cuidadores y mentalización de NNA</i> .....	pág. 46
Tabla 15. <i>Moderación de los tipos de abusos en la relación entre mentalización de cuidadores y mentalización de NNA</i> .....	pág. 47
Tabla 16. <i>Moderación del abuso emocional en la relación entre la mentalización de cuidadores y la mentalización de NNA</i> .....	pág. 48
Tabla 17. <i>Moderación del abuso físico en la relación entre la mentalización de cuidadores y la mentalización de NNA</i> .....	pág. 50
Tabla 18. <i>Moderación del abuso sexual en la relación entre la mentalización de cuidadores y la mentalización de NNA</i> .....	pág. 51
Tabla 19. <i>Moderación de la negligencia emocional en la relación entre la mentalización de cuidadores y la mentalización de NNA</i> .....	pág. 52
Tabla 20. <i>Moderación de la negligencia física en la relación entre la mentalización de cuidadores y la mentalización de NNA</i> .....	pág. 53
Tabla 21. <i>Moderación del trauma total en la relación entre la mentalización de cuidadores y la mentalización de NNA</i> .....	pág. 55

## 1. Resumen

La relación con nuestra cuidadora/or primario es una de las primeras relaciones más significativas de nuestra vida. Diversas teorías y estudios en base a ésta indican que forma el fundamento de nuestras relaciones futuras con los demás y también con la sociedad.

Esta relación presenta diversos y numerosos elementos, dentro de ellos se encuentra la mentalización. En la literatura existente se ha estudiado y reflexionado sobre esta capacidad y su transmisibilidad, sin embargo, aquella literatura e investigaciones no hace hincapié en cómo el trauma experimentado por los padres podría afectar en la capacidad mentalizadora de sus propios hijos teniendo repercusiones en diferentes ámbitos de la vida, tanto personales como sociales. Es por esto que nuestra investigación se enfoca en evaluar la relación entre la mentalización de cuidadores primarios con y sin trauma en su historia infantil y sus efectos en la mentalización de sus hijos e hijas. Para lo anterior, se realizó la aplicación de instrumentos a 61 cuidadores primarios y sus respectivos niños, niñas y adolescentes con el objetivo de medir el impacto del trauma en la infancia (midiendo variables como: negligencia emocional, negligencia física, abuso emocional, abuso sexual y abuso físico) y capacidad mentalizadora tanto de cuidadores como de niños, niñas y adolescentes obteniendo como resultado que las variables abuso emocional y abuso físico tienen un impacto en la mentalización de sus niños, niñas y adolescentes.

## 2. Planteamiento del Problema

La parentalidad se entiende como las actividades que realizan la/os cuidadores primarios en el proceso de cuidado, socialización, atención y educación de sus hijos e hijas; también ha sido definida como los conocimientos, actitudes y creencias que los padres asumen en relación con la salud, nutrición, la importancia de los ambientes físicos y sociales, y las oportunidades de estimulación y aprendizaje de las hijas/os, es decir, el ejercicio de la parentalidad implica la satisfacción de las necesidades acorde con los cambios en el desarrollo de los hijos e hijas, como también con las demandas cambiantes del ciclo vital de las familias y del contexto social (Vargas y Aran, 2014).

De acuerdo a Capano y Ubach (2013), ser padre o madre lleva por momentos a vivir altos niveles de satisfacción y beneplácito, sin embargo, también existen en otras situaciones importantes niveles de tensión y sufrimiento, experiencias que generan frustración, renuncias e insatisfacciones. Hay padres que han atravesado situaciones difíciles de sobrellevar como consecuencia de la relación con sus hijos que van desde pequeñas situaciones de la vida cotidiana a otras muy estresantes y dolorosas. Sin duda la tarea es complicada sobre todo en este momento histórico y cultural donde ser padre y madre, coloca a las personas frente a una gran responsabilidad y las enfrenta a un gran desafío como lo son; educar, intervenir, guiar, orientar, influir, mostrar, posibilitando así la incidencia constante y regulada durante la evolución de la persona, con el objetivo de potenciar y optimizar su desarrollo y madurez, generando entonces las condiciones indispensables para el desarrollo saludable de sus hijos. Vivimos actualmente en una sociedad donde se producen cambios a un ritmo vertiginoso y ser padres es una tarea que se encuentra en permanente transformación, producto de cambios temporales, histórico-sociales y evolutivos a medida que cambia la edad de los padres y de los hijos.

Indudablemente la parentalidad es un ejercicio complejo y desafiante. Es por ellos que se hace relevante la provisión de cuidados sensibles hacia las/os hijas/os ya que estos permitirán un desarrollo físico, social y emocional. Tal como lo expone la (OMS, 2018) las experiencias de la primera infancia tienen una repercusión profunda sobre el desarrollo del cerebro, e influyen sobre el aprendizaje, la salud, el comportamiento y, a la larga, las relaciones sociales del adulto; el cuidado cariñoso y sensible es esencial para el desarrollo del niño, ya que sienta las bases para la salud y el bienestar a lo largo de toda la vida y construye capital humano en el niño de hoy, en el adolescente y en el adulto del mañana.

El vínculo entre los padres y su hijo pequeño, que se expresa antes del habla, se desarrolla al acunarlo y mediante contacto visual, sonrisas, vocalizaciones y gestos; es el motor que impulsa el desarrollo del cerebro. Gracias a estas interacciones agradables para ambas partes, padres e hijos crean un canal de comunicación por el cual el niño pequeño aprende la lengua, forma cogniciones y llega a conocer el mundo que los rodea. Al observar a su pequeño hijo y reconocer sus necesidades e intenciones, los padres le ayudan a aprender sobre el mundo, al describir y explicar su propio comportamiento y el del niño.

Una de las áreas de la parentalidad más estudiadas es la teoría del apego. Diversas investigaciones sugieren que la relación afectiva segura influye positivamente en el desarrollo cerebral del sujeto infantil (Schore, 2001; Siegel, 2007). Los estudios más recientes en esta área señalan que los cuidados, la estimulación y los buenos tratos parentales desempeñan un papel esencial en la organización, el desarrollo y el funcionamiento cerebral temprano (Barudy & Dantagnan, 2010). Tanto las funciones cognitivas y motoras, como las socioemocionales, emergen de la interacción mantenida con los cuidadores y cuidadoras durante los primeros años de vida, así los estímulos afectivos recibidos tempranamente en el entorno familiar y social tendrían un rol activo en la configuración cerebral y su funcionamiento (Vargas y Aran, 2014).

Tal como se plantean diversos autores en Besoain y Santelises (2009) la teoría del apego, creada por John Bowlby, enfatiza ciertas nociones teóricas clave respecto a los vínculos tempranos entre el bebé y sus cuidadores, siendo las más importantes que el bebé nace con una predisposición a vincularse a sus cuidadores, que éste organizará su comportamiento y pensamiento en función de la mantención de sus relaciones de apego, y que tenderá a mantener aquellas relaciones incluso si esto implica un alto costo de su propio funcionamiento (Slade, 1999). Es por esto que la respuesta sensible del cuidador cobra relevancia dado que la conducta que éste realiza implica responder a las demandas del bebé, incluyendo la capacidad de notar sus señales, poder interpretarlas adecuadamente y responder afectiva y conductualmente de manera apropiada y rápida. Siguiendo esta línea respecto a la capacidad del cuidador de captar e interpretar señales de su hijo, surge el concepto de “mentalización”, el cual se define como la capacidad de significar la experiencia de uno mismo y de los otros en términos de estados subjetivos y procesos mentales (Fonagy, et al, 2007). Esta capacidad se ha descrito como uno de los mayores logros del desarrollo, y se propone que alcanzarla es facilitado por relaciones de apego seguro. Es así como el entendimiento de sí mismo o de los otros, en términos de pensamientos, sentimientos y deseos, depende crucialmente de que se haya sido adecuadamente entendido por los propios cuidadores (Fonagy, et al, 2008). En este contexto la mentalización no es sólo un proceso cognitivo, sino un proceso en el cual la regulación afectiva tiene un rol fundamental, siendo ésta un prelude de la mentalización. Es así como una vez que la mentalización ha ocurrido, se transforma la naturaleza de la regulación afectiva, surgiendo la llamada afectividad mentalizada que consiste en una capacidad madura de regulación afectiva que permite descubrir los significados subjetivos de los propios estados afectivos.

Por consiguiente, la mentalización hace que el mundo de los adultos sea más explicable para el niño, al posibilitar el acceso a la capacidad de poder distinguir entre la realidad y el mundo

interno, y entre el origen de las ideas propias y la de los otros. También facilita la coherencia del discurso y la capacidad de comunicarse con los otros. Sin embargo, sin una clara representación del estado mental del otro, la comunicación queda limitada. Una falla parcial para lograr la integración entre mundo interno y externo puede conducir a estados neuróticos. En estos casos, la realidad puede ser experimentada como emocionalmente sin sentido, y puede aumentar el riesgo de padecer trastornos psicopatológicos graves (Tello, 2013).

A partir de lo expuesto, es posible hipotetizar que la metalización de los cuidadores tiene relación con la capacidad mentalizadora de los hijos. En este sentido también se ha investigado qué cuidadores que en su infancia vivieron experiencias de trauma podrían obstaculizar el desarrollo y despliegue adecuado de sus propias capacidades de mentalización, y por consiguiente la de sus hijos. Así lo plantean Peter Fonagy y Mary Target en Verengo et al., (2016) cuando afirman que la capacidad para mentalizar se ve debilitada en la mayoría de las personas que han experimentado algún trauma, y que incluso estos individuos serían más propensos a desarrollar trastornos de la personalidad. En este sentido, diversas investigaciones han sugerido una asociación significativa entre la ocurrencia de eventos vitales estresantes y la presencia de psicopatología (Aszkenazi, 1991; Adams y Adams, 1993).

Lo ambiental demuestra ser un aspecto relevante. En particular, vivir experiencias traumáticas en la crianza e infancia por parte de sus progenitores afecta a la configuración de la construcción del self (Fonagy, Gergely y Target, 2007).

Por su parte, Fonagy y Target (1997) introdujeron al debate las consecuencias derivadas de los apegos traumáticos en la infancia donde estas relaciones no sólo evocan una angustia extrema, sino que también perjudican el desarrollo de las capacidades para regular el estrés emocional, en parte al comprometer el desarrollo de la mentalización (Allen, Lemma y Fonagy, 2012).

Un fenómeno que podría ser transversal a todas estas propuestas corresponde a las experiencias traumáticas vividas por los propios padres durante su infancia. Este tipo de experiencias adversas tendrían el potencial de mantenerse latentes durante la vida, afectando todas las áreas del desarrollo (Van Der Kolk et al, 2005), incluyendo los sistemas asociados a la provisión de cuidados a otros (sistema de cuidados). De hecho, tal como han señalado algunos autores, la experiencia de convertirse en padres, podría ser vivida como un fenómeno de retraumatización para aquellas personas que han vivido experiencias de este tipo en su infancia, pudiendo afectar las mismas bases del ejercicio de su parentalidad.

Dicho esto, es importante estudiar el efecto que tiene la capacidad mentalizadora de los adultos en la construcción de la mentalización de los hijos, especialmente si nos enfocamos en la forma en que los adultos son capaces de transformar los estados emocionales y mentales de los infantes.

Por lo tanto, detectar dificultades en los procesos anteriormente descritos toma especial relevancia a la hora de desarrollar un diagnóstico clínico y posteriores intervenciones.

Lo descrito anteriormente resulta relevante de investigar dado las implicancias que esto tendría para el desarrollo de las relaciones parentales y nuestro quehacer terapéutico. A partir de lo anterior planteamos las siguientes preguntas de investigación:

¿Existe una asociación entre la mentalización de padres y la mentalización de sus hijos?, y

¿Las experiencias tempranas de trauma de estos padres moderan esta relación?

### **3. Objetivos**

#### **3.1 Objetivo General**

Evaluar el efecto moderador del trauma en la infancia de cuidadores primarios, en la relación entre la mentalización de cuidadores primarios y la mentalización de los hijos/as.

#### **3.2. Objetivos Específicos**

- Determinar si existe asociación entre experiencias traumáticas en la infancia de los cuidadores primarios y su capacidad de metalización.
- Determinar si existe una asociación entre las experiencias traumáticas en la infancia de los cuidadores primarios y la mentalización de los NNA.
- Determinar si existe asociación entre la capacidad mentalizadora de los cuidadores primarios y la mentalización de los NNA.
- Evaluar si existe un efecto de moderación de las experiencias traumáticas en la infancia de los cuidadores primarios en la relación entre la capacidad mentalizadora de éstos y la mentalización de los NNA.

#### **4. Hipótesis**

- Se espera que exista una correlación negativa entre la capacidad mentalizadora y experiencias traumáticas en la infancia en los/as cuidadores primarios.
- Se espera que exista una correlación negativa entre experiencias traumáticas en la infancia de los/as cuidadores primarios y la mentalización de los NNA.
- Se espera que exista una correlación positiva entre la mentalización de los/as cuidadores primarios y la mentalización de los NNA.
- Se espera que las experiencias traumáticas en la infancia de los/as cuidadores primarios moderen la relación entre la capacidad mentalizadora parental y la mentalización de los NNA.

## **5. Marco teórico**

A continuación, se expondrán antecedentes relevantes tanto teóricos como empíricos para la comprensión del presente estudio. En primer lugar, se abordará el concepto de trauma y sus matices, en segundo lugar, la definición de mentalización, para finalmente abordar el concepto de función reflexiva parental.

### **5.1 Trauma**

#### **5.1.1. Historia del Trauma**

Desde la psicología, la definición de trauma ha ido transformándose, expandiéndose y cambiando junto con el acontecer político, social y el avance del conocimiento. El estudio del trauma tiene 3 grandes etapas: el estudio de la histeria, sustentado en el movimiento republicano anticlerical de fines del siglo XIX en Francia; el estudio de las consecuencias de la guerra y el combate, sustentado en movimientos anti belicistas y pacifistas durante las grandes guerras del siglo pasado (Primera y Segunda Guerras Mundiales, Corea y finalmente Vietnam); y el estudio de las consecuencias de la violencia doméstica y sexual, apoyado en el movimiento feminista (Cazabat, 2002).

El estudio de la histeria comienza con Sigmund Freud y Pierre Janet, interesados en este tema, en especial en encontrar su causa; ambos por separado llegaron a conclusiones similares: la histeria era causada por el Trauma Psicológico que producía un estado alterado de conciencia. Janet lo llamó Disociación; Freud, doble conciencia (Cazabat, 2002).

Ya durante la Primera Guerra Mundial, inicialmente se creyó que la sintomatología traumática era de origen físico, y se atribuyó al efecto de la explosión de las granadas (“shell shock”). Charles Myers, que en 1915 fue el primero en usar el término shell shock, postuló

que las causas de la sintomatología presentada por los soldados eran de origen psicológico, encontrando incluso su similitud con los síntomas de la histeria. De cualquier manera, la creencia más común era que los síntomas postraumáticos se debían a la cobardía y debilidad del soldado. En 1941, durante la Segunda Guerra Mundial, Abraham Kardiner escribió *The Traumatic Neurosis of War*, donde describió los síntomas asociados al estrés postraumático, incluida la amnesia. Kardiner, junto con Herbert Spiegel, desarrollaron tratamientos para integrar las experiencias traumáticas. En 1952 aparece la primera edición del DSM, años en que los psiquiatras norteamericanos estaban tratando activamente veteranos de la Segunda Guerra y de la guerra de Corea. En esa primera edición se incluyó el diagnóstico “reacción a gran estrés” (gross stress reaction), que describe los síntomas de aquellos individuos expuestos a situaciones de estrés intolerable.

En 1978, Charles Figley, veterano de Vietnam e investigador sobre el tema, publicó el primer libro de esta nueva era del estudio del Trauma: *Stress disorders among Vietnam veterans*, en el que se delinean las características principales de lo que luego se conocería como “Trastorno por estrés postraumático”. En 1980, la American Psychiatric Association incorpora en el DSM-III el diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático (Cazabat, 2002).

Más adelante, en los años 70, el movimiento feminista por la liberación de la mujer llevó la atención a una realidad oculta por siglos: la violencia doméstica y sexual contra las mujeres y los niños. Desde ese momento, se comenzó a hablar de la violencia sufrida por mujeres y niños que se realizaba en la “intimidad” de su hogar. Los estudios realizados mostraron que las víctimas de la violencia sexual y doméstica presentaban síntomas similares a la de los veteranos de guerra. En 1985 fue fundada, por iniciativa de Charles Figley, la que hoy se llama ISTSS (International Society for Traumatic Stress Studies), la primera sociedad

internacional de profesionales dedicados al estudio del Trauma Psicológico, y que edita el Journal of Traumatic Stress desde 1987 (Cazabat, 2002, p.40).

### **5.1.2 Definiciones de Trauma**

El término *trauma* desde sus concepciones psicológicas ha tenido diversos significados a lo largo de la historia. La palabra trauma proviene del griego y denota una herida física (Brette, 2004). En la investigación y práctica psicológica moderna, el término trauma psicológico se refiere tanto al evento traumático en sí mismo, como al desarrollo de consecuencias psicológicas negativas que suceden al evento traumático (Hvam-Malmedal & Linnea, 2012).

Según autores como Allen, Lemma y Fonagy (2012) el término trauma se usa ambiguamente para referirse a la exposición a eventos potencialmente traumáticos (es decir, eventos extremadamente estresantes) y a los efectos traumáticos de dicha exposición (en el sentido de haber sido traumatizado). Según Laplanche y Pontalis (1968) el trauma podría definirse como aquel acontecimiento de la vida que se caracteriza por su intensidad, por la incapacidad del sujeto para responder a él adecuadamente, así como también por los trastornos y efectos patógenos duraderos que provocan en su organización psíquica.

Si bien, hay varias definiciones de eventos traumáticos como hemos señalado, una de las más frecuentes es la definición “estresores traumáticos extremos” empleada en la investigación psicológica internacional, como se describe en el Manual de Diagnóstico y Estadística de la Salud Mental. Disorders (American Psychiatric Association, 2002). Esta definición incluye diferentes formas de experiencia, como el testimonio o la experiencia personal, experiencia con amenazas de muerte o lesiones graves, o conocimiento de tales acontecimientos a un asociado cercano. Por lo tanto, un factor estresante traumático es un término amplio que puede abarcar una multitud de experiencias y situaciones, como por

ejemplo, sufrir accidentes, asaltos, guerra, encarcelamiento, tortura, desastres naturales, secuestro y enfermedad; así mismo presenciar asesinatos, accidentes y cadáveres.

Investigación contemporánea enfocada en el trauma realizada desde la psicología también ha incluido las experiencias infantiles de abuso y negligencia como traumáticas y estresantes ya que son capaces de hacer daño a las fundamentales asunciones que uno tiene sobre sí mismo y el mundo (Janoff-Bulman, 1992; Hvam-Malmedal & Linnea, 2012).

### **5.1.3 Conceptualización del Maltrato Infantil**

Niños y niñas han experimentado situaciones abusivas en espacios que deberían preservar su protección, estímulo y desarrollo integral. Desde su entendimiento más amplio, en el diccionario de la Real Academia Española (RAE), el abuso es entendido desde su definición como la acción y efecto de abusar. Este verbo supone usar mal, excesiva, injusta, impropia o indebidamente algo o a alguien (RAE, 2001).

No existe una definición única de maltrato infantil, al igual que el concepto de trauma, éste se ha ido ampliando y expandiendo a medida que se conoce cada vez más acerca del fenómeno.

El concepto de maltrato infantil inicialmente se hizo en referencia al maltrato físico con un predominio de criterios médicos-clínicos y a la explotación laboral y trabajo de los niños, para ir evolucionando hacia la situación actual en que las definiciones se basan en las necesidades y derechos de los niños (Larraín & Bascuñán, 2008).

Según la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, en su Artículo 19, se refiere al maltrato infantil como: "Toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquiera otra persona que le tenga a su cargo" (UNICEF, 1989, p.16).

La World Health Organization (2014, p.1) utiliza la siguiente definición: “el abuso o maltrato de menores abarca toda forma de maltrato físico, y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”.

Tomando en consideración las definiciones expuestas, se concluye que para construir una definición de maltrato infantil se tienen que considerar al menos los siguientes aspectos:

1. Perspectiva evolutiva: el comportamiento parental debe ser considerado en relación a la etapa evolutiva del niño y niña (es diferente dejar solo a un niño/a de tres meses que a un adolescente).
2. Perspectiva de factores de vulnerabilidad del niño: para hablar de maltrato se deben considerar las necesidades específicas del niño/a (si un niño/a padece una enfermedad crónica requiere más cuidados especiales que uno sano).
3. Existencia de daño real o potencial: la presencia del daño es uno de los criterios más difíciles de comprobar, sobre todo en el caso de la violencia psicológica. El maltrato puede clasificarse desde diversos puntos de vista, vale decir: según el momento en el que se produce el maltrato, según los autores del maltrato y según las acciones concretas que constituyen el maltrato infligido (Larraín & Bascuñán, 2008).

#### **5.1.4. Maltrato infantil en el mundo y Chile**

El “maltrato doméstico durante la primera infancia” se refleja en el estudio publicado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y señala que 300 millones de niños/as de 2 a 4 años son víctimas de algún tipo violencia y 250 millones de niños/as son castigados físicamente (UNICEF, 2017). En América Latina y el Caribe hay 185 millones de personas menores de 18 años, de ellos el 50 % son niños y adolescentes. Cerca de 6 millones

de niños, niñas y adolescentes sufren agresiones físicas severas, y 80.000 mueren al año debido a lo anterior (Santana, 1998).

Mientras tanto en Chile, los estudios de UNICEF muestran que entre 1994 y el 2006 los niveles de violencia contra los niños, niñas y adolescentes se mantienen sobre el 70%. Así mismo, la Encuesta Nacional de Victimización del Ministerio del Interior (2013) establece que el 75% de los niños y niñas señaló haber sufrido algún tipo de violencia por parte de sus cuidadores, lo que se complementa con el 4to estudio de UNICEF Chile sobre maltrato infantil que arrojó que un 19,5% de los niños y niñas es víctima de violencia psicológica, 25,6% de los niños y niñas es víctima de violencia física leve y 25,9% de los niños y niñas es víctima de violencia física grave (UNICEF, 2012).

Otro estudio realizado por Florenzano R y cols. (1997) en la Región Metropolitana con 2.058 alumnos de 10 a 19 años mostró una tasa de maltrato físico de 13,9% y 9,3% de abuso sexual (14,4% niñas y 2,1% niños). Por otra parte, Haz (1997) en un estudio sobre una muestra de 1.000 mujeres de la Región Metropolitana, en el cual se preguntó a las madres sobre violencia ejercida hacia los niños, encontró que, de acuerdo al nivel socioeconómico, 50% de los niños del sector alto, 66% de los niños en el sector medio y 62% de los niños en el nivel bajo son golpeados por uno o ambos padres.

#### **5.1.5. Consecuencias del maltrato infantil**

Algunas de las consecuencias de la exposición a estos maltratos a largo plazo son: problemas sociales y conductuales, efectos patológicos en el sistema nervioso central, efectos orgánicos y efectos psiquiátricos. De estos últimos, se ha reportado que el 34 a 53% de los pacientes con problemas de salud mental tienen algún antecedente de abuso físico y sexual durante la infancia. Entre las patologías más relacionadas se encuentran el trastorno antisocial, comportamientos agresivos y estrés postraumático. Sin embargo, también se ha

encontrado asociación con depresión, abuso de sustancias, y alteraciones en la conducta alimentaria. El trastorno de estrés postraumático es el trastorno que con mayor frecuencia se reporta, encontrándose alrededor del 40-50% de las víctimas (Forero et. al, 2010).

Un estudio realizado por Wodarski y cols (1990) evidenció que los niños que habían experimentado maltrato físico tenían problemas conductuales en la escuela, el hogar y en su comunidad, mostrando tanto problemas académicos, como de conducta agresiva, delincuencia y baja autoestima. También se encontró una relación estrecha entre maltrato y el desarrollo de habilidades sociales, ya que estos niños reportaban problemas para iniciar y mantener relaciones interpersonales significativas, tanto en el hogar como en la escuela, los cuales tendían a volverse más severos con el paso del tiempo, a diferencia de los problemas cognitivos que se mantenían constantes.

Diferentes estudios muestran el perfil del niño maltratado como un niño inseguro, con baja autoestima y con dificultades en las relaciones sociales (Flynn, Cicchetti y Rogosch, 2014; Young y Widom, 2014), presentando gran dificultad en la expresión y reconocimiento de emociones y un mayor número de emociones negativas (Shenk, Putnam y Noll, 2013). Del mismo modo, Sanmartín (2001) expone que los niños maltratados carecen de creencias positivas esenciales acerca de sí mismos y de su mundo, mostrando menos habilidades a la hora de reconocer y reaccionar al malestar de los demás. (Ordóñez, 2016)

En cuanto a su relación con pares presentan grandes dificultades de interacción, falta de empatía y agresividad (Carrasco-Ortiz, Rodríguez-Tesla y Hesse, 2001). Se ha visto que, los niños que crecen en ambientes violentos y que sufren malos tratos o abusos constantes, desarrollan una hipervigilancia que les hará responder de manera hostil ante cualquier tipo de situación (Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011), siendo más retraídos y con tendencia a evitar las relaciones con los iguales (Ezpeleta et al, 2015).

Del mismo modo, Patró y Limiñana (2005) sostienen que los niños que han experimentado alguna forma de rechazo parental o maltrato tienden a presentar sesgos atribucionales hostiles y aprenden a anticipar y a evitar las conductas de rechazo, generalizando esta anticipación a contextos interpersonales (Ordóñez & González, 2012).

### **5.1.6. Trauma**

A raíz del foco puesto en el trauma en la infancia y en el desarrollo, es que surgen conceptos como trauma complejo/ trauma relacional. Sin embargo, algunos autores utilizan el concepto de trauma complejo para hablar de situaciones traumatizantes de largos periodos o de una acumulación de sucesivos eventos traumantes, no necesariamente ligados a maltratos en la infancia, en el desarrollo, ni por parte de cuidadores primarios. Como lo explica Nieto, et. al (2016) el trauma complejo puede generarse cuando una persona se mantiene en contextos traumatizantes durante un largo tiempo, cronificando el daño y la sintomatología, o bien, cuando una persona sufre, en diversos momentos vitales, experiencias traumáticas que devienen en trauma complejo por acumulación del daño.

Autores como Van der Kolk (2007) colocan el foco en entornos violentos, y explica que se utiliza *trauma complejo* para describir la experiencia de eventos traumáticos múltiples, crónicos y prolongados, adversos para el desarrollo, la mayoría de las veces de naturaleza interpersonal (abuso sexual o físico, guerra, violencia comunitaria) y el inicio de la vida temprana. Estas exposiciones a menudo ocurren dentro del sistema de cuidado del niño e incluyen negligencia física, emocional y educativa y maltrato infantil, comenzando en la primera infancia. Así mismo, estos sucesos vitales experimentados pueden ser extraordinarios y extremadamente traumáticos, como sucesos menores de baja intensidad de estrés, pero cotidianos, y todas las combinaciones entre estos extremos (Sandín, 2008; Talarn, Navarro, Russell y Rigat, 2006) (López-Soler, 2008).

Por su parte Cyrulnik (2002) explica que el trauma relacional es el que viene causado por una madre o un padre (o cuidador primario) atemorizado, atemorizante, negligente o incapaz de ofrecer protección a su hijo. No es sólo el abuso y la violencia lo que puede truncar el desarrollo normal del bebé; el trauma temprano viene provocado por los sentimientos de miedo, desprotección y, por supuesto, de destrucción en el niño; sentimientos que provienen de la persona que debía ofrecerle protección y amor.

### **5.1.7. Consecuencias del trauma**

Cuando un menor sufre condiciones de crianza inadecuadas o claramente negativas, los efectos en su desarrollo como persona pueden ser muy graves, ya que influyen en un gran número de variables psicológicas, la maduración del sistema nervioso, neuroendocrino, y generando graves problemas de personalidad y de adaptación (Van der Kolk, 2003).

Así mismo, “las personas que han estado sometidas a un trauma prolongado y repetido desarrollan una forma de desorden de estrés postraumático progresiva e insidiosa que invade y erosiona la personalidad” (Herman, 2004, p.144). No resulta sorprendente que la repetición del trauma amplifica todos los síntomas de hiperactivación del síndrome de estrés postraumático.

Esta traumatización tiene lugar durante un espacio de tiempo, y con una intensidad suficiente para que el sistema psicobiológico de la persona se active sostenidamente. Las experiencias vitales de estrés continuo pueden llegar a cronificar las respuestas de defensa (Nieto, M. et al, 2016). Además, las víctimas de traumas interpersonales prolongados, particularmente con traumas en los primeros ciclos de vida, tenían un alto índice de problemas en relación con: la regulación del afecto y los impulsos, la memoria y la atención, la autopercepción, las relaciones interpersonales, la somatización, y los sistemas de significado (Van der Kolk B. et al., 2005).

Mucha de la literatura nos habla acerca de las consecuencias a nivel neuronal, de cognición (principalmente funciones ejecutivas) y secuelas en la personalidad, pero además, las investigaciones más contemporáneas dan enfoque a la relación del cuidador primario principalmente, y es desde aquí que se utiliza más específicamente el término trauma relacional. Sin embargo, sólo recientemente se le está dando el énfasis a esta relación.

Cyrulnik (2002) explica que cuando se deja a un bebé para que lllore, éste deberá asimilar la experiencia emocional sin amortiguar; a un bebé, esta soledad se le hace insoportable, pues todavía no ha aprendido a sustituir a su figura de apego como fuente de seguridad; ¿cómo va a aprender a reconocer su angustia y a gestionarla si nadie le ayuda?. Cuando el cuidador responde ante las demandas del bebé asustado, nervioso o enfadado, el bebé va a ver reflejada en sus padres una emoción mal gestionada, sin un atisbo de regulación afectiva. A este bebé toda presencia le resulta insoportable, pues provoca más angustia que seguridad y su mundo interno comienza a desorganizarse.

Fonagy (2007) manifiesta que debemos comprender que un bebé no sabe manejar sus emociones, por lo que requiere de sus padres para esta misión. Necesita que sus experiencias emocionales desagradables le sean devueltas de una manera soportable; necesita que sus padres recojan su emoción, la metabolicen y se la devuelvan en forma de pensamientos y expresiones asimilables; que se la devuelvan digerida. De este modo, el niño podrá recoger esa experiencia e interiorizarla, desarrollando así sus primeras estrategias de regulación emocional y de su capacidad reflexiva (capacidad para reflexionar sobre sus propias emociones, intenciones y pensamientos y los de los demás), e incorporando ciertos aspectos de su identidad personal. Si el niño interioriza partes de su cuidador que son amenazantes, sus estados emocionales internos se volverán amenazantes también; en este contexto, aprender a reflexionar sobre las intenciones de los demás (e incluso de las propias) resulta tan doloroso que los niños se inhiben. El hecho de no poder desarrollar esta capacidad reflexiva será la

causa de que en el futuro, les cueste reconocer en los demás otras intenciones distintas a las propias y a que falle seriamente su empatía.

## **5.2 Mentalización**

### **5.2.1 El concepto de mentalización**

En lo que se refiere al concepto de mentalización, podríamos decir que este constructo alude a la capacidad para imaginar estados mentales (deseos, sentimientos, creencias, pensamientos, proyectos, etc.) como aquello que explica el comportamiento propio y ajeno (Fonagy, 1991, 1995b; Fonagy, et al.,1993; Fonagy, Target, 1996; Fonagy, Target, Steele, Steele,1998; Fonagy et al. 2002; Bateman, Fonagy, 2004; Allen, Fonagy (eds) 2006). Esta actividad es imaginativa, en tanto es necesario imaginar lo que los demás pueden estar pensando o sintiendo, de un modo que ha de ser conjetural y falible, ya que la experiencia interior del otro posee siempre un cierto grado de opacidad y, por otra parte, puede ser disfrazada por éste (Lanza Castelli, 2009).

### **5.2.2 Revisión histórica del concepto de mentalización.**

El concepto mentalización se ha expandido en los último 20 años.

Surge a partir de la idea de Peter Fonagy y otros autores por comprender el trastorno limítrofe de la personalidad a partir de conceptos psicoanalíticos y de la teoría del apego, articulado con los desarrollos sobre teoría de la mente.

En la actualidad este concepto abarca un complejo y vasto cuerpo de conocimiento en constante aumento, el cual incluye una teoría elaborada de las distintas facetas de la mentalización y de las funciones psicológicas que a ellas subyace, una caracterización de los distintos momentos del desarrollo del mentalizar y una fundamentación cada vez mayor en las neurociencias.

En sus aspectos más prácticos comprende un método para la evaluación del funcionamiento reflexivo y una serie de propuestas clínicas para el abordaje terapéutico de diversos cuadros psicopatológicos, así como sugerencias para llevar a cabo tareas de psicoeducación, trabajo con grupos terapéuticos y de reflexión, talleres sobre crianza reflexiva de los hijos, prevención de la violencia en las escuelas, etc (Bilbao et al., 2016).

### **5.2.3 El desarrollo y funciones de la mentalización**

Para Fonagy la capacidad de mentalizar surge de las experiencias interpersonales tempranas, en particular de las vividas con los objetos primarios de apego, ya que la experiencia de poseer una mente o un self mentalizante no es un dato genético, sino que su desarrollo depende de la interacción con otras mentes (la de los padres o cuidadores), que es necesario posean, a su vez, una adecuada capacidad de mentalización (Fonagy & Bateman, 2006) a los efectos de que las habilidades mentalizadoras del niño se desarrollen adecuadamente.

Se entiende además que el desarrollo de la capacidad de mentalizar en el niño surge de forma natural en el contexto familiar y en las interacciones constantes con la figura de apego. Considerando lo descrito, podemos decir que él bebe nace con la potencialidad para desarrollar la capacidad mentalizadora. En cuanto a lo anterior, Fonagy y Bateman (2012) declaran que desde su punto de vista la capacidad de mentalización no es una adquisición evolutiva que pueda considerarse totalmente completada a una edad determinada, sino que es una capacidad que puede considerarse nunca está totalmente completa y que, además, es una capacidad que puede fluctuar en diferentes contextos interactivos y bajo determinadas condiciones de ansiedad. Para comprender mejor el desarrollo de la mentalización debemos entender, además de lo anterior, que ésta implica el reconocimiento de un mundo interno, de

los estados mentales propios, particulares, subjetivos de uno mismo y en él otro, y en un momento determinado de la interacción consciente entre ambos.

Por tanto, la mentalización se entiende estrechamente relacionada con el desarrollo del self, con su interna organización progresivamente elaborada a partir de un proceso interactivo en la que el self se construiría "como extensión del otro" (Fonagy et al.,2002, p.266).

Por último, en términos del desarrollo de la mentalización, la entenderemos tal como la proponen el grupo de investigación liderado por Fonagy y sus colaboradores, como una capacidad, no constitucionalmente dada en su totalidad, sino como una adquisición evolutiva en mayor o en menor grado. Esta adquisición evolutiva depende de la naturaleza del apego que el sujeto ha experimentado a lo largo de los primeros años de vida, en la medida en que este apego con un otro confiable es capaz de reflejar y contener la experiencia subjetiva, lo que se da, mayoritariamente, en el contexto de un apego seguro (Bateman & Fonagy, 2012). Por tanto, la capacidad para mentalizar se conceptualiza como una dimensión o un aspecto específico de una relación de apego determinada, y en la medida que este apego pueda ser influenciado por circunstancias más o menos duraderas en la vida del sujeto (Golano, 2015).

#### **5.2.4 Funciones de la Mentalización**

Las funciones que cumple la mentalización son por lo cual es tan importante en el desarrollo del ser humano, dado a lo que ésta permite al sujeto y lo que este logra en la relación consigo mismo y con los demás a causa de la capacidad de mentalizar.

Dentro de las principales funciones de la mentalización, se encuentra, la capacidad que nos otorga para atribuir estados mentales a los demás, lo cual nos permite entender de mejor manera los comportamientos de un otro y predecir la disposición de este (amigable o hostil), ayudando así hacer posible las relaciones interpersonales en general y especialmente en intercambios intersubjetivos que se requiera tanto sintonía afectiva como intelectual.

Además, nos permite regular nuestro propio comportamiento en función de entender cómo este puede afectar a un otro, lo cual tiene relación con el vínculo existente entre un apego seguro (depende del comportamiento agencial de un otro) y la mentalización, ya que una mentalización adecuada promueve y mantiene un apego seguro, tanto en niños como adultos (Lanza Castelli, 2011).

De igual forma, se ha demostrado que en todo intercambio interpersonal se produce un espejamiento automático de los estados emocionales del interlocutor, a los que se ajustan (de forma inconsciente y automática) la propia postura, el tono de voz, las expresiones faciales, etc., (Fonagy y Bateman, 2006).

Así mismo, la identificación precisa de los propios estados mentales y sentimientos favorece la posibilidad de regularlos y tomar decisiones respecto a la expresión de los mismos. En esa misma línea, como explica Lanza Castelli, (2011) “Al mentalizar podemos amortiguar el efecto de las atribuciones disfuncionales con que interpretamos el comportamiento de los otros en forma automática, en la medida en que podemos discernirlas como tales y advertir la forma en que nuestra mente construye el significado de las actitudes del otro” (p.10).

### **5.2.5 Mentalización**

La mentalización es un proceso clave en el desarrollo del ser humano, ya que nos permite entendernos a partir de la relación con un otro y generar vínculos a lo largo de la vida.

En esta teoría se le da especial importancia al concepto de apego ya que se le considera trascendental para el desarrollo de la mentalización.

Se ha demostrado que adultos con apego seguro tienen mayores niveles de funcionamiento reflexivo y son más propensos a tener hijos seguros en relación con los cuidadores clasificados como inseguros (Fonagy et al., 1991; Slade et al., en prensa citado en Grienberger, 2005). También se ha visto que las madres de niños desorganizados tienen los

niveles más bajos de funcionamiento paterno-reflexivo relativo a madres de niños clasificados como organizados (Grienenberger, Kelly, y Slade, en prensa citados en Grienenberger, 2006).

La mentalización es a menudo más limitada en los cuidadores con estilos en torno a cuestiones de dependencia, intimidad y la experiencia de angustia, depresión, vergüenza o incertidumbre. Es posible que puedan pensar que tienen mentes separadas de sus hijos; sin embargo, es posible que no vean el impacto de sus pensamientos, sentimientos y comportamientos en los estados mentales de sus hijos (Grienenberger, 2006).

Por el contrario, los cuidadores con una organización de apego preocupada a menudo muestran averías en la mentalización cuando se sienten abrumados por la ansiedad, inseguridad, o miedo a la pérdida. Pueden rogar a otros que les digan lo que tienen que hacer, como si no pudieran pensar por sí mismos. Su principal desafío implica ver a sus hijos con mentes separadas que se ven afectadas por, pero no equivalente a, sus propias mentes (Grienenberger, 2006).

Los padres con una organización de apego despectivo se sienten relativamente cómodos en el desempeño de sus funciones como figuras de autoridad y que puedan fomentar independencia y dominio de sus hijos. Sin embargo, su apego se organiza en torno a la evitación de estilos intensos, necesitados, depresivos, vergonzosos y vulnerables. Estos padres pueden responder a experiencias tempranas de pérdida, rechazo, abuso o abandono. Sin embargo, no se reconoce el impacto de estas experiencias en su desarrollo posterior. Estos fracasos de integración pueden llevar a la recreación con sus hijos, a menudo tomando la fuente de la identificación con el agresor (Grienenberger, 2006).

## **6. Metodología**

### **6.1 Tipo de estudio**

El presente estudio es de tipo cuantitativo, esto con la finalidad de que a través de datos numéricos y estadísticos se puedan describir ciertos fenómenos y generalizarlos, permitiendo así la inferencia causal de por qué las cosas suceden o no de cierta forma; de corte transversal, es decir, analiza datos de variables recopiladas en un periodo de tiempo sobre una población o muestra predefinida; correlacional, ya que se pretende medir el grado de relación que existe entre dos o más variables en un contexto en particular; y de carácter exploratorio, debido a que la temática a abordar no está claramente definida, por lo que se espera que los resultados no sean concluyentes, pero sí aportativos a futuras investigaciones.

### **6.2 Definición de las variables**

- a) Trauma temprano relacional: para su operacionalización se tipifica, dentro del instrumento The Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) en Abuso emocional, el cual tiene como puntaje de corte resultados mayores a 12; Abuso físico, con un puntaje de corte mayor a 9; Abuso sexual, con un puntaje de corte mayor a 8; y negligencia emocional y negligencia física, cada una por separado, tomadas como variables invertidas.
- b) Mentalización: para su operacionalización se codificó cada respuesta de los participantes en relación a la respuesta correcta propuesta en el protocolo de corrección correspondiente para el instrumento Reading the mind in the eyes (RMET) Adulto y Reading the mind in the eyes (RMET) NNA, obteniéndose así niveles de acierto, y por tanto, niveles de mentalización.

### **6.3 Población y Muestra**

El universo de participantes de este estudio corresponderá a cuidadores primarios con los niños, niñas y adolescentes que son atendidos en el Centro de atención psicológica (CAPSI) de la Universidad de Valparaíso y personas que estén dispuestas a participar y cumplan con las características requeridas que se explicitan posteriormente.

Sobre las condiciones de elegibilidad, los criterios de inclusión que se consideran para esta investigación son los siguientes; Para cuidadores principales; que convivan con NNA y que los NNA oscilen entre las edades de 8 y 16 años.

Como criterio de exclusión para cuidadores y NNA se contempla tener discapacidad visual que no permita completar el RMET y presentar trastorno del espectro autista. En el caso de los cuidadores no haber tenido contacto o convivencia con hijo/a, o que uno de los dos no esté de acuerdo en participar del estudio.

Respecto al cálculo muestral, será un  $N= 61$  dadas las condiciones de elegibilidad presentadas. Definiéndose así un nivel de confianza de 95% y un riesgo  $\beta$  de 0,2.

### **6.4 Instrumentos**

#### **6.4.1 Reading the mind in the eyes (RMET)**

Autores: Simon Baron – Cohen et al, 1997; Evalúa la Teoría de la mente (ToM). Es un test acerca del “lenguaje de los ojos”, midiendo la capacidad de las personas para inferir sobre los estados mentales de un otro externo, vinculado al reconocimiento y comprensión de intenciones, conocimientos, conductas y creencias; todas áreas vinculadas a la cognición social (Roman et al, 2012). El instrumento posee versiones diferenciadas para niños/as y adultos/as, abarcando un rango etario desde los 8 hasta los 19 años en el caso de menores de edad, y desde los 20 años en adelante para adultos (Vellante, M.,2013). El test para adultos/as incluye 36 fotografías, más la imagen de prueba, enfocadas en la zona ocular (femeninas y

masculinas), obtenidas desde revistas en blanco y negro (Baron-Cohen, S.,2001; Botero et al, 2010). La persona evaluada debe escoger una de las cuatro palabras que acompaña la imagen, las cuales representan conceptos que evocan estados mentales de valoración positiva o negativa dependiendo del contexto de la imagen. Con ello, el o la evaluada determinará según su criterio personal la palabra que coincida de forma más fidedigna con lo que expresa la mirada de la fotografía, en base a la premisa: “¿Qué palabra describe mejor lo que la persona está sintiendo o pensando?”, calificando así un punto por respuesta correcta (Leiva, S.,2017). En su versión para NNA consta de 28 imágenes, más la imagen de prueba, y se sigue de las mismas instrucciones que en la versión adulto. La diferencia entre los instrumentos se relaciona con el grado de dificultad que vinculan los diferentes conceptos a definir los estados mentales, siendo el RMET para niños/as palabras con un grado de abstracción más básicos. En ambos casos se utiliza un diccionario que apoya al entrevistador o entrevistadora en la situación que se requiera mayor explicación de un concepto determinado. No se ha reportado contundencia en las pruebas de fiabilidad estadística, ya que suele omitirse el alfa de Cronbach, que imposibilita la comparación intergrupala, lo que a su vez incide directamente en los estudios interculturales, que requieren generar parámetros propios para adaptar a sus contextos personales de identificación de estados mentales, aunque hasta la fecha ya se han hecho en diferentes idiomas como: griego, francés, bosnio, rumano, español, sueco, italiano, japonés, persa y turco (Olderbak et al, 2015; Roman et al, 2012).

#### **6.4.2 The Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)**

El test denominado The Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), es el autoinforme más utilizado para la evaluación de experiencias traumáticas en la infancia. Contempla cinco tipos de traumas infantiles: abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, abandono físico y abandono emocional. El CTQ consta de 70 ítems en formato tipo Likert de 5 categorías (0=

“nunca”; 5= “muy a menudo”). La consistencia interna, en estudios internacionales, como los realizados por Bernstein et al., (1994) demostraron que ésta es alta, tanto para la escala total (0,98), como para los diferentes factores, oscilando entre 0,79 y 0,94. Del mismo modo, la fiabilidad test-retest para toda la escala es de 0.88, mientras que para los factores individuales se situó entre 0,80 y 0,83 (Ordóñez et al., 2016).

## **6.5 Procedimientos**

En la aplicación instrumental, se recurrió a una muestra aleatoria general no clínica, como una forma de facilitar la recopilación de datos y agilizar el proceso de aplicación. Por lo anterior, se efectuó la administración de los instrumentos a partir de una invitación y posterior reunión con cuidadores y las/os NNA, ejecutada personalmente por de las investigadoras del estudio, quienes consensuaron el día y horario disponible de las y los participantes de acuerdo a cada caso, realizados en la región de Valparaíso, específicamente en las comunas de Viña del mar, Valparaíso, Quilpué, Villa Alemana, Quillota y San Felipe.

Para el desarrollo óptimo del proceso, se dispusieron de espacios tranquilos y sin distracciones visuales y/o auditivas que pudieran obstaculizar a las investigadoras y participantes, haciendo uso de materiales visuales y escritos.

Además, es importante agregar que previo a la aplicación de los instrumentos, a cada cuidador/a y NNA se le entregó un consentimiento y asentimiento informado respectivamente, donde se explican los objetivos de la investigación, explicitando la confidencialidad de sus respuestas, ofreciendo si es el caso que algún participante necesite orientación o apoyo terapéutico, al Centro de Atención Psicológica (CAPSI) de la Universidad Valparaíso como una opción disponible para brindar un espacio al que el

participante pueda recurrir directamente, en donde su consulta será gratuita. Todo lo anterior expresado en el consentimiento.

## **6.6 Análisis de datos**

Para describir la muestra se utilizaron estadísticos de tendencia central y dispersión. Para evaluar los objetivos específicos 1 a 3 se realizaron análisis de correlaciones bivariadas. Para el objetivo 4 se realizó un análisis de moderación Todos los procedimientos de análisis se llevaron a cabo a través del software para análisis estadístico JAMOVI.

## 7. Resultados

### 7.1 Análisis descriptivo

#### 7.1.1 Variables sociodemográficas.

La muestra se constituyó a partir de 61 diadas distribuidas de la siguiente manera:

Como muestra la Figura 1, la edad de las/os cuidadores primarios se distribuyó entre los 24 y 78 años, siendo la edad promedio de los participantes de 41 años, con una mediana de 43.

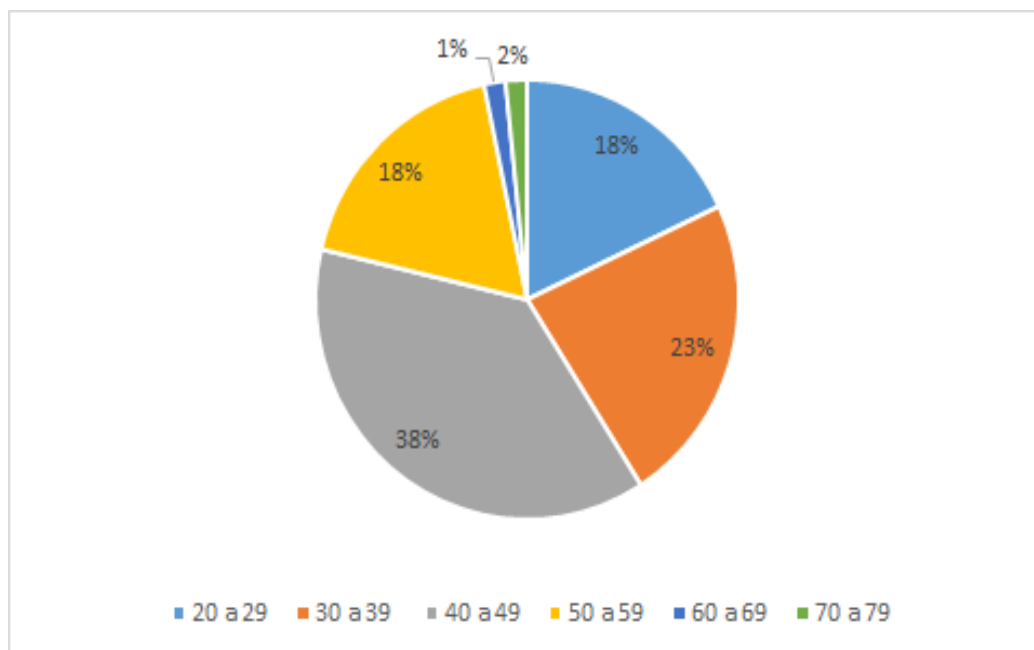


Figura 1. *Edad de participantes por rango etario*

En el caso de los NNA participantes, como se muestra en la Figura 2, las edades se distribuyeron entre los 8 y 16 años, siendo la edad promedio de 11,6 años con una mediana de 11 años.

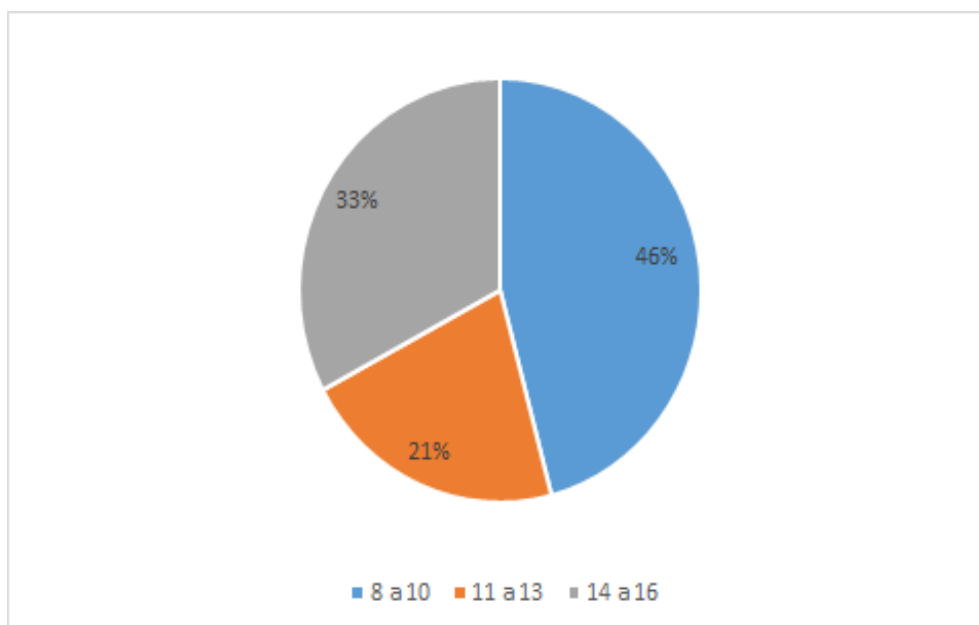


Figura 2. *Edad de NNA por rango etario*

### **Distribución por sexo.**

Como se muestra en la Tabla 1, respecto a la distribución por sexo en los cuidadores primarios se contabiliza en un 91,8% a personas de género femenino y con un 8,2% a personas del género masculino.

Tabla 1. *Frecuencia de participantes por género*

<b>Niveles</b>	<b>Cantidad</b>	<b>% del Total</b>
Masculino	5	8.2 %
Femenino	56	91.8 %

Respecto a los NNA, podemos apreciar en la Tabla 2 que se distribuyen con un 44,3% en el género masculino y con un 55,7% en el género femenino.

Tabla 2. *Frecuencia de NNA por género*

<b>Niveles</b>	<b>Cantidad</b>	<b>% del Total</b>
masculino	27	44.3 %
femenino	34	55.7 %

En síntesis se observa que tanto en los cuidadores primarios como en las/os hijas/os predominó el género femenino entre los entrevistadas/os.

En cuanto a las y los cuidadores, se aprecia en la Tabla 3 que el 98,4% de los entrevistados declaran vivir con su hijo/a, mientras que el 1,6% informa que no viven juntos.

Tabla 3. *Frecuencias cuidadores que viven o no con NNA*

<b>Niveles</b>	<b>Cantidad</b>	<b>% del Total</b>
No	1	1.6 %
Si	60	98.4 %

## **7.1.2 Antecedentes clínicos**

### **7.1.2.1 Descripción de resultados por instrumentos utilizados**

#### **7.1.2.1.1 RMET**

Como se muestra en la Tabla 4, de las respuestas totales obtenidas en el RMET aplicado a los 61 adultos, se destaca principalmente el puntaje mínimo y máximo de puntos obtenidos por la muestra en general, la cual corresponde a 10 y 35 respectivamente, con una media de 24,8 puntos y una mediana de 25, como se muestra en la tabla 4.

Tabla 4. *Respuestas Rmet cuidadores primarios*

<b>MENTALIZACIÓN</b>	
N	61
Perdidos	0
Media	24.8
Mediana	25
Mínimo	10
Máximo	35

En cuanto al RMET aplicado a los 61 NNA, se aprecia en la Tabla 5 un puntaje mínimo reportado que corresponde a 7 puntos, mientras que el máximo se eleva a 24, donde el puntaje promedio fue de 17,4 y la mediana de 18.

Además, dado la distribución de los datos, se presenta una desviación estándar de 3,71 puntos, con una varianza de 13,8 puntos.

Tabla 5. *Respuestas Rmet NNA*

---

	<b>MENTALIZACIÓN</b>
N	61
Perdidos	0
Media	17.4
Mediana	18
Desviación Estándar	3.71
Varianza	13.8
Mínimo	7
Máximo	24

---

#### **7.1.2.1.2 CTQ**

Este instrumento fue aplicado a los 61 adultos entrevistados para evaluar la presencia de trauma en la infancia.

Para el análisis de este estudio se segmentaron los tipos de traumas en tres grupos: abuso emocional, abuso físico y abuso sexual.

Como podemos ver la Tabla 6 muestra los datos obtenidos al evaluar la frecuencia de abuso físico, en la cual se evidencia que el 88,5% de los entrevistados informa no haber sufrido abuso físico, mientras que el 11,5% declara haber sufrido este tipo de abuso en su infancia.

Tabla 6. *Frecuencia abuso físico*

<b>Niveles</b>	<b>Cantidad</b>	<b>% del Total</b>
0	54	88.5 %
1	7	11.5 %

En cuanto a los datos obtenidos al analizar la frecuencia de abuso emocional presente en la muestra, se obtiene, como muestra la Tabla 7, que al igual que en el abuso físico, el 88,5% de los adultos encuestados manifiesta no haber vivenciado abuso emocional, sin embargo el 11,5% si lo vivencio.

Tabla 7. *Frecuencia abuso emocional*

<b>Niveles</b>	<b>Cantidad</b>	<b>% de Total</b>
0	54	88.5 %
1	7	11.5 %

Por último, en el caso del abuso sexual, se muestra en la Tabla 8 que el 85,2% de las personas dicen no haber vivido abuso sexual, mientras que el 14,8% declara haber sufrido este tipo de abuso en su infancia.

Tabla 8. *Frecuencia abuso sexual*

<b>Niveles</b>	<b>Cantidad</b>	<b>% de Total</b>
0	52	85.2 %
1	9	14.8 %

Por otro lado, podemos dar cuenta de la frecuencia presente en los tipos de abuso en las/os participantes. Tal como muestra la Tabla 9, el 77,0% reporta no haber vivido ningún tipo de abuso, mientras que el 11,5% reporta haber vivido un tipo de abuso, el 8,2% declara haber vivido 2 tipos de abusos y el 3,3% reporta haber vivido los 3 tipos de abusos.

Tabla 9. *Frecuencia tipos de abuso*

<b>Niveles</b>	<b>Cantidad</b>	<b>% del Total</b>
0	47	77.0 %
1	7	11.5 %
2	5	8.2 %
3	2	3.3 %

## **7.2 Análisis de inferencia estadística**

### **7.2.1 Asociación entre experiencias traumáticas en la infancia en cuidadores primarios y su capacidad mentalizadora.**

Como muestra la Tabla 10, el análisis de correlación entre capacidad mentalizadora de los cuidadores y experiencias traumáticas en la infancia, solo se encontró asociación entre negligencia emocional y mentalización ( $r = -0,262$ ;  $p < 0,041$ ).

A partir de la interpretación de los datos, se concluye que a mayor presencia de negligencia emocional, la capacidad de mentalización disminuye.

Con respecto a abuso emocional, abuso físico, abuso sexual y negligencia física, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas con la capacidad mentalizadora de los cuidadores.

Tabla 10. *Asociación entre trauma en cuidadores primarios y su mentalización*

Correlation Matrix		
		<b>Mentalización Adulto</b>
Mentalización Adulto	Pearson's r	—
	p-value	—
Abuso Emocional	Pearson's r	-0.197
	p-value	0.128
Abuso Físico	Pearson's r	-0.227
	p-value	0.078
Abuso Sexual	Pearson's r	-0.047
	p-value	0.721
Negligencia Emocional	Pearson's r	-0.262 *
	p-value	0.041
Negligencia Física	Pearson's r	-0.230
	p-value	0.075
Abusos	Pearson's r	-0.193

	p-value	0.135
Trauma Total	Pearson's r	-0.203
	p-value	0.116

\* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001

Como forma de evaluar si existen diferencias entre las medias de mentalización de los participantes según el tipo de abuso reportado, se realizaron análisis específicos a través de t de Student para muestras independientes.

Tal como se observa en la Tabla 11, en la variable de abuso físico se encontró un valor de p= ,014, a partir del cual se concluye que existe una diferencia significativa entre las medias correspondientes a la presencia de abuso (20,7 puntos) y la ausencia de abuso (25,4 puntos).

Tabla 11. *Análisis de medias entre abuso emocional, físico y sexual*

		N	promedio	U	P
Abuso Emocional	No abuso	54	25.1	124	0,143
	Abuso	7	22.4		
Abuso Físico	No abuso	54	25.4	80.0	0.014*
	Abuso	7	20.7		

	No abuso	52	24.8		
Abuso sexual				227	0.886
	Abuso	9	25.2		

U= Mann-Whitney U;  $p < .05$ ; \* $p = .014$

### 7.2.2 Asociación entre experiencias traumáticas en la infancia en cuidadores primarios y la capacidad mentalizadora de NNA

Como muestra la Tabla 12, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre la variable experiencias traumáticas en la infancia de cuidadores y la capacidad mentalizadora de NNA ( $r = .046$ ;  $p = .724$ ).

Tabla 12. Asociación entre trauma de cuidadores primarios y mentalización de NNA

#### Correlation Matrix

		Mentalización NNA
Mentalización NNA total	Pearson's r	—
	p-value	—
Abuso Emocional	Pearson's r	0.011
	p-value	0.935
Abuso Físico	Pearson's r	0.036
	p-value	0.785
Abuso Sexual	Pearson's r	0.120
	p-value	0.357
Negligencia Emocional	Pearson's r	-0.045

	p-value	0.730
Negligencia Física	Pearson's r	0.025
	p-value	0.846
Abusos	Pearson's r	0.114
	p-value	0.380
Trauma TOTAL	Pearson's r	0.046
	p-value	0.724

\* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001

Tal como se observa en la Tabla 13, en las variables de abuso físico, abuso emocional y abuso sexual no se encontró asociación estadísticamente significativa entre las medias correspondientes a la presencia de abuso y la ausencia de abuso.

Tabla 13. *Análisis de medias entre abuso emocional, físico y sexual*

		N	promedio	U	P
Abuso Emocional	No abuso	54	17.4	187	0,973
	Abuso	7	17.7		
Abuso Físico	No abuso	54	17.2	121.0	0.125
	Abuso	7	19.4		
Abuso Sexual	No abuso	52	17.4	230	0.935
	Abuso	9	17.9		

U= Mann-Whitney U; p=< ,05

### 7.2.3 Correlación entre capacidad mentalizadora de cuidadores primarios y la mentalización de NNA

De acuerdo a la Tabla 14, se observa que con un  $r=,082$  ( $p=,530$ ) las variables mentalización de los cuidadores y mentalización de los NNA no presentan correlación.

Tabla 14. *Correlación entre las variables mentalización de cuidadores y mentalización de NNA.*

Correlation Matrix		Mentalización NNA
Mentalización NNA	Pearson's r	—
	p-value	—
Mentalización Adulto	Pearson's r	0.082
	p-value	0.530

### 7.2.4 Análisis sobre la moderación de experiencia traumáticas en la infancia en relación a la mentalización de cuidadores primarios y la mentalización de NNA

Para conocer la relación e influencia entre las variables mentalización de cuidadores primarios y mentalización de NNA se realizaron pruebas de moderación las que permitieron evaluar la influencia de las experiencias traumáticas en la infancia de los cuidadores en la relación entre la mentalización de éstos y la mentalización de NNA.

Estas experiencias traumáticas fueron tipificadas como: abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligencia emocional y negligencia física.

Los análisis realizados revelan que existe un efecto moderador estadísticamente significativa entre las variables; abuso emocional; abuso físico, trauma total y mentalización.

Respecto a los efectos de moderación consideramos como variable independiente la mentalización de cuidadores primarios, mientras que como variable dependiente la mentalización de NNA, en las cuales se evidenció una moderación significativa con respecto a la presencia de abuso emocional ( $p=0,003$ ;  $b=-0,0480$ ); abuso físico ( $p=,001$ ;  $b=-,0529$ ) y trauma total ( $p=,008$ ;  $b=-,0215$ ), datos explicitados en la Tabla 15.

Tabla 15. *Moderación de los tipos de abusos en la relación entre mentalización de cuidadores y mentalización de NNA*

Variable independiente	Variable moderadora	b	p
Mentalización	Trauma Total	-0,0215	<b>,008*</b>
	Abuso emocional	-0,048	<b>,003*</b>
	Abuso físico	-0,0529	<b>,001*</b>
	Abuso sexual	-0,0429	0,19
	Negligencia emocional	-0,0383	0,052
	Negligencia Física	-0,05162	0,076

Como se muestra en la Tabla 15, existe un efecto de moderación entre la mentalización de cuidadores primarios, la mentalización de NNA y abuso emocional ( $p=0.003^*$ ;  $b= -.0480$ ).

Como muestra la tabla 16, esto se observa sólo en niveles bajos de abuso emocional ( $p = .010$ ;  $b = -.132$ ). La Figura 3 ilustra que, en presencia de bajas experiencias de abuso emocional, la mentalización parental tendrá efecto sobre la mentalización de NNA.

Tabla 16. *Moderación del abuso emocional en la relación entre la mentalización de cuidadores y la mentalización de NNA*

Estimación pendiente simple				
	<b>Estimado</b>	<b>SE</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
Promedio	0.138	0.105	1.32	0.187
Bajo (-1SD)	0.408	0.158	2.58	0.010
Alto (+1SD)	-0.132	0.123	-1.08	0.281

Nota. muestra el efecto del predictor (Mentalización Adulto) sobre la variable dependiente (Mentalización NNA) en diferentes niveles del moderador (Abuso Emocional)

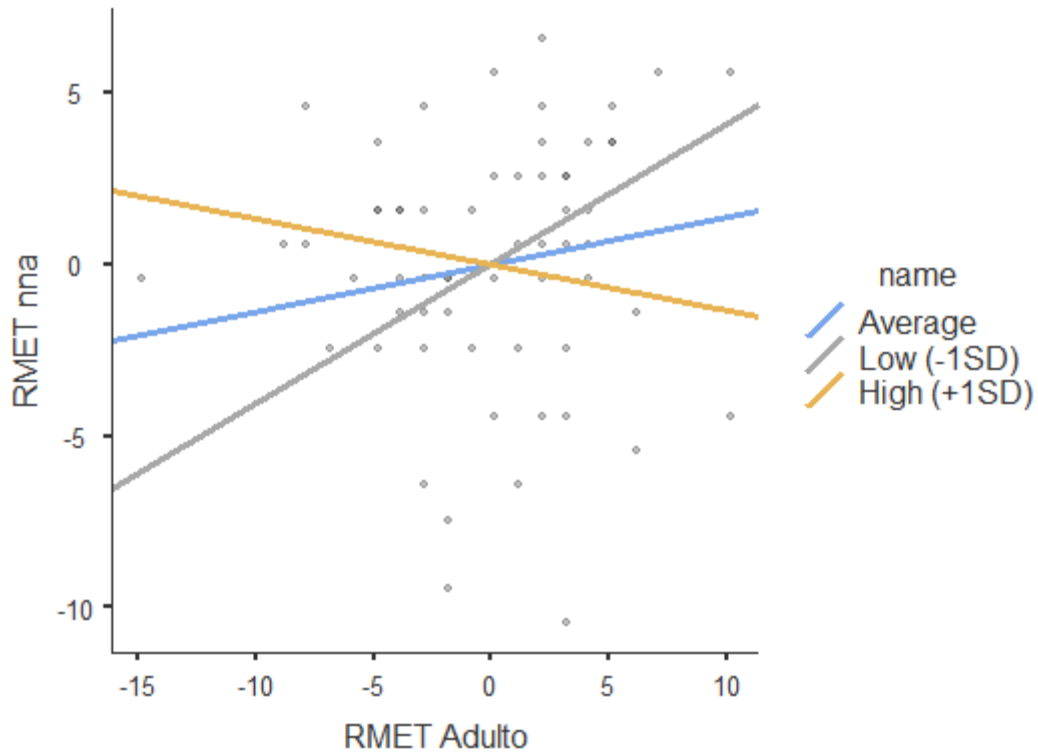


Figura 3. *Moderación del abuso emocional en la relación entre la mentalización de cuidadores y la mentalización de NNA*

Por su parte, existe una moderación significativa entre la mentalización de cuidadores primarios, la mentalización de NNA y abuso físico ( $p = ,001^*$  ;  $b = -,0529$ ). Como muestra la tabla 17, esto ocurre frente a niveles bajos ( $p = ,016^*$ ;  $b = ,3383$ ) de abuso. La Figura 4 ilustra que, en presencia de bajas experiencias de abuso físico, la mentalización parental tendrá efecto sobre la mentalización de NNA.

Tabla 17. *Moderación del abuso físico en la relación entre la mentalización de cuidadores y la mentalización de NNA*

Estimación pendiente simple

	<b>Estimado</b>	<b>SE</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
Promedio	0.0748	0.102	0.735	0.463
Bajo (-1SD)	0.3383	0.140	2.419	0.016
Alto (+1SD)	-0.1886	0.126	-1.500	0.134

Nota. muestra el efecto del predictor (Mentalización Adulto) en la variable dependiente (Mentalización NNA) en diferentes niveles del moderador (Abuso Físico)

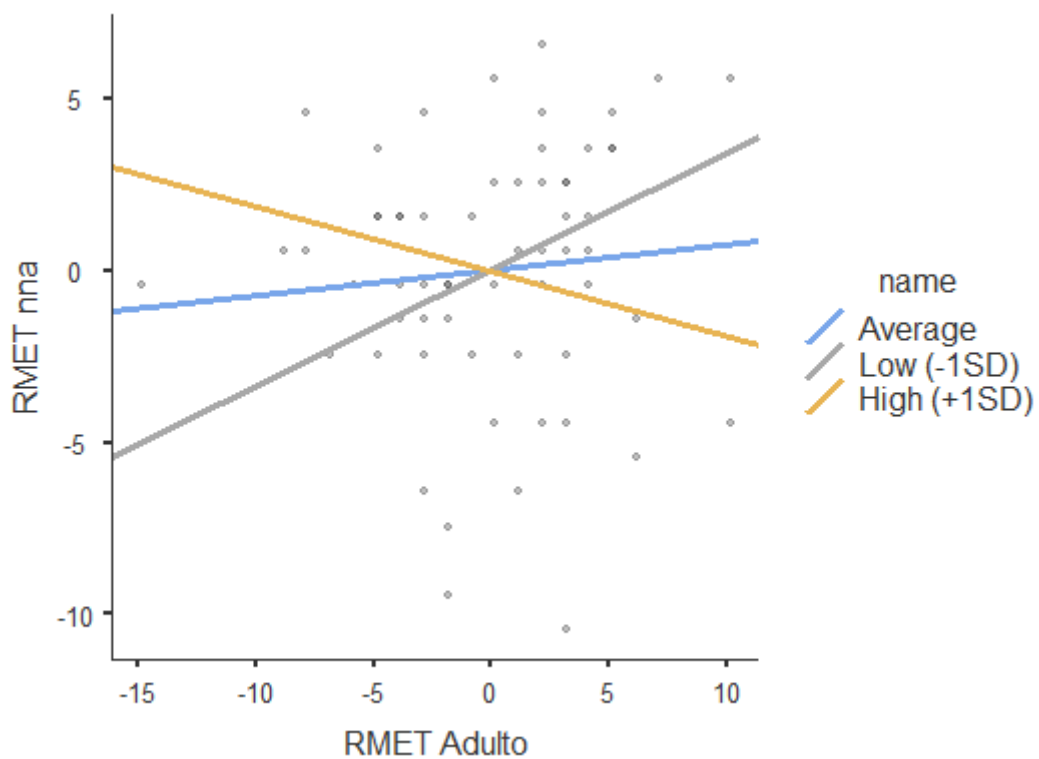


Figura 4. *Moderación del abuso físico en la relación entre la mentalización de cuidadores y la mentalización de NNA*

Como se muestra en la Tabla 18 y en la Figura 5, no existe una moderación significativa entre la mentalización de cuidadores primarios, la mentalización de NNA y abuso sexual.

Tabla 18. *Moderación del abuso sexual en la relación entre la mentalización de cuidadores y la mentalización de NNA*

Estimación pendiente simple

	<b>Estimado</b>	<b>SE</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
Promedio	0.0722	0.101	0.714	0.475
Bajo (-1SD)	0.2264	0.157	1.440	0.150
Alto (+1SD)	-0.0821	0.154	-0.532	0.595

Nota. muestra el efecto del predictor (Mentalización Adulto) en la variable dependiente (Mentalización NNA) en diferentes niveles del moderador (Abuso Sexual)

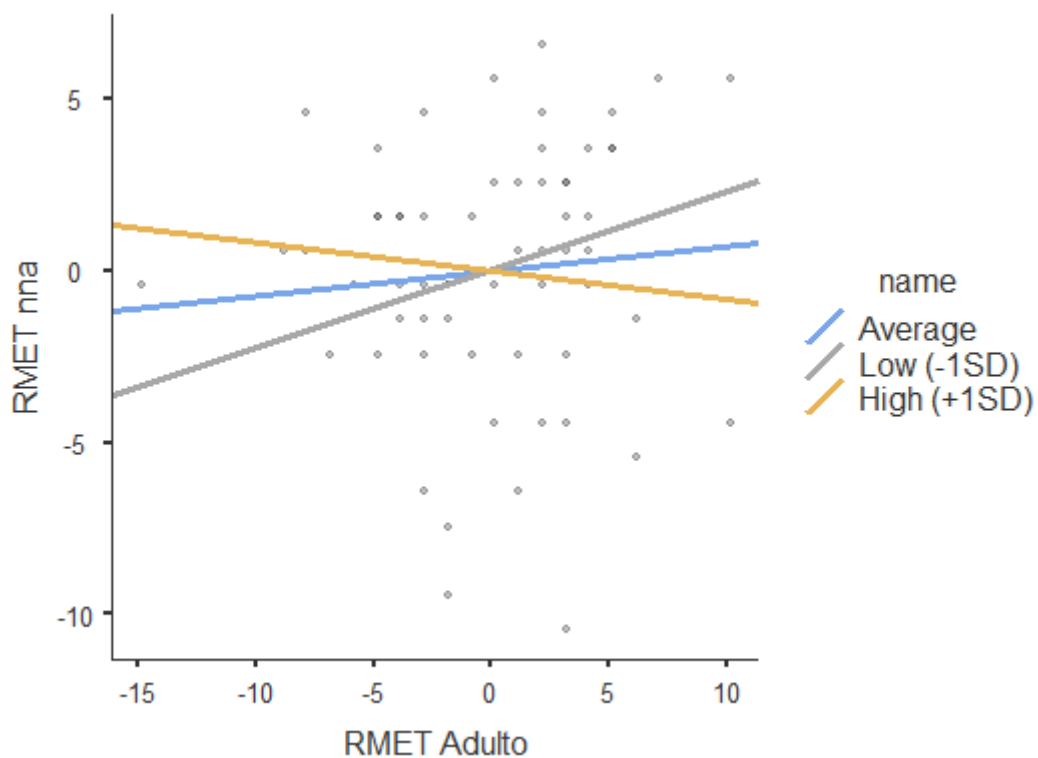


Figura 5. *Moderación del abuso sexual en la relación entre la mentalización de cuidadores y la mentalización de NNA*

Como se muestra en la Tabla 19 y en la Figura 6, no existe una moderación significativa entre la mentalización de cuidadores primarios, la mentalización de NNA y negligencia emocional.

Tabla 19. *Moderación de la negligencia emocional en la relación entre la mentalización de cuidadores y la mentalización de NNA*

Estimación pendiente simple

	<b>Estimado</b>	<b>SE</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
Promedio	0.0908	0.103	0.878	0.380
Bajo (-1SD)	0.2604	0.150	1.735	0.083
Alto (+1SD)	-0.0788	0.121	-0.653	0.514

Nota. muestra el efecto del predictor (Mentalización Adulto) en la variable dependiente (Mentalización NNA) en diferentes niveles del moderador (Negligencia Emocional)

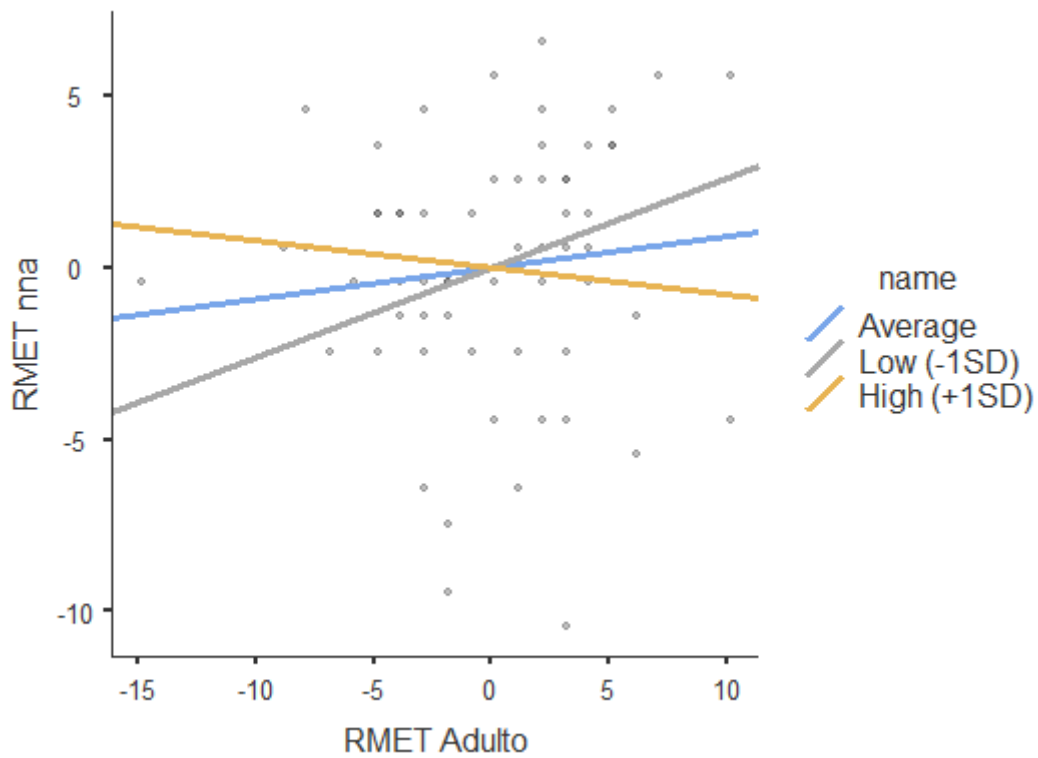


Figura 6. *Moderación de la negligencia emocional en la relación entre la mentalización de cuidadores y la mentalización de NNA*

Como se muestra en la Tabla 20 y en la Figura 7, no existe una moderación significativa entre la mentalización de cuidadores primarios, la mentalización de NNA y negligencia física.

Tabla 20. *Moderación de la negligencia física en la relación entre la mentalización de cuidadores y la mentalización de NNA*

Estimación pendiente simple

	<b>Estimado</b>	<b>SE</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
Promedio	0.1399	0.110	1.274	0.203
Bajo (-1SD)	0.3107	0.173	1.801	0.072
Alto (+1SD)	-0.0310	0.116	-0.268	0.789

Nota. muestra el efecto del predictor (Mentalización Adulto) en la variable dependiente (Mentalización NNA) en diferentes niveles del moderador (Negligencia Física)

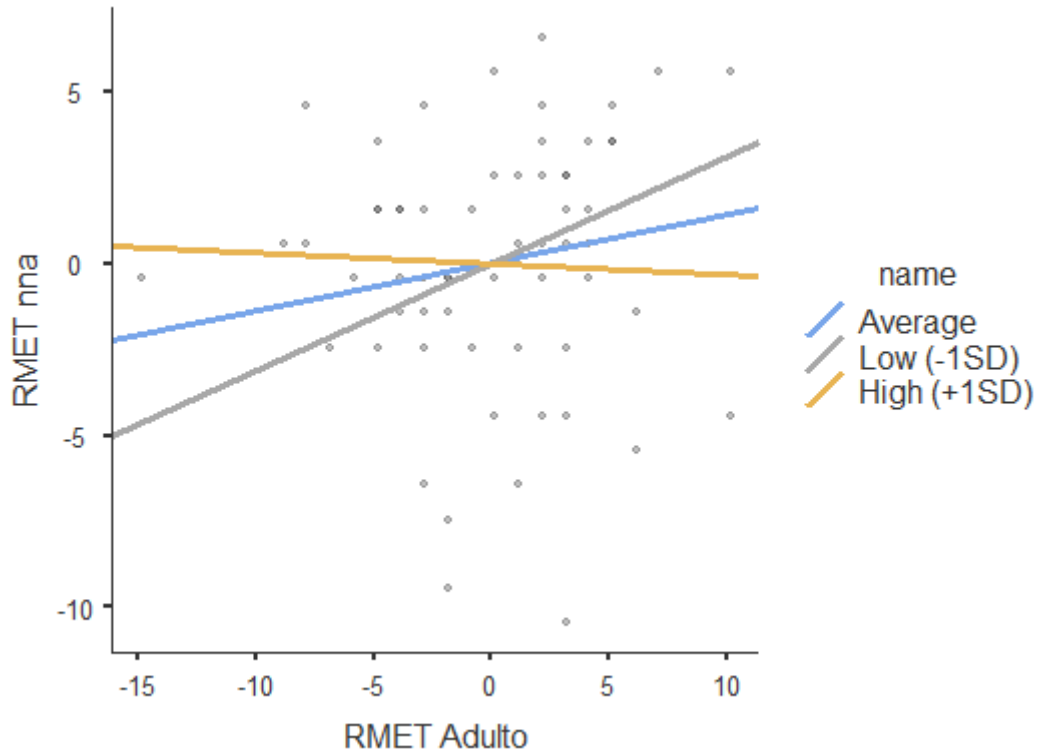


Figura 7. Moderación de la negligencia física en la relación entre la mentalización de cuidadores y la mentalización de NNA

Por su parte, existe una moderación significativa entre la mentalización de cuidadores primarios, la mentalización de NNA y trauma total ( $p = ,008^*$  ;  $b = -,0215$  ), en la tabla 21 se muestra que en niveles bajos ( $p = ,017$  ;  $b = ,378$ ) y en niveles altos ( $p = ,300$  ;  $b = -,131$  ). La Figura 8 ilustra que, en presencia de bajas experiencias de trauma, la mentalización parental tendrá efecto sobre la mentalización de NNA.

Tabla 21. *Moderación del trauma total en la relación entre la mentalización de cuidadores y la mentalización de NNA*

Estimación pendiente simple

	<b>Estimado</b>	<b>SE</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
Promedio	0.124	0.104	1.19	0.236
Bajo (-1SD)	0.378	0.158	2.39	0.017
Alto (+1SD)	-0.131	0.126	-1.04	0.300

Nota. muestra el efecto del predictor (Mentalización Adulto) en la variable dependiente (Mentalización NNA) en diferentes niveles del moderador (Trauma Total)

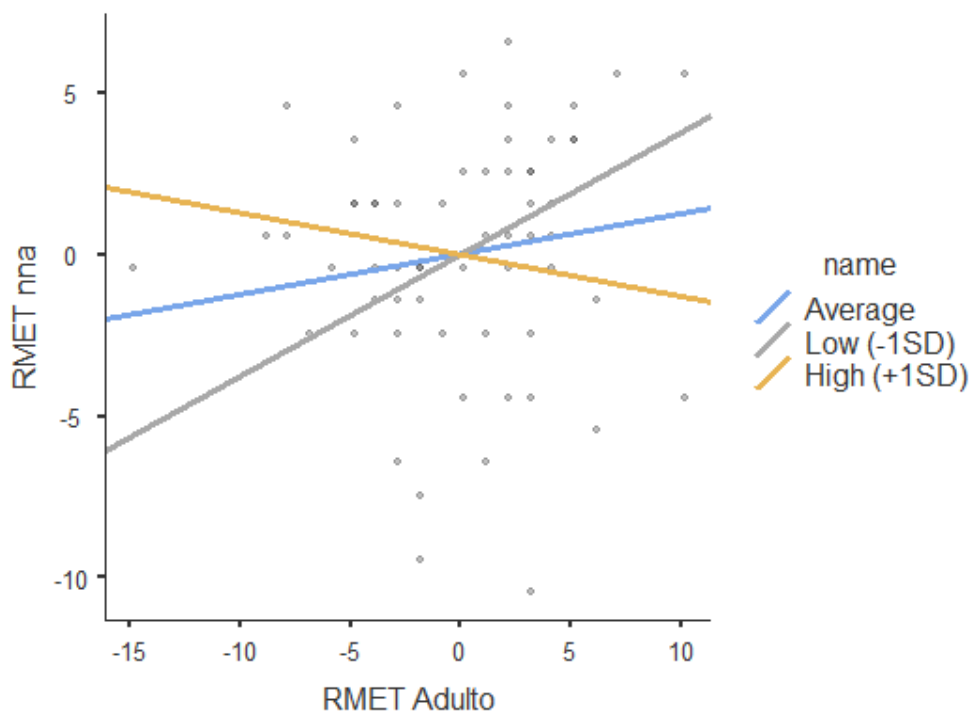


Figura 8. *Moderación del trauma total en la relación entre la mentalización de cuidadores y la mentalización de NNA*

## 8. Discusión

En cuanto a la relación entre las variables mentalización de cuidadores, mentalización de los NNA y trauma en los cuidadores los resultados indican que no existe relación directa entre las variables trauma en los cuidadores y mentalización en los adultos y mentalización de los NNA. Ahora bien, sí se encontraron resultados en las moderaciones respecto a estas variables y correlaciones en algunos tipos de abuso y mentalización tanto de cuidadores como de los NNA.

Respecto a los resultados obtenidos podemos indicar que existe una correlación entre la capacidad mentalizadora de los cuidadores y algunos tipos de experiencia de trauma en la infancia vividas por estos (negligencia emocional y abuso físico). En este sentido, y desde la literatura, Martínez (2011) plantea que la capacidad de mentalización se podría ver comprometida al existir negligencia emocional en la respuesta de las/os cuidadores. Por su parte, Azola (s.f), plantea que este tipo de conducta (negligencia) puede resultar muy difícil de reconocer y a menudo puede confundirse con perturbaciones emocionales o psicológicas del niño que deja consecuencias en el psiquismo de éste, las cuales se constituyen en un obstáculo que inhibe, coarta, limita y, en casos extremos, paraliza completamente su desarrollo. La falta de reconocimiento para el niño o su humillación en cualquier forma, suponen una gran dosis de sufrimiento, difícil de medir o de cuantificar, pero que indudablemente producen efectos que truncan sus posibilidades de alcanzar un desarrollo pleno. Por otra parte, Allen, Fonagy & Bateman (2008) explican que la conducta abusadora o negligente de los padres para con sus hijos revela una falta de empatía en aquéllos. El trauma en la relación de apego ejemplifica la ceguera mental de los cuidadores. El niño maltratado, de una forma defensiva hace un retiro del mundo mental, ya que la toma de conciencia del cuidador que ejerce maltrato es terrorífica para él, lo que implica confrontarse con actitudes

hacia él extremadamente dolorosas de reconocer: odio, crueldad, indiferencia. Este retiro defensivo del mundo mental socava el desarrollo de las capacidades mentalizadoras del niño.

Respecto al abuso físico Rnic (2018) plantea que, los padres físicamente abusivos pueden proporcionar a sus hijos una menor exposición de estados mentales positivos. Estable (2010) propone que el maltrato, bajo cualquiera de sus presentaciones, puede actuar en el desencadenamiento o aparición de múltiples síntomas, en la exacerbación de los ya existentes y en la perpetuación de otros, como en este caso lo es con la mentalización.

En cuanto a la mentalización de los/as cuidadores primarios y la mentalización de los NNA en el presente estudio no se encontró una correlación significativa, sin embargo diversos autores plantean que la capacidad mentalizadora de los cuidadores entendida también como función reflexiva parental, se explica como la capacidad de los padres para hacer sentido las experiencias vinculares propias y reflejarlas en el mundo mental del infante (Fonagy, 2000; Fonagy & Target, 1997; Walker, Wheatcroft & Camic, 2012) el cual organiza la propia experiencia y el comportamiento de otros en términos de constructos de estados mentales, posibilitando al niño atribuir estados mentales a otros y hacer que el comportamiento de otras personas sea significativo y predecible (Fonagy & Target, 1997). Dicha mentalización le permite al niño “leer” o entender la mente de las personas y, a la vez, hacer que los comportamientos de dichas personas sean significativos y predecibles (Gálvez y Farkas, 2017). Por lo tanto, según lo expuesto en la literatura se sugiere que la mentalización parental afecta directamente la mentalización de los hijos; aunque en los datos del presente estudio no sugieren que exista una correlación directa.

Respecto a la correlación entre las experiencias traumáticas en la infancia de los cuidadores y la mentalización de sus hijos, en esta investigación no se hallaron resultados, sin embargo

diversos autores ligados a estas temáticas han planteado que la función reflexiva como ha sido operacionalizada la mentalización es la capacidad de un cuidador para sostener en su mente la noción de que su hijo es un sujeto que tiene sus propios sentimientos, deseos e intenciones, esto le permite al niño descubrir su propia experiencia interna vía la experiencia que su madre tiene de él, es decir es el cuidador quien provee una base segura para dicho descubrimiento que permite que el niño desarrolle un sentido de sí-mismo conectado y separado de su madre (Zucchi et al., 2007). Otros estudios dan clara cuenta de que los efectos traumáticos del maltrato infantil, especialmente cuando son crónicos y severos, se inscriben en las capas profundas del ser y con ello abren importantes posibilidades a que estas vivencias se transmitan de una generación a otra. El primer escenario en el que se pone en marcha dicha transmisión suele ser el de la relación con el bebé, quien acarrea consigo el poder de activar poderosas formas de reexperimentación traumática en los padres (Fraiberg et al., en Sadurni y Tabora, S.f). Es decir, la mentalización de los cuidadores ante esta reexperimentación se podría ver afectada y por tanto la de sus hijos también.

Respecto a las experiencias traumáticas vividas por los cuidadores en su infancia y la mentalización de éstos y sus hijos, se encontró un efecto de moderación específicamente en la variable abuso físico y emocional y la capacidad de mentalización de los cuidadores y sus hijos. Específicamente se encontró que la baja presencia de la variable experiencias traumáticas en la infancia moderaba la mentalización de padres e hijos, es decir, ante la baja presencia de trauma, si la mentalización de los padres es alta, la de los niños será alta, por otra parte, si la mentalización de los padres es baja la mentalización de los niños también lo será. Mediante este efecto de moderación se requieren condiciones necesarias que podrían explicarse en base a las nociones del apego y crianza respetuosa, además de la propia capacidad de los y las cuidadores por conocer sus propios estados internos y los de sus

hijas/os. Puesto que al no mentalizar efectivamente se produce una desconexión con los menores que no logran vincularse con la mente y emociones de sus madres y/o padres, supliendo estas carencias de forma más instintiva al educarse a sí mismos, transformándose en adultos que desarrollaron capacidades de acuerdo al contexto de su infancia (hipermentalización e hipomentalización), más sin la trasmisión directa que se asume por el hecho de compartir el mismo espacio relacional cuidador-menor.

Por lo anterior, es importante el impacto que se produce en el ámbito terapéutico, dado que en el área infanto juvenil se trabaja con la idea de que los cuidadores deberían conectar con sus hijos/as y viceversa, pero cuando no se logra queda expuesto como una falta de voluntad por su parte, porque también tuvieron problemas para aprenderlas y desarrollarlas, por lo cual se hace relevante trabajar con los cuidadores, puesto que no solo los niños y niñas son parte de la terapia, ya que sanar engloba las diferentes partes del sistema social familiar, poniendo en evidencia una valiosa característica de la mentalización que consiste en su plasticidad sin ser algo estático en el tiempo, si no todo lo contrario, porque se puede seguir trabajando.

Según la literatura, la falta de coordinación de los padres en torno a las necesidades de los niños se asociaría a fallos en las funciones reflexivas como importantes implicancias para el desarrollo sano del self (Giovacchini en Guzmán, 2007). Es este sentido Fonagy y Target en Schejtman et al., (2017) indican que la capacidad de mentalización se ve debilitada en la mayoría de las personas que han experimentado algún trauma. Finalmente, Barudy y Dantagnan, (2005) plantean que las tragedias infantiles de los padres que causan los diferentes tipos de malos tratos a sus niños pueden ser la base de futuras incompetencias parentales. Por tanto, resulta relevante la protección de los niños maltratados y el apoyo terapéutico para la reparación de sus carencias y sufrimientos siendo esta una forma efectiva de prevenir lo que se conoce como transmisión transgeneracional de los malos tratos.

Sabemos que la mentalización es una ventaja evolutiva y como tal es importante (a raíz de estos resultados) preguntarnos; ¿Por qué la transgeneracionalidad de esta capacidad se ve interrumpida bajo ciertas condiciones como lo son el trauma?, ¿Si la transmisión se ve interrumpida cómo los niños logran desarrollar esta capacidad?, Si bajo ciertas condiciones no se ve alterado, ¿Cómo podemos propiciar (desde la práctica clínica) que cuidadores trabajen en sus experiencias adversas?

Desde la perspectiva del cuidador primario, es sabido que, tras haber vivido trauma (especialmente relacional), éste se ve revivido por medio de la relación cuidador-menor. Poniendo obstáculos en herramientas sociales que puedan ser traspasadas a la próxima generación, dada que la relación se interrumpe. Esto también nos ayudaría entender los resultados que se obtuvieron en la correlación entre experiencias de negligencia y la mentalización de los propios cuidadores.

Al estar este elemento presente (trauma en el cuidador) tiene diversas repercusiones en ámbitos como lo explica Van der Kolk (2005); el tipo de apego presente en el niño/a, la regulación del afecto y los impulsos, la memoria y la atención, la autopercepción, las relaciones interpersonales, la somatización, los sistemas de significado, es decir, cómo va a afrontar el mundo y lo va a entender, papel en el que la mentalización toma partido.

Entonces ¿cómo es que estos niños y niñas crean la capacidad de mentalizar? Según los resultados podemos hipotetizar diversos escenarios; La mentalización sería una capacidad más bien fluida en su fundamento, en la que el cuidador primario daría una base pero no la totalidad de la misma. La mentalización, al involucrar diversos procesos, tales como la regulación de los afectos. Como Explica Fonagy (2008) el niño al estar bajo estrés continuo por que su cuidador primario no pudo darle esta herramienta reguladora, corta a esta “mente” como sustrato de conocimiento y busca mentes adyacentes que sean figura principal para

desarrollar esta capacidad. Otra forma de pensarlo es que el niño aprende a hipermentalizar como respuesta a la falta de la misma o a la constante presencia de estresor. Este tipo de hipótesis irían bajo la línea de que la mentalización es una capacidad que sí sería intrínseca al ser humano pero necesitaría de un ambiente propicio para su desarrollo óptimo.

Estos resultados nos ayudan a comprender la importancia de trabajar el trauma en cuidadores (tanto para beneficio personal como para sus menores) y nos da esperanza para los trabajos que se siguen haciendo en la práctica clínica.

Como se puede observar los resultados obtenidos en esta investigación no son concordantes en su mayoría con la literatura presentada en el presente estudio, esto puede tener múltiples explicaciones, una de ellas que consideramos plausible es que la muestra de los cuidadores en su mayoría no contaba con experiencias traumáticas en la infancia por lo que creemos esto pudo ser la razón principal de no encontrar los hallazgos que esperábamos. Sin embargo creemos que este resultado aunque pequeño para nuestra investigación es de gran relevancia ya que tanto en una correlación como en la moderación si se encontraron resultados significativos y esto nos hace pensar que si la muestra de cuidadores con experiencias traumáticas en la infancia hubiera sido más grande los resultados podrían haber sido más representativos. Otra de las razones por las que creemos que obtuvimos estos resultados es que principalmente la muestra no fue clínica, y por ello se escapaban de nuestro alcance otras variables que podrían intervenir o intervinieron en los resultados.

## 9. Conclusiones

El objetivo principal del estudio consistió en evaluar la relación entre variables mentalización de cuidadores y eventos traumáticos vividos en la infancia de estos, además de sus efectos en la mentalización de sus hijas/os.

Cabe destacar que, en relación a los hallazgos encontrados en el presente estudio, las variables abuso emocional, abuso físico y negligencia emocional se destacaron en cuanto a su influencia sobre la variable mentalización de los cuidadores y su efecto en la mentalización de los hijos/as.

Al comenzar este trabajo, formulamos diversas hipótesis respecto a los resultados que podríamos obtener considerando las variables que incorporamos al estudio. Una de estas variables correspondía a la vivencia de experiencias traumáticas en la infancia ante la cual desarrollamos la siguiente hipótesis: “Al haber experimentado situaciones traumáticas en la infancia, la mentalización de los cuidadores se vería afectada, por consiguiente, la mentalización de sus hijos también”. Podemos observar que esta hipótesis tal como se mencionó anteriormente, no se cumplió de manera directa dado diversas razones, una de ellas creemos fue la baja presencia de trauma en los cuidadores que participaron en este estudio.

Los hallazgos obtenidos se basan en una muestra donde el 77% de las personas evaluadas no vivió ningún tipo de abuso, lo que nos invita a pensar que tal vez si la muestra se hubiese realizado en población clínica, donde efectivamente haya historial de experiencias traumáticas en la infancia de los y las cuidadores, quizás los resultados serían distintos, ya que esta muestra al ser heterogénea no presenta la sustentabilidad necesaria como para hacer de este estudio un análisis representativo.

Es importante mencionar, que en un principio, la muestra a trabajar iba a ser exclusivamente clínica perteneciente al Centro de atención psicológica de la Universidad de Valparaíso

(CAPSI) y del Hospital Psiquiátrico del Salvador. Con respecto al último, no fue posible continuar la investigación dado la escasa disponibilidad de horarios, de pacientes en periodo de eutimia, y de compromiso por parte del médico encargado de la investigación.

En un segundo caso, la muestra clínica sería obtenida del Centro Odontopediátrico de la Universidad de Valparaíso, la cual dado a la escasez de pacientes e inconvenientes con la coordinación entre miembros del equipo del centro, pacientes y los miembros de la investigación fue inviable trabajar en conjunto. Lo anterior, se explica principalmente por el contexto social que se comenzó a desarrollar el 18 de Octubre del año 2019 el cual desencadenó una serie de dificultades tanto para los pacientes como para los integrantes del equipo. Un elemento importante fue declarar por parte del gobierno un estado de emergencia y de excepción, el cual impide el libre tránsito de las personas, restringiendo especialmente los horarios de circulación por la ciudad.

Es importante considerar, que los participantes estuvieron inmersos en este contexto social, lo cual pudo haber afectado el estado anímico de los integrantes de esta muestra, dado la violencia que se desarrollaba durante las semanas posteriores, por consiguiente, esto podría haber afectado los datos obtenidos, ya que los participantes se encuentran más susceptibles ante experiencias traumáticas.

Lo anterior se ve reflejado, en una baja presencia de pacientes en ambos establecimientos (Centro odontopediátrico y Capsi), por su propia seguridad, la de los miembros del equipo de investigación y de los trabajadores de cada establecimiento.

Dado las circunstancias anteriores, es que el estudio se debió adaptar para realizarse a cualquier persona que cumpliera con los criterios establecidos en un principio para este estudio (ser cuidador primario de un niño/a, que no presente TEA y este en un rango etario entre 8 y 16 años).

Un dato a considerar, es que dentro de la muestra el sexo de los participantes fue mayoritariamente femenino, siendo las madres un 93,3% de las entrevistadas en la investigación, poniendo en evidencia aspectos sociales de la crianza, donde la progenitora es la figura principal en el proceso de acompañamiento a sus hijas/os, y donde los padres por el contrario mostraban más dificultades a la hora de coordinar por cuestiones horarias, laborales o derechamente no estaban presentes en la educación ni cuidado de estas/os.

Como última limitación, es importante destacar dos puntos esenciales al momento de hacer este trabajo. Primero, la escasa literatura e investigación disponible que vincule la temática de trauma y mentalización. En segundo lugar, la cantidad limitada de tiempo disponible para realizar las entrevistas y terminar esta investigación en los plazos correspondientes.

La presente investigación, si bien no ratifica la totalidad de las hipótesis planteadas, sí vislumbra resultados interesantes de analizar, ya que se plantea que mientras haya una baja presencia de experiencias de trauma vividas en la infancia, específicamente abuso físico y abuso emocional, es mayor el efecto moderador entre la capacidad mentalizadora de los y las cuidadores y los niños, niñas y adolescentes. Para entender esto, nos hacemos dos preguntas; ¿Que caracterizó a la crianza vivida por estas personas?, y por consiguiente, ¿qué de ello aporta al desarrollo de su capacidad mentalizadora, y por ende, la transmisión de ésta a los NNA?. En esta investigación no podemos dar respuesta a estas interrogantes, ya que quizás los instrumentos utilizados no fueron lo suficientemente sensibles o bien nos faltó realizar una entrevista que pudiera dar respuestas a estas preguntas, nos obstante nos permite proponer que tal vez la mentalización de los padres al no estar permeada por el trauma se transmite de forma más directa a sus hijos, es decir, ¿el trauma afectaría esta transmisión que parece ser natural?

Por otro lado, se evidenció una correlación entre experiencias de trauma en la infancia como negligencia emocional y abuso físico, con respecto a la capacidad mentalizadora de los y las cuidadores. En base a lo anterior, queda cuestionarse ¿por qué la negligencia emocional no tiene efectos en la capacidad mentalizadora de los NNA pero sí en la de los y las cuidadores?. Con respecto a esta pregunta, la evidencia encontrada en este estudio, no nos permite dar respuesta a esta interrogante, sin embargo, dejamos esta pregunta abierta para ser desarrollada en próximas investigaciones como un tema relevante a estudiar.

El aporte de nuestra investigación es entregar información en un área escasamente estudiada como lo es el área de mentalización en relación a la transgeneracionalidad de estos procesos, con especial énfasis en las experiencias de trauma en la infancia dado el impacto que esto puede tener en la mentalización y que puede ser re-experimentado al momento de convertirse en cuidadores primarios de otro ser humano.

También se espera que los hallazgos que comiencen a surgir con respecto a este tema se utilicen para el desarrollo y cuestionamiento en las áreas que van en la línea de los alcances clínicos (especialmente en terapia sistémica), ya que los hallazgos generan énfasis y visibilización en la historia personal del trauma de los padres de niños y adolescentes, el trabajo en esta línea fortalecerá y profundizará el trabajo clínico desde una visión sistémica.

Por otra parte, los resultados en esta investigación ponen énfasis en el otro lado de las investigaciones, es decir, que como individuos si bien, la mentalización de nuestros padres es influyente y da forma inicial a nuestra propia mentalización, no es algo condicionante ni directamente influyente. Esto nos pone en un escenario fértil para poder entonces cuestionar y seguir investigaciones que pongan el foco en el ambiente de NNA, ya que es allí quizás, por medio de pares y gente significativa que ellos extraerán estas cualidades si sus cuidadores primarios carecen de ellas, ampliando así a otros tipos de vínculos. Esto implica un gran

cambio paradigmático, este cambio nos obligaría a tomar responsabilidad aún más y de propiciar instancias de desarrollo de estas habilidades porque sería posible el cambio y el desarrollo de esta capacidad tan importante para desenvolverse en el mundo social y emocional propio de manera satisfactoria.

Podríamos decir que estos resultados apoyan entonces la línea de trabajo de la terapia centrada en la mentalización, la cual busca entender mejor las propias emociones y las de los demás. A través de esta mayor conexión entre sentimientos y pensamientos se consigue un comportamiento propio más adecuado, así como unas relaciones más satisfactorias con los demás.

Este tipo de terapias sería crucial para la mayor comprensión y desarrollo de la mentalización y sería vital para el bienestar psicológico de las personas. En nuestra propia formación profesional de pregrado no se nos hizo alusión a este tipo de terapias ni tampoco enseñar el alcance de su repercusión, quizás por lo que hemos reiterado en diversas ocasiones; la falta de investigación en esta área hace que el conocimiento no se expanda, por lo tanto dejamos de enriquecer nuestras propias competencias como profesionales. La invitación está abierta no solo a futuras investigaciones, sino que también, a aplicaciones a nivel universitario y que estas entidades tomen el rol que les corresponde como agentes sociales. Invertir en estas áreas y llevar a cabo las decisiones a nivel curricular correspondientes siguiendo la línea del impacto no sólo profesional, sino que también social que puede llegar a generar.

Por otra parte no podemos pasar por alto el hecho de que en la búsqueda de literatura que respaldara nuestro estudio encontramos basta información que explicaba el comportamiento, sintomatología y psicopatología de las niñas/os y/o adolescentes en relación a experiencias de maltrato, abuso y negligencia ya sea a corto y largo plazo, sin embargo pocas investigaciones consideraban las experiencias de las madres/padres al haber sido niños y mucho menos aún

como las experiencias de trauma en los cuidadores podría tener algún efecto en el desarrollo de su parentalidad.

En relación con lo anterior surge otro cuestionamiento y es la mirada paradigmática que tenemos como profesionales, y como sociedad de trabajar en base a la reparación, en este caso del maltrato y sus distintas consecuencias, y no ampliar mayoritariamente el foco a intervenciones que busquen la promoción de la crianza bien tratante. Incluso en esta investigación, se esperaba encontrar relaciones significativas entre las experiencias traumáticas vividas en la infancia, otra vez, poniendo énfasis desde esta óptica de la reparación, y no investigar desde las buenas prácticas de crianza.

Lo anterior se ve ejemplificado en Chile, donde el Servicio Nacional de Menores (SENAME) tiene a su haber múltiples programas de reparación del maltrato. En las prácticas clínicas de los y las psicólogos/os se trabaja sobre la reparación y la promoción pero cuando las problemáticas ya están aquejando al sistema familiar o individuo. En este sentido en lo que respecta la promoción de la crianza bien tratante, tristemente sólo podemos mencionar el programa Chile Crece Contigo. Sin duda comenzar a cambiar este paradigma requiere de esfuerzos estructurales basados en una mirada distinta tanto desde las políticas públicas, la sociedad y como no, de los y las profesionales involucrados en esta área.

Lo previamente expuesto, no quiere generar la idea de que la intervención desde la mirada de la promoción sea mejor, sino que, es necesario intervenir la problemática ya presente, pero también hay que darle más auge a otras formas de intervenir. En esta línea como equipo destacamos la importancia de una crianza bien tratante, la cual se logra en gran medida adoptando una parentalidad positiva, la cual se basa en el comportamiento de los padres considerando en el interés superior del niño, que cuida, desarrolla sus capacidades, no es

violento, y ofrece reconocimiento y orientación que incluyen el establecimiento de límites que permitan el pleno desarrollo del niño (Rodrigo, 2015).

Finalmente, esperamos proyecciones que vayan en favor de programas preventivos a nivel de salud pública /atención primaria que tomen en consideración las variables expuestas que podrían generar impactos positivos en la mentalización tanto de padres como hijos, aumentando el bienestar social, emocional y familiar.

También esperamos que las futuras investigaciones en cuanto a apego, mentalización, trauma, entre otros, considere a los cuidadores y sus experiencias en la infancia porque finalmente son ellos quienes (desde las herramientas con las que cuentan) están criando a un ser humano y como se ha expuesto previamente no conseguiremos grandes logros si solo se intenta reparar al NNA y los padres quienes los crían se mantienen con heridas abiertas desde la infancia.

## 10. Referencias

- Abbasi, F. Goodarzi, M. y Sarafraz, M. (2019). *La mentalización y el funcionamiento reflexivo: aparición y desarrollo en la Psicología Clínica*. Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores, 6, 1–21. Recuperado de:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fap&AN=137393538&lang=es&site=ehost-live>
- Allen, J. G y Fonagy, P. (2006). *Handbook of Mentalization-Based Treatment*. New York: Wiley.
- Allen, J., Fonagy, P., Bateman, A. (2008) *Mentalizing in Clinical Practice*
- Allen, J. G., Lemma, A., & Fonagy, P. (2012). *Trauma*. In A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 425- 427).
- Amador, J. y Forns, M. (2019). *Escala de inteligencia de Wechsler para niños, quinta edición: WISC-V*, p.02. Recuperado de:  
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/127676/1/WISC-V.pdf>
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Azola, E. (2006). *Maltrato, abuso y negligencia contra menores de edad*. Recuperado de:  
[https://www.uam.mx/cdi/pdf/seminario\\_chw/01\\_2.pdf](https://www.uam.mx/cdi/pdf/seminario_chw/01_2.pdf)
- Baita, S. (2012). *Trastorno Traumático del Desarrollo: una nueva propuesta diagnóstica*. Vol. 4. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*.

- Baron-Cohen, S., Jolliffe, T., Mortimore, C., & Robertson, M. (1997). Another advanced test of theory of mind: Evidence from very high functioning adults with autism or Asperger syndrome. *Journal of Child psychology and Psychiatry*, 38(7), 813-822.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (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. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(2), 241-251.
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2005). Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia. Ed: Gedisa.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2004). Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: mentalization-based treatment. Nueva York: Oxford University Press.
- Becker, A., Woerner, W., Hasselhorn, M., Banaschewski, T. & Rothenberger, A. (2004). Validation of the parent and teacher SDQ in a clinical sample. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13, 11–16.
- Besoain, C. y Santelises, M. (2009). *Transmisión Intergeneracional del Apego y Función Reflexiva Materna: Una Revisión*. TERAPIA PSICOLÓGICA 2009, Vol. 27, N°1, 113-118. Recuperado de: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?Pid=S0718-48082009000100011&script=sci\\_arttext&tlng=e](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?Pid=S0718-48082009000100011&script=sci_arttext&tlng=e)
- Bernstein et al., (1994). *Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect*. *The American Journal of Psychiatry*, 1994 Aug;151(8):1132-6. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8037246>

- Bilbao, I. Calvete, E. Torres-Gómez, B. Redondo, I. Lbáñez, M. Tello, C. Mirapeix, C & Lanza Castelli, G. (2016). *Validación preliminar del Método para la Evaluación de la Mentalización en el Contexto Interpersonal (MEMCI)*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 36(130), 383-404. Recuperado en 26 de junio de 2019, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352016000200006&lng=es&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352016000200006&lng=es&tlng=pt).
- Botero, M. G., Tobón, E. A., Gonzalez, D. M., & Barceló, E. (2010). Características de la teoría en el trastorno disocial de la conducta. *Psicología desde el Caribe*, (26), 103-118.
- Brown, P. (2012). *Propiedades psicométricas y estandarización de la versión para padres del Strengths and difficulties questionnaire (SDQ) en niños/as de 4 a 11 años De la Región Metropolitana*. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/116778/Memoria%20Propiedades%20psicometricas%20del%20SDQ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 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. Recuperado de <https://revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/view/36146>
- Carrasco-Ortiz, M. A., Rodríguez-Testal, J. F., & Hesse, B. M. (2001). Conduct problems in a sample of institutionalized minors with previous mistreatment. *Child Abuse & Neglect*, 25(6), 819–838. Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=11526917&lang=es&site=ehost-live>

- Cazabt, E. (2002). Un breve recorrido por la traumática historia del estudio del trauma psicológico. *Revista de Psicotrauma*, Vol. 1, nº1, Dic. 2002.
- Capano, Á. y Ubach, A. (2013). *Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres*. *Ciencias Psicológicas*, 7(1), 83-95. Recuperado en 09 de febrero de 2020, de [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S1688-42212013000100008&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1688-42212013000100008&lng=es&tlng=es)
- Cyrulnik, B. (2002). *Los patitos feos. La resiliencia: Una infancia infeliz no determina la vida*. Ed: Gedisa.
- Estable, Beatriz. (2010). Maltrato infantil. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 81(3), 188-191. Recuperado en 23 de enero de 2020. Recuperado de [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-12492010000300010&lng=es&tlng=pt](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492010000300010&lng=es&tlng=pt)
- Ezpeleta et al. (2015). Behavior Rating Inventory of Executive Functioning-Preschool (BRIEF-P) applied to Teachers: Psychometric Properties and Usefulness for Disruptive Behavior Disorders in 3 year-old preschoolers. *J. Attention Disorders* 2015; 19: pp. 476-488.
- Florenzano R y col. (1997). citado en Larraín S, Vega J, Delgado Iris. UNICEF. *Relaciones familiares y Maltrato Infantil*. Santiago: Editorial Cal y Canto, 1997.
- Flynn, M., Cicchetti, D., & Rogosch, F. (2014). The prospective contribution of childhood maltreatment to low self-worth, low relationship quality, and symptomatology across adolescence: A developmental-organizational perspective. *Developmental Psychology*, 50(9), 2165–2175. <https://doi.org/10.1037/a0037162>

Fonagy P, Gergely G, Target M. (2007). *The Parent-Infant Dyad and the Construction of the Subjective Self*. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2007;48(3):288-328.

recuperado de:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eric&AN=EJ949731&lang=es&site=ehost-live>.

Fonagy P., Moran G. S. & Target M. (1993). Aggression and the psychological self.

*International Journal of Psycho-Analysis*, 74, 471-485.

Fonagy, P y Bateman, A. (2006). The Development of Borderline Personality Disorder – A Mentalizing Model. *Journal of Personality Disorders*, 22 (1), 4-21.

Fonagy, P. y Bateman, A. (2007). *Mentalizing and borderline personality disorder*. *Journal of Mental Health*, 16, 83-101.

Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *International Journal of Psychoanalysis*, 72, 1-18.

Fonagy, P. (1995) Playing with reality: The development of psychic reality and its malfunction in borderline patients. *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 39-44.

Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in selforganization. *Development and Psychopathology*, 9, 679–700.

Fonagy, P., Bateman, A., & Luyten, P. (2012). Introduction and Overview. In A. Bateman &

P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalizing in Mental Practice* (pp. 3–42). Washington, DC;

London, England: American Psychiatric Publishing.

- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). Affect regulation, mentalization, and the development of the self. New York, NY, US: Other Press.
- Fonagy, P., Steele, M., Moran, G., Steele, H. & Higgitt, A. (1991), The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Inf. Ment. Health J.*, 13:200-217.
- Fonagy, P., Target, M. (1996). Playing with reality: I Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 217-233.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). Reflective-functioning manual, version 5.0, for application to adult attachment interviews. London: University College London, 161-2.
- Fonagy, P., y Target, M. (1995). Hacia la comprensión de la violencia: El uso del cuerpo y el papel del padre. *International Journal of Psycho-Analysis*, 76, 487-502.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Unicef]. (2015). Cuarto estudio de maltrato infantil en Chile. Análisis comparativo 1994 - 2000 - 2006 - 2012. Recuperado de <https://unicef.cl/web/wp-content/uploads/2015/07/Maltrato-Infantil.pdf>
- Forero, L. C. A., Araújo Reyes, A. P., Godoy Díaz, A. P., & Vera Rueda, M. E. (2010). Maltrato infantil y sus consecuencias a largo plazo. *MedUNAB*, 13(2), 103-115. Recuperado de <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/1155>
- Freud, S. (1895). Proyecto de psicología científica. Edición estándar, 1, 295-397. Londres: Hogarth Press.

- Gálvez, A., Farkas, C. (2017). Relación Entre Mentalización y Sensibilidad de Madres de Infantes de Un Año y su Efecto en su Desarrollo Socioemocional. *Psykhé (Santiago)*, 26(1), 1-14. <https://dx.doi.org/10.7764/psykhe.26.1.879>
- Giannakopoulos, G., Tzavara, C., Dimitrakaki, C., Kolaitis, G., Rotsika, V. & Tountas, Y. (2009). The factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Greek adolescents. *Annals of General Psychiatry*, 8, 1-7.
- Glaser D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. Londres, Inglaterra.
- Golano, M. (2015). La mentalización parental durante la primera infancia: Adaptación y validación de la Parent Development Interview (PDI). Barcelona, España. Universitat Ramon Llull. Recuperado de:  
<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/323367/TESI%20MARTA%20GOLANO%2016%20de%20Julio.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gómez, E. Cifuentes, B. Ross, M. (2010). Previniendo el maltrato infantil: descripción psicosocial de usuarios de programas de intervención breve en Chile. *Universitas Psychologica*, vol. 9, núm. 3, septiembre-diciembre, 2010, pp. 823-839. Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia. Recupero de:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64716836016>
- Goodman, R. & Scott, S. (1999). *Comparing the strengths and difficulties questionnaire and the child behavior checklist: Is small beautiful?*. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 17-24.

- Goodman, R. (1994). A Modified Version of the Rutter Parent Questionnaire Including Extra Items on Children's Strengths: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1483-1494.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1337-1345.
- Goodman, R., Meltzer, H. & Bailey, V. (1998). The strengths and difficulties questionnaire: A pilot study on the validity of the self report version. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7, 125-130.
- Guzmán, A. (2007). Consecuencias del déficit en la mentalización del trauma. *Summa Psicológica UST*, ISSN 0718-0446, Vol. 4, N°. 1, 2007, pags. 17-20. Recuperado de <https://biblat.unam.mx/hevila//SummapsicologicaUST/2007/vol4/no1/2.pdf>
- Grienenberger, J. (2006). Group Process as a Holding Environment Facilitating the Development of the Parental Reflective Function: Commentary on the Article by Arietta Slade. *Psychoanalytic Inquiry*, Vol. 26 Issue 4, p668-675. 8p.
- Hawes, D. & Dadds, M. (2004). Australian data and psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38,644-651.
- Haz, A. (1997). Menores víctimas de Maltrato Físico: Un estudio de prevalencia y factores de riesgo en 1.000 familias chilenas. *Revista Psykhe*, 1997; Vol. 6: 47-56.
- Herman, J.L. (2004). *Trauma y Recuperación. Cómo superar las consecuencias de la violencia*. Madrid, España: Espasa Calpe. S.A.

- Hvam-Malmedal, M. & Linnea, H. (2012). Associations Between Childhood Trauma, Childhood Sexual Abuse, and Adult Psychological Symptomatology.
- Janoff-Bulman, R. (1992). Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma.
- Junco J. (2014). ANÁLISIS PSICOSOCIAL DEL MALTRATO INFANTIL. La Molina, Perú.
- Koskelainen, M., Sourander, A. & Kaljolen, A. (2000). The strengths and difficulties questionnaire among finnish school-aged children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9,277-284.
- Lanza Castelli, G. (2009). Mentalización y expresión de los afectos: un aporte a la propuesta de Peter Fonagy. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista de Psicoanálisis en Internet*. Recuperado de: <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000588&a=Mentalizacion-y-expresion-de-los-afectos-un-aporte-a-la-propuesta-de-Peter-Fonagy>
- Lanza Castelli, G. (2011). La mentalización, su arquitectura, funciones y aplicaciones prácticas. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista de Psicoanálisis en Internet*. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=722>
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (1968). *Diccionario de Psicoanálisis*. Paidós, Bs. Aires.
- Larraín, S. & Bascuñán, C. (2008). Maltrato infantil y relaciones familiares en Chile: Análisis comparativo. 1994-2000-2006. *Revista chilena de pediatría*, 79(Supl. 1), 64-79. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062008000700011>.

- Larsson et al. (2013). *Patterns of childhood adverse events are associated with clinical characteristics of bipolar disorder*. Recuperado de <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-13-9720%20DOCTORAL%20DISSERTATION%20%20Mar%C3%ADa%20Jos%C3%A9%20Le%C3%B3n%20Pápic%20copia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Leiva, S. (2017). Validación de una batería para evaluar el reconocimiento de emociones a través del rostro y del cuerpo utilizando estímulos dinámicos. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento (RACC)*, 9(3), 60-81.
- López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: El trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* Vol. 13, N.º 3, pp. 159-174, 2008 ISSN 1136-5420/08. Recuperado de [http://www.aepcp.net/arc/\(2\)%202008\(3\).L%C3%B3pez%20Soler%20\(2008.RPPC\).%20Reacciones%20postraum%C3%A1ticas%20en%20la%20infancia%20maltratada.pdf](http://www.aepcp.net/arc/(2)%202008(3).L%C3%B3pez%20Soler%20(2008.RPPC).%20Reacciones%20postraum%C3%A1ticas%20en%20la%20infancia%20maltratada.pdf)
- Malmberg, M., Rydell, A.M. & Smedje, H. (2003). Validity of the Swedish version of the strengths and difficulties questionnaire (SDQ-Swe). *Nordic Journal of Psychiatry*, 57,357- 363.
- Martínez, C. (2011). Mentalización en Psicoterapia: Discusión Sobre lo Explícito e Implícito de la Relación Terapéutica. *Terapia psicológica*, 29(1), 97-105. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100010>
- Mesa-Gresa, P y Moya-Albiol, L. (2011). Neurobiología del maltrato infantil: el “ciclo de la violencia”. *Revista de Neurología*, 52(8), 489-503.

- Muris, P., Meesters, C. & Van den Berg, F. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) Further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12,1-8.
- Niclasen, J., Teasdale, T., Andersen, A.M., Skovgaard, A., Elberling, H. & Obel, C. (2012). Psychometric Properties of the Danish Strength and Difficulties Questionnaire: The SDQ Assessed for More than 70,000 Raters in Four Different Cohorts. *Plos one journal*, 7, 1-8.
- Nieto, M., López, C & Concepción, M. (2016). Abordaje integral de la clínica del trauma complejo. *Clínica Contemporánea Vol. 7, nº 2, 2016 - Págs. 87-104*. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2016v7n2a1.pdf>
- Olderbak, S., Wilhelm, O., Olaru, G., Geiger, M., Brennehan, M. W., & Roberts, R. D. (2015). A psychometric analysis of the reading the mind in the eyes test: toward a brief form for research and applied settings. *Frontiers in psychology*, 6, 1503. doi:10.3389/fpsyg.2015.01503
- Organización mundial de la salud (OMS). (2018). *El cuidado cariñoso y sensible para el Desarrollo en la primera infancia*. Un marco mundial para lograr la acción y Resultados. Recuperado de [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/child/nurturing-care-framework-first-consultation-es.pdf](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/child/nurturing-care-framework-first-consultation-es.pdf)

- Ordóñez et al., (2016). *Evaluación de experiencias traumáticas tempranas en adultos*.  
Papeles del Psicólogo, 2016. Vol. 37(1), pp. 36-44. Recuperado de  
<http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2660.pdf>
- Ordóñez, M. González, P. (2012). Las víctimas invisibles de la Violencia de Género. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 5(1), 30-36. <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2012000100006>
- Patró, R., Limiñana, R. (2005). Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales de Psicología*.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22.a ed.). Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>
- Rodrigo, M.J. (2015). *Manual práctico de parentalidad positiva*. Ed: Síntesis.
- Roman, N., Rojas, F., Román, G., Iturry, N., Blanco, M., Leis, R., Bartoloni, A., Allegri, L. (2012). Baremos del Test de la Mirada en español en adultos normales de Buenos Aires. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*. 4. 1-5.
- Rnic K. et al.. (2018). Childhood emotional abuse, physical abuse, and neglect are associated with theory of mind decoding accuracy in young adults with depression. 2020, Recuperado de ScienceDirect:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178117322321>
- Sadurni, M. y Taborda, A. (Sin fecha). *Enfoque relacional de la inteligencia parental*. Elementos para delinear propuestas de abordajes psicológicos posibles. Recuperado de: <http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/Enfoques-Psicoanali%CC%81ticos-2.pdf>

- Sandín, B. (2008). *El Estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas*, 2.<sup>a</sup> edición. Madrid: Klinik.
- Sanmartín, J. (2011). *Maltrato Infantil en la familia de España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Santana, R. (1998) El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud Publ Mex* 1998; 40:58-65.
- Satpute AB, Lieberman MD. (2006). Integrating automatic and controlled processing into neurocognitive models of social cognition. *Brain Res.* 1079:86–97.
- Schejtman, C. Vernengo, M. Duhalde, C. Huerin, V. Leonardelli, E. (2017). *Potencialidad traumática de experiencias dolorosas y su relación con el funcionamiento reflexivo parental*. *Aperturas Psicoanalíticas*, 54. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulo.php?Articulo=0000973#contenido>
- Shenk, C. E., Putnam, F. W. y Noll, J. G. (2013). Predicting the accuracy of facial affect recognition: The interaction of child maltreatment and intellectual functioning. *Journal of Experimental Child Psychology*, 114(2), 229-242. doi: 10.1016/j.jecp.2012.08.007.
- Shojaei, T., Wazana, A., Pitrou, I. & Kovess, V. (2009). The strenghts and difficulties questionnaire: validation study in French school aged children and cross cultural comparisions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 740-747.
- Slade, A., Grienberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment & Human Development*, 7(3), 283-298.

- Smedje, H., Broman, J., Hetta, J. & Von Knorring. (1999). Psychometric properties of a Swedish version of the Strengths and difficulties questionnaire. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8, 63-70.
- Talam, A., Navarro, N., Rossell, L., y Rigat, A. (2006). Propuesta de especificadores diagnósticos vinculados al estrés y el trauma: Una aportación a la nosología psicopatológica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 107-114.
- Tello, C. (2013). *Relación entre función reflexiva y desarrollo de conductas agresivas en menores con antecedentes de maltrato, negligencia y/o abuso sexual*. Recuperado de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/116428/Tct1de1.pdf?sequence=2>
- UNICEF. (1989). Convención sobre los derechos del niño. Recuperado de <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
- UNICEF. (2012). *4to estudio de maltrato infantil UNICEF*. Recuperado de <http://unicef.cl/web/cuarto-estudio-de-maltrato-infantil/>
- UNICEF. (2017). *Una situación habitual: Violencia en las vidas de los niños y los adolescentes. División de Datos, Investigación y Políticas Noviembre de 2017*, Nueva York. Recuperado de [https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/Una\\_situacion\\_habitual\\_Violencia\\_en\\_las\\_vidas\\_de\\_los\\_ninos\\_y\\_los\\_adolescentes.pdf](https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/Una_situacion_habitual_Violencia_en_las_vidas_de_los_ninos_y_los_adolescentes.pdf)
- Van Der Kolk B., Roth S., Pelcovitz D., Sunday S. & Spinazzola J. (2005) *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 18, No. 5, 389–399.

- Van Der Kolk, B. A. (2007). The history of trauma in psychiatry. In M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and practice* (p. 19–36). The Guilford Press.
- Van Der Kolk, B.A. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child and Adolescent Clinics of North America*, 12, 293-317.
- Van Der Kolk, B.A., Rothc, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., y Spinazzola, J. (2005). Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 389-399.
- Van Roy, B., Veenstra, M. & Clench-Aas, J. (2008). Construct validity of the five-factor Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in pre, early, and late adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 1304-1312.
- Vargas, J. y Arán, V. (2014). *Importancia de la Parentalidad para el Desarrollo Cognitivo Infantil: una Revisión Teórica*. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12 (1), pp. 171-186. Recuperado de:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v12n1/v12n1a10.pdf>
- Vellante, M., Baron-Cohen, S., Melis, M., Marrone, M., Petretto, D. R., Masala, C., & Preti, A. (2013). The "Reading the Mind in the Eyes" test: systematic review of psychometric properties and a validation study in Italy. *Cognitive neuropsychiatry*, 18(4), 326–354. doi:10.1080/13546805.2012.721728
- Vernengo, M. et al., (2016). *Trauma, elaboración de sucesos penosos, y funcionamiento Reflexivo parental*. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad

de Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-044/324>

Walker, T. M., Wheatcroft, R. & Camic, P. M. (2012). Mind-mindedness in parents of pre-schoolers: A comparison between clinical and community samples. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 17, 318-335. doi:10.1177/1359104511409142.

Winnicott, D. W. (1951/1987). Objetos de transición y fenómenos de transición. En: D. W. Winnicott. *Desde Pediatría hasta Psicoanálisis*. Londres: Hogarth Press, pp. 229-242.

Wodarski, J., Kurtz, P., Gaudin, J. y Howing, P. (1990) Maltreatment and the school-age child: major academic, socio emotinal and adaptive outcomes. *Soc Work* 1990; 35:506-13.

World Health Organization. (2014). Child maltreatment. 2014. Recuperado de <http://apps.who.int/violence-info/child-maltreatment/>

Young, J. C. y Widom, C. S. (2014). Long-term effects of child abuse and neglect on emotion processing in adulthood. *Child abuse & Neglect*, 38(8), 1369-1381.doi: 10.1016/j.chiabu.2014.03.008

Zucchi, A. Huerin, V. Duhalde, C. Raznoszczyk, C. (2007). *Aproximación al estudio del funcionamiento reflexivo materno*. *Anuario de Investigaciones*, XIV(),215-221.[fecha de Consulta 9 de Febrero de 2020]. ISSN: 0329-5885. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3691/369139943052>