



DEPARTAMENTO
DE PSICOLOGÍA

FACULTAD DE
PSICOLOGÍA Y
PSICOPEDAGOGÍA

PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
ARGENTINA

Rector
Miguel Ángel Schiavone

Secretario Académico
Gabriel Limodio

Decana
María Inés García Ripa
Secretaria Académica
Claudia Gómez Prieto

Directora
Departamento de Psicología
María Cristina Lamas

Directora
Departamento de
Psicopedagogía
Mariana Pacciola

Av. Alicia M. de Justo 1500
C.A.B.A.- C1107AFD
Argentina
Tel.: (054) 011-4338-0805
revistapsicologia@uca.edu.ar
www.uca.edu.ar/revistadepsicologia

Journal of Psychology

ISSN 1669-2438

ISSN-electrónico 2469-2050

revista de PSICOLOGÍA

Revista N° 34 - Volumen 17 - Año 2021

COMITÉ EDITOR

Mirtha Susana Ison (*Universidad Aconcagua, Argentina*)

José Eduardo Moreno (*Pontificia Universidad Católica Argentina, Centro Interdisciplinario de Investigación en Psicología, Matemática y Experimental, Argentina*)

Néstor Roselli (*Pontificia Universidad Católica Argentina, Centro de Investigaciones en Psicología y Psicopedagogía, Argentina*)

SECRETARÍA EJECUTIVA

Lina Grasso

ASISTENTE EDITORIAL,

CORRECCIÓN Y
DIAGRAMACIÓN

Manuel Cao

CONSEJO ASESOR CIENTÍFICA NACIONAL

Gustavo Daniel Beláustegui (*UCA*)

José Bonet (*Univ. Favaloro*)

Mario Carretero (*FLACSO, UAM*)

Fray Rafael Cúnsulo (*U. Norte Santo Tomás Aquino*)

Orlando D'Adamo (*UB*)

Carlos Díaz Usandivaras (*UB, Inst. Familia*)

Ana Inés de Gianni (*UBA, USAL*)

Roberto Doria Medina (*UBA, UCA*)

Héctor Fernández Álvarez (*AIGLE, UB*)

Horacio A. Ferreyra (*UNCórdoba, UCA*)

Silvia Franchi (*UNLP, UCA*)

Eva Ada Goldenstein Muchnik (*UBA*)

Marina Gómez Prieto (*UCA*)

Ethel Kacero (*UBA*)

Hugo Klappenbach (*UN San Luis*)

Francisco Locata (*UCA*)

Helena Lunazzi (*UNLP*)

Facundo Manes (*INECO-UCA*)

Bernardo Nante (*USAL, Fundación Vocación Humana*)

Alicia C. de Pereson (*UCA*)

José María Pincemin (*UCA, Paraná*)

Janine Puget (*AAPG, Buenos Aires*)

Cecile Rausch Herscovici (*USAL*)

Cristina Richaiud de Minzi (*CIIPME-CONICET*)

Martha Verónica Rodríguez (*USAL*)

María Lucrecia Rovalletti (*CONICET, UBA*)

Daniel Valdez (*UBA, FLACSO, UAM*)

Stella Maris Vázquez (CONICET, CEFIP)
Alicia Zanotti de Savanti (UCA)

CONSEJO ASESOR CIENTÍFICO INTERNACIONAL

Luis Ahumada Figueroa (UCValparaiso, Chile)
Amada Ampulia Rueda (UNAM, México)
Cleomar Azevedo (PUC-San Pablo, Brasil)
José Bayo Margalef (U. Barcelona, España)
Ana C. Clérico de Deutsch (PTV, California, EE.UU.)
Cristian Cortés Silva (PUC, Chile)
de Mattos Pires Ferreira, Ma. Elisa (U. FIEO, Brasil)
Juan Francisco Díaz Morales (UCM, España)
Bernardo Ferdman (Alliant International U., EE.UU.)
Renata Frank de Verthelyi (Virginia Tech, EE.UU.)
Félix Guillén García (ULPGC, España)
Rafael Gargurevich (UCLovaina, Bélgica)
Pablo Gelsi (UCU, Uruguay)
Dora Isabel Herrera Paredes (U. Lima, Perú)
Rainer Holm-Hadulla (Heidelberg U., Alemania)
Juan Antonio Huertas (UAM, España)
David Jáuregui Camasca (UNMSM, Perú)
Horst Kächele (Ulm U., Alemania)
Juan Antonio León (UAM, España)
Elena Lugo (Comisión de Bioética P José Kentenich, Schoenstatt)
Carlos Maffi (UP, París, Francia)
Nuria Masjuan (UCU, Uruguay)
María Isidora Mena (PUC, Chile)
Ignacio Montero García-Celay (UAM, España)
Salvatore Parisi (S. Romana Rorschach, Italia)
Pedro R. Portes (U. of Georgia, EE.UU.)
Juan Ignacio Pozo (UAM, España)
Marco Antonio Recuero del Solar (PUC, USACH, Chile)
Alberto Rosa Rivero (UAM, España)
María Rodríguez Moneo (UAM, España)
Juan José Sanguineti (PU della Santa Croce, Italia)
Jorge Serrano (UCLovaina, Bélgica)
María Tamashiro Sakuda (PUCP Perú)
Antonio Tena Suck (U. Iberoamericana, México)
Lilia Urrutia de Palacios (USMA, Panamá)
Orlando Villegas (Clínica Southest, Michigan, EE.UU.)

La Revista de Psicología, de periodicidad semestral, publica artículos de los siguientes tipos: a) artículos de reporte de investigaciones empíricas propias; b) artículos teóricos de revisión de trabajos preexistentes y de desarrollo teórico propio; c) artículos metodológicos; d) ensayos y artículos de opinión de aportes críticos sobre aspectos epistemológicos, prácticos e institucionales; e) comunicaciones breves de investigaciones en proceso con conclusiones provisionales.

El contenido de la Revista está dirigido a especialistas, investigadores, docentes universitarios, estudiantes de grado y posgrado.

Los autores de los artículos publicados en el presente número ceden sus derechos a la editorial, en forma no exclusiva, para que incorpore la versión digital de los mismos al Repositorio Institucional de la Universidad Católica Argentina como así también otras bases de datos que considere de relevancia académica.

Las opiniones y el contenido de los artículos publicados en la Revista de Psicología son exclusiva responsabilidad de los autores.

SUMARIO

ARTÍCULOS

Análisis de la creatividad y la flexibilidad cognitiva en adolescentes en un espacio de innovación educativa

Donadel, F.; Morelato, G.; Korzeniewski, C. 7

Estudio de las propiedades psicométricas de la Escalas de Autocompasión (EAC) en una muestra de profesionales de la salud mental en Argentina

Rodríguez de Behrends, M.; Eidman, L.; Mántaras, F. 21

El rol del psicólogo en el abordaje de personas con un diagnóstico de una enfermedad poco frecuente. Una revisión teórica desde la psicología de la salud

Vázquez, N.; Ortega, J.; Vázquez, V.; Ruiz, C.A.; Scavone, K. 35

Víctimas silenciosas: exposición a violencia de género en niños y niñas

Capano-Bosch, A.; Massonnier, N. 47

Mentalización en estudiantes universitarios de psicología

Rodríguez Quiroga, A.; Aufenacker, S. I.; Bongiardino, L.; Soracco, N.; Ortega, J.; Scavone, K.; Vázquez, N. 62

RECENSIÓN BIBLIOGRÁFICA

Moreno, J. E., Pereyra, M. R. y Rodríguez, L. M. (2021). Manual del Cuestionario de Actitudes ante Situaciones de Agravio (CASA). Actualización 2021.

Grinovero, M. M. P. 83

Subramanian, I., Farahnik, J., y Mischley, L. (2020). Synergy of pandemics-social isolation is associated with worsened Parkinson severity and quality of life. Nature, 6 (28), 1-8

Colavitta, M. F. 87

Análisis de la creatividad y la flexibilidad cognitiva en adolescentes en un espacio de innovación educativa

Analysis of creativity and cognitive flexibility in adolescents in a space of educational innovation

Franco Donadel*
Gabriela Morelato**
Celina Korzeniowski***

Resumen

El estudio exploró la capacidad creativa —fluidez y flexibilidad creativa— y la flexibilidad cognitiva en un grupo de adolescentes que participaron regularmente en las actividades de un centro de innovación educativa, analizando su posible relación. El diseño implementado fue no experimental de tipo transversal cuantitativo de alcance exploratorio-descriptivo. La muestra se compuso por 19 adolescentes de entre 11 y 16 años que asistieron con regularidad a un centro de innovación educativa. Los instrumentos fueron el Test CREA de Inteligencia Creativa (Corbalán et al., 2003) y el Subtest de Formación de Conceptos de la Batería III Cog Woodcock-Muñoz (Woodcock et al., 2005). Los resultados señalaron en el grupo analizado un alto nivel de creatividad en comparación con el baremo

argentino. A su vez se hallaron asociaciones entre las variables fluidez creativa y flexibilidad creativa. Flexibilidad cognitiva se asoció con flexibilidad creativa, aunque no registró asociación con fluidez creativa. Los hallazgos, ligados al tipo de metodología implementada en el centro educativo, abren nuevos interrogantes e hipótesis sobre las prácticas pedagógicas y las características de los adolescentes que asisten a estos espacios. *Palabras clave:* Creatividad, Flexibilidad cognitiva, Innovación educativa.

Abstract

The study explored the creative capacity —creative fluency and flexibility— and cognitive flexibility in a group of adolescents who regularly participated in the activities of an educational innovation center, analyzing their possible relationship. The

*Lic. en Psicología. Universidad del Aconcagua. Facultad de Psicología, Mendoza, Argentina. Mail de contacto: francogdonadel@gmail.com

** Dra. en Psicología. Universidad del Aconcagua. Facultad de Psicología, Mendoza, Argentina ; Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Instituto de Ciencias Humanas Sociales y Ambientales (INCIHUSA).

*** Dra. en Psicología. Universidad del Aconcagua. Facultad de Psicología, Mendoza, Argentina ; Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Instituto de Ciencias Humanas Sociales y Ambientales (INCIHUSA)

Doi: <https://doi.org/10.46553/RPSI.17.34.2021.p7-20>

Fecha de Recepción: 22 de septiembre de 2020 Fecha de Aceptación: 13 de julio de 2021

implemented design was non-experimental of a quantitative cross-sectional type of exploratory-descriptive scope. The sample consisted of 19 adolescents between the ages of 11 and 16 who regularly attended an educational innovation center. The instruments were the CREA Test of Creative Intelligence (Corbalán et al., 2003) and the Batería III Cog Woodcock-Muñoz Concept Formation Subtest (Woodcock et al., 2005). The results indicated a high level of creativity in the analyzed group compared to the Argentine scale. In turn, associations were found between the variables creative fluency and creative flexibility. Cognitive flexibility was associated with creative flexibility, although it did not register an association with creative fluency. The findings, linked to the type of methodology implemented in the educational center, open new questions and hypotheses about the pedagogical practices and the characteristics of the adolescents who attend these spaces.

Key words: Creativity, Cognitive flexibility, Educational innovation.

Introducción

El presente estudio surgió a partir de una experiencia ligada al trabajo con niños, niñas y adolescentes (NNyA) donde se tuvo la oportunidad de ejercer el rol de docente-facilitador en un contexto de educación no formal. Este rol consistió en llevar a cabo tareas enfocadas al acompañamiento y guía de los NNyA de modo personalizado acorde a sus motivaciones particulares y sus diversas formas de transitar la propuesta pedagógica. El espacio donde se desarrollaron fue un centro de innovación educativa y tecnológica, sostenido de forma compartida entre el Estado Nacional y Provincial (Mendoza-

Argentina) que tuvo como objetivo fomentar el desarrollo de habilidades y competencias en NNyA vinculadas con la adaptabilidad, el pensamiento crítico, el trabajo en equipo y la creatividad mediante talleres y proyectos.

Al reflexionar en torno a las prácticas de la educación es frecuente encontrar menciones y desarrollos acerca de la innovación educativa. La ONU (2016) declaró que la innovación constituye un cambio que incide en algún aspecto estructural de la educación para mejorar su calidad, lo cual puede ocurrir a nivel de dispositivos espaciales como las aulas, de las distintas instituciones educativas y del sistema escolar. Asimismo, es importante considerar que no cualquier cambio o modificación implica innovar, pues la innovación debe ser intencional, planificada y evaluada (Zavala-Guirado et al. 2019). Asimismo, aunque los proyectos y acciones de innovación educativa son susceptibles de aplicar a cualquier contexto educativo, no obstante, en entornos de educación no formal se suelen generar terrenos más fértiles para la innovación.

En Argentina la educación no formal está contemplada por la Ley de Educación Nacional 26.206. La misma pretende transmitir aprendizajes que la formal no completa o, alternativamente, abrir otros caminos para el aprovechamiento de las capacidades y recursos de la comunidad en los planos de la cultura, el arte, el deporte, la investigación científica y tecnológica.

En el ámbito local se desarrollan y llevan a cabo proyectos de innovación educativa desde un modelo pedagógico que sienta sus bases en el enfoque constructivista. Este considera la autogestión del aprendizaje y la construcción del conocimiento a partir de experiencias previas (Saldarriaga-Zambrano

et al., 2016). Tal perspectiva posibilita la implementación de otros modelos pedagógicos tales como el conectivismo, el aprendizaje basado en proyectos y la cultura maker (Siemens, 2004; Blank, 1997; Harwell, 1997; Martí et al., 2010).

En general el objetivo de estos planes es el desarrollo de habilidades blandas que se consideran importantes para el futuro. Tales habilidades constituyen capacidades que se encuentran en estrecha relación con las habilidades cognitivas dado que se retroalimentan de modo permanente (Matus y Gutiérrez, 2012).

Una de las habilidades cognitivas relevantes es la flexibilidad cognitiva. La misma permite abordar un problema desde diferentes perspectivas y ajustar los cambios rápidamente a las demandas o prioridades empleando estrategias alternativas (Diamond, 2014; Hoyos De Los Ríos et al., 2013). Además, es considerada una capacidad para cambiar intermitentemente el foco de atención sobre una o varias reglas, interactuando necesariamente con los procesos de inhibición y con la memoria de trabajo (Slachevsky et al., 2005).

Por otra parte, se hace evidente que estos espacios intentan particularmente fomentar el proceso creativo. Cuando nos referimos a la creatividad se parte de lo postulado por Guilford (1950) quien considera a la conducta creativa como la que integra actividades tales como invención, elaboración, organización, composición y planificación. Se la considera como una actividad intelectual que forma parte del pensamiento o producción divergente; es decir, de la capacidad que tiene una persona de pensar en varias y diferentes alternativas de solución a un problema determinado.

La capacidad creativa puede ser

desarrollada en la mayoría de las personas donde el medio social participa inhibiendo o favoreciendo a la misma (Morelato et al., 2014). Duarte Briceño (2003), agrega que una atmósfera creativa es aquella que propicia un estado óptimo de activación en los procesos de pensamiento, y al mismo tiempo, incrementa la producción grupal. En esta línea los indicadores de creatividad más utilizados son fluidez creativa, flexibilidad mental o creativa y originalidad (Corbalán Berná, 2008; Morelato et al., 2014).

Investigaciones realizadas en otros países de la región dan cuenta de la necesidad de incluir en los dispositivos de educación elementos que fomenten el desarrollo de la creatividad. Los autores señalan que el uso de pedagogías que se caractericen por ser dinámicas, activas, implicativas y motivadoras podrían ser favorables para que los estudiantes se encuentren más capacitados frente a los desafíos que implican la educación superior y el trabajo productivo. Asimismo, los estudios destacan que en las instituciones donde las orientaciones del modelo pedagógico se aproximaban hacia las orientaciones metodológicas para el fomento de creatividad, los docentes configuraban sus prácticas de enseñanza de forma consciente y planificada orientándose hacia el fomento de la capacidad creativa en un alto grado (Muñoz, 2011; Klimenko et al., 2015).

En ese marco y con base en la experiencia ligada al trabajo en espacios de innovación, se pudo observar que los adolescentes que asistían con regularidad a este espacio presentaban particularidades tales como interés por lo nuevo, motivación por crear y deseo de interactuar sin importar la edad de sus compañeros. Además, se observaba plasticidad y flexibilidad en las ideas y propósitos, lo cual resultaba

interesante, considerando que se trataba de grupos heterogéneos. Esto llevó a la pregunta acerca de si estos niños, niñas y adolescentes manifestaban preponderantemente un buen nivel de creatividad y/o contaban con características cognitivas que los hacían especialmente flexibles.

Por otro lado, no se hallaron suficientes datos que pudieran describir fenómenos y experiencias ocurridas en ámbitos educativos ajenos y marcadamente distintos a la educación formal, ya que son escasas las investigaciones en innovación educativa realizadas en el ámbito regional y nacional. Así, surgió la idea de estudiar la relación entre dos de los aspectos que resultaban relevantes en la observación empírica: la creatividad y la flexibilidad cognitiva. De este modo, aunque la naturaleza del espacio hacía factible explorar sólo algunos factores debido a lo novedoso del mismo, se estimó que la posibilidad de explorarlos resultaba importante a modo preliminar y a fin de abrir la posibilidad, a posteriori, de profundizar los resultados.

Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue evaluar la flexibilidad cognitiva y la capacidad creativa en los adolescentes que participan regularmente en las actividades de centro de innovación educativa, analizando su posible relación.

Diseño de investigación y método

La investigación se llevó a cabo desde un diseño no experimental de tipo transversal de enfoque cuantitativo (Hernández Sampieri et al., 2014; León y Montero, 2015). El alcance fue definido como exploratorio debido a la poca investigación sistematizada efectuada en ámbitos locales —provincial y nacional— por lo que marca la necesidad de realizar un

estudio que sirva para sentar las bases para posteriores investigaciones más específicas.

Participantes

En la presente investigación participaron 19 adolescentes (68,4% mujeres y 31,6% varones) con edades de entre 11 y 16 años ($M=12,16$; $DS=1,803$). Fueron considerados adolescentes según los términos de la OMS (2019) quien define a la adolescencia como un período de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 a 19 años. Vale destacar que todos pertenecían a grupos naturales —es decir, previamente conformados— y que tenían en común coincidir semanalmente en las actividades propuestas por el espacio de innovación educativa. Estas actividades eran elegidas por motivación propia en el marco del dispositivo de educación orientado a la planificación de proyectos, talleres y actividades que comprendían a adolescentes de esas edades. Esta amplitud tenía el fin de propiciar relaciones donde prime la diversidad —de edades, géneros, intereses, etc.

Todos pertenecían a contextos socioeconómicos y educativos de nivel medio, de la zona urbana de gran Mendoza. Fueron seleccionados de manera intencional, no probabilística, siguiendo el criterio por el cual asistieran al centro educativo con una frecuencia mínima de dos visitas semanales por un tiempo no menor a tres meses. Se excluyeron participantes que concurrieran al centro con mayor antigüedad, pero con menor frecuencia o una frecuencia no regular.

El lugar donde se llevó a cabo la actividad fue el centro de innovación

educativa. El espacio estaba ubicado en la zona centro de la provincia de Mendoza, Argentina y contó con características particulares, tales como un régimen de asistencia voluntaria —no obligatoria— con participantes con edades entre 6 y 18 años. Se trataba de un espacio abierto, donde había laboratorios equipados con tecnología de última generación que podían utilizarse libremente, según consignas e intereses de los participantes con ayuda y acompañamiento de los facilitadores. Se proponía a los participantes planificar, realizar, evaluar y mostrar proyectos propios.

Instrumentos

Test CREA Inteligencia Creativa (Corbalán et al., 2003)

Utilizado para evaluar la capacidad creativa o creatividad; el objetivo de este es medir la inteligencia creativa, evaluando la capacidad del sujeto para elaborar preguntas a partir de un material gráfico suministrado. La técnica ofrece una medida indirecta de la creatividad, en tanto que fuerza a activar los mecanismos que participan en el acto creativo. Consta de tres láminas (A, B y C) a partir de las cuales el sujeto debe generar todo tipo de preguntas que le sugieran los dibujos que las constituyen. Cada interrogante expresado supone un nuevo esquema cognitivo nacido de la interacción del estímulo con la capacidad de la persona de abrir esa nueva información a toda la que ya dispone. El instrumento centra su interés en la medida *fluidez creativa* o productividad; siendo ésta la capacidad de dar respuestas a los estímulos presentados. Operacionalmente, remite a la cantidad de ideas generadas por una persona frente a éstos.

Se puntúa concediendo un punto a cada figura, excepto las repetidas o las que no tienen significado alguno. Cuenta con baremación en la población argentina (Corbalán et al., 2003) realizada en un contexto que presenta características sociodemográficas similares a las del grupo estudiado (nivel socioeconómico-educativo medio, de entornos urbanos, de la zona de Córdoba y alrededores).

La flexibilidad creativa fue evaluada siguiendo una modalidad fundamentada en estudios previos (Morelato et al., 2019). Se construyó una serie de diez categorías de respuestas posibles, otorgando un punto por cada categoría utilizada: de situación, de razón, de lugar, calificativas, temporales, de funcionamiento, de señalamiento específico, de material, de cantidad y de alusión a un sujeto. Se clasificaron las respuestas con base en la frecuencia de aparición de las diversas preguntas realizadas por los y las adolescentes del grupo. Posteriormente y a modo de triangulación metodológica, dos jueces, estudiantes avanzados de la carrera de psicología, analizaron las categorías construidas a fin de obtener un criterio de acuerdo respecto de la validez de contenido de estas. Para ello se calculó el índice de validez de contenido (Polit et al., 2007), obteniendo un puntaje de 0.95, lo cual es considerado adecuado.

Subtest de Formación de Conceptos de la Batería III Cog Woodcock-Muñoz

Desarrollado por Muñoz Sandoval et al. (2005), es una tarea de aprendizaje controlado y razonamiento categorial basado en los principios de la lógica inductiva, que consiste en presentarle al sujeto una serie de estímulos de la cual debe inferir la regla para

cada ítem. Es de administración individual y se toma desde los 5 años hasta la adultez. Esta tarea mide la capacidad de razonar de manera abstracta, pensar con flexibilidad, formar conceptos, hacer inferencias, comprender las implicaciones y resolver problemas utilizando información novedosa. En el presente estudio de investigación, este instrumento se utilizó para evaluar la flexibilidad cognitiva. La mediana de la confiabilidad test-retest de este instrumento es $\rho = .94$ (Woodcock et al., 2005). La tarea propuesta consiste en la resolución de una serie de rompecabezas gráficos compuestos por una hilera de círculos o cuadrados, los cuales varían en color, tamaño y cantidad. En los rompecabezas algunas figuras están encerradas y otras no. La persona debe identificar la regla que explica por qué los estímulos encerrados son diferentes de los no encerrados. Esta regla va incrementándose en dificultad a medida que se progresa en la tarea. La persona no sólo debe identificar la regla adecuada para cada problema, sino que debe utilizar su flexibilidad cognitiva para cambiar de regla cuando la tarea así lo requiera.

Procedimiento

Para llevar adelante el estudio se gestionaron las autorizaciones institucionales y se obtuvieron los consentimientos informados de los padres, madres o cuidadores según los criterios éticos y legales. Asimismo, a los y las adolescentes se les propuso dar su asentimiento para el desarrollo de la investigación, independientemente de la firma del consentimiento informado por parte de los cuidadores principales. Posteriormente, se dio lugar a la administración de las técnicas en forma individual en el orden consignado

anteriormente, con un descanso de cinco minutos entre técnicas. La administración de ambos instrumentos llevó aproximadamente 25 – 30 minutos por participante.

Se analizaron los datos por medio del programa SPSS 22.0 mediante estadísticos descriptivos, intervalos de nivel, prueba de medias y análisis bivariado.

Presentación de resultados

En relación al análisis descriptivo de la fluidez creativa, se obtuvo una M (media) = 18,47 y una DS (desviación estándar) = 8,70. Es destacable que el promedio arrojado para la muestra investigada se ubicó en el percentil 80 del baremo, es decir en un rango alto (Corbalán et al., 2003). A continuación, se realizó una prueba de diferencia entre medias, comparando los resultados obtenidos con el baremo para la población de adolescentes argentinos. Tal comparación (ver tabla 1) arrojó resultados significativos con un tamaño del efecto alto, en coherencia con las observaciones realizadas.

Posteriormente se agruparon los resultados obtenidos por el grupo analizado en el presente estudio según intervalos de nivel acorde a un criterio intramuestral.

En la figura 1 se observa el desempeño de adolescentes en la fluidez o productividad creativa agrupada por rangos y evaluada por el Test CREA. Puede observarse que el mayor porcentaje se concentra en el rango medio (47,4%) y alto (32,6 %).

En la figura 2 se puede observar la flexibilidad creativa en el grupo analizado. Se pone de manifiesto que el 21,1% (f:4) presenta un nivel de flexibilidad creativa baja; el 36,8% (f:7); flexibilidad creativa media y el 42,1% (f:8) flexibilidad creativa

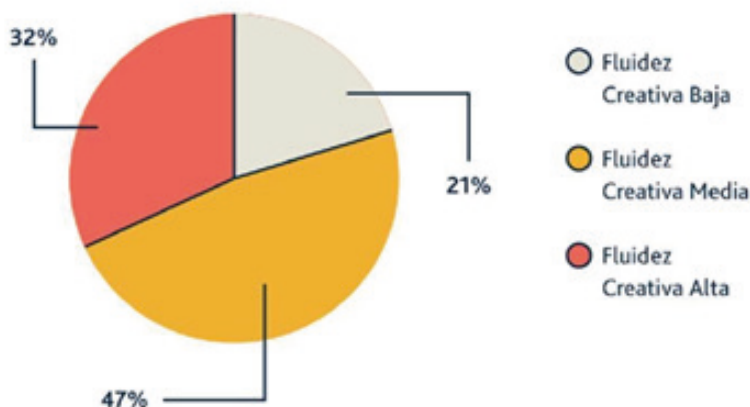
Tabla 1

Comparación entre medias de la muestra investigada y el baremo del Test CREA para adolescentes argentinos en fluidez creativa.

Muestra	Media	N	DS	t	P	d
Adolescentes espacio de innovación educativa	18,47	19	8,70	81,80	<.05	0.75
Baremo adolescentes argentinos	12,86	470	5,80			

Figura 1

Desempeño de los adolescentes evaluados en las variables fluidez creativa. Distribución por porcentaje



alta para una muestra compuesta por el total de 19 adolescentes.

En relación a la evaluación de la flexibilidad cognitiva, se obtuvo una media de 24,74 (DS = 8,191). Posteriormente a partir de un criterio intramuestral se realizaron intervalos de rango con base en las medidas de posición (cuartiles).

En la figura 3 se puede observar que los porcentajes en flexibilidad

cognitiva se hallan equiparados. De este modo el 31,6%(f:6) obtuvo un nivel bajo en flexibilidad cognitiva; el 36,8% (f: 7) un nivel medio y el 31,6%; (f:6) un nivel alto. En otras palabras, los adolescentes que presentaron un puntaje entre 1 y 20 tuvieron un nivel de flexibilidad cognitiva bajo y aquellos que presentaron puntajes comprendidos entre 28 y 38 tuvieron un nivel de flexibilidad cognitiva alto.

Figura 2

Desempeño de los adolescentes evaluados en la variable flexibilidad creativa. Distribución por porcentaje

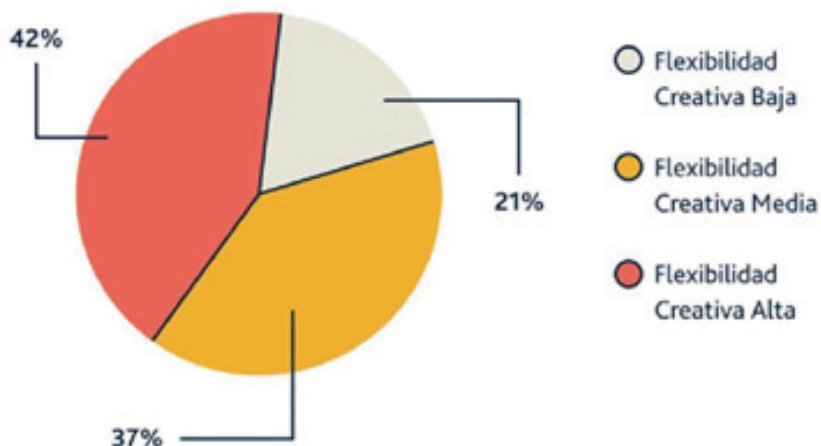
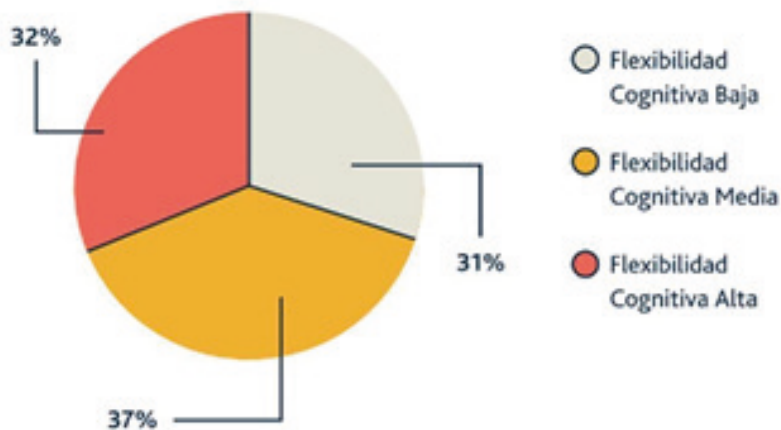


Figura 3

Desempeño de los adolescentes evaluados en la variable flexibilidad cognitiva. Distribución por porcentaje



Análisis bivariado

Fluidez creativa y flexibilidad creativa. Para este análisis se halló una asociación significativa ($X^2 = 13,157$; $p < .011$; $Tau b = 0,670$) como se detalla en la tabla 2.

Esta asociación indica que un aumento o disminución de uno de los indicadores remite a un aumento o disminución en el otro, sin que se trate de una relación causa-efecto. Puede observarse que entre fluidez baja y flexibilidad alta (0%) no existe frecuencia de porcentaje, es decir, que ningún adolescente con alta flexibilidad tuvo baja productividad. Además, el 62,5%

de los casos de adolescentes con fluidez alta también muestran flexibilidad alta y el 75% de los casos de fluidez baja también presentan flexibilidad baja.

Flexibilidad creativa y flexibilidad cognitiva. En este análisis se halló una asociación que resultó significativa entre ambas variables ($X^2 = 10,445$; $p < .034$; $Tau b = 0,170$). En este sentido, puede observarse como porcentaje más destacable que el 83,3% de los casos de adolescentes con flexibilidad creativa alta también muestran flexibilidad cognitiva alta. Los resultados se muestran en la tabla 3.

Tabla 2

Prueba de X^2 (chí cuadrado) entre Fluidez Creativa y Flexibilidad Creativa en el grupo de adolescentes evaluados

Fluidez creativa	Flex. creativa baja	Flex. creativa media	Flex. creativa alta	Recuento
Fluidez creativa baja	75,0% (3)	14,3%(1)	0%(0)	21,1%(4)
Fluidez creativa media	25,0%(1)	71,4%(5)	37,5%(3)	47,4%(9)
Fluidez creativa alta	0%(0)	14,3%(1)	62,5%(5)	31,6%(6)
Recuento	100%(4)	100%(7)	100%(8)	100%(19)

Nota. ($\chi^2 = 13,157$; $p < .011$; $Tau b = 0,670$)

Tabla 3

Prueba de X^2 (chí cuadrado) entre Flexibilidad Creativa y Flexibilidad Cognitiva en el grupo de adolescentes evaluados

Flexibilidad creativa	Flex. cognitiva baja	Flex. cognitiva media	Flex. cognitiva alta	Recuento
Flexibilidad creativa baja	0% (0)	42,9%(3)	16,7%(1)	21,1%(4)
Flexibilidad creativa media	66%(4)	42,9%(3)	0%(0)	47,4%(7)
Flexibilidad creativa alta	33,3%(2)	14,3%(1)	83,3%(5)	31,6%(8)
Recuento	100%(6)	100%(7)	100%(6)	100%(19)

Nota. ($\chi^2 = 10,445$; $p < .034$; $Tau b = 0,170$)

Por otra parte, entre las variables flexibilidad cognitiva y fluidez creativa no se halló relación significativa ($X^2 = 6,798$; $p < .147$; $\text{Tau } b = 0,703$).

Discusión

La fluidez creativa, como indicador de creatividad —a la par de la flexibilidad creativa—, arroja resultados relevantes a la hora de considerar los objetivos planteados. En los puntajes directos de fluidez creativa, la media ($M=18,47$; $DS=8,707$) se ubica, según los baremos para adolescentes argentinos, dentro del rango de fluidez creativa alta, más específicamente en el percentil 80. Lo hallado podría relacionarse con el ambiente de aprendizaje, que tiene las condiciones sugeridas por López Martínez (2008) para favorecer al pensamiento creativo. Tales condiciones forman parte de las bases conceptuales en las que se apoya la institución donde se realiza la experiencia, las cuales están vinculadas al fomento de la exploración y el autoconocimiento, a la educación en torno a la tolerancia a los conflictos y frustraciones, a un modelo educativo que permita la libertad de elección y la autonomía, a la estimulación de la actitud lúdica, de la espontaneidad creativa, a la ejercitación de la creatividad social a través de la cual se revelan nuevas relaciones y a la realización de actividades en las que se provoque la fantasía. Por lo expuesto, estos resultados pueden ser valorados para futuras investigaciones ya que es posible pensar que el desarrollo de estas capacidades guarde alguna relación con el tránsito por la experiencia educativa de las características mencionadas. Asimismo, podría también considerarse que adolescentes con mayor

creatividad buscan asistir a espacios de este estilo para así potenciar sus capacidades.

En la misma línea es posible tomar las consideraciones de Vygotsky (citado en Limiñana Gras, 2008) donde plantea la necesidad de ampliar la experiencia del niño o niña ya que mientras más vea, escuche y viva, mayor será su actividad creativa. Es importante considerar que los aspectos contribuyentes al desarrollo de la inteligencia creativa que se detallan con anterioridad se constituyen como aspectos valorados por parte de los asistentes y en muchos casos forman parte de la motivación para la asistencia (Donadel, 2019).

Por otra parte, la flexibilidad creativa presenta el mayor porcentaje (42,11%) en el rango de nivel alto. Tal resultado va en la línea de lo detallado con anterioridad y podría ligarse a la modalidad y al funcionamiento de la institución educativa. No obstante, como se sugirió anteriormente, también surge la pregunta a modo de hipótesis acerca de las características de personalidad de los adolescentes que eligen estos espacios y los transitan con frecuencia, lo cual debería estudiarse en trabajos posteriores.

En el análisis bivariado, se halló una asociación significativa entre la fluidez creativa y la flexibilidad creativa. Tal resultado implica en primer lugar la existencia de una coherencia interna entre el puntaje obtenido por el instrumento, aplicado según lo señalan los autores, y el puntaje de flexibilidad que fue construido especialmente con base en estudios previos (Morelato et al., 2014; Morelato et al., 2013). En este sentido, dota de mayor validez a la categorización construida a partir de la técnica administrada. Por otro lado, permite también considerar que, a mayor índice de fluidez creativa, se

incrementa el índice de flexibilidad creativa en el grupo de adolescentes evaluado.

La medida de flexibilidad cognitiva, obtenida a través del Sub Test III de Formación de Conceptos de la Batería Woodcock-Muñoz, arrojó para la muestra una media de 24,74 ($DS=8,191$). La técnica empleada, al no contar con baremación para la población argentina, no permite una interpretación comparativa de los resultados de la muestra con los de la población. No obstante, se realizó una distribución intramuestral por intervalos de nivel bajo-medio-alto, dando por resultado una distribución equitativa entre los tres niveles, conservando un porcentaje más elevado (36,84%) en el nivel medio.

En esa línea de análisis, se halló una relación entre las medidas de flexibilidad cognitiva y la flexibilidad creativa. Estos hallazgos son consistentes con lo expuesto hasta ahora y podrían indicar la importancia de generar un ambiente donde se fomente la capacidad de pensar muchas alternativas frente a los problemas.

Para ampliar lo expuesto, se destaca la necesidad de analizar en posteriores estudios la implicancia del modelo pedagógico que considera al aprendizaje basado en proyectos con aspectos importantes del desarrollo, tales como la creatividad y la flexibilidad cognitiva. La flexibilidad cognitiva, como una de las funciones ejecutivas de relevancia, cobra importancia en la adolescencia debido a que favorece el desarrollo del funcionamiento ejecutivo, el desarrollo creativo y una mejora de la habilidad para la resolución de problemas interpersonales (Maddio y Greco, 2010). Desde este punto de vista, es posible considerar lo argumentado por

Korzeniowski (2011) al manifestar que las experiencias ofrecidas por la institución educativa resultan de amplia riqueza para el desarrollo del funcionamiento ejecutivo, ya que se desarrollan en períodos sensibles para la promoción y estimulación. Por otra parte, no se hallaron asociaciones entre los índices de flexibilidad cognitiva y la fluidez creativa. El resultado podría vincularse a que el grupo analizado es muy pequeño por lo que sería conveniente replicar el estudio a mayor escala a fin de comprobar la asociación entre variables que se encuentran comprometidas en los procesos de enseñanza-aprendizaje descritos.

Conclusiones

El presente trabajo tuvo como objetivo la exploración y descripción de dos indicadores de creatividad y su relación con la flexibilidad cognitiva en un grupo de adolescentes en su paso por una institución de innovación educativa, dentro del contexto de educación no formal. El estudio emerge como un intento de dar respuesta a interrogantes surgidos al desempeñar el trabajo cotidiano en la institución educativa.

Los datos obtenidos indicaron que los participantes evaluados presentaron una capacidad creativa alta en comparación con los baremos para adolescentes argentinos. Asimismo, pusieron de manifiesto un alto porcentaje de flexibilidad creativa, la cual a su vez estuvo asociada a la flexibilidad cognitiva. Por lo tanto, el grupo evaluado evidenció un muy buen potencial de creatividad y flexibilidad, aspectos que son por demás interesantes para el desarrollo psicológico en la adolescencia debido a que son factores protectores en situaciones

de adversidad (Morelato, 2014), además de resultar importantes para la solución de problemas (Corbalán Berná, 2008; Korzeniowski, 2018), la adaptación social y el desarrollo intelectual (Limiñana Gras, 2008).

Sin embargo, las limitaciones que presenta el estudio están vinculadas especialmente a que el mismo se realizó con una muestra no probabilística y pequeña, lo cual no permite generalizar los resultados obtenidos y en consecuencia sólo pueden considerarse preliminares. No obstante, para el alcance propuesto en el proyecto, los resultados son favorables ya que sientan las bases para posteriores investigaciones vinculadas a la temática.

El presente trabajo cuenta con aportes hacia distintas áreas; es de utilidad para el desempeño y funcionamiento de la institución educativa donde se realiza el trabajo ya que, por su condición de novedad, es un dispositivo donde se realizan muchas acciones y muchos cambios, sin dar lugar a una reflexión o evaluación concreta para la educación y el desarrollo. En este sentido, el estudio puede contribuir a hipotetizar

acerca de posibles implicancias que estas instituciones tienen en el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes a quienes están dirigidas.

Por otra parte, se realiza un aporte en términos de vinculación entre modelos pedagógicos y el desarrollo de los destinatarios. En este punto, aunque existe vasta bibliografía que hace hincapié en las diversas conceptualizaciones acerca de modelos de innovación educativa, sin embargo, son escasas las investigaciones y artículos que puedan describir estas experiencias de modo empírico.

Asimismo, el presente trabajo puede resultar útil para que los actores sociales interesados, o aquellos que desempeñan su trabajo en vinculación con la educación, la niñez y/o la adolescencia, puedan reflexionar en torno a la modalidad de las prácticas, la disposición de los ambientes de trabajo, la planificación y el modo de desempeñar los diversos roles ocupacionales, los cuales pueden favorecer u obstaculizar el desarrollo de esos NNyA y, por tanto, influyen en la construcción de la sociedad.

Referencias

- Corbalán, F.J., Martínez, F., Donolo, D., Tejerina, M., Limiñana, R.M. (2003). *CREA Inteligencia Creativa. Una medida cognitiva de la creatividad*. Madrid: TEA Ediciones.
- Corbalán Berná, J. (2008). ¿De qué se habla cuando hablamos de creatividad? *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales*. Universidad Nacional de Jujuy, (35), 11-21.
- Diamond, A. (2014). Want to optimize executive functions and academic outcomes? Simple, just nourish the human spirit. In P. D. Zelazo & M. D. Sera (Eds.), *Minnesota symposia on child psychology: Vol. 37. Developing cognitive control processes: Mechanisms, implications, and interventions* (p. 205–230). John Wiley & Sons Inc.
- Donadel, F. (2019) *Innovación educativa y sus implicancias en el desarrollo*

- infantojuvenil*. [Tesis de licenciatura no publicada]. Universidad del Aconcagua.
- Duarte Briceño, E. (diciembre, 2003). Creatividad como un recurso psicológico para niños con necesidades educativas especiales. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 4(2), 13–32.
- Guilford, J. (1950). Creativity. *American Psychologist*, 5, 444-454.
- Hernández Sampieri, R., Baptista Lucio, P y Fernandez Collado, C. (2014) *Metodología de la Investigación*. México D.F.: Mc. Graw Hill.
- Hoyos De Los Ríos, O. L.; Olmos Solís, K. y De Los Reyes Aragón, C. J. (2013). Flexibilidad cognitiva y control inhibitorio: un acercamiento clínico a la comprensión del maltrato entre iguales por abuso de poder. *Revista argentina de clínica psicológica*, 22(3), 219-228.
- IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Klimenko, O., Osorio Cadavid, L., Bravo Jaramillo, L., Ocampo Agudelo, S. (2015). Fomento de la capacidad creativa en algunas instituciones educativas de la ciudad de Medellín, Colombia. *Revista Psicoespacios*, 9 (14) 197-232.
- Korzeniowski, C. G. (2011). Desarrollo evolutivo del funcionamiento ejecutivo y su relación con el aprendizaje escolar. [en línea], *Revista de Psicología*, 7(13). Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/desarrollo-evolutivo-funcionamiento-ejecutivo.pdf>
- Korzeniowski, C. G. (2018). Las funciones ejecutivas en el estudiante: su comprensión e implementación desde el salón de clases. *Informe de la Dirección General de Escuelas, Mendoza, Argentina*. (Res ° 56 CGES-18)
- León, O. y Montero, I. (2015) *Métodos de investigación en Psicología y Educación. Las tradiciones cuantitativa y cualitativa*. Madrid: Mc. Graw Hill.
- Ley de Educación Nacional N° 26.206. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 27 de diciembre de 2006.
- Liminaña Gras, R. M. (2008). Cuando crear es algo más que un juego: creatividad, fantasía e imaginación en los jóvenes. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Jujuy*. 35, 39-43.
- López Martínez, O. (2008). Enseñar creatividad. El espacio educativo. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Jujuy*, (35).
- Maddio, S. y Greco, C. (2010). Flexibilidad Cognitiva para Resolver Problemas entre Pares ¿Difiere esta Capacidad en Escolares de Contextos Urbanos y Urbanomarginales? *Interamerican Journal of Psychology*, 44,(1).
- Martí, J., Heydrich, M., Rojas, M y Hernández., A. (2010) Aprendizaje basado en proyectos. Una experiencia de innovación docente.

Universidad EAFIT, 2010 11 - 21.

- Matus, O., y Gutierrez A. (2012) Habilidades Blandas: Una ventaja competitiva en la formación tecnológica. *GINT Journal of Industrial Neo-Technologies*, 33 - 40.
- Morelato, G., Carrada, M., & Cymlich, S. (2014). Creatividad en la infancia: su relación con el desarrollo social. *Revista Iberoamericana De Educación*, 64(1), 1-10. <https://doi.org/https://doi.org/10.35362/rie641341>
- Morelato, G., Carrada, M., e Ison, M. (2013). Creatividad gráfica y Atención focalizada en niños víctimas de maltrato infantil. *Liberabit. Revista de Psicología*, 19(1): 81-91.
- Morelato, G. (2014). Evaluación de factores de Resiliencia en niños argentinos en contextos de vulnerabilidad familiar. *Universitas Psychologica*, 13(4), 1473-1488. DOI: <http://dx.doi.org/10.11144/JaverianaUPSY13-4.efrn>
- Morelato, G., Korzeniowski, C., Greco, C. y Ison, M. (2019). Resiliencia Infantil: Intervención para promover recursos en contextos vulnerables. *Revista Costarricense de Psicología*, 38(2), 205-223. <https://dx.doi.org/10.22544/rcps.v38i02.05>
- Muñoz, W. (2011). Estrategias de estimulación del pensamiento creativo de los estudiantes en el área de educación para el trabajo en la III etapa de educación básica. *Memorias Congreso Iberoamericano de Educación 2021*, Buenos Aires: Ministerio de Educación de la Nación Argentina.
- Muñoz-Sandoval, A. F., Woodcock, R. W., Mc Grez, K. S., y Mather, N. (2005). Bateria III Woodcock –Muñoz. Itsaca, IL: Riverside Publishing.
- Organización de las Naciones Unidas [ONU] (2016). *Innovación educativa*. Recuperado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002470/247005s.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2019) Desarrollo en la adolescencia. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.
- Saldarriaga-Zambrano, P. J., Bravo Cedeño, G y Loor Rivadeneira, M. (2016) La teoría constructivista de Jean Piaget y su significación para la pedagogía contemporánea. *Dominio de las ciencias.*, 127 - 137.
- Siemens, G. (2004) *A learning theory for the digital age* [en línea]. Recuperado de <http://www.elearnspace.org/Articles/connectivism.htm>
- Slachevsky Ch, A.; Pérez, C.; Silva, J.; Orellana, G.; Prenafeta, M. L.; Alegria, P. y Peña, G. (2005). Córtex prefrontal y trastornos del comportamiento: modelos explicativos y métodos de evaluación. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(2), 109-121.
- Zavala-Guirado, M. A., González-Castro, I., & Vázquez-García, M. A. (2019). Modelo de innovación educativa según las experiencias de docentes y estudiantes universitarios. *RIDE Revista Iberoamericana Para La Investigación Y El Desarrollo Educativo*, 10(20). <https://doi.org/10.23913/ride.v10i20.5>

Estudio de las propiedades psicométricas de la Escalas de Autocompasión (EAC) en una muestra de profesionales de la salud mental en Argentina

Study of the psychometric properties of the Self-compassion Scales (EAC) in a sample of mental health professionals in Argentina

Marisa Rodriguez de Behrends*

Leandro Eidman**

Florencia Mántaras***

Resumen

Introducción: El propósito de la presente investigación fue analizar los aspectos métricos de la Escala de Autocompasión (EAC) examinando evidencias de validez de constructo y confiabilidad en una muestra de profesionales de la salud mental en Argentina. **Método:** Se utilizó un muestreo de tipo no probabilístico y voluntario constituido por 252 psicólogos y psiquiatras residentes en CABA, Argentina. Se diseñó un estudio no experimental, transversal, de tipo instrumental clásico. **Resultados:** El análisis factorial confirmatorio efectuado permitió verificar la estructura de seis factores. Los resultados informaron correlaciones negativas y significativas entre las dimensiones consideradas teóricamente como opuestas. La consistencia interna es

adecuada en todas las subdimensiones y en el total de la escala. **Conclusión:** La escala cuenta con propiedades adecuadas para su uso en población de CABA, Argentina.

Palabras claves: autocompasión, validación, propiedades psicométricas.

Abstract

Introduction: The purpose of this research was to evaluate the psychometric properties of the Self-Compassion Scale (SCS) in a sample of mental health professionals in Argentina. **Method:** The sample used was non-probabilistic and voluntary of 252 psychologists and psychiatrists residing in CABA, Argentina. A non-experimental, cross-sectional, classical instrumental study was designed. **Results:** The confirmatory factor analysis performed allowed

*Pontificia Universidad Católica Argentina ; Universidad Austral. Mail de contacto: marisa@behrends.com.ar

**Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales ; Universidad Nacional del Chaco Austral. Mail de contacto: leaneidman@gmail.com

***Pontificia Universidad Católica Argentina. Mail de contacto: mantarasflorecia@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.46553/RPSI.17.34.2021.p21-34>

Fecha de recepción: 14 de junio de 2021 - Fecha de aceptación: 15 de octubre de 2021

verification of the six-factor structure. In turn, the results reported negative and significant correlations between the dimensions theoretically considered as opposites. The internal consistency is adequate in all the subdimensions and in the total scale. **Conclusion:** The scale has adequate properties for its use in the population of CABA, Argentina.

Key words: self-compassion, validation, psychometric properties.

Introducción

La autocompasión es un concepto relativamente nuevo en la psicología clínica, que alude a la capacidad de mantener y albergar sentimientos propios de dolor con una sensación de calidez, conexión y preocupación (Araya & Moncada, 2016). Ha sido definida como “estar conmovido y abierto al propio sufrimiento, no evitarlo ni desconectarse de él, generando el deseo de aliviarlo y curarse a sí mismo con amabilidad” (Neff, 2003b, p. 223).

El significado del término autocompasión se relaciona con el de compasión, que implica un sentimiento de bondad, cuidado y comprensión hacia los que sufren, junto con un deseo emergente de calmarlo y el reconocimiento de una naturaleza humana compartida, frágil e imperfecta (Germer & Siegel, 2012); es decir, estar en sintonía con el dolor del otro junto con el deseo de aliviarlo (Araya & Moncada, 2016). Por lo que, la autocompasión implica dirigir la misma actitud compasiva que se tiene con los otros, pero hacia uno mismo (Germer & Siegel, 2012; Kornfield, 2008; Neff, 2003b).

Kristin Neff, una de las principales

investigadoras de la autocompasión, señala que esta involucra un sentimiento de calidez y comprensión hacia uno mismo, en lugar de ser autocríticos cuando se sufre, frente a la propia falla o incompetencia; como así también estar abierto y conmovido por el desconuelo de los demás (2003b). Neff (2012) sostiene que la compasión expresa el reconocimiento y la visión clara del sufrimiento. Por otro lado, Gilbert (2009) menciona que ésta se encuentra enraizada en la capacidad biológica del cuidado por otros, en la sensibilidad y tolerancia al malestar, en la empatía, en el no juicio y en el sostener un tono emocional cálido. Para Neff (2003a) la autocompasión se halla formada por tres componentes: (a) la *bondad (self-kindness)*, que hace referencia a la capacidad de tratarse con comprensión y cuidado en lugar de hacerlo con un juicio crítico y duro (*self-judgment*) hacia sí mismos; (b) la *humanidad compartida (common humanity)*, es decir, reconocer que la imperfección es un aspecto común de la experiencia humana y al igual que el resto de las personas, uno mismo también sufre; en lugar de sentirse aislado (*isolation*) por las propias fallas; y por último (c) la *atención plena, o mindfulness*, es decir, una conciencia equilibrada de la experiencia presente en lugar de una identificación excesiva con pensamientos y emociones dolorosas (*over-identification*), observándolos desde una postura equilibrada (Araya & Moncada, 2016; Germer, 2011; Raes et al., 2011). Este concepto implicaría poder atender a cada experiencia vivida en el presente de un modo consciente.

Según Neff (2003b), los individuos con una alta autocompasión tienden a tener menor rumiación mental y supresión de pensamientos, además de una mayor

claridad de sentimientos y habilidad para reportar sus estados de ánimo negativos, una manera saludable de relacionarse consigo mismos junto a sentimientos de autonomía y competencia. Las personas con una mayor autocompasión también reportan mayor conexión social y satisfacción con la vida, elementos importantes de una vida con sentido. Neff (2016) sostiene que quienes son autocompasivos muestran menores niveles de depresión, ansiedad, estrés, autocrítica, perfeccionismo, vergüenza y miedo al fracaso. También plantea que la frustración por no ser o no tener lo que se quiere suele ir acompañada de una sensación de ser inadecuados, por lo que la autocompasión incluye reconocer que el sufrimiento y el sentimiento de inadecuación son parte de la experiencia humana compartida (Neff, 2003a). El sentido de humanidad compartida implica reconocer que todas las personas fallan, cometen errores y que se sienten incapaces en ocasiones. Por esta razón, la autocompasión puede ser un aspecto importante de la inteligencia emocional, que implica la capacidad de vigilar sus propias emociones y usar hábilmente esta información para guiar su pensamiento y acciones (Araya et al., 2017).

Los profesionales de la salud mental en general son empáticos y sienten compasión hacia los padecimientos de sus pacientes. Es por ello que el desarrollo de la autocompasión es un factor protector de su propia salud mental, ya que su trabajo demanda un alto compromiso y cuidado con la vida ajena (Acinas, 2012; Pastorelli Rhor, & Gargurevich, 2018). La autocompasión los protege contra la ansiedad y el estrés, eliminando los pensamientos que debilitan la autoconfianza (Woo Kyeong, 2013).

Asimismo, los invita a conectarse con las propias emociones negativas para desarrollar estrategias dirigidas a superar las dificultades en el ejercicio de la profesión, asumir la responsabilidad dentro de los eventos negativos y generar un diálogo interno amable y comprensivo con las carencias personales que producen sufrimiento del otro (Albertson et al., 2014).

Los estudios de autocompasión en la población de los profesionales de la salud son recientes, sin embargo, se ha encontrado que predice, de manera positiva, el bienestar psicológico, la satisfacción con la vida, resiliencia y los afectos positivos (Shapiro et al., 2007). La práctica de autocompasión permite retomar la presencia cuando, por una cuestión propia de la mente, ésta se aleja del momento presente, cuestión que sucede también en el que hacer clínico.

Con la intención de operacionalizar el constructo, Neff (2003a) creó la Escala de autocompasión (EAC), con el objeto de estudiarlo y observar su asociación con el bienestar psicológico. Su propósito fue iniciar una nueva línea de investigación que explore la relación entre la autocompasión y otros procesos psicológicos. La escala de autocompasión mide la apertura hacia el sufrimiento propio, experimentando sentimientos de amabilidad hacia uno mismo, bajo una postura libre de juicios negativos, motivada para actuar frente al sufrimiento (Neff, 2003a). Neff (2016) concluye, que un estado mental autocompasivo, implica a su vez más respuestas compasivas al sufrimiento de otros, por lo que la autocompasión tiene un impacto simultáneo en ambos. Ella sostiene que medir la autocompasión solo con las subescalas positivas probablemente subestimaría el poder de la autocompasión

para mejorar el bienestar psicológico, ya que no representaría los niveles más bajos de auto-juicio, aislamiento y sobre-identificación. Las propiedades psicométricas de la versión original mostraron una alta consistencia interna ($\alpha = .90$) y altos niveles de confiabilidad confirmados mediante una prueba de test-retest con intervalo de 3 semanas ($r = .93$) (Neff, 2003a). Por su utilidad práctica y fácil aplicación ha sido traducida a varios idiomas; entre ellos, al alemán (Hupfeld & Ruffieux, 2011) y al griego (Mantzios et al., 2013). La escala original contiene 26 ítems, que miden seis factores de la autocompasión: Auto-Bondad, Auto-Juicio, Humanidad Común, Aislamiento, Atención y Sobre-Identificación. Una versión más corta de 12 ítems fue desarrollada por Raes et al., (2011) quienes utilizaron dos muestras holandesas para construir y validar la estructura factorial de una escala y luego una tercera muestra en inglés.

En España, García-Campayo y colaboradores (2014) tradujeron al español ambas versiones de la escala, la larga de 26 ítems y la corta de 12 ítems. El proceso incluyó dos muestras independientes: una de las muestras estaba compuesta por estudiantes universitarios ($n=268$) que fueron reclutados para validar el formulario largo, y la segunda compuesta por trabajadores del Servicio de Salud de Aragón ($n = 271$) que fueron reclutados para validar la forma corta. Sobre la versión larga, el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) verificó el modelo original de seis factores en ambas escalas, mostrando una adecuada bondad de ajuste. El α de Cronbach de la versión larga fue de 0.87 (IC del 95% = 0,85-0,90). En la versión larga, todos los coeficientes de correlación

ítem-total r corregidos estaban por encima de 0.30, la puntuación de los ítems de la EAC de 26 ítems osciló entre 0.41 y 0.68.

En Chile, Araya et al., (2017) realizaron otra traducción al español y estudiaron las propiedades psicométricas obteniendo evidencia sobre los aspectos conceptuales, lingüísticos y métricos de esta nueva versión. El estudio fue desarrollado en tres fases: en principio se tradujo y adaptó lingüísticamente al español supervisado por un comité de expertos. En la segunda fase, se realizó un estudio piloto con 10 participantes para testear las instrucciones y preguntas. Luego se aplicó una batería de test junto a una hoja de identificación a una muestra de 268 participantes. Finalmente, se realizó un retest 14 días después. El análisis realizado informó cuatro factores que explicaban el 49.88% de la varianza común. Estos cuatro factores fueron: aislamiento, auto-bondad, auto-juicio y autocomprensión. La consistencia interna mediante el alfa de Cronbach resultó adecuada ($\alpha = .80$) y para las cuatro subescalas se alcanzaron valores adecuados ($\alpha = .81$ para el primer factor, $\alpha = .83$ para el segundo, $\alpha = .71$ para el tercero y $\alpha = .79$ para el cuarto).

A la fecha no se encuentran estudios de las propiedades psicométricas de ninguna de las dos versiones en español que se hayan realizado en población argentina.

Por esta razón, el objetivo general del estudio fue analizar los aspectos métricos de la Escala de Autocompasión (EAC) de la versión realizada por Araya et al. (2017, examinando evidencias de validez de constructo y confiabilidad en una muestra de profesionales de la salud mental en Argentina. Para el presente trabajo se tomó la decisión de estudiar las propiedades

psicométricas de la versión latinoamericana de la escala porque los ítems resultan más comprensibles al español rioplatense. Los objetivos específicos formulados fueron: (a) analizar evidencia de validez de constructo, (b) determinar la consistencia interna de las puntuaciones y (c) examinar la estabilidad temporal de las puntuaciones.

Método

Muestra

La muestra, de tipo no probabilística y voluntaria, estuvo constituida por 252 profesionales de la salud mental. La edad promedio fue de 39.08 ($DE = 11.25$, $Min = 23$, $Máx = 72$). El 86.1% ($n = 217$) eran mujeres y el 13.9% ($n = 35$) eran varones. En cuanto a su lugar de residencia el 100% ($n = 252$) informó vivir en la Ciudad de Buenos Aires. En lo referente a su profesión, el 95.2% ($n = 240$) informó ser psicólogo, mientras que el 4.8% ($n = 12$) eran médicos psiquiatras. El 52.4% ($n = 132$) informó atender a sus pacientes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el 35.7% ($n = 90$) en el Gran Buenos Aires y el 11.9% ($n = 30$) en ambos lugares. Respecto de los grupos etarios que estaban atendiendo, el 22.6% ($n = 57$) informó atender solo adultos, el 22.2% ($n = 56$) niños, adolescentes y adultos, el 20.6% ($n = 52$) niños y adolescentes, el 8.7% ($n = 22$) adolescentes, adultos y adultos mayores, el 6.3% ($n = 16$) solo adultos mayores, el 5.6% ($n = 14$) niños, adolescentes y adultos mayores, el 3.6% ($n = 9$) niños y adultos, el 1.6% ($n = 4$) solo niños, el 1.6% ($n = 4$) niños, adultos y adultos mayores, y el 1.2% ($n = 3$) restante refirió sólo atender adolescentes.

Medición

Encuesta Sociodemográfica (ad-hoc).

Mediante este instrumento se obtuvieron datos sobre la edad, el sexo, el lugar de residencia, la profesión, el lugar de atención a pacientes y el grupo etario de pacientes que atendían los profesionales de la salud mental.

Escala de Autocompasión (Neff, 2003a, en la adaptación de Araya et al., 2017).

Consta de 26 elementos de auto-reporte conformadas por 6 subescalas conceptualmente reunidas en 3 pares de opuestos: Auto-bondad/Auto-juicio, Humanidad Común/Aislamiento Percibido y Mindfulness/Sobre-identificación. Los ítems se responden en una escala de tipo likert mediante cinco puntos (1 = *Casi nunca me siento así* y 5 = *Casi siempre me siento así*).

Procedimiento

Se diseñó un estudio no experimental, transversal, de tipo instrumental. Los datos fueron recolectados mediante un muestreo no probabilístico. Durante el año 2019, se administró en forma presencial e individual la escala a una muestra de 252 sujetos profesionales tanto psicólogos clínicos como psiquiatras, garantizando la confidencialidad de los datos obtenidos.

Los participantes fueron voluntarios y no recibieron retribución alguna por su colaboración. El formulario contenía el consentimiento informado ajustado a la declaración de Helsinki de 1964 y sus enmiendas posteriores o sus normas éticas equivalentes, y aprobado por la Ley 25.326 de protección de los datos personales que se ocupa de las implicancias éticas de las investigaciones en salud en las que participen

seres humanos, con el fin de proteger sus derechos fundamentales ponderando, a su vez, la necesidad de promover la investigación en salud.

Análisis de datos

La base epistemológica utilizada fue la psicometría clásica. En primer lugar, se calcularon los índices de asimetría y curtosis acordes a los valores recomendados por Bollen y Long (1993) próximos a 0 e inferiores a 1.96. Posteriormente se llevaron a cabo estudios tendientes a verificar la estructura interna de la Escalas de Autocompasión (EAC; Araya et al., 2017). Se procedió a realizar un análisis factorial confirmatorio (AFC) utilizando un estimador robusto ajustado de varianza y media de mínimos cuadrados ponderados (WLSMV-R), el método de estimación utilizado fue MLR y, dado que las variables fueron ordinales, se utilizó la matriz policórica, debido a que es más apropiada para este tipo de datos (Freiberg Hoffmann et al., 2013; Muthén & Kaplan, 1985).

Se consideraron los siguientes índices de bondad de ajuste: Chi-cuadrado (χ^2), índice de ajuste comparativo (*CFI*), índice de ajuste incremental de Bollen (*IFI*) y error cuadrático medio de aproximación (*RMSEA*) (Hu et al., 1992). En lo referente a los criterios de valores de ajuste aceptable, se considera un valor de .90 en *CFI* (Kline 2018; Schumacker & Lomax, 2016), así como valores menores o iguales a .08 en *RMSEA* (Browne & Cudeck, 1993). La validez del constructo se evaluó a través del examen de las cargas factoriales, se consideraron aceptables cargas estandarizadas mayores al límite de .30 (Hair, et. al., 2006; Nunnally & Bernstein, 1994), y, en cuanto

a las correlaciones entre los factores, se consideraron los valores menores a .19 como muy bajas, entre .20 y .39 como bajas, entre .40 y .59 como moderadas, entre .60 y .79 como altas y mayores a .80 como muy altas (Brown, 2006; Evans, 1996).

Para evaluar la consistencia interna de la escala, se calcularon los índices de fiabilidad mediante el coeficiente alfa de Cronbach, desde la perspectiva de Kline (2018) se consideran valores aceptables mayores a .70. Para analizar la estabilidad temporal de los ítems de la escala se administró la prueba estadística de test-retest a 38 personas en dos tiempos con un intervalo de cinco semanas.

Los resultados se procesaron utilizando R (Versión 3.6.0) y la interfaz R Studio (Versión 1.1.463) mediante los paquetes ggplot2 para visualización de datos (Villanueva & Chen, 2019), psycho (Revelle, 2018) y psicométrica (Fletcher & Fletcher, 2013), para estimar algunas propiedades psicométricas. Mientras que lavaan (Rosseel, 2017), semPlot (Epskamp et. al., 2019) y semTools (Jorgensen et. al., 2018) se usaron para calcular y trazar el Modelo de Ecuación Estructural. Para la realización de los estadísticos de diferencias de grupos se utilizó el programa estadístico SPSS en su versión 25.

Resultados

Resultados de los Análisis Descriptivos

Se procedió a realizar un análisis preliminar de los ítems de la escala con la intención de obtener la normalidad univariada de los ítems. En la Tabla 1 se presentan los estadísticos descriptivos básicos mediante el cálculo de los valores de las medias, desvíos

Tabla 1*Estadísticos Descriptivos: Escala de Autocompasión*

Ítems	<i>M</i>	<i>DE</i>	Asimetría	Curtosis
1. Yo desapruero y juzgo mis propias imperfecciones y debilidades	2.83	1.16	0.22	-1.03
2. Cuando me siento desanimado tiendo a obsesionarme y fijarme en todo lo que está mal	2.24	1.15	0.31	-0.48
3. Cuando las cosas van mal para mí, veo las dificultades como parte de la vida que a todos nos toca vivir	3.57	1.19	-0.60	-0.49
4. Cuando pienso en mis debilidades, tiendo a sentirme más separado y aislado del resto del mundo	2.87	1.46	0.15	-1.32
5. No darme cuenta que estoy incómodo o tenso hasta que estas sensaciones se vuelven muy tensas	3.75	1.15	-0.69	-0.43
6. Cuando fallo en algo que es importante para mí, me invade un sentimiento de ser incompetente	2.44	1.24	0.56	-0.75
7. Cuando estoy desanimado y triste, me recuerdo a mí mismo que hay mucha gente en el mundo que se siente como yo	2.63	1.36	0.29	-1.24
8. Cuando las circunstancias son realmente difíciles, tiendo a ser duro conmigo mismo	2.36	1.23	0.59	-0.75
9. Cuando algo me altera trato de mantener mis emociones en equilibrio.	3.92	0.93	-0.63	-0.52
10. Cuando me siento incompetente de algún modo, trato de recordar que estos sentimientos de incompetencia, son compartidos por la mayoría de las personas.	2.84	1.29	0.15	-1.14
11. Soy intolerante e impaciente hacia aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan	2.23	1.16	0.45	-0.38
12. Cuando estoy pasando por un período muy difícil, me brindo el cuidado y la ternura que necesito	3.34	1.17	-0.12	-1.07

Continúa en página 28

Continúa en página 27

Ítems	<i>M</i>	<i>DE</i>	Asimetría	Curtosis
13. Cuando estoy con el ánimo bajo, tiendo a sentir que los demás probablemente están más felices que yo	1.99	1.12	1.06	0.21
14. Cuando algo doloroso sucede trato de tomar una perspectiva equilibrada de la situación.	3.86	0.98	-0.64	-0.22
15. Trato de ver mis errores como parte de la condición humana	3.83	1.19	-0.62	-0.56
16. Cuando veo aspectos de mí mismo/a que no me gustan, me critico a mí mismo/a	2.77	1.15	0.39	-0.86
17. Cuando fallo en algo que tiene importancia para mí trato de ver las cosas en perspectiva	3.16	1.08	-0.50	-0.55
18. Cuando estoy pasando por un momento difícil, tiendo a pensar que para los demás esas cosas son más fáciles	1.96	1.09	1.05	0.46
19. Soy amable conmigo mismo cuando estoy sufriendo	3.56	1.16	-0.35	-0.82
20. Cuando algo me altera me dejo llevar por mis sentimientos	2.55	1.11	0.53	-0.46
21. Puedo ser un poco duro conmigo mismo cuando estoy sufriendo	2.31	1.10	0.72	-0.15
22. Cuando me siento deprimido intento relacionarme con mis sentimientos con curiosidad y apertura	3.36	1.18	-0.22	-0.97
23. Soy tolerante con mis propias imperfecciones y debilidades	3.16	1.18	-0.80	-0.88
24. Cuando algo doloroso sucede tiendo a ver la situación de forma desproporcionada	2.15	1.13	0.81	-0.18
25. Cuando fallo en algo que es importante para mí, tiendo a sentirme solo en mi fracaso	2.18	1.21	0.79	-0.50
26. Trato de ser comprensivo y paciente hacia aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan	3.42	1.09	-0.17	-0.90

típicos y los índices de asimetría y curtosis.

Evidencia de validez de constructo

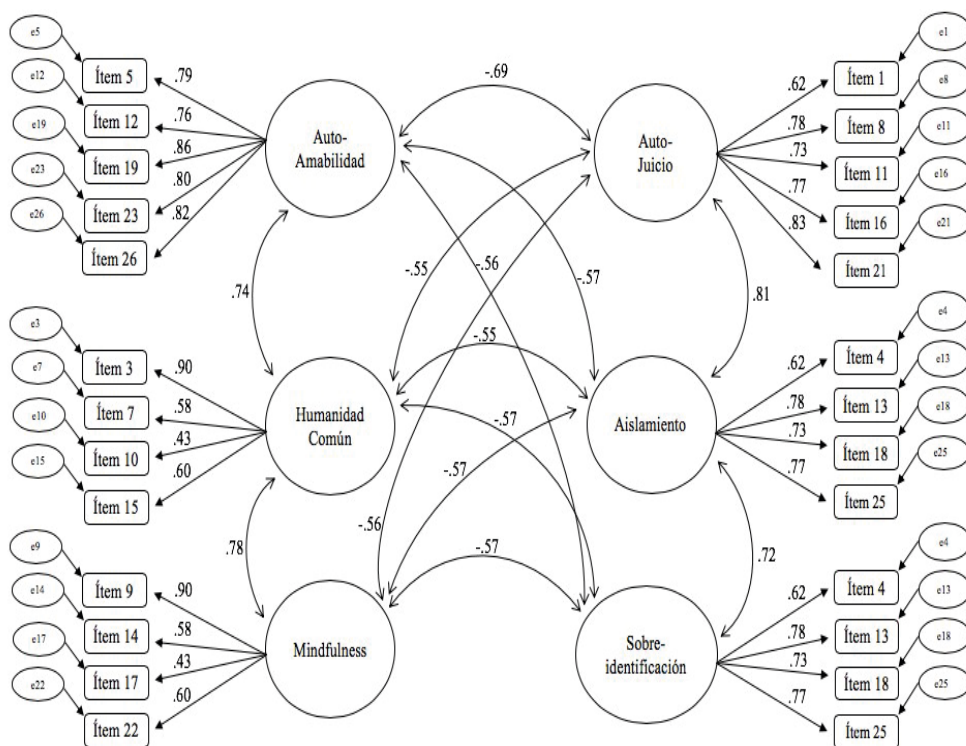
A continuación, se efectuó el AFC. El método de estimación utilizado fue *MLR* — Máxima Verosimilitud Robusto— y, dado que las variables fueron ordinales, se utilizó la matriz policórica, debido a que es más apropiada para este tipo de datos.

En la figura 1 se puede observar un muy buen ajuste del modelo de seis factores

para la Escala de Autocompasión en la muestra de profesionales de la salud mental: $\chi^2 = 663.621$, $p < .001$; $CFI = .924$; $IFI = .983$; $RMSEA = .069$ 90% IC [.062, .077], $p < .001$. Tal como se observa en la Figura 1, los pesos de regresión para cada elemento fueron entre moderados ($> .40$ y $< .59$) y muy altos ($< .80$). Además, los resultados informaron correlaciones negativas y significativas entre las dimensiones teóricamente conceptualizadas como opuestas.

Figura 1.

Análisis Factorial Confirmatorio de la Escala de Autocompasión



Evidencia de confiabilidad

Se evaluó la confiabilidad mediante el coeficiente alfa de Cronbach para las puntuaciones de las subdimensiones que conforman la Escala de Autocompasión. En la Tabla 2 se puede observar que todas las dimensiones demostraron tener una adecuada consistencia interna.

Posteriormente, se realizó la prueba de correlación test-retest en un período de tiempo de 5 semanas. Los resultados informaron que las correlaciones entre las dimensiones fueron positivas entre moderadas y altas, y estadísticamente

significativas (ver Tabla 3).

Discusión

El objetivo principal del presente estudio consistió en evaluar las propiedades psicométricas de la Escala de Autocompasión (EAC) basada en la propuesta teórica de Neff (2003a) y adaptada al español por Araya et al. (2017) en una muestra de profesionales de la salud mental en Argentina. Con este fin, se estudió la validez de constructo y la consistencia interna de la EAC.

Mediante el análisis preliminar

Tabla 2

Consistencia interna Escala de Autocompasión en profesionales de la salud mental

Dimensiones	Alpha de Cronbach
Auto – Amabilidad	.87
Auto – Juicio	.83
Humanidad Común	.79
Aislamiento	.76
Mindfulness	.77
Sobre -Identificación	.72
Total Escala	.82

Tabla 3

Correlación test-retest Escala de Autocompasión en profesionales de la salud mental (n = 38)

Dimensiones	r
Auto-Amabilidad	.53
Auto-Juicio	.63
Humanidad Común	.67
Aislamiento	.63
Mindfulness	.54
Sobre-Identificación	.65
Total Escala	.68

*** $p < .001$

de los ítems, se obtuvo evidencia de normalidad univariada. Los índices de asimetría y curtosis son adecuados según los parámetros recomendados por Bollen y Long (1993). El AFC efectuado, permitió verificar la estructura de seis factores para la EAC en una muestra de profesionales de la salud mental tal como propone el modelo teórico mediante el cual fue construida (Neff, 2003a). A su vez, los resultados informaron correlaciones negativas y significativas entre las dimensiones consideradas teóricamente como opuestas (Neff, 2003a). En detalle, a mayor presencia de bondad hacia uno mismo, es decir, a mayor amabilidad y comprensión, menor presencia de juicio crítico hacia uno mismo, tal como juzgarse de forma severa por las propias fallas. A su vez, a mayor presencia de humanidad compartida, esto es, ser consciente de que todas las personas atraviesan experiencias dolorosas similares, menor aislamiento, lo cual implica presencia de sensaciones de separación y desconexión del mundo. Por último, a mayor atención plena, es decir, poder prestar atención y aceptar lo que ocurre en el momento presente, menor sobre-identificación con los propios sentimientos, pensamientos y experiencias, lo que conlleva a evitar la experiencia presente.

Si bien estos hallazgos se encuentran en la misma línea de lo teóricamente propuesto por Neff (2003a), se contraponen a los encontrados en la adaptación chilena (Araya et al., 2017) que explica, mediante el análisis factorial, una organización en cuatro dimensiones. Esto podría deberse a que la muestra del presente estudio está relacionada específicamente a profesionales de la salud mental, quienes podrían poseer mayores conocimientos sobre los constructos que

evalúa la EAC en comparación a la muestra de población general.

Además, se pudo verificar que la consistencia interna es aceptable en todas las subdimensiones y en el total de la escala al igual que los resultados obtenidos en versión original (Neff, 2003a) y la versión chilena (Araya et al., 2017).

Por otra parte, en la presente investigación también se buscó analizar posibles diferencias en la EAC según variables sociodemográficas. En relación a la variable sexo en el presente estudio, no se observaron diferencias estadísticamente significativas. En este sentido, Neff (2003) encontró que las puntuaciones generales de autocompasión de mujeres eran significativamente más bajas que los hombres. Además, informó que las mujeres reportaron niveles significativamente más altos de autojuicio, aislamiento y sobre-identificación, y niveles significativamente más bajos de atención plena en comparación a los hombres. En relación a este punto, se podría inferir que las diferencias se encuentran en el tipo de muestra de cada investigación. En el presente estudio hay una mayor prevalencia de mujeres en comparación con los hombres a diferencia de la investigación original. En futuras investigaciones se podrían realizar un mayor número de estudios en relación a la autocompasión controlada por la variable sexo.

Finalmente, teniendo en cuenta que se trata de un estudio preliminar en población de personal de la salud mental, deben considerarse las siguientes limitaciones: (a) no es posible generalizar los resultados obtenidos a otras poblaciones debido al tipo de muestreo utilizado y no se han podido realizar los estudios de validez convergente

positiva y negativa del instrumento ya que no se han administrado instrumentos que puedan dar cuenta de resultados opuestos y similares a los evaluados por la escala. En futuras investigaciones sería de relevancia el estudio de las propiedades psicométricas en una muestra más numerosa donde se incluyan los análisis antes mencionados.

Cómo síntesis, el presente trabajo ha permitido el análisis preliminar de las

propiedades psicométricas de la Escala de Autocompasión en población argentina, demostrando ser un instrumento válido, fiable y capaz de medir sin error. De esta forma, puede ser utilizado para detectar y computar cambios, tanto entre individuos como en la respuesta de un mismo individuo a través del tiempo, como así también para medir el constructo evaluado en personal de salud mental.

Referencias

- Acinas, M. P. (2012). Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Revista digital de medicina psicosomática y psicoterapia*, 2(4), 1-22.
- Albertson, E., Neff, K., & Dill-Shackleford, K. (2014). Self-Compassion and Body Dissatisfaction in Women: A Randomized Controlled Trial of a Brief Meditation Intervention. *Mindfulness*, 6(3), 444-454. doi: 10.1007/s12671-014-0277-3
- Araya, C., & Moncada, L. (2016). Auto-compasión: origen, concepto y evidencias preliminares. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(1), 67-78. ISSN: 0327-6716
- Araya, C., Moncada, L., Fauré, J., Mera, L., Musa, G., Cerda, J., ... & Brito, G. (2017). Adaptation and preliminary validation of the self-compassion scale in a chilean context. *Latinoamerican Journal of Positive Psychology*, 3, 47-58. ISSN: 0719-4420
- Bollen, K., & Long, J. (1993). *Testing structural equation models*. Sage.
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. Guilford publications.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit En: Bollen KA, Long JS, eds. *Testing Structural Equation Models*. Sage, 136-162.
- Epskamp, S., Stuber, S., Nak, J., Veenman, M., & Jorgensen, T. D. (2019). semPlot: Path Diagrams and Visual Analysis of Various SEM Packages' Output (Version 1.1. 2)[Computer software].
- Fletcher, T. D., & Fletcher, M. T. D. (2013). *Package psychometric*. Recuperado de <http://cran.rproject.org/web/packages/psychometric/psychometric.pdf> Vol 4.
- Freiberg Hoffmann, A., Stover, J. B., de la Iglesia, G., & Fernández Liporace, M. (2013). Polychoric and Tetrachoric Correlations in Exploratory and Confirmatory Factorial Studies. *Ciencias Psicológicas*, 7(2), 151-164. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-

- 42212013000200005&lng=es&tln
g=en
- García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Montero-Marín, J., López-Artal, L. y Demarzo, M. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS) *Health and Quality of Life Outcomes*, 12, (4) 1-9.
- Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. Oakland, Calif: New Harbinger Publications.
- Germer, C. (2011). *El poder del "mindfulness": Libérate de los pensamientos y las emociones autodestructivas*. Madrid: Paidós.
- Germer, C. & Siegel, R. (2012). *Wisdom and compassion in psychotherapy: deepening mindfulness in clinical practice*. New York, USA: Guilford Press.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2006). *Multivariate Data Analysis*. Pearson Prentice Hall.
- Hu, L. T., Bentler, P. M., & Kano, Y. (1992). Can test statistics in covariance structure analysis be trusted?. *Psychological bulletin*, 112(2), 351. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.112.2.351>
- Hupfeld, J., y Ruffieux, N. (2011). Validierung einer deutschen Version der Self-Compassion Scale (SCS-D). *Zeitschrift Für Klinische Psychologie Und Psychotherapie*, 40(2), 115-123. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000088>
- Jorgensen, T. D., Pornprasertmanit, S., Schoemann, A. M., Rosseel, Y., Miller, P., Quick, C., & Garnier-Villarreal, M. (2018). semTools: Useful tools for structural equation modeling. *R package version 0.5-1*.
- Kline, R. B. (2018). Response to leslie hayduk's review of principles and practice of structural equation modeling. *Canadian Studies in Population [ARCHIVES]*, 45(3-4), 188-95.
- Kornfield, J. (2008). *The wise heart: a guide to the universal teachings of Buddhist psychology*. New York, USA: Bantam Books.
- Mantzios, M., Wilson, J. & Giannou, K. (2013). Psychometric properties of the Greek versions of the self-compassion and mindful attention and awareness scales. *Mindfulness*, 2(3) 89-102. doi:10.1007/s12671-013-0237-3
- Muthén, B., & Kaplan, D. (1985). A comparison of some methodologies for the factor analysis of non-normal Likert variables. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 38(2), 171-189. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8317.1985.tb00832.x>
- Neff, K. D. (2003a). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Neff, K. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102.
- Neff, K. D. (2012). The science of self-compassion. In C. K. Germer y

- R. D. Siegel (Eds.), *Wisdom and compassion in psychotherapy: Deepening mindfulness in clinical practice* (pp. 79-92). New York, NY, US: The Guilford Press.
- Neff, K. D. (2016). The Self-Compassion Scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*, 7(1), 264-274. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0479-3>
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). McGraw Hill.
- Pastorelli Rhor, J., & Gargurevich, R. (2018). Propiedades psicométrica de la escala de autocompasión en estudiantes de medicina de Lima. *Revista Interamericana de Psicología*, 52(2). pp. 246-261. https://www.researchgate.net/profile/Rafael-Gargurevich/publication/330193124_Propiedades_psicometricas_de_la_escalade_autocompasione_estudiantes_de_medicina_de_lima/links/5c599056a6fdccb608a97977/Propiedades-psicometricas-de-la-escalade-autocompasione-estudiantes-de-medicina-de-lima.pdf
- Revelle, W. (2018). *Psych: Procedures for personality and psychological research (Version 1.9. 12.31) [Computer software]*. Northwestern University.
- Raes F, Pommier E., Neff, K.D., Van Gucht, D. (2011). Construcción y validación factorial de una forma corta de la escala de autocompasión. *Clin Psychol Psychother* 2011, 18: 250-255. 10.1002 / cpp.702. doi.org/10.1002/cpp.702
- Rosseel, Y. (2017). Lavaan: An R package for structural equation modeling and more. Version 0.5–12 (BETA). *Journal of statistical software*, 48(2), 1-36.
- Schumacker, R., & Lomax, R. (2016). *A beginner's guide to structural equation modeling*. Routledge.
- Shapiro, S., Brown, K., & Biegel, G. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1(2), 105-115. doi: 10.1037/1931-3918.1.2.105
- Villanueva, R. A. M., & Chen, Z. J. (2019). *ggplot2: Elegant graphics for data analysis*. Springer
- Woo Kyeong, L. (2013). Self-compassion as a moderator of the relationship between academic burn-out and psychological health in Korean cyber university students. *Personality and Individual Differences*, 54(8), 899-902. doi: 10.1016/j.paid.2013.01.001.

El rol del psicólogo en el abordaje de personas con un diagnóstico de una enfermedad poco frecuente. Una revisión teórica desde la psicología de la salud

The role of the psychologist in dealing with people with a rare diagnosis. A theoretical review from health psychology

Natalia Vázquez*

Javiera Ortega**

Victoria Vázquez***

Camila Andrea Ruiz****

Kevin Scavone*****

Resumen

En el caso de las enfermedades poco frecuentes con baja prevalencia en la población, el asesoramiento genético es un proceso complejo y requiere de un acompañamiento de distintos profesionales de la salud capacitados en la temática. Un punto en el que acuerdan la mayoría de las investigaciones publicadas es que los psicólogos deberían trabajar desde un modelo

psicoeducativo que ofrezca información y contención, pudiendo trasladar, de manera clara, los conocimientos que la genética y la genómica ofrecen para promover la salud y el bienestar de aquellas personas diagnosticadas con una enfermedad poco frecuente y sus familiares. El objetivo del presente trabajo de revisión bibliográfica es esclarecer cuál es el abordaje que realiza el psicólogo en torno a la complejidad que atraviesan muchas personas con un diagnóstico de una

* Pontificia Universidad Católica Argentina. Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Centro de Investigaciones en Psicología y Psicopedagogía (CIPP) ; Fundación de psicología aplicada a enfermedades huérfanas (Fupaeh) ; Pontificia Universidad Católica Argentina. Facultad de Filosofía y Letras. Mail de contacto: natalia_vazquez@uca.edu.ar

** Pontificia Universidad Católica Argentina. Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Centro de Investigaciones en Psicología y Psicopedagogía (CIPP) ; Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

*** Fundación de psicología aplicada a enfermedades huérfanas (Fupaeh) ; Asociación para el desarrollo de la Educación Especial y la Integración (ADEEI) ; Pontificia Universidad Católica Argentina. Facultad de Filosofía y Letras

**** Fundación de psicología aplicada a enfermedades huérfanas (Fupaeh) ; Asociación Síndrome de Down de la República Argentina (ASDRA) ; Pontificia Universidad Católica Argentina. Facultad de Psicología y Psicopedagogía

***** Pontificia Universidad Católica Argentina. Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Centro de Investigaciones en Psicología y Psicopedagogía (CIPP)

DOI: <https://doi.org/10.46553/RPSI.17.34.2021.p35-46>

Fecha de recepción: 9 de abril de 2021 - Fecha de aceptación: 30 de septiembre de 2021

enfermedad poco frecuente.

Palabras clave: Enfermedades poco frecuentes, asesoramiento genético, psicología de la salud

Abstract

Genetic counseling is a complex process when working with rare diseases. It requires the accompaniment of different health professionals trained in the subject. Most published articles agree that psychologists should work from a psychoeducational model that offers information and support, being able to clearly transfer the knowledge that genetics and genomics offer to promote the health and well-being of those people diagnosed with a rare disease and their families. The aim of this review is to clarify on the approach that psychologists take regarding the complexity of having a rare diagnosis.

Key Words: rare diseases, genetic counseling, health psychology.

Introducción

Acercamiento a las enfermedades poco frecuentes, raras o también denominadas huérfanas

Las enfermedades raras o poco frecuentes son un problema de salud y de interés social. Podrían ser definidas como un conjunto amplio y variado de condiciones que se caracterizan por afectar, cada una de ellas, a un reducido número de individuos en la población, ser crónicas y muchas veces generar discapacidad. En los últimos años, el modo de comprender la etiología de las enfermedades orgánicas ha cambiado. Desde Watson y Crick, quienes recibieron el

premio Nobel a mediados del siglo XX por su descripción del ADN como una estructura de doble hélice, hasta la revolución de los genes, se han producido numerosos avances científicos y tecnológicos. Progresivamente se fue adquiriendo mayor capacidad diagnóstica a un menor costo. La creación del Proyecto Genoma Humano permitió demostrar la asociación entre variaciones poco frecuentes en la información genética —mutaciones— y ciertas enfermedades orgánicas, que por su naturaleza son en su mayoría de carácter crónico (Gunder & Martin, 2010; Sheth et al., 2014).

En este contexto surge, inicialmente en los países más desarrollados, el término de enfermedades raras (ER) como un concepto capaz de englobar y de algún modo representar a múltiples enfermedades crónicas con distintos niveles de afección en cuanto a su morbilidad y mortalidad, pero con su baja prevalencia en la población en común (Avellaneda et al., 2007). Sin embargo, el concepto de rareza de estas enfermedades presenta una paradoja, porque si bien son enfermedades raras en cuanto a su prevalencia, no es raro padecer una de estas enfermedades, ya que en su conjunto afectan a más de 30 millones de personas (EURODIS, 2005).

Esta cualidad de rareza, que en inglés se mantiene como Rare Diseases, se fue modificando en algunos países de habla hispana a “enfermedades poco frecuentes” (EPOF). Este nuevo término hace foco en la baja prevalencia de estas enfermedades. Para ser considerada como una enfermedad poco frecuente su prevalencia debe ser igual o inferior a 1 en 2000 habitantes según la legislación de cada país. Se han descrito entre 6.000 y 8.000 condiciones

consideradas raras o poco frecuentes que en su conjunto afectan a millones de personas (Hernández & Alcaraz, 2013). Muchas de ellas tienen una causa genética conocida, y se predecía que la mayoría de las mutaciones genéticas causantes de enfermedad, aún no descubiertas, serían identificadas antes del 2020 (Boycott et al., 2013).

Una tercera denominación para estas enfermedades es el de enfermedades huérfanas. El término huérfanas surge a partir de la declaración del Acta de Drogas Huérfanas de Estados Unidos en 1983 que buscó promover el desarrollo de tratamientos, principalmente farmacéuticos, para enfermedades que no resultaban atractivas por los laboratorios debido a la baja prevalencia de las enfermedades (Thomas & Caplan, 2019). Las enfermedades huérfanas se caracterizan por su baja prevalencia y por el abandono del sistema de salud en términos de tratamiento, investigación y políticas de salud (Comisión Europea, 2008). Entonces, si bien los términos enfermedades raras, enfermedades poco frecuentes y enfermedades huérfanas suelen utilizarse como sinónimos, cada uno de estos hace foco y agrega un nuevo aspecto de estas enfermedades.

Las enfermedades poco frecuentes o huérfanas reúnen entonces condiciones usualmente de origen genético, crónicas, que provocan algún tipo de discapacidad o afectación de la salud, que en su mayoría carecen de un tratamiento curativo, y que históricamente, han sido descuidadas desde el ámbito de investigación y desarrollo farmacológico (EURODIS, 2005). Existen algunas circunstancias particulares que afectan a la mayoría de las personas que padece alguna de estas enfermedades:

la falta de conocimiento científico sobre sus enfermedades, la dificultad para el acceso a un diagnóstico correcto, la falta de información y la calidad del apoyo en el momento del diagnóstico, así como también cierto desinterés por parte de los profesionales de la salud (Palau, 2010).

Si bien no existe una única clasificación de este grupo de entre 6.000 y 8.000 condiciones poco frecuentes, Orphanet (2021) propone una clasificación según las principales afecciones: neurológicas, dermatológicas, metabólicas, cardíaca, ósea, respiratoria, inmunológica, entre otras. A su vez, el Ministerio de Salud de la Nación (2021) aprobó un listado de enfermedades poco frecuentes que se encuentran dentro del alcance de la Ley Nacional 26.689 y la posibilidad de que el médico tratante o el equipo de salud que hace el seguimiento registre al paciente en el registro nacional de pacientes con EPOF. Puede afirmarse entonces que las enfermedades poco frecuentes, raras o huérfanas representan un problema de salud pública y un desafío para todos los trabajadores de la salud.

Situación actual en Argentina

En Argentina quienes más han trabajado en difundir los conocimientos actuales sobre las enfermedades poco frecuentes son las asociaciones de pacientes y/o familiares. Muchas de estas asociaciones están agrupadas en la Federación Argentina de Enfermedades Poco Frecuentes [FADEPOF] creada en el año 2011 con la finalidad de reunir a múltiples ONGs y agrupaciones de pacientes y familiares (FADEPOF, s.f.)

Los esfuerzos sostenidos de estas asociaciones cumplieron una meta común, la reglamentación de la Ley Nacional 26.689,

sancionada en el año 2011 y reglamentada en el año 2015, para el cuidado integral de la salud de las personas con enfermedades poco frecuentes. Esta Ley promueve la detección precoz, el diagnóstico, el tratamiento y la consecuente recuperación de la persona con una enfermedad poco frecuente. Propone la creación de un organismo multidisciplinario especializado en estas temáticas y la elaboración de un listado de estas condiciones con sus respectivos datos de prevalencia; entre otros aspectos. Por otro lado, en la provincia de Buenos Aires, existe la Ley N° 14.239, reglamentada en el año 2014 por la cual devino la creación de un Centro Provincial de Referencia, Seguimiento y Divulgación de Enfermedades Raras. Se evidencia aquí la importancia que se le otorga a la contención de estos pacientes. Las autoridades prevén la creación de equipos interdisciplinarios donde la especialidad de Psicología o Psiquiatría se dispone como obligatoria (Ministerio de Salud [MSAL], 2013).

Como limitaciones puede mencionarse que en Argentina aún no se dispone de registros nacionales de prevalencia de enfermedades genéticas y de exposición a factores de riesgo (Penchaszadeh, 2013). Tampoco se cuenta con una amplia trayectoria en el abordaje de las enfermedades poco frecuentes de origen genético desde el campo de la psicología de la salud y se advierte la ausencia de ofertas de posgrado que permitan la capacitación del psicólogo como asesor genético. Si bien este aspecto es una desventaja en comparación con otros contextos con mayor experiencia, puede ser también considerado como una oportunidad de desarrollo a futuro (Baty et al., 2016). Se espera que en los próximos

años el avance en las políticas públicas sea aún mayor, ante la reciente reglamentación de la Ley Nacional 26.689 para el cuidado integral de la salud de las personas con enfermedades poco frecuentes y la creación del Programa Nacional de Enfermedades poco Frecuentes y Anomalías Congénitas.

Rol del psicólogo en el asesoramiento genético

En términos generales, el rol del psicólogo en el asesoramiento genético debería estar dirigido a disminuir el impacto psicológico que puede generar la comunicación del diagnóstico o del riesgo genético (Biesecker, 2010), basándose en un modelo psicoeducacional que promueva el entendimiento y el bienestar psicológico de la persona a partir de favorecer su adaptación a la enfermedad o al riesgo genético (Biesecker, 2001). Promover el entendimiento por parte de la persona, respecto de su condición genética, se relaciona de manera directa con traducir la información proveniente de los resultados del laboratorio a un lenguaje más amigable, para que pueda ser tanto intelectual como emocionalmente procesado (Evans, 2006; Hart et al., 2012; Shiloh et al., 2006b).

Aquellas personas que acuden a un asesoramiento genético suelen sentirse confundidas y emocionalmente desbordadas por esta nueva información que se les brindó, por este motivo se destaca que un buen asesor debe poder desplegar sus conocimientos en técnicas de psicoterapia para poder ser de ayuda (Yager, 2014). Se las debe orientar para que puedan comprender y logren adaptarse a las implicancias médicas, psicológicas y familiares de las contribuciones genéticas de su enfermedad (Resta et al., 2006). El

objetivo principal es incrementar o potenciar la capacidad de la persona y su familia para utilizar esta información de un modo personal y significativa, promoviendo el entendimiento, facilitando el proceso de toma de decisiones, reduciendo el malestar psicológico, aumentando el sentido de control personal y favoreciendo su adaptación a los eventos estresantes (Biesecker & Peters, 2001).

De esta forma el abordaje del impacto psicológico del diagnóstico por parte del asesor le permite a la persona dar significado a su situación para poder adaptarse a ella (Helm, 2015). Se busca que el paciente pueda incorporar esa información a su vida cotidiana, lo cual incluye ayudarlos a pensar cómo transmitirlo a sus familiares (Middleton et al., 2014a). Sin embargo, según algunos trabajos de revisión publicados en los últimos años, el proceso de comunicación sigue orientado principalmente hacia la información de los resultados, sin poner especial foco en los aspectos psicológicos (Paul et al., 2015; Skirton et al., 2014).

Repercusiones psicológicas del asesoramiento genético en pediatría

Como se ha mencionado, las enfermedades poco frecuentes son condiciones crónicas, que frecuentemente tienen una causa genética y en su mayoría presentan sus manifestaciones clínicas desde la infancia. En estos casos, los padres del niño recurren a un médico genetista en busca de un diagnóstico. Para arribar al resultado el médico suele indicar pruebas genéticas de laboratorio, las cuales producen en los padres un impacto psicológico en términos de estrés, ansiedad, dolor, y tristeza; dando lugar a la aparición de sentimientos de

preocupación, incertidumbre, ira, vergüenza y culpa (Biesecker, 2010; Dinc & Terzioğlu, 2006; Kessler et al, 1984; McAllister et al., 2007). La comunicación de un diagnóstico, la falta del mismo, o el riesgo de desarrollar o transmitir una enfermedad, puede generar desorientación o una crisis a nivel familiar (Biesecker, 2010).

Como es de esperar, se ha demostrado que el impacto es más significativo cuando el diagnóstico es positivo (González-Lamuño & Fuentes, 2008) debido, en parte, a la pérdida de la expectativa de un hijo saludable (Biesecker & Erby, 2008). Al mismo tiempo se pudo observar que el impacto es mayor en las madres, por ser quienes más se preocupan por la salud y el desarrollo de sus hijos como establecen distintos estudios (Ballesteros de Valderrama et al., 2006).

Es importante considerar que el niño, y sus familiares, mayormente llegan al asesoramiento genético en su momento más vulnerable (Middleton et al., 2014a). En general, previamente han sido derivados a diferentes especialistas en búsqueda de respuestas o explicaciones a los síntomas de sus pequeños. En ocasiones esta incertidumbre previa al diagnóstico no concluye en esta etapa debido a que el asesoramiento genético no siempre está acompañado de la contención y orientación familiar necesaria (Vázquez, 2012). Según algunos estudios el asesoramiento genético es vivido por los padres como una experiencia emocionalmente difícil dado que las enfermedades poco frecuentes son condiciones muy poco conocidas; consecuentemente, los padres del niño no suelen tener información previa sobre la enfermedad, el impacto emocional es más significativo que en otras consultas médicas

y puede llegar a generar cambios en el grupo familiar (González-Lamuño & Fuentes, 2008). En ocasiones los padres reconocen no haber entendido o estar confundidos sobre la información que reciben debido al lenguaje técnico y la falta de oportunidades para poder hacer preguntas (Ashtiani et al., 2014; Gallo, Knafl & Angst, 2009). De este modo, puede identificarse que uno de los principales obstáculos de este proceso es la comprensión de la información.

Como una medida del impacto del diagnóstico, algunos autores diseñaron un instrumento para evaluar el empoderamiento de los padres (*empowerment*); este concepto está relacionado con la capacidad para tomar decisiones, y el sentimiento de tener control sobre aspectos relacionados con la salud (McAllister et al., 2011; McAllister et al., 2012). Se ha podido observar que los padres que experimentan mayores niveles de incertidumbre sienten menos control sobre la condición que afecta la salud de sus hijos, lo que puede conducir a un afrontamiento menos eficaz y a una peor adaptación. Esto se manifiesta de manera más aguda en padres menos optimistas y que perciben una mayor severidad en la enfermedad de sus hijos (Madeo et al., 2012).

En base a lo mencionado, puede sostenerse que si un niño tiene una enfermedad genética o existe el riesgo de padecerla, el núcleo familiar se verá afectado. Esta situación hace indispensable un abordaje bio-psicosocial (Ferrerías et al., 2011), con intervenciones multidimensionales que consideren las necesidades particulares de cada familia con el propósito de favorecer su adaptación psicológica al diagnóstico (Biesecker & Erby, 2008; Gallo et al., 2010). Este núcleo familiar deberá reorganizarse

para encontrar la mejor manera de hacer frente a sus preocupaciones, relacionadas con la cobertura social del niño, su rendimiento en el colegio y el modo de articular los cuidados de su hijo y responder a las obligaciones laborales (Gallo et al., 2008).

Dada su baja prevalencia, las llamadas enfermedades poco frecuentes tienen poca difusión en la comunidad, por lo tanto, es necesario que se brinde orientación adecuada a los padres para que ellos puedan generar un ambiente más propicio para el niño, compartiendo la información en los diferentes ámbitos en los que desarrolla sus actividades como pueden ser los familiares, escolares o comunitarios. A su vez, es central asesorar a los padres sobre cómo éstos deben comunicarle al niño su diagnóstico, este punto se considera clave para el logro de una aceptación saludable (Gallo, Knafl & Angst, 2009; Gallo, Angst & Knafl, 2009; Ulph et al., 2010) y en consecuencia para una mayor adhesión al tratamiento. Por ello se deben brindar oportunidades a los padres para que sean participantes activos dentro de este asesoramiento (Babul-Hirji et al., 2010).

Un factor importante a considerar es la tendencia que pueden tener en sobreproteger a sus hijos o en aferrarse a ellos; es allí donde el psicólogo debe intervenir para contener la angustia y ansiedad de los padres (Evans, 2006). Para estos núcleos familiares es muy importante lograr llevar adelante una vida cotidiana familiar convencional y satisfactoria (Knafl et al., 2010), siendo el asesoramiento genético el primer lugar desde el cual se puede favorecer esto. Si bien las condiciones genéticas tienen el potencial de generar importantes consecuencias negativas en la vida de los niños, hacer hincapié por parte del asesor en ciertos factores como el

bienestar psicológico, el afrontamiento, y la percepción de la enfermedad puede mejorar significativamente su calidad de vida (Cohen & Biesecker, 2010).

Discusión y conclusiones

El presente artículo buscó reflexionar sobre el rol del psicólogo en el abordaje de personas con un diagnóstico de una enfermedad poco frecuente. Considerando que se trata de un conjunto de condiciones huérfanas de investigación, tratamiento y políticas públicas, este trabajo es una invitación a los profesionales de la salud mental para comprometerse en el acompañamiento a las familias y en el desarrollo de mayor conocimiento científico.

Como se ha mencionado, las enfermedades poco frecuentes, raras o huérfanas continúan teniendo una escasa difusión en la comunidad científica y no científica, generando mayores dificultades en el proceso diagnóstico y un largo peregrinar de la familia entre distintos especialistas. Son muchos los avances que se han realizado en el estudio de la genética humana, llegando incluso a reemplazarse el término de asesoramiento genético por el de asesoramiento genómico. Pero esto ha instalado nuevos dilemas para el asesoramiento familiar, porque no siempre es clara la relación entre mutaciones y variantes halladas en el genoma y el cuadro clínico. Algo similar ocurre con los avances en las oportunidades terapéuticas, cada vez es más frecuente empezar a escuchar hablar de terapias génicas. Esto supone dos conflictos importantes, por un lado, la tecnología avanza a pasos agigantados, sin demasiado tiempo para que los profesionales puedan

capacitarse de manera adecuada, dejando a los miembros de la sociedad aún menos preparados para beneficiarse de esta nueva información. Por otra parte, las terapias farmacológicas diseñadas para el tratamiento de enfermedades poco frecuentes suelen ser muy costosas, como es el caso de la terapia génica, dificultando el acceso equitativo a ellas.

Según los estudios revisados el asesoramiento genético es vivido por las familias como una experiencia emocionalmente difícil. Muchas veces, lo primero que necesita la persona que consulta, o su familia en el caso de niños, es ser escuchada, para que pueda libremente expresar sus miedos, inquietudes y ansiedades sobre el futuro. El rol de un psicólogo debe estar dirigido a contener la angustia que esta situación puede generar. Cuando se trata de una consulta pediátrica no solo se debe tener en cuenta los aspectos emocionales de los padres, sino también del propio niño, más aún cuando la enfermedad requiere de un tratamiento prolongado como ocurre en toda enfermedad crónica. Esto puede lograrse a partir de un proceso psicoeducativo que oriente a la persona que consulta, o en el caso de niños a sus padres, con el fin último de empoderarlos; es decir que puedan usar la información que se les brinda de un modo personal, sintiéndose capaces de tomar decisiones respecto de su salud, o la de sus hijos.

Del mismo modo que se ha visto una evolución en los términos para referirse a condiciones poco frecuentes en la población y se ha dado una evolución en los métodos diagnósticos y las oportunidades terapéuticas, se espera de manera muy necesaria que haya una evolución en el campo de la psicología

para poder acompañar mejor a estas familias. Se plantea la necesidad de abordar los aspectos psicológicos de las enfermedades genéticas, y esto no solo en los niños sino también en sus padres y cuidadores.

Las implicancias de este artículo para el trabajo clínico podrían resumirse en comenzar a pensar en la oportunidad de brindar acompañamiento psicoeducativo a las familias en tres momentos claves: búsqueda del diagnóstico, comunicación del diagnóstico y adherencia al tratamiento. En el ámbito académico se plantea la necesidad de desarrollar estudios de variables

psicológicas asociadas al asesoramiento genético, como la alfabetización en genética, el empoderamiento y la adaptación psicológica al diagnóstico; así como también el desarrollo de estudios que demuestran la eficacia de intervenciones psicológicas en esta población.

Sin lugar a dudas, queda mucho por seguir trabajando desde el campo de la psicología, tanto en la investigación como en la práctica clínica, para mejorar la calidad de vida de las familias que conviven con un diagnóstico poco frecuente.

Referencias Bibliográficas

- Ashtiani, S., Makela, N., Carrion, P., & Austin, J. (2014). Parents' experiences of receiving their child's genetic diagnosis: A qualitative study to inform clinical genetics practice. *American Journal of Medical Genetics Part A*, 164(6), 1496-1502. <https://doi.org/10.1002/ajmg.a.36525>
- Austin, J., Semaka, A., & Hadjipavlou, G. (2014). Conceptualizing genetic counseling as psychotherapy in the era of genomic medicine. *Journal of genetic counseling*, 23(6), 903-909. <https://doi.org/10.1007/s10897-014-9728-1>
- Avellaneda, A., Izquierdo, M., Torrent-Farnell, J., & Ramón, J.R. (2007). Enfermedades raras: enfermedades crónicas que requieren un nuevo enfoque sociosanitario. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(2), 177-190. Recuperado de http://scielo.escii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000300002&lng=es&tlng=pt.
- Babul-Hirji, R., Hewson, S., & Frescura, M. (2010). A sociolinguistic exploration of genetic counseling discourse involving a child with a new genetic diagnosis. *Patient education and counseling*, 78(1), 40-45. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.06.007>
- Ballesteros de Valderrama, B. P., Novoa Gómez, M. M., Muñoz, L., Suárez, F. & Zarante, I. (2006). Calidad de vida en familias con niños menores de dos años afectados por malformaciones congénitas perspectiva del cuidador principal. *Universitas Psychologica*, 5(3), 457-474. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000300003&lng=pt&tlng=pt

- g=es.
- Baty, B. J., Trepanier, A., Bennett, R. L., Davis, C., Erby, L., Hippman, C., Lerner, B., Matthews, A., Myers, M. F., Robbins, C. B. & Singletary, C. N. (2016). Developing a Model of Advanced Training to Promote Career Advancement for Certified Genetic Counselors: An Investigation of Expanded Skills, Advanced Training Paths, and Professional Opportunities. *Journal of genetic counseling*, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s10897-015-9916-7>
- Biesecker, B. B. (2001). Goals of genetic counseling. *Clinical genetics*, 60(5), 323-330. <https://doi.org/10.1034/j.1399-0004.2001.600501.x>
- Biesecker, B. B. (2010). Genetic Counselling: Psychological Issues. *Encyclopedia of Life Sciences (ELS)*. <https://doi.org/10.1002/9780470015902.a0005616.pub2>
- Biesecker, B. B., & Erby, L. (2008). Adaptation to living with a genetic condition or risk: a mini-review. *Clinical genetics*, 74(5), 401-407. <https://doi.org/10.1111/j.1399-0004.2008.01088.x>
- Biesecker, B. B., & Peters, K. F. (2001). Process studies in genetic counseling: peering into the black box. *American Journal of Medical Genetics*, 106(3), 191-198. <https://doi.org/10.1002/ajmg.10004>
- Boycott, K. M., Vanstone, M. R., Bulman, D. E., & MacKenzie, A. E. (2013). Rare-disease genetics in the era of next-generation sequencing: discovery to translation. *Nature Reviews Genetics*, 14(10), 681-691. <https://doi.org/10.1038/nrg3555>
- Cohen, J. S., & Biesecker, B. B. (2010). Quality of life in rare genetic conditions: a systematic review of the literature. *American Journal of Medical Genetics Part A*, 152(5), 1136-1156. <https://doi.org/10.1002/ajmg.a.33380>
- Dinc, L., & Terzioğlu, F. (2006). The psychological impact of genetic testing on parents. *Journal of clinical nursing*, 15(1), 45-51. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01228.x>
- Evans, C. (2006). *Genetic counselling: a psychological approach*. Cambridge University Press.
- Federación Argentina de Enfermedades Poco Frecuentes [FADEPOF]. (s.f.). *Acerca de FADEPOF*. https://fadepof.org.ar/diamundial/acerca_de_fadepof.php
- Ferreras, A. P., Gomariz, M. J. B., & Lozano, M. P. F. (2011). Las enfermedades raras: naturaleza, características e intervención biopsicosocial. *Portularia: Revista de Trabajo Social*(11), 11-23. <https://doi.org/10.5218/prts.2011.0002>
- Gallo, A. M., Angst, D. B., & Knafl, K. A. (2009). Disclosure of genetic information within families: how nurses can facilitate family communication. *The American journal of nursing*, 109(4), 65. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000348607.31983.6e>
- Gallo, A. M., Angst, D. B., Knafl, K. A., Twomey, J. G., & Hadley, E. (2010). Health care professionals'

- views of sharing information with families who have a child with a genetic condition. *Journal of genetic counseling*, 19(3), 296-304. <https://doi.org/10.1007/s10897-010-9286-0>
- Gallo, A. M., Hadley, E. K., Angst, D. B., Knafl, K. A., & Smith, C. A. M. (2008). Parents' Concerns About Issues Related to Their Children's Genetic Conditions. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 13(1), 4-14. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2008.00129.x>
- Gallo, A. M., Knafl, K. A., & Angst, D. B. (2009). Information management in families who have a child with a genetic condition. *Journal of pediatric nursing*, 24(3), 194-204. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2008.07.010>
- González-Lamuño, D., & Fuentes, M. G. (2008). Enfermedades raras en pediatría Rare diseases in paediatrics. *An. Sist. Sanit. Navar*, 31(Suplemento 2). Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v31s2/original3.pdf>
- Gunder, L., & Martin, S. (2010). *Essentials of medical genetics for health professionals*: Jones & Bartlett Learning.
- Harper, P. S. (1988). *Practical genetic counselling*. Elsevier.
- Hart, K. J., Baldwin, E. E., & Best, D. H. (2012). The Role of Genetic Counseling in Everyday Medical Practice *Molecular Genetics and Personalized Medicine* (pp. 199-213): Springer.
- Helm, B. M. (2015). Exploring the Genetic Counselor's Role in Facilitating Meaning-Making: Rare Disease Diagnoses. *Journal of genetic counseling*, 24, 205-212. <https://doi.org/10.1007/s10897-014-9812-6>
- Hernández, A. M. B., & Alcaraz, J. F. (2013). Internacionalización, formación y análisis de la realidad. Tres conceptos esenciales en el desarrollo de acciones positivas por parte de FEDER (Federación Española de Enfermedades Raras). *Revista Española de Discapacidad*, 1(2), 135-141. Recuperado de <https://www.cedd.net/redis/index.php/redis/article/view/69>
- Kessler, S. (1992). Psychological aspects of genetic counseling. VIII. Suffering and countertransference. *Journal of genetic counseling*, 1(4), 303-308. <https://doi.org/10.1007/BF00962826>
- Kessler, S. (1997). Psychological aspects of genetic counseling. X. Advanced counseling techniques. *Journal of genetic counseling*, 6(4), 379-392. <https://doi.org/10.1023/A:1025644825912>
- Kessler, S. (1998). Psychological aspects of genetic counseling: XII. More on counseling skills. *Journal of genetic counseling*, 7(3), 263-278. <https://doi.org/10.1023/A:1022895207096>
- Kessler, S. (1999). Psychological aspects of genetic counseling: XIII. Empathy and decency. *Journal of genetic counseling*, 8(6), 333-343. <https://doi.org/10.1023/A:1022967208933>
- Kessler, S. (2001). Psychological aspects of genetic counseling.

- XIV. Nondirectiveness and counseling skills. *Genetic Testing*, 5(3), 187-191. <https://doi.org/10.1089/10906570152742227>
- Knafl, K. A., Darney, B. G., Gallo, A. M., & Angst, D. B. (2010). Parental perceptions of the outcome and meaning of normalization. *Research in nursing & health*, 33(2), 87-98. <https://doi.org/10.1002/nur.20367>
- Madeo, A. C., O'Brien, K. E., Bernhardt, B. A., & Biesecker, B. B. (2012). Factors associated with perceived uncertainty among parents of children with undiagnosed medical conditions. *American Journal of Medical Genetics Part A*, 158(8), 1877-1884. <https://doi.org/10.1002/ajmg.a.35425>
- McAllister, M., Davies, L., Payne, K., Nicholls, S., Donnai, D., & MacLeod, R. (2007). The emotional effects of genetic diseases: implications for clinical genetics. *American Journal of Medical Genetics Part A*, 143(22), 2651-2661. <https://doi.org/10.1002/ajmg.a.32013>
- McAllister, M., Dunn, G., Payne, K., Davies, L., & Todd, C. (2012). Patient empowerment: the need to consider it as a measurable patient-reported outcome for chronic conditions. *BMC health services research*, 12(1), 157. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-157>
- McAllister, M., Wood, A. M., Dunn, G., Shiloh, S., & Todd, C. (2011). The Genetic Counseling Outcome Scale: a new patient-reported outcome measure for clinical genetics services. *Clinical genetics*, 79(5), 413-424. <https://doi.org/10.1111/j.1399-0004.2011.01636.x>
- Ministerio de Salud de la Nación (2013). Cuidado integral de personas con enfermedades raras. *Serie la APS renovada en la Provincia de Buenos Aires*. Argentina: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- Ministerio de Salud de la Nación (6 de octubre del 2021). Listado de enfermedades poco frecuentes en Argentina. Argentina.gob.ar <https://www.argentina.gob.ar/salud/pocofrecuentes/listado>
- Orphanet (6 de octubre 2021). Clasificación de Orphanet de las enfermedades genéticas raras. Orphanet. https://www.orphanet/consor/cgi-bin/Disease_Classif.php?lng=ES&data_id=156&PatId=13071&search=Disease_Classif_Simple&new=1
- Palau, F. (2010). Enfermedades raras, un paradigma emergente en la medicina del siglo XXI. *Medicina clínica*, 134(4), 161-168. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2009.06.038>
- Paul, J., Metcalfe, S., Stirling, L., Wilson, B., & Hodgson, J. (2015). Analyzing communication in genetic consultations—A systematic review. *Patient education and counseling*, 98(1), 15-33. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.09.017>
- Penchaszadeh, V. B. (2013). Genetic testing and services in Argentina. *Journal of community genetics*, 4(3), 343-354. <https://doi.org/10.1007/s12687-012-0093-1>

- Resta, R., Biesecker, B. B., Bennett, R. L., Blum, S., Estabrooks Hahn, S., Strecker, M. N., & Williams, J. L. (2006). A new definition of genetic counseling: National Society of Genetic Counselors' task force report. *Journal of genetic counseling*, 15(2), 77-83. <https://doi.org/10.1007/s10897-005-9014-3>
- Sheth, F., Sheth, H., Pritti, K., Tewari, S., Desai, M., Patel, B., & Sheth, J. (2014). Evolution of Cytogenetics in Disease Diagnosis. *Journal of Translational Toxicology*, 1(1), 3-9. <https://doi.org/10.1166/jtt.2014.1008>
- Shiloh, S. (1996). Genetic counseling: A developing area of interest for psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27(5), 475. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.27.5.475>
- Shiloh, S., Berkenstadt, M., Meiran, N., Bat-Miriam-Katznelson, M., & Goldman, B. (1997). Mediating Effects of Perceived Personal Control in Coping With a Health Threat: The Case of Genetic Counseling1. *Journal of Applied Social Psychology*, 27(13), 1146-1174. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1997.tb01799.x>
- Shiloh, S., Gerad, L., & Goldman, B. (2006a). The facilitating role of information provided in genetic counseling for counselees' decisions. *Genetics in Medicine*, 8(2), 116-124. <https://doi.org/10.1097/01.gim.0000196823.50502.a4>
- Shiloh, S., Gerad, L., & Goldman, B. (2006b). Patients' information needs and decision-making processes: What can be learned from genetic counselees? *Health Psychology*, 25(2), 211-219. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.25.2.211>
- Skirton, H., Cordier, C., Ingvaldstad, C., Taris, N., & Benjamin, C. (2014). The role of the genetic counsellor: a systematic review of research evidence. *European Journal of Human Genetics*. <https://doi.org/10.1038/ejhg.2014.116>
- Thomas, S., & Caplan, A. (2019). The orphan drug act revisited. *Jama*, 321(9), 833-834. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.0290>
- Ulph, F., Leong, J., Glazebrook, C., & Townsend, E. (2010). A qualitative study exploring genetic counsellors' experiences of counselling children. *European Journal of Human Genetics*, 18(10), 1090-1094. <https://doi.org/10.1038/ejhg.2010.86>
- Vázquez, N. (2012). Aprendizaje colaborativo en investigadores sobre discapacidad. En EDUCA (Ed.), *Discapacidad e investigación: aportes desde la práctica*. Buenos Aires, Argentina.
- Yager, G. G. (2014). Commentary on "Conceptualizing Genetic Counseling as Psychotherapy in the era of Genomic Medicine". *Journal of genetic counseling*, 23(6), 935-937. <https://doi.org/10.1007/s10897-014-9734-3>

Víctimas silenciosas: exposición a violencia de género en niños y niñas

Silent Victims: boys and girls exposed to gender-based violence

Alvaro Capano-Bosch*
Natalie Massonnier**

Resumen

El artículo plantea un tema relevante, actual y de gran preocupación para la sociedad, como es la violencia dirigida a la infancia en el ámbito familiar, específicamente la exposición a la violencia de género en la pareja. En Uruguay, a pesar de los altos guarismos de violencia que viven niños y niñas en el espacio doméstico, la exposición es una temática desde el punto de vista académico y profesional con un escaso desarrollo. La revisión bibliográfica es un primer aporte que tiene por objetivo realizar un recorrido sobre la conceptualización, clasificación y consecuencias en niños y niñas de la exposición a la violencia de género en la pareja. Entre las consecuencias más impactantes se destaca el hecho de ser considerada una experiencia traumática que genera graves consecuencias psicológicas

que influyen en el bienestar emocional, las relaciones familiares, la salud mental y física de niños y niñas. A corto y mediano plazo, sería muy importante avanzar con estudios empíricos que permitan producir intervenciones eficaces basadas en la evidencia.

Palabras claves: experiencia traumática, maltrato, víctimas directas, violencia de género en la pareja.

Abstract

The article raises a current and significant issue of great concern to society, that is, violence targeted towards children within the family, more specifically, their exposure to gender-based violence among the parents. In Uruguay, despite the high numbers of violence experienced by children within their home; the issue of exposure has not

*Universidad Católica del Uruguay. Facultad de Ciencias de la Salud. Profesor ; Asociación Civil SOMOS. Co-director. Mail de contacto: alvaro.capano@ucu.edu.uy

**Asociación Civil SOMOS. Integrante del equipo técnico. Mail de contacto: natalie.massonnier@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.46553/RPSI.17.34.2021.p47-61>

Fecha de recepción: 18 de marzo de 2021 - Fecha de Aceptación: 20 de octubre de 2021

been properly addressed neither scholarly nor professionally. The literature review is a first step which seeks to review the conceptualization, classification, and consequences of children exposure to gender-based violence among their parents. The most striking of consequences includes that this violence is considered a trauma event that causes severe psychological impacts in children, affecting their emotional well-being, their family relations, their mental and physical health. It would be especially important, both in the short and medium term, to progress empirical studies that allow for appropriate and efficient evidence-based interventions.

Key words: traumatic event, abuse, direct victims, gender-based violence in couples

Introducción

El artículo tiene como objetivo realizar un recorrido sobre la conceptualización, clasificación y consecuencias en niños y niñas de la exposición a la violencia de género en la pareja. Este primer aporte bibliográfico, pretende favorecer la comprensión sobre la forma en que los niños y niñas viven los eventos traumáticos. Forma parte de una línea de investigación en desarrollo, que se ha propuesto como meta restaurar el equilibrio en la vida de los niños, niñas y sus familias.

La violencia contra la mujer es una de las epidemias más trascendentes de nuestro tiempo, impactando en la salud pública y menoscabando los derechos humanos de las personas (García-Moreno et al., 2006). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013a), ha señalado que la violencia contra las mujeres es un problema

global de proporciones epidémicas. Con respecto a la prevalencia, tres de cada diez mujeres han sido víctimas de violencia sexual o física por parte de su compañero. La violencia hacia las mujeres, delimitada en esta revisión como violencia de género en la pareja (VGP), es una problemática que nos concierne a todos/as, nos interpela de forma permanente en busca de una mayor conciencia del problema, como forma de prevenirla y/o con el objetivo de generar nuevas estrategias de afrontamiento y resolución de la misma. La VGP, se presenta en diversos contextos y grupos socioeconómicos, religiosos y culturales (OMS, 2013b).

Cabe consignar que la VGP puede comprender acciones y situaciones desde conflictos verbales hasta el abuso físico que amenace la vida (Edleson et al., 2008). Vivir en una familia donde la madre sufre situaciones de violencia significa estar expuesto a situaciones de opresión y control y a un modelo de relación basada en el abuso de poder y la desigualdad (Ohlson, 2010). Existe una fuerte correlación entre violencia doméstica y abuso infantil directo, no obstante, de forma indirecta, los niños, niñas y adolescentes (NNA) también pueden verse afectados al verla o escucharla (Lloyd, 2018). En este sentido, cabe consignar que la exposición a la violencia de género en la pareja (EVGP) era reconocida como una forma indirecta de violencia y se denominaba a los NNA como testigos pasivos de la violencia o a la situación como daño colateral (Callaghan et al., 2015; Lloyd, 2018). Desde no hace tanto tiempo se la refiere como una forma directa de maltrato infantil (Callaghan et al., 2015; Código del Niño y el Adolescente del Uruguay, 2018; MacMillan & Wathen, 2014; McTavish et

al., 2016; Ministerio de Sanidad, Servicio Social e Igualdad, 2015).

El maltrato, los abusos y la violencia doméstica que tienen como víctimas a NNA son ejercidos por personas que deberían ofrecer su afecto. De esta forma, al quedar traumatizados se extingue la posibilidad de ser protegidos y amparados por las personas que los NNA aman. Si las personas que pueden cuidarlos y protegerlos los atemorizan o rechazan, los NNA aprenden a desconectarse y a desconocer lo que sienten (Van der Kolk, 2017). Desde el punto de vista biológico, cuando los sistemas de respuesta al estrés de un niño/a son activados en un ambiente donde hay relaciones de apoyo con los adultos, los efectos fisiológicos —aumento en el ritmo cardíaco, en la presión arterial y en los niveles de estrés hormonal— son amortiguados por las respuestas de afrontamiento adaptativas y son restaurados a sus niveles básicos, lo que conduce a un desarrollo de competencias sanas para el manejo del estrés a lo largo del tiempo (Shonkoff & Karakowsky, 2014). La resistencia o vulnerabilidad al estrés depende de la tolerancia o sensibilización del sistema neurológico de la persona, lo cual contribuye a explicar con más detalle la diferencia entre trauma y estrés. Los músculos que permanecen inactivos se debilitan, mientras que los activos se fortalecen, este principio se denomina *usodependiente*. De manera similar, cuanto más se activa un sistema en el cerebro, más conexiones sinápticas construirá o mantendrá ese sistema. Cuando se produce de forma pautada, predecible y moderada, es el estrés lo que permite que un sistema sea más fuerte y capaz desde un punto de vista operativo. Sin embargo, el patrón y la intensidad de la experiencia

importan (Perry & Szalavitz, 2017, p.56). Son las interacciones con los cuidadores las que transmiten qué es seguro y qué es peligroso, con quién se cuenta y con quién no. Esta información se encuentra en los circuitos cerebrales y forma la plantilla de la percepción sobre sí mismo y del mundo que lo rodea. El apego seguro se desarrolla cuando los cuidados incluyen una sintonización emocional y física, incluso en los niveles más sutiles de interacción (Van der Kolk, 2017).

Antecedentes de violencia hacia mujeres, niños/as y adolescentes

En Uruguay, se realizó en el año 2013 la primera Encuesta Nacional de Prevalencia de Violencia Basada en Género y Generaciones (EVBGG), en la que se encuestó a 3732 mujeres de 15 años o más. Surge, que el 68,8% vivió algún tipo de violencia en algún ámbito —privado o público— a lo largo de la vida. Específicamente en cuanto a las relaciones de pareja, el 45,4% refirió haber sufrido violencia a lo largo de la vida y consultadas sobre los últimos 12 meses, el porcentaje alcanza el 23,7%. Asimismo, la encuesta releva consecuencias psíquicas/emocionales en las mujeres que han vivido VGP o expareja a lo largo de la vida. El 55,4% refiere haber sufrido depresión, angustia, tristeza o miedo, el 38,4% manifiesta haber tenido dificultades en el sueño, el 33,2% agresividad o mal humor, el 28,2% padecieron problemas o alteraciones alimenticias en tanto el 21,6% ideas o deseos de morir y suicidarse.

Un último dato que parece significativo es que el 34,2% de las encuestadas declaran haber experimentado alguna forma de violencia —física,

psicológica y sexual— durante su infancia (Instituto Nacional de Estadística e Instituto Nacional de las Mujeres, 2013). En tanto, durante el año 2019 se realizó la segunda EVBGG, se encuestó a 3771 mujeres mayores de 15 años; arrojando que, una de cada tres mujeres, sufrió alguna forma de violencia en su infancia —antes de los 15 años—, en tanto, el 47% de las encuestadas, refiere haber vivido situaciones de VGP o expareja a lo largo de toda su vida y el 19,5% en los últimos 12 meses. En tanto el porcentaje de mujeres que refiere haber atravesado situaciones de violencia en cualquier ámbito a lo largo de su vida fue de 76,7%, lo que representa más de 1,1 millones de mujeres. En cuanto al hecho de haber sufrido VGP o expareja en los últimos 12 meses en presencia de niños y niñas, el 28,8% de las mujeres mayores de 15 años manifiesta haber padecido actos de violencia con esas características, mientras que un 20% refiere que se ejerció actos violentos hacia los niños/as (Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Desarrollo Social y Ministerio del Interior, 2019).

Por otra parte, según datos del Ministerio del Interior (2020), se efectuaron 33.004 denuncias de violencia doméstica entre enero y octubre 2020, 5,5% más que el año 2019, siendo el 71,2% de las víctimas mujeres. En cuanto a la tipología de violencia denunciada, el 49,7% de ellas fueron por violencia psicológica, el 41,8% violencia física con un 64,6% de lesiones, un 5,6% violencia sexual y un 2,6% violencia patrimonial o económica. En el 61,1% de los casos los que ejercieron la violencia fueron exparejas o vínculo afectivo-sexual y en un 49,2% de las situaciones se constató

la presencia de NNA, adoptándose en un 55,8% medidas de protección. En cuanto al programa de dispositivos electrónicos, se colocaron 1720 tobilleras en el año 2020 y 1650 en el 2019, siendo el 87% de los dispositivos colocados a parejas o exparejas.

Según el Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV) en su Informe de Gestión (2020), refiere que de las 4.911 situaciones atendidas de violencia severa hacia la infancia —2,8% más que el informe del año anterior—, 56% se dieron en niñas o adolescentes mujeres y 44% en varones. En cuanto a la tipología, el 34% han sufrido situaciones de maltrato emocional, 19% maltrato físico, 19% abuso sexual, un 26% negligencia y un 2% explotación sexual. Por otra parte, se consigna que el 89% de esta violencia es crónica y el 75% es recurrente.

Presencia de NNA en situaciones de VGP

Diversas investigaciones como la Macroencuesta Española de Violencia contra la Mujer (2015), realizada con una muestra de $n=10.171$, refiere que el 63,6% del total de mujeres que sufrieron violencia de género manifiesta que sus hijos/as han presenciado o escuchado las situaciones de violencia. De éstos el 92,5% eran menores de 18 años, en tanto el 64,5% de los mismos habían sido maltratados (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015). La misma encuesta, realizada por el Ministerio de Igualdad durante el 2019 ($n=9568$), refiere que el 89,6% de las mujeres víctimas de violencia de género de alguna pareja, tenían hijos/as menores de edad que presenciaron o escucharon la violencia contra su madre. En tanto, el 51,7% de los NNA que presenciaron

o escucharon la violencia contra sus madres, también sufrieron ellos mismos violencia a manos de la pareja violenta.

En este sentido, cabe señalar que muchos testigos de violencia doméstica también son víctimas de otras formas de maltrato, apoyando el modelo de polivictimización (Hamby et al., 2010) y demostrando la co-ocurrencia o superposición de diversas formas de victimización (Bidarra et al., 2016; Finkelhor et al., 2007).

Asimismo, el 1er. Índice Nacional de Violencia Machista (Argentina), refiere que de las 59.380 mujeres y mujeres trans mayores de 13 años entrevistadas, el 67% relatan haber vivido violencia de pareja, el 59% refiere haber sido agredida delante de sus hijos, el 22% que sus hijos fueron agredidos para castigarla, el 16% recibió amenazas con hacerles algo a sus hijos si no obedecían y para el 5% su pareja las obligó a mantener relaciones sexuales frente a los hijos/as (Beck & Romeo, 2016).

En tanto, un estudio realizado con 83 expedientes de mujeres víctimas de violencia de género de entre 18 y 48 años, residentes en casas de acogida, refieren que el 87% de los hijos e hijas habían estado expuestos al maltrato hacia la madre (Rosser, Suria & Villegas, 2013). Por su parte, Bayarri et al. (2011) realizaron una investigación con 117 mujeres víctimas de VG, de la misma surge que de los 166 hijos e hijas de estas mujeres, el 46,39% habían sido testigo de los conflictos, el 37,96% se había visto involucrado en el episodio, en tanto el 15,66% habían sido víctimas directas de la violencia. Los niños/as víctimas directas de VGP, presentaron más trastornos del ánimo que los niños testigos o involucrados. El efecto de la exposición no guarda relación

con el sexo y la edad de los niños. En otra investigación realizada en Estados Unidos, sobre 1581 delitos por violencia doméstica, se refiere que en el 43% de los casos había niños en el hogar y de éstos el 95% experimentó exposición sensorial a la violencia. Los NNA participaron de la situación de violencia siendo parte precipitante de la violencia, pidiendo ayuda o estando físicamente involucrados (Fusco & Fantuzzo, 2009). En otro estudio, se evaluaron los registros de mujeres (n=918) admitidas en dos tipos de refugios, del análisis se concluye que de los hijos/as de estas mujeres, el 80 a 90% habían sido testigos de la violencia sufrida por sus madres y más de la mitad fueron víctimas directas de la violencia (Fernández-González et al., 2018).

Clasificación de la EVGP en NNA

Los NNA son expuestos a la VGP de diversas formas. Pueden oír a un padre, madre o responsable amenazar, rebajar y descalificar al otro, o verlo enojado o temeroso. Pueden ver u oír a uno de los padres causar daño físico o lesiones al otro o destruir cosas, los niños pueden vivir con el temor de que algo “malo” vaya a ocurrir de nuevo, incluso pueden ser víctimas de maltrato (The National Child Traumatic Stress Network, 2014).

Consecuencias en los NNA de la EVGP

En el ámbito internacional, existe un amplio consenso a nivel académico y clínico, sobre las nefastas repercusiones que tiene la EVGP, dado que configura una experiencia traumática infantil, persistiendo y afectando la vida diaria, incluso una vez finalizados los hechos. Se destacan las graves consecuencias psicológicas, que influyen

Tabla 1*Tipos de exposición*

Tipología	Definición	Ejemplo
Exposición prenatal	Efectos reales o imaginarios en el feto en desarrollo	Feto agredido en el útero. Madre embarazada vivió terror. Los efectos de la violencia son muy nocivos.
Intervención	El niño/a intenta física o verbalmente detener la violencia	Pide a sus padres que paren e intenta defender a su madre
Victimización	El niño/a es agredido física o verbalmente durante los incidentes	Niño/a agredido accidental o intencionalmente durante los incidentes
Participación	El niño/a es forzado a participar de los incidentes o participa voluntariamente	El niño/a es obligado a participar: es utilizado para espiar a la madre o burlarse de ella.
Observación	El niño/a observa de forma directa las agresiones	Ven o escuchan las agresiones físicas o verbales
Escucha	Escucha las agresiones	Oye gritos, amenazas, etc
Observar las consecuencias iniciales	Ve las consecuencias inmediatas de las agresiones	Ve contusiones o heridas, policía, ambulancias, daños en el hogar, intensas emociones.
Observar las secuelas	Los niños sufren las consecuencias de las agresiones en su día a día	Sufre la depresión materna, cambios en el rol parental, ausencia del padre, reubicación
Escuchar hablar sobre lo sucedido	El niño/a escucha ciertas cosas relacionadas con las agresiones	El niño tiene conocimiento de lo sucedido, escucha comentarios de su madre, hermanos, pariente, etc.
Desconocimiento	El niño/a no sabe lo que ha sucedido	No sabe exactamente lo acontecido. La agresión sucedió fuera de casa o cuando creían que se encontraba dormido

Fuente: Tipos de exposición basado en la propuesta realizada por Holden (2003) y los aportes de López Monsalve, (2014).

negativamente en el bienestar emocional, desarrollo psicológico, relaciones familiares, salud mental —síntomas depresivos y/o ansiedad, cambios de comportamiento— y física, incluso tienen más probabilidades de padecer problemas de salud a largo plazo —por ejemplo, diabetes y enfermedades cardíacas— o de morir a una edad más temprana. Sin tratamiento, la exposición repetida de la niñez a eventos traumáticos puede afectar el desarrollo del cerebro y el sistema nervioso (Alcántara et al., 2013; Miranda et al., 2021, Perry & Szalavitz, 2017; The National Child Traumatic Stress Network, 2020).

Los NNA expuestos atraviesan por un proceso traumático, una suma de eventos dolorosos y/o estresantes, que emergen en relaciones significativas, con un contenido, duración e intensidad que extinguen los recursos de los NNA, como también los de sus fuentes de apoyo social (Barudy & Dantagnan, 2005). Un evento traumático es un suceso aterrador, peligroso o violento que representa una amenaza para la vida o la integridad corporal del propio niño o ajena. Cada evento traumático está compuesto de diferentes momentos. Pueden incluir diversos grados de amenaza objetiva a la vida, la violación a la integridad física y/o ser testigos de daño o muerte de otros, especialmente si es un ser querido. Esto es particularmente importante para los niños pequeños, ya que su sensación de estar seguros depende de la seguridad percibida de sus figuras de apego. Los niños que han estado expuestos a traumas experimentan reacciones subjetivas a estos diferentes momentos que incluyen cambios en sus sentimientos, pensamientos, reacciones fisiológicas y preocupación por la seguridad de los demás (The National Child

Traumatic Stress Network, 2020). En esta línea, Levendosky et al. (2013), al analizar los reportes de madres e hijos, encontraron que la mitad de los niños EVGP desarrollaron síntomas de trauma; al correlacionar los síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT), se desprende que los niños son particularmente vulnerables a desarrollar TEPT relacional dada la cercanía física y emocional con sus padres.

Gracias a la biología y en particular a los aportes de las neurociencias, sabemos que, si la activación del sistema de respuesta al estrés es excesiva y de larga duración y las relaciones protectoras son nulas o deficitarias en la vida del niño, entonces los circuitos cerebrales en desarrollo se pueden interrumpir y algunos sistemas fisiológicos —por ej. el cardiovascular y el inmunológico— pueden verse afectados, causando repercusiones para toda la vida (Shonkoff & Karakowsky, 2014). Al sobrecargar un sistema, si trabaja por encima de su capacidad, podemos causar un deterioro, desorganización y disfunción profunda, tanto al hacer trabajar demasiado a los músculos de la espalda, como al enfrentar los circuitos cerebrales de respuesta al estrés a una situación de estrés traumático (Perry & Szalavitz, 2017).

Entre las situaciones de estrés traumático, Van der Kolk (2017) destaca el maltrato de los progenitores, los cuidadores que están transitando sus propias situaciones traumáticas, como lo son el maltrato doméstico —violencia de pareja—, una violación o muerte reciente de un progenitor o un hermano; siendo el maltrato severo y la EVGP posibles causas del desarrollo de apego desorganizado. Si bien todos los padres necesitan toda la ayuda posible en la crianza, las madres traumatizadas, en particular,

necesitan ayuda para sincronizarse con las necesidades de sus hijos, además de las propias. Auspiciosamente, varios estudios se han centrado en explorar el estado emocional de las madres y sus prácticas de crianza, comenzando así el proceso de visibilización de la violencia interpersonal como experiencia traumática.

En una investigación, Silva et al. (2017) coinciden en que la violencia sufrida por la madre afecta la educación parental, mostrando una alta prevalencia de violencia en la educación. Por su parte, Kelleher et al. (2008) refieren que las tasas de prácticas disciplinarias agresivas y negligentes son especialmente altas entre las madres/cuidadoras que han estado expuestas a la violencia doméstica. Asimismo, otro estudio refiere que el 35% de las mujeres admitidas en dos refugios para víctimas de violencia doméstica, mantienen una crianza inadecuada con sus hijos/as. Asimismo, cabe consignar que se halló una relación entre la exposición de los niños a la VGP, los síntomas de estrés postraumático materno y la crianza restrictiva/punitiva (Fernández-González et al., 2018). Los hallazgos muestran lo importante que resulta apoyar a las madres para sobrellevar de mejor forma las secuelas de sus propios traumas, teniendo en cuenta que los síntomas de TEPT en ellas y las conductas parentales restrictivas-punitivas pueden tener un impacto significativo en la salud emocional de sus hijos (Greene et al., 2018). En este mismo sentido, Holmes (2013) refiere que la inestabilidad de la salud mental materna como consecuencia de la VGP se asocia con un comportamiento más agresivo de los niños, madres menos afectuosas y abuso físico y psicológico más frecuente hacia los niños.

En la misma línea, Rosser, Suriá & Mateo (2018), encontraron que el hecho de vivir expuesto a VGP afecta el ajuste psicosocial de los NNA y daña las competencias parentales de la víctima.

Por otra parte, otro estudio señala que las madres que vivieron situaciones de violencia física en su infancia y posteriormente VGP tienen un mayor riesgo de utilizar el castigo físico (CF) con sus hijos (Gage & Silvestre, 2010). En este sentido, cabe consignar que el CF en la infancia predice la posibilidad de perpetrar o ser víctima de VGP en la edad adulta (Afifi et al., 2017).

Si bien no son demasiados los estudios que hablan positivamente de las dificultades que puedan surgir en el vínculo entre madres e hijos/as, diversos autores encontraron que existe una relación de protección mutua; los niños y niñas consideran a su madre una persona muy importante en sus vidas, siendo la principal figura de cuidado y afecto (Callaghan et al., 2015; Lapierre et al., 2018; Miranda et al., 2021; Pernebo & Almqvist, 2017).

Otras investigaciones dan cuenta de la visión de los NNA sobre sus padres, teniendo una imagen absolutamente negativa de éstos, no viéndolos responsables ni comprometidos con sus cuidados y percibiéndolos como los principales responsables de la VGP (Cater & Forssell, 2012; Cater & Sjogren 2016).

Otros estudios dejaron de manifiesto la relación existente entre VGP durante el embarazo y la depresión posparto, (Baco et al., 2018; Belay et al., 2019), siendo las mujeres jóvenes y sin antecedentes de depresión posparto especialmente propensas a desarrollarla (Rogathi et al.,

2017). A su vez, la presencia de VGP se encuentra fuertemente relacionada a episodios depresivos mayores (Esie et al., 2019). En este sentido, otra investigación deja establecido que el hecho de haber sido víctima de violencia física y sexual en la infancia y haber sufrido posteriormente VGP, se correlaciona con una mala salud general y síntomas depresivos al comienzo del embarazo (Barrios et al., 2015).

Las víctimas de VGP podrían mantener conductas de riesgo y de descuido de su salud —fumar o consumo de drogas durante el embarazo— que influya en el bajo peso del recién nacido (Yount et al., 2011), existiendo un riesgo significativo de bajo peso al nacer —predice de manera clara el crecimiento posterior— y de parto prematuro (Shah et al., 2010).

En otra investigación se evaluaron experiencias únicas de maltrato infantil y de exposición a VGP, así como también combinadas para evaluar el impacto sobre el rendimiento académico. Los niños expuestos a estas formas de violencia tuvieron un desempeño inferior en la escuela, consiguiendo los EVGP los peores resultados (Kiesel et al., 2016). Por su parte, una investigación con estudiantes universitarios llegó a la conclusión que la EVGP produjo mayores dificultades académicas y un rendimiento más bajo (Brewer et al., 2018).

Reflexión final

El objetivo de este artículo ha sido recorrer la conceptualización y clasificación, así como explicitar las consecuencias en niños y niñas, de la EVGP, a través del aporte de autores y artículos científicos relevantes en la materia.

En primer término, cabe destacar

como hecho significativo que la EVGP sea considerada una forma de maltrato infantil, ya que esto permite generar nuevos entendimientos y estrategias de abordaje.

Desde el punto de vista jurídico, provee de herramientas —sólidos argumentos basados en la evidencia científica que prueban el daño psicosocioemocional— para la defensa de los derechos vulnerados de niños y niñas, incluso en los trámites de revinculación, tenencia o visitas.

Una situación preocupante es la visibilidad que tiene la ocurrencia del fenómeno de EVGP en Uruguay, ya que resulta notoriamente inferior a la presentada en los datos de Argentina, Estados Unidos y España.

Considerando las propias características del hecho traumático, las mujeres víctimas de VGP se encuentran en un estado de alto estrés emocional, muchas veces padeciendo un TEPT, lo cual sabemos que afecta notoriamente la sincronización del vínculo entre madre e hijo. Descartando el sesgo de deseabilidad social, dado que está presente en todas las encuestas o autoinformes, podríamos manifestar que el relevamiento de datos sobre la temática VGP y EVGP en Uruguay, debería continuar el proceso de revisión, para la correcta implementación de medidas eficaces de protección y reparación, así como de monitoreo y evaluación de las políticas públicas.

En este sentido, llama la atención la escasa referencia encontrada sobre la EVGP en los informes de infancia realizados en el país. Quizás el hecho de que en un mismo NNA co-ocurran diversas formas de maltrato, ha favorecido su solapamiento, quedando silenciados, invisibilizados, por otros tipos

de violencia. Sin duda, resulta de vital importancia que se comience a consignar esta tipología de violencia, contemplada en la normativa nacional vigente (Ley 19747, 2019, art. 123), brindando la posibilidad de ponerle voz al sufrimiento de los NNA. Así como desarrollar intervenciones profesionales específicas, dadas las severas consecuencias que tiene en los NNA y sus familias.

Con respecto a las consecuencias, se destaca la magnitud del fenómeno, el impacto en múltiples áreas de la vida

de los NNA. Entre las más dañinas se encuentran las consecuencias en el bienestar psicoemocional, las relaciones familiares y la salud física, pudiendo consignarse un trastorno de trauma en el desarrollo.

La sociedad en su conjunto tendrá un futuro más prometedor, cuando sea consciente de los perjuicios que conlleva la violencia en todas sus formas, específicamente la VGP y la EVGP y se actúe en consecuencia para garantizar el bienestar, protegiendo y promoviendo los derechos de las mujeres y los NNA.

Referencias bibliográficas

- Afifi, T. O., Mota, N., Sareen, J. & MacMillan, H. L. (2017). The relationships between harsh physical punishment and child maltreatment in childhood and intimate partner violence in adulthood. *BMC Public Health*, 17(1), 493. doi: 10.1186/s12889-017-4359-8
- Alcántara, M. V., López-Soler, C., Castro, M. & López, J. J. (2013). Alteraciones psicológicas en menores expuestos a violencia de género: Prevalencia y diferencias de género y edad. *Anales de Psicología*, 29(3), 741-747. doi.org/10.6018/analesps.29.3.171481
- Baco, L. J., Ranganathan, M., Watts, C. & Devries, K. (2018). Recent intimate partner violence against women and health: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ*, 8(7). doi: 10.1136/bmjopen-2017-019995
- Barudy, J. & Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia: parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa
- Barrios, Y. V., Gelaye, B., Zhong, Q., Nicolaidis, Ch., Rondon, M. B., García, P. J., Mascaro Sánchez, P. A., Sánchez, S. E. & Williams, M. A. (2015). Association of Childhood Physical and Sexual Abuse with Intimate Partner Violence, Poor General Health and Depressive Symptoms among Pregnant Women. *PLOS ONE*, 10(3): e0122573. doi.org/10.1371/journal.pone.0116609
- Bayarri, E., Ezpeleta, R. & Granero, L. (2011). Exposure to Intimate Partner Violence, Psychopathology, and Functional Impairment in Children and Adolescents: Moderator Effect of Sex and Age. *Journal of Family Violence* 26(7), 535-543. doi: 10.1007/s10896-011-9390-4
- Beck, I. & Romeo, M. (2016). *Primer Índice Nacional de Violencia*

- Machista*. Recuperado de: <http://contalaviolenciಾಮachista.com/Informe-ejecutivo-final.pdf>
- Belay, S., Astatkie, A., Emmelin, M. & Hinderaker S. G. (2019). Intimate partner violence and maternal depression during pregnancy: A community-based cross-sectional study in Ethiopia. *PLoS One*, 14(7), 1-15. doi: 10.1371/journal.pone.0220003
- Bidarra, Z., Lessard, G. & Dumont, A. (2016). Co-occurrence of intimate partner violence and child sexual abuse: Prevalence, risk factors and related issues. *Child Abuse & Neglect*, 55, 10-21. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.03.007>
- Brewer, N., Thomas, K. A., & Higdon, J. (2018). Intimate partner violence, health, sexuality, and academic performance among a national sample of undergraduates. *Journal of American College Health* 66(150). 01-29 doi.org/10.1080/07448481.2018.1454929
- Callaghan, J., Alexander, J., Sixsmith, J. & Fellin, L. (2015). Beyond “Witnessing”: Children’s Experiences of Coercive Control in Domestic Violence and Abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 33(10), 1551-1581. doi.org/10.1177/0886260515618946
- Cater, A. & Sjögren, J. (2016). Children Exposed to Intimate Partner Violence Describe Their Experiences: A Typology-Based Qualitative Analysis. *Child and adolescent Social Work Journal*, 33(6),473-486. doi.org/10.1007/s10560-016-0443-7
- Cater, A. & Forssell, A. M. (2012). Descriptions of fathers’ care by children exposed to intimate partner violence (IPV) relative neglect and children's needs. *Child & Family Social Work*, 19(2),185-193. doi.org/10.1111/j.1365-2206.2012.00892.x
- Edleson, J. L., Shin, N. & Armendariz, K. K. (2008). Measuring children's exposure to domestic violence: The development and testing of the Child Exposure to Domestic Violence (CEDV) Scale. *Children and Youth Services Review* 30(5), 502-521. doi: 10.1016/j.childyouth.2007.11.006
- Esie, P., Osypuk, T. L., Schuler, S. R. & Bates, L. M. (2019). Intimate partner violence and depression in rural Bangladesh: Accounting for violence severity in a high prevalence setting. *SSM Population Health*, 7: 100368, doi: 10.1016/j.ssmph.2019.100368
- Fernández-González, L., Calvete, E., Orue, I. & Mauri, A. (2018). Victims of Domestic Violence in Shelters: Impacts on Women and Children. *The Spanish Journal of Psychology* 21, E18. doi: 10.1017/sjp.2018.21
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Polyvictimization and trauma in a national longitudinal cohort. *Development and Psychopathology*, 19, 149-166, doi.org/10.1017/S0954579407070083.
- Fusco, R. A., & Fantuzzo, J. W. (2009). Domestic violence crimes and children: A population-based

- investigation of direct sensory exposure and the nature of involvement. *Children and Youth Services Review*, 31(2), 249-256. doi.org/10.1016/j.chiadyouth.2008.07.017
- Gage, A. J. & Silvestre, E. A. (2010). Violencia materna, victimización y castigo físico infantil en Perú. *Child Abuse & Neglect*, 34(7), 523-33. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.12.004>
- García-Moreno, C., Jansen, H. A., Ellsberg, M., Heise, L. & Watts, C. H. (2006). Prevalencia de la violencia de pareja: hallazgos del estudio multipaís de la OMS sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica. *The Lancet*, 368(9543), 1260-9. doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69523-8
- Greene, C. A., Chan, G., McCarthy, K. J., Wakschlag, L. S. & Briggs-Gowan, M. J. (2018). Psychological and physical intimate partner violence and young children's mental health: The role of maternal posttraumatic stress symptoms and parenting behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 77, 168-179. doi: 10.1016/j.chiabu.2018.01.012
- Hamby, S., Finkelhor, D., Turner, H., & Ormrod, R. (2010). The overlap of witnessing partner violence with child maltreatment and other victimizations in a nationally representative survey of youth. *Child Abuse & Neglect*, 34(10), 734-741. doi: 10.1016 / j.chiabu.2010.03.001
- Holden, G.W. (2003). "Children Exposed to Domestic Violence and Child Abuse: Terminology and taxonomy. *Clinical Child and Family Psychology Review* 6(3), 151-160. doi.org/10.1023/A:1024906315255
- Holmes, M. R. (2013). Aggressive behavior of children exposed to intimate partner violence: an examination of maternal mental health, maternal warmth and child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 37(8), 520-30. doi: 10.1016/j.chiabu.2012.12.006
- Instituto Nacional de Estadística e Instituto Nacional de las Mujeres, (2013). *Primera Encuesta Nacional de Prevalencia de Violencia Basada en Género y Generaciones*. Recuperado de: <http://ine.gub.uy/evbgg-2019>
- Kelleher, K. J., Hazen, A. L., Coben, J. H., Wang, Y., McGeehan, J., Kohl, P. L. & Gardner, W. P. (2008). Self-reported disciplinary practices among women in the child welfare system: Association with domestic violence victimization. *Child Abuse & Neglect*, 32(8), 811-8. doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.12.004
- Kiesel, L. R., Piescher, K. N. & Edleson, J. L. (2016). The Relationship Between Child Maltreatment, Intimate Partner Violence Exposure, and Academic Performance. *Journal of Public Child Welfare* 10(4), 434-456. doi.org/10.1080/15548732.2016.1209150
- Lapierre, S., Côté, I., Lambert, A., Buetti, D., Lavergne, C., Damant, D. & Couturier, V. (2018). Difficult but Close Relationships: Children's

- Perspectives on Relationships With Their Mothers in the Context of Domestic Violence. *Violence Against Women*, 24(9), 1023-1038. doi: 10.1177/1077801217731541
- Levendosky, A. A., Bogat, G. A. & Martínez-Torteya, C. (2013). PTSD symptoms in young children exposed to intimate partner violence. *Violence Against Women* 19(2), 187-201. doi: 10.1177/1077801213476458
- López Monsalve, B. (2014). Violencia de género e infancia: hacia una visibilización de los hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género. Tesis Doctoral. Universidad de Alicante. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=57775&orden=0&info=link>
- Lloyd, M. (2018). Domestic Violence and Education: Examining the Impact of Domestic Violence on Young Children, Children, and Young People and the Potential Role of Schools. *Frontiers in Psychology*, 13(9), 2094. doi: 10.3389/fpsyg.2018.02094
- MacMillan, H. L. & Wathen, C. N. (2014). Children's exposure to intimate partner violence. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(2), 295-308. doi: 10.1016/j.chc.2013.12.008
- McTavish, J. R., MacGregor, J. C. D., Wathen, C. N. & MacMillan, H. L. (2016). Children's exposure to intimate partner violence: an overview. *International Review of Psychiatry*, 28(5), 504-518, doi: 10.1080/09540261.2016.1205001
- Ministerio del Interior, (2020). *Denuncias por violencia doméstica y asociados. Todo el País*. Recuperado de: <https://www.gub.uy/comunicacion/publicaciones/indicadores-sobre-denuncias-por-violencia-domestica-y-asociados-2020>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, (2015). *Macroencuesta de Violencia contra la Mujer*. Recuperado de: http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf
- Ministerio de Igualdad, (2019). *Macroencuesta de Violencia contra la Mujer*. Recuperado de: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Macroencuesta_2019_estudio_investigacion.pdf
- Miranda, J. K., Rojas, C., Crockett, M. A. & Azócar, E. (2021). Perspectivas de niños y niñas sobre crecer en hogares con violencia de género en la pareja. *Anales de Psicología*, 37(1), 10-20. doi.org/10.6018/analesps.429651
- Mohammed, B.H., Johnston, J.M., Harwell, J.I., Huso, Y., Tsang, K. & Haidar, J. A (2017). Intimate partner violence and utilization of maternal health care services in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Health Services Research* 17, 178. doi.org/10.1186/s12913-017-2121-7
- Ohlson, C. (2010). *Children Who Witness Domestic Violence*. Recuperado de: <https://pace.coe.int/en/files/12356/>

- html
 Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Desarrollo Social y Ministerio del Interior, (2019). *Segunda Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones: Informe General de Resultados*. Recuperado de. <https://www.gub.uy/comunicacion/publicaciones/encuesta-nacional-de-prevalencia-sobre-violencia-basada-en-genero-y>
- Organización Mundial de la Salud (2013a). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud (2013b). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres*. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98816/WHO_RHR_12.36_spa.pdf;jsessionid=DE8C55AC5206C7FD3996D445535F0852?sequence=1
- Pernebo, K. & Almqvist, K. (2017). Young children exposed to intimate partner violence describe their abused parent: A qualitative study. *Journal of Family Violence*, 32(2), 169-178. doi.org/10.1007/s10896-016-9856-5
- Perry, B. & Szalavitz, M. (2017). *El chico a quien criaron como perro*. Madrid: Capitán Swing Libros
- Rogathi, J. J., Manongi, R., Mushi, D., Rasch, V., Sigalla, G. N., Gammeltoft, T. & Meyrowitsch, D. W. (2017). Postpartum depression among women who have experienced intimate partner violence: A prospective cohort study at Moshi, Tanzania. *Journal of Affective Disorders*, 15(218), 238-245. doi: 10.1016/j.jad.2017.04.063
- Rosser Limiñana, A., Suriá Martínez, R. & Mateo Pérez, M.Á. (2018). [Child behaviour problems and parenting skills of mothers in environments of intimate partner violence]. *Gaceta Sanitaria*, 32(1) 35-40. doi: 10.1016/j.gaceta.2017.02.004
- Rosser Limiñana, A., Suriá Martínez, R. & Villegas, E. (2011). Impacto de la exposición a la violencia de género en los menores y respuesta institucional. En A. Rosser, E. Villegas y R. Suriá (coords) *Intervención con menores expuestos a violencia de género*. Edición Limencop: España pp. 53-66.
- Ley 19747 de 2019. Modificación del capítulo XI de la Ley 17823. 10 de abril de 2019. Publicada en *Registro Nacional de Leyes y Decretos*. Uruguay. Recuperado de <https://www.bps.gub.uy/bps/file/16226/1/ley-19747-articulado-completo.pdf>
- Shah, P.S., Shah, J. Ohlsson, A., Shah, V., Murphy, K.E., McDonald, S.D., Hutton, E., Newburn-Cook, C., Frick, C., Scott, F., Allen, V. & Beyene, J. (2010). Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes: a systematic review and meta-

- analyses. *Journal of Women's Health*, 19(11), 2017-31. doi: 10.1089/jwh.2010.2051
- Shonkoff, J. P. & Karakowsky, Y. (2014). Neurobiología del desarrollo en la primera infancia. Fundación para una sociedad sostenible. En Bravo, M. & Ruíz, F. *Los invisibles. Las niñas y los niños de 0 a 6 años: Estado de la Educación en México 2014*. p. 23-47. México Recuperado de: https://issuu.com/redj16/docs/los-invisibles_estado-de-la-educaci
- Silva, J. M. M. D., Lima, M. C. & Ludermit, A. B. (2017). Intimate partner violence and maternal educational practice. *Revista de Saude Publica*, 51(34), doi: 10.1590 / S1518-8787.2017051006848
- Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia contra la Violencia (2020). Informe de Gestión. Recuperado de: <https://www.inau.gub.uy/novedades/noticias/item/3088-sipiav-en-cifras-se-presento-el-informe-de-gestion-2020>
- The National Child Traumatic Stress Network (2020). *About Child Trauma*. Recuperado de: <https://www.nctsn.org/what-is-child-trauma/about-child-trauma>
- The National Child Traumatic Stress Network (2014). *Los niños y la violencia doméstica: ¿Cómo afecta a los niños la violencia doméstica?* Recuperado de: www.nctsn.org/content/resources
- Van der Kolk, B. (2017). *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Barcelona: Editorial Eleftheria
- Yount, K. M., DiGirolamo, A. M. & Ramakrishnan, U. (2011). Impacts of domestic violence on child growth and nutrition: a conceptual review of the pathways of influence. *Social science & medicine*, 72(9), 1534-54. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.02.042

Mentalización en estudiantes universitarios de psicología

Mentalization in psychology college students

Andrea Rodríguez Quiroga*
Saskia Ivana Aufenacker**
Laura Bongiardino***
Natalia Soracco****
Javiera Ortega*****
Kevin Scavone*****
Natalia Vázquez*****

Resumen

Se considera a la mentalización como una competencia clínica enriquecedora y de utilidad en la formación de psicólogos, especialmente clínicos. El objetivo fue analizar la capacidad de mentalización en los estudiantes de la carrera de psicología e identificar si existían diferencias significativas según el año de cursada de la carrera — primer, tercer y quinto

año. La muestra fue de 169 estudiantes universitarios que respondieron a los instrumentos: Mentalization Scale (Ments) y Mentalization Questionnaire (MZQ). Los resultados del estudio demostraron diferencias significativas según el grado de avance de la carrera, en dos dimensiones de la mentalización, la equivalencia psíquica y la regulación del afecto. Es decir, se observa que los estudiantes que están más avanzados en la carrera, obtuvieron mejores niveles de

*Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Instituto Universitario de Salud Mental ; Pontificia Universidad Católica Argentina. Mail de contacto: andrearodriguezquiroga@gmail.com

**Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Instituto Universitario de Salud Mental ; Universidad del Salvador.

*** Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Instituto Universitario de Salud Mental ; Universidad del Salvador.

**** Pontificia Universidad Católica Argentina.

***** Pontificia Universidad Católica Argentina ; Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.

***** Pontificia Universidad Católica Argentina.

***** Pontificia Universidad Católica Argentina.

DOI: <https://doi.org/10.46553/RPSI.17.34.2021.p62-82>

Fecha de recepción: 3 de diciembre de 2020 - Fecha de Aceptación: 21 de octubre de 2021

mentalización, en 2 de las 7 dimensiones evaluadas de la mentalización. Si bien los resultados deben ser considerados con relación a las limitaciones de las escalas. Conclusiones: Vale la pena recalcar que los resultados en relación con la dimensión otros no obtuvieron diferencias significativas a lo largo de la carrera. Dado que el tratamiento psicoterapéutico y su efectividad están ligados a la cualidad de las relaciones con el otro, es importante considerar la posibilidad de su desarrollo durante la formación universitaria y en los inicios de la profesión. El presente estudio representa un aporte significativo, ya que permite plantear la posibilidad del entrenamiento en mentalización como parte de la formación de grado en psicología.

Palabras clave: mentalización, estudiantes universitarios, formación, psicología

are more advanced in the career obtained better levels of mentalization, in 2 of the 7 evaluated dimensions of mentalization, although the results must be considered in relation to the limitations of the scales. Conclusions: It is worth emphasizing that the results in relation to the other dimension did not obtain significant differences throughout the career. Given that psychotherapeutic treatment and its effectiveness are linked to the quality of relationships with the other, it is important to consider the possibility of its development during university training and at the beginning of the profession. The present study represents a significant contribution, since it allows raising the possibility of training in mentalization as part of undergraduate training in psychology

Key words: mentalization, college students, training, psychology

Abstract

Mentalization is considered as an enriching and useful clinical competence in the training of psychologists, especially clinical ones. The objective was to analyze the mentalization capacity in psychology students and to identify if there were significant differences according to in which year of study they are in —first, third and fifth year. The sample consisted of 169 university students who responded to the instruments: Mentalization Scale (Ments) and Mentalization Questionnaire (MZQ). The results of the study showed significant differences according to the degree of advancement of the career in two dimensions of mentalization, psychic equivalence and the regulation of affect. That is, it is observed that the students who

Introducción

La tarea clínica de los profesionales de la salud siempre se desarrolla en el marco de una relación humana. La cualidad que dicho vínculo adquiera va a tener un impacto significativo en el resultado terapéutico. Lambert (2013) estimó que la relación terapéutica y las expectativas del paciente son responsables en un 45% de la mejoría del paciente. Un indicador privilegiado de la relación terapéutica es la alianza terapéutica o alianza de trabajo, cuya calidad puede entenderse como un índice del proceso colaborativo entre paciente y terapeuta. De hecho, Horvath et al. (2011) realizaron un metanálisis que da cuenta de la relación positiva entre la calidad de la alianza terapéutica y los resultados de tratamiento, según diferentes modalidades de tratamiento

psicológico. La magnitud de esta correlación, junto con los efectos del terapeuta en los procesos terapéuticos, son según Wampold (2001), uno de los más fuertes predictores de éxito en el tratamiento. Stiles et al. ya en 1998, alertaban acerca de la importancia de la respuesta efectiva del terapeuta. La misma es entendida, como la capacidad de éste para darse cuenta y modificar su intervención según los cambios contextuales, incluyendo la percepción de las características de cada uno, o sea paciente y terapeuta, así como sus conductas (Stiles et al., 1998).

El presente artículo hace foco sobre la figura del terapeuta y más específicamente en su formación. Se considera la singularidad del profesional, como un instrumento ejecutor, en tanto es un determinante de las intervenciones sobre la persona del paciente al que asiste.

El Collaborative Research Program on the Development of Psychotherapists (Orlinsky et al., 1999), en un estudio realizado a más de 5000 psicoterapeutas, explicita diferentes modos de involucramiento personal en el tratamiento. El estudio describe: (a) una modalidad afirmativa con uso de estrategias de afrontamiento constructivas y (b) dificultades frecuentes en la práctica, acompañadas por estrategias defensivas, sentimientos de aburrimiento y ansiedad. Se aclara que ambas modalidades son experimentadas en algún grado por todos los terapeutas.

Lo expresado hasta aquí indica que, para cumplir efectivamente la función profesional, no sólo se requieren sólidos conocimientos teóricos y técnicos, sino que además son necesarias ciertas habilidades personales, para facilitar la integración de los aspectos académicos, cognitivos,

emocionales e interpersonales.

Ahora bien, ¿cómo es posible saber si un terapeuta está bien entrenado? La investigación en psicoterapia informa que los profesionales del campo de la salud mental no suelen ser evaluados con relación a su efectividad (Lambert, 2013). Es sabido que el terapeuta es responsable de alguna variabilidad en los procesos y resultados de los tratamientos psicoterapéuticos (TP, aproximadamente un 5%), aunque aún no hay evidencia suficiente acerca de cuál es su aporte. Es necesario indagar entre otras cuestiones, por ejemplo, que hace que los terapeutas trabajen mejor con algunos pacientes que con otros.

Lambert (2013) plantea algunos desafíos pendientes en relación con esta temática, explicitando que debemos conocer más acerca de: (a) los componentes eficaces de la formación y la supervisión, (b) la interacción entre la formación, la supervisión, la terapia personal, la educación didáctica, las relaciones familiares y de amistad y los eventos externos, (c) cómo y cuánto aprenden los terapeutas de sus experiencias con los pacientes y (d) examinar cómo se incorporan las habilidades con el tiempo. También señala algunos problemas metodológicos a considerar como, por ejemplo, que las formaciones suelen carecer de enfoques definidos, la falta de asignación aleatoria a los sujetos investigados, la falta de atención al abandono de estudiantes y la falta de seguimiento de los estudiantes a posteriori de la formación. A estos problemas se debe sumar el divorcio entre los conceptos teóricos y las técnicas psicoterapéuticas.

Desde esta perspectiva, resulta fundamental que la formación universitaria incluya un entrenamiento en actitudes,

habilidades y destrezas, que considere a la persona total del profesional de la salud, integrando las dimensiones biopsicosociales. Wampold, ya en el 2001, alertaba respecto de la importancia del entrenamiento de terapeutas con relación al desarrollo de la alianza, entendiendo esta formación como un aspecto de importancia para la práctica clínica. Los terapeutas resaltan que en su formación la experiencia de la práctica clínica es lo que más los ha ayudado.

La formación profesional que los estudiantes deben desarrollar ha sido descrita como competencias del terapeuta en *The Competency Benchmarks for Professional Psychology* (Fouad et al., 2009). Las mismas han sido definidas por Epstein y Hundert (2002) como: El uso habitual y juicioso de la comunicación, el conocimiento, las habilidades técnicas, el razonamiento clínico, las emociones, los valores y la reflexión en la práctica diaria para el beneficio de la persona y de la comunidad a la que se sirve (p. 226).

Las competencias son dieciséis, agrupadas en 6 bloques. Los puntos de referencia a los que estos bloques aluden son: profesionalismo, relacionamiento, ciencia, aplicación, formación y sistemas. Estos puntos de referencia están diseñados para ser utilizados de forma flexible, indicando tanto expectativas de competencia como formas de calificación que representan los objetivos y los resultados de aprendizaje y que pueden adaptarse al programa de formación particular que se esté implementando.

Es de destacar, con relación a los objetivos de este artículo, la competencia e importancia respecto a relacionarse de manera efectiva y significativa con individuos, grupos y/o comunidades.

Se propone que la mentalización sea desarrollada en el transcurso de la formación de grado, desde sus diversas condiciones: como una capacidad humana, como herramienta para comprender al otro y por su relevancia en el rol profesional asistencial (Swan & Riley, 2015). En este sentido, Freda y colaboradores (2015) señalan la necesidad de promover la mentalización en ámbitos académicos, reafirmando su valor como competencia básica del profesional clínico para enfrentar realidades complejas.

Se define a la mentalización, como la “capacidad exclusivamente humana de interpretar el significado del comportamiento de los demás, considerando sus estados mentales e intenciones subyacentes, así como la capacidad de entender la repercusión que los propios estados afectivos y comportamientos tienen sobre los demás” (Fonagy & Target, 1996; 2000; Target & Fonagy, 1996, citados en Midley et al., 2019, p.39).

El concepto de mentalización, propuesto por Fonagy y Target (1996; 2000; 2002; 2006), integra los aportes de maestros del psicoanálisis como Freud, Klein, Bion, Winnicott, Marty y Luket, para luego poner en escena su aporte a la teoría del Apego desarrollada por Bowlby, que proporciona un marco descriptivo y explicativo para entender las relaciones interpersonales entre los seres humanos (1989) y comprender también la transmisión transgeneracional de la subjetividad humana (Fonagy, 2015). Dicha teoría se basa en una formulación interdisciplinaria, que integra campos diversos como la evolución por selección natural, la teoría de las relaciones de objeto —psicoanálisis—, la biología evolutiva y los campos de la etología y la psicología

cognitiva.

La mentalización es una capacidad dinámica que fluctúa, según cada individuo y cada situación. Es susceptible de modificarse por situaciones de estrés y en situaciones donde se activan modelos de apego. También es multifacética, está conformada por cuatro dimensiones: (a) Automática o Controlada (b) Enfocada interna o Externamente (c) Orientada al *Self* o a otros y (d) Cognitiva o Afectiva. Cada persona puede tener mayor habilidad en algunas dimensiones que en otras, o tender a alguno de los polos de alguna dimensión (Bateman & Fonagy, 2019).

La ausencia de una mentalización funcional puede llevar a modos de mentalización primitivos. Estos modos primitivos son denominados: *equivalencia psíquica*, *pensamiento teleológico* y *modo como si* —pretend mode en inglés—. La equivalencia psíquica tiene como característica que el individuo vive lo interno como realidad, lo que uno siente y piensa es verdad. Los individuos orientados a un modo teleológico tienden a necesitar pruebas del mundo externo o de otros. Finalmente, el modo como sí acontece cuando los pensamientos y sentimientos se alejan de la realidad. Fallas en los modos de mentalizar pueden ser generados tanto por vivencias traumáticas, fallas en la regulación afectiva, comprensión frágil interpersonal como también, por factores genéticos.

La capacidad del terapeuta para ser consciente de sus propios estados mentales y los de su paciente es considerada una base importante para las técnicas terapéuticas y para la eficacia clínica (Ensink et al., 2013). En la actualidad, este modelo ha adquirido carácter transteórico, considerando a la mentalización como un factor común

asociado a la eficacia clínica, independiente de la corriente teórica del profesional.

El tratamiento basado en la mentalización se ha desarrollado en diferentes ámbitos de la práctica clínica y en aplicaciones específicas, entre ellas, el trabajo con niños y adolescentes, con padres y con familias. También diferentes estudios han demostrado que intervenciones basadas en la mentalización son útiles en ámbitos académicos/escolares. La terapia basada en la mentalización para niños (MBT-C) se enfoca en promover explícitamente la mentalización y la reparación de la mentalización cuando se ha perdido (Midgley et al., 2019)

Aunque aún se necesita más investigación en relación a la eficacia de los enfoques de mentalización de la depresión y sus mecanismos de cambio, se cuenta con evidencia acerca de la efectividad del enfoque mentalizador en el tratamiento del trastorno depresivo mayor (Bressi et al., 2017, Jakobsen et al., 2014, Lemma y Fonagy, 2013, Lemma et al., 2011) y en pacientes con trastorno límite de la personalidad (Bateman y Fonagy, 2008; Rossouw y Fonagy, 2012, en Luyten et al., 2019). Estudios recientes demuestran de qué manera la mentalización protege contra la aparición de trastornos borderline de la personalidad en adolescentes (Sharp, 2019). Esto describe algunos de los ámbitos en que la mentalización se ha desarrollado en los últimos 20 años.

La interacción terapéutica tiene como característica esencial que el terapeuta estimule el proceso de mentalización; favoreciendo que el paciente pueda volverse, poco a poco, cada vez más curioso de su propia mente y la de los demás (Bateman & Fonagy, 2013, 2016). Se plantea que paciente

y terapeuta están juntos compartiendo un mismo bote; se necesitan dos para poder mentalizar terapéuticamente (Allen, 2003). El terapeuta, en el contexto de una relación de apego con el paciente, emocionalmente cercana, va a permitirle al paciente relacionarse de manera más adaptativa y flexible con los estados emocionales dolorosos (Ward et al., 2009).

Por lo tanto, para fomentar la mentalización del paciente, el terapeuta debe tener buena capacidad de mentalización (Allen, 2003). En este sentido surge el interrogante ¿tienen los terapeutas habilidades de mentalización suficientes como para poder favorecer el proceso de mentalización en sus pacientes? Tener en cuenta la mente del otro y la relación con el otro, son las condiciones *sine qua non* para promover la mentalización; a la vez, el terapeuta debe estar capacitado para dirigir procesos reflexivos sobre el *yo formativo* (Fonagy & Target, 1997; Freda et al., 2015).

Argentina es uno de los países con más psicólogos a nivel mundial. Se estima que en la actualidad hay más de 98.000 psicólogos trabajando activamente y la gran mayoría de ellos lo hace en el ámbito de la atención clínica. Es importante mencionar que, en Argentina, cuando un alumno culmina sus 5 años de carrera recibe el título de grado que es habilitante para el ejercicio profesional, es decir, para la atención clínica de pacientes. Un estudio reciente advierte que no existe un sistema de regulación de la formación apropiado y sostenido para terapeutas. La educación y capacitación de los terapeutas es un desafío futuro, que requiere de un debate y reflexión colectiva (Fierro et al., 2018).

Distintos autores sugieren que la

competencia clínica de mentalización es necesaria para la formación de estudiantes de los últimos años o terapeutas noveles, porque implica la posibilidad de tener un pensamiento reflexivo sobre las emociones que surgen en las relaciones (Freda et al., 2015; Goodman, 2013). Una investigación con estudiantes de maestría en psicología clínica demostró que, a partir de un entrenamiento práctico en mentalización, los estudiantes utilizaban más palabras relacionadas a la mentalización (Freda et al., 2015). Otro estudio también demostró mejoras pequeñas pero significativas en la capacidad de mentalización de los terapeutas recientemente graduados, a partir de un breve entrenamiento focalizado en dicha capacidad (Ensink et al., 2013). Esposito et al. (2020) exponen que es posible diseñar intervenciones en contextos universitarios para desarrollar la capacidad de mentalización en estudiantes, lo cual además repercute e incide en el incremento de su bienestar psicológico y de sus logros académicos.

En este sentido, el entrenamiento en mentalización resultaría ser altamente beneficioso por su utilidad transteórica y transdiagnóstica. Sin embargo, los antecedentes son escasos. Se necesitan estudios que pongan a prueba la implementación y posterior evaluación de la eficacia de programas de entrenamiento en mentalización en estudiantes.

Considerando la ausencia de antecedentes a nivel local, se propuso un estudio inicial con el objetivo de evaluar la capacidad de mentalización en estudiantes de distintos años de la carrera de psicología en la Universidad Católica Argentina, sede Buenos Aires.

Las preguntas de investigación que guiaron el estudio fueron: ¿Cómo son los niveles de mentalización de los estudiantes de la carrera de Psicología? ¿La capacidad de mentalización aumenta según se avanza en la carrera de Psicología?

Metodología

Se realizó un estudio de diseño no experimental, transversal y correlacional. El objetivo fue analizar la capacidad de mentalización en los estudiantes de la carrera de psicología e identificar si existían diferencias significativas según el año de cursada de la carrera (primer, tercer y quinto año).

Muestra

La muestra total fue de 169 estudiantes universitarios de psicología de la Pontificia Universidad Católica Argentina, sede Buenos Aires. La edad promedio fue de 20,81 ($DE = 3,45$), de los cuales 88,1% eran mujeres y 11,9% hombres. En cuanto a la distribución por años de carrera, 37% eran alumnos del primer año, 30,4% de tercer año, 30,4% de quinto año.

Instrumentos

El protocolo administrado consistió en un consentimiento informado, un cuestionario de datos sociodemográficos y los instrumentos Mentalization Scale y Mentalization Questionnaire (ver Anexo).

La escala *Mentalization Scale* [MentS] (Dimitrijevic et al., 2018), es una escala autoadministrada que mide la mentalización. La escala se compone de 28 ítems en los que el sujeto debe responder en una escala Likert señalando el nivel de

acuerdo o desacuerdo con cada afirmación. Esta escala mide: la mentalización del self, MentS-Self; la mentalización de otros, MentS-Otros y la motivación para mentalizar, MentS-M. Algunos ítems son inversos, por ende, necesitan ser recodificados; estos son los ítems: 8, 9, 11, 14, 18, 19, 21, 22, 26 y 27. De este modo, a mayor puntaje, mayor nivel de mentalización. En cuanto a las propiedades psicométricas originales de la escala, la misma ha demostrado tener validez de constructo, a partir de un análisis factorial de componentes principales y análisis paralelo demostraron la existencia de tres factores que explicaron el 37,51% de la varianza ($X^2[378]=3778.43$, $p < 0.001$; KMO= 0.84). A su vez, demostró niveles de confiabilidad aceptables en población general ($\alpha = 0.75$) y en muestras clínicas ($\alpha = 0.75$; Dimitrijevic et al., 2018). Los valores de confiabilidad fueron calculados para la muestra de este estudio ($\alpha = 0.82$), presentando valores buenos de acuerdo con el coeficiente alfa de Cronbach (George & Mallery, 2001).

El *Mentalization Questionnaire* [MZQ] (Hausberg et al., 2012), es un instrumento autoadministrado, que evalúa la capacidad de mentalización. Este cuestionario está compuesto por 15 ítems divididos en 4 subescalas: Negación de autorreflexión, Conciencia emocional, Modo de equivalencia psíquica y Regulación afectiva. Todos los ítems deben ser recodificados. De este modo, un mayor puntaje implica un mayor nivel de mentalización. En su estudio original, este instrumento ha demostrado validez de criterio a través del método de grupos contrastados y buenos índices de confiabilidad ($\alpha = 0.81$; Hausberg et al., 2012). Para la muestra del presente estudio, se encontraron valores de

$\alpha = 0.76$ para la confiabilidad, aceptables de acuerdo con el coeficiente alfa de Cronbach (George & Mallery, 2001).

Para la traducción de las escalas de MentS y MZQ. Dos investigadoras bilingües realizaron una traducción de las escalas de inglés al castellano de forma separada. Luego, de estas dos versiones se realizó una versión consensuada en castellano. Esta versión fue supervisada y luego comparada con la versión original en inglés, por la directora de la investigación y la investigadora principal.

Procedimientos

Cumpliendo con las normas éticas que guían el trabajo de investigación, sólo participaron estudiantes mayores de 18 años que dieron su consentimiento. Se garantizó el anonimato de los datos a través de la codificación de los casos. Todos los sujetos fueron previamente informados de la naturaleza del estudio, participando de manera voluntaria y respetando las directrices éticas de la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2017) en todos sus términos. Este estudio fue realizado en el marco del Programa de Acreditación de Proyectos de Investigación (PROAPI) en la Universidad Católica Argentina, sede Buenos Aires.

Se procedió para la recolección de datos mediante cuestionarios impresos de manera presencial, así como también con cuestionarios en línea (Google Forms). Toda la muestra se recabó en el mismo año calendario, 2019.

Análisis de los datos

El análisis estadístico de los datos se realizó a través del Statistical Package for the Social Sciences (SPSS v.25.0). Se calcularon las medias y desvíos estándar para el análisis

descriptivo de las escalas MentS, MZQ y sus dimensiones. Se revisó la distribución de los datos mediante la prueba Shapiro-Wilk y al no tener una distribución normal, se eligió el estadístico Kruskal-Wallis para comparar los grupos de estudiantes de los diferentes años de la carrera de psicología.

Resultados

Análisis descriptivo de la variable mentalización y sus dimensiones

Se estudiaron los niveles de mentalización en alumnos de la carrera de psicología a partir de dos instrumentos de auto reporte. A través del instrumento MentS, se midieron las dimensiones motivación hacia la mentalización, *mentalización de los otros* y *mentalización del self*.

En cuanto a la dimensión del self, la media mayor se obtuvo en el tercer año de estudio ($M = 30,2$; $DE = 4,18$), seguido de quinto año ($M = 29,98$; $DE = 6,12$) y primer año ($M = 28,75$; $DE = 6,1$). En la dimensión otros tanto primer año ($M = 42,4$; $DE = 4,36$) como quinto año ($M = 42,22$; $DE = 3,95$) obtuvieron puntuaciones similares y una diferencia de un punto con respecto a tercer año ($M = 41,17$; $DE = 4,9$). Por último, en la dimensión de motivación el puntaje más alto se reportó en primer año ($M = 42,42$; $DE = 2,93$), luego quinto año ($M = 41,9$; $DE = 2,98$) y por último tercer año ($M = 40,8$; $DE = 3,61$). Los resultados descriptivos de esta escala y los grupos se muestran en la Tabla 1.

El análisis descriptivo de la mentalización a través del instrumento MZQ, encontró para la escala total una media de 3,61 ($DE = 0,59$) para la muestra total.

Es importante considerar como está descripto en materiales, que, a mayor valor en

los puntajes obtenidos con este instrumento, el nivel de mentalización es mayor.

En la dimensión de rechazo de la función reflexiva primer y tercer año mantuvieron el mismo puntaje medio 4,01 ($DE = 0,69$; $DE = 0,57$ respectivamente) y quinto año obtuvo puntaje medio de 4,17 ($DE = 0,65$). En la dimensión equivalencia psíquica el puntaje mayor lo obtuvo quinto año ($M = 3,45$; $DE = 0,87$) luego tercer año

($M = 3,12$; $DE = 0,71$) y finalmente primer año ($M = 3,00$; $DE = 1,00$). En la dimensión regulación afectiva la media mayor se observó en quinto año, luego tercero y por último primero ($M = 3,78$; $DE = 0,84$; $M = 3,71$; $DE = 0,75$; $M = 3,33$; $DE = 0,85$ respectivamente).

El análisis descriptivo de las subescalas y puntuaciones para cada grupo se muestra en la Tabla 2.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de mentalización según MentS

Subescalas	Años de estudio	Media	Desvío Estándar	Min	Max
Self	1 año	28,75	6,1	14	39
	3 año	30,2	4,18	17	40
	5 año	29,98	6,12	14	40
	Total	29,57	5,73	14	40
Otros	1 año	42,4	4,36	33	50
	3 año	41,17	4,9	26	49
	5 año	42,22	3,95	28	50
	Total	41,96	4,41	26	50
Motivación	1 año	42,42	2,93	34	49
	3 año	40,8	3,61	29	46
	5 año	41,9	2,98	34	48
	Total	41,76	3,21	29	49

Tabla 2*Estadísticos descriptivos de mentalización según MZQ*

Subescalas	Año de estudio	Media	Desvío Estándar	Min.	Max.
Rechazo de la función reflexiva	1 año	4,01	0,69	2,25	5,00
	3 año	4,01	0,57	2,00	5,00
	5 año	4,17	0,65	2,75	5,00
	Total	4,06	0,64	2,00	5,00
Equivalencia psíquica	1 año	3,00	1,00	1,25	5,00
	3 año	3,12	0,71	2,00	4,25
	5 año	3,45	0,87	1,50	5,00
	Total	3,17	0,89	1,25	5,00
Regulación afectiva	1 año	3,33	0,85	1,67	5,00
	3 año	3,71	0,75	1,67	5,00
	5 año	3,78	0,84	2,00	5,00
	Total	3,58	0,83	1,67	5,00
Total	1 año	3,50	0,63	2,07	4,53
	3 año	3,60	0,48	2,53	4,53
	5 año	3,78	0,64	2,47	4,73
	Total	3,61	0,59	2,07	4,73

Diferencias en la mentalización según año de la carrera

De acuerdo con la prueba Kruskal-Wallis no se evidenciaron diferencias significativas entre los grupos estudiantes de primero ($M = 3,00$; $DE = 1,00$), tercero ($M = 3,12$; $DE = 0,71$) y quinto ($M = 3,45$; $DE = 0,87$) año de la carrera para las dimensiones de la escala MentS.

En cuanto a la escala MZQ, no se encontraron diferencias significativas en MZQ total $H(2) = 4,67$; $p = 0,09$; MZQ rechazo función flexiva $H(2) = 1,92$; $p = 0,38$; MZQ conciencia emocional $H(2) = 1,43$; $p = 0,48$.

Mientras que sí se observaron diferencias significativas entre los grupos de alumnos de primero, tercero y quinto año en las dimensiones MZQ equivalencia psíquica $H(2) = 6,09$; $p = 0,05$; Rango Medio 1= 61,08, Rango Medio 2= 63,30, Rango Medio 3= 79,84; $M1 = 3$, $M2 = 3,16$, $M3 = 3,45$; $Md1 = 3,25$, $Md2 = 3$, $Md3 = 3,5$ y la dimensión MZQ regulación de afecto $H(2) = 7,87$; $p = 0,02$; Rango Medio 1= 55,39, Rango Medio 2= 72,17, Rango Medio 3= 76,27; $M1 = 3,33$, $M2 = 3,7$, $M3 = 3,78$; $Md1 = 3,33$, $Md2 = 4$, $Md3 = 4$.

Esto indicaría que los dos aspectos de la mentalización que mejoran en función del avance educacional son la equivalencia psíquica, o sea, lo que se refiere a, en qué medida los estados mentales internos se asimilan y se equiparan con la realidad externa y la regulación afectiva, que alude a la capacidad de modular los afectos.

Como información adicional, se preguntó a los estudiantes, si en algún momento de su vida habían recibido tratamiento psicoterapéutico o psiquiátrico. Del 65,9% que contestó afirmativamente, el

41,4% correspondió a psicoterapia. Además, el 55,6% afirmó que actualmente está haciendo psicoterapia.

Discusión y Conclusiones

La investigación en psicoterapia en los últimos años, ha mostrado interés en la mentalización como un factor relevante asociado con la efectividad clínica. Además, se ha demostrado que es posible realizar pequeñas mejoras, aunque significativas en la capacidad de mentalización de los terapeutas noveles (Ensink et al., 2013). En este sentido esta investigación es una primera aproximación al estado actual de la mentalización de futuros psicoterapeutas formados en la UCA.

Otros estudios a nivel general han mostrado que los alumnos de la carrera de psicología presentan mejores habilidades de mentalización que los reportados para la población general (Anupama et al., 2018).

Este estudio proporciona datos relevantes sobre la comparación de las habilidades de mentalización en estudiantes de psicología de grado. Si bien las habilidades de mentalización son mejores en los años más avanzados de sus estudios, estas diferencias sólo son significativas en el caso de la equivalencia psíquica y la regulación del afecto.

La equivalencia psíquica entendida como una modalidad de mentalización ineficaz, asimila los estados mentales internos a la realidad externa, posibilitando que el imaginar una situación crítica pueda generar las mismas emociones que experimentarlo en la realidad. La regulación afectiva se ve imposibilitada ante la inhabilidad de regular el afecto. Esta incapacidad puede dar lugar

a sentimientos de impotencia y a que las personas se sientan amenazadas por sus propios sentimientos (Hausberg et al., 2012).

Los resultados obtenidos ameritan pensar que la modificación de los puntajes de las dimensiones equivalencia psíquica y regulación del afecto, ambas ligadas al self, introducen la hipótesis de las variables intervinientes del mundo académico que las promueven —programa de prácticas profesionales, contenidos curriculares y/o su integración—, coincidiendo con Lambert (2013), en que son necesarios estudios que permitan especificar las mismas.

Es de sumo interés recalcar que los resultados con relación a la dimensión otros no obtuvieron diferencias significativas a lo largo de la carrera. Dado que el tratamiento psicoterapéutico y su efectividad están ligados a la cualidad de las relaciones con el otro, es importante tomar conciencia de la necesidad de su desarrollo durante la carrera y en los inicios de la profesión. Más aún cuando los resultados en relación con la *dimensión de la motivación* para la mentalización no se incrementan a lo largo de la carrera.

¿Cómo sería posible saber si un terapeuta está debidamente capacitado? No hay evidencia concluyente en investigaciones previas para responder. Esta pregunta sigue

abierta y constituye una línea de interés para futuros estudios. Es de destacar que el poder avanzar en esta respuesta, resulta especialmente importante en países donde un título de grado habilita para hacer psicoterapia, como lo es en Argentina y, por lo tanto, los psicólogos no necesitan completar una especialización para tratar pacientes.

Respecto a las limitaciones del estudio, es importante considerar que éste se ha realizado sólo con estudiantes de psicología de la Pontificia Universidad Católica Argentina, sede Buenos Aires. Una segunda limitación es que los instrumentos no han sido validados aún en la población argentina.

Con relación a futuros estudios, la validación de estos instrumentos sería relevante.

A su vez, resultaría de interés poder estudiar la capacidad de mentalización en estudiantes de otras carreras de grado que se instituyan sobre vínculos terapéuticos, así como en terapeutas recientemente graduados y en los profesionales y agentes de la salud.

El presente estudio representa un aporte significativo, ya que permite plantear la utilidad del entrenamiento en mentalización como parte de la formación de grado de psicología.

Referencias

- Allen, J. G. (2003). Mentalizing. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67(2: Special Issue), 91-112. <https://doi.org/10.1521/bumc.67.2.91.23440>
- Anupama, V., Bhola, P., Thirthalli, J., & Mehta, U. M. (2018). Pattern of social cognition deficits in individuals with borderline personality disorder. *Asian journal of psychiatry*, 33, 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.03.010>
- Asociación Médica Mundial. (2017). *Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos*

- para las investigaciones médicas en seres humanos. ANMAT. http://www.anmat.gov.ar/comunicados/HELINSKI_2013.pdf
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165(5), 631-638.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-based treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33(6), 595-613. <https://doi.org/10.1080/07351690.2013.835170>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad*. España.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2019). Chapter 1: Introduction. En *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (2nd ed., pp. 3–20). American Psychiatric Association Publishing.
- Bowlby, J. (1989). *Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Ibérica. Paidós.
- Bressi, C., Fronza, S., Minacapelli, E., Nocito, E. P., Dipasquale, E., Magri, L., Lionetti, F. & Barone, L. (2017). Short-term psychodynamic psychotherapy with mentalization-based techniques in major depressive disorder patients: Relationship among alexithymia, reflective functioning, and outcome variables—A pilot study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(3), 299-313.
- Dimitrijević, A., Hanak, N., Altaras Dimitrijević, A., & Jolić Marjanović, Z. (2018). The Mentalization Scale (MentS): A self-report measure for the assessment of mentalizing capacity. *Journal of personality assessment*, 100(3), 268-280.
- Ensink, K., Maheux, J., Normandin, L., Sabourin, S., Diguier, L., Berthelot, N., & Parent, K. (2013). The impact of mentalization training on the reflective function of novice therapists: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, 23(5), 526-538. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.800950>
- Epstein, R. M., & Hundert, E. M. (2002). Defining and assessing professional competence. *Jama*, 287(2), 226-235.
- Esposito, G., Passeggia, R., Pepicelli, G., Cannata, A., Parlato F., Freda, M. F. (2020). Mentalizing the university experience: an exploratory study on the relationship between university students' reflective functioning, psychological well-being and academic performance. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 8(2). <https://doi.org/10.6092/2282-1619/mjcp-2415>
- Fierro, C., Álvarez, J. F., & Manzo, G. A. (2018). A Century of Psychotherapy in Argentina: Clinical Psychology, Psychoanalysis and Recent Developments. *Revista de Psicología*, 27(2), 1-27. <http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2019.52310>
- Fonagy, P. (2015). The effectiveness of

- psychodynamic psychotherapies: an update. *World Psychiatry*, 14(2), 137-150.
- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International journal of psycho-analysis*, 77, 217-233.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Dev Psychopathol*, 9(4), 679-700. <https://doi.org/10.1017/s0954579497001399>
- Fonagy, P., & Target, M. (2000). Playing with reality: III. The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *International Journal of Psycho-Analysis*, 81(5), 853-873. <https://doi.org/10.1516/0020757001600165>
- Fonagy, P., & Target, M. (2002). Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inquiry*, 22(3), 307-335. <https://doi.org/10.1080/07351692209348990>
- Fonagy, P., & Target, M. (2006). The mentalization-focused approach to self pathology. *Journal of personality disorders*, 20(6), 544-576. <https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.6.544>
- Fouad, N., Grus, C., Hatcher, R., Kaslow, N., Hutchings, P., Madson, M., Collins, F. & Crossman, R. (2009). Competency Benchmarks: A Model for Understanding and Measuring Competence in Professional Psychology Across Training Levels. Training and Education in Professional Psychology. 3. 10.1037/a0015832.
- Freda, M. F., Esposito, G., & Quaranta, T. (2015). Promoting mentalization in clinical psychology at universities: A linguistic analysis of student accounts. *Europe's journal of psychology*, 11(1), 34. <http://doi.org/10.5964/ejop.v11i1.812>
- Goodman, G. (2013). Is mentalization a common process factor in transference-focused psychotherapy and dialectical behavior therapy sessions?. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(2), 179. <https://doi.org/10.1037/a0032354>
- Hausberg, M. C., Schulz, H., Piegler, T., Happach, C. G., Klöpper, M., Brütt, A. L., Sammet, I. & Andreas, S. (2012). Is a self-rated instrument appropriate to assess mentalization in patients with mental disorders? Development and first validation of the Mentalization Questionnaire (MZQ). *Psychotherapy Research*, 22(6), 699-709.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9.
- Jakobsen, J. C., Glud, C., Kongerslev, M., Larsen, K. A., Sørensen, P., Winkel, P., Lange, T., Søgaard, U., & Simonsen, E. (2014). Third-wave cognitive therapy versus mentalisation-based treatment for major depressive disorder: a randomised clinical trial. *BMJ open*, 4(8), e004903.
- Lambert, MJ. (Ed). (2013) Bergin and Garfield's, Handbook of

- Psychotherapy and Behavioral Change (6ta ed.). Nueva York: John Wiley. Recuperado de: <https://all-med.net/pdf/bergin-and-garfield-s-handbook-of-psychotherapy-and-behavior-change/> https://doi.org/10.1007/978-3-211-69499-2_57
- Lemma, A., & Fonagy, P. (2013). Feasibility study of a psychodynamic online group intervention for depression. *Psychoanalytic Psychology*, 30(3), 367.
- Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2011). The development of a brief psychodynamic intervention (Dynamic Interpersonal Therapy) and its application to depression: A pilot study. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 74(1), 41-48.
- Luyten, P., Lemma, A. & Target, M.A. (2019). Depression . In A. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Mentalizing in Mental Health Practice* (2nd ed., pp. 387–401). American Psychiatric Association.
- Midgley, N., Muller, N., Malberg, N., & Ensink, K. (2019). Children. In A. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Mentalizing in Mental Health Practice* (2nd ed., pp. 247–263). American Psychiatric Association.
- Orlinsky, D., Ambühl, H., Rønnestad, M., Davis, J., Gerin, P., Davis, M., Willutzki, U., Botermans, J.-F., Dazord, A., Cierpka, M., Aapro, N., Buchheim, P., Bae, S., Davidson, C., Friis-Jorgensen, E., Joo, E., Kalmykova, E., Meyerberg, J., Northcut, T., ... Aapro, N. (1999). Development of psychotherapists: Concepts, questions, and methods of a collaborative international study. *Psychotherapy Research*, 9(2), 127-153.
- Sharp, C. (2019). Borderline Personality Pathology in Adolescence. In A. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Mentalizing in Mental Health Practice* (2nd ed., pp. 281–300). American Psychiatric Association.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical psychology: Science and practice*, 5(4), 439-458. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00166.x>
- Swan, P. & Riley, P. (2015). Social connection: empathy and mentalization for teachers, *Pastoral Care in Education*, DOI: 10.1080/02643944.2015.1094120
- Target, M., & Fonagy, P. (1996). Playing with reality: II. The development of psychic reality from a theoretical perspective. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 459-479.
- Wampold, B. E. (2001). Contextualizing psychotherapy as a healing practice: Culture, history, and methods. *Applied and Preventive Psychology*, 10(2), 69-86.
- Ward, V., House, A., & Hamer, S. (2009). Developing a framework for transferring knowledge into action: a thematic analysis of the literature. *Journal of health services research & policy*, 14(3), 156-164. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2009.008120>

Apéndice A

Protocolo Datos Demográficos

Datos Demográficos

1. Sexo: Femenino _____ Masculino _____

2. Edad: _____

3. Carrera: Psicología _____ Medicina _____

4. Año de la cursada de la carrera:

1ro _____

2do _____

3ro _____

4to _____

5to _____

5. ¿Cuenta con otros estudios académicos?

Si (especificar) _____

No _____

B- En el caso de que haya contestado de manera afirmativa. ¿Cree que este estudio afecto su capacidad de comprender a uno mismo u a otros?

Si _____

No _____

6. ¿Alguna vez ha realizado un proceso de psicoterapia o psiquiátrico?

Si (especificar cual) _____

No _____

B- En el caso de que haya contestado de manera afirmativa. ¿Está realizando un tratamiento psicológico/psiquiátrico actualmente o ya ha finalizado?

Actualmente _____

Meses u años desde su finalización _____

Apéndice B**Mentalization Questionnaire [MZQ] (Hausberg et al., 2012)**

A continuación encontrará varias declaraciones sobre su capacidad para percibir sus propios sentimientos y los sentimientos de los demás. Nos gustaría que califique cuan de acuerdo esta con estas declaraciones. Responda a cada declaración en la escala de "No estoy de acuerdo" a "Estoy de acuerdo".

Declaración	No de acuerdo	Parcialmente desacuerdo	No estoy decidido	Parcialmente de acuerdo	De acuerdo
1. Si creo que voy a ser criticado u ofendido, mi miedo aumenta.	1	2	3	4	5
2. Las explicaciones que me dan otros, poco ayudan a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
3. A veces las emociones son peligrosas para mí.	1	2	3	4	5
4. Solo creo que alguien me quiere o está interesado en mí si tengo pruebas concretas (como una cita, abrazo o regalo).	1	2	3	4	5
5. La mayor parte del tiempo es mejor no sentir nada.	1	2	3	4	5
6. Muchas veces no puedo controlar mis sentimientos.	1	2	3	4	5
7. Es difícil para mí creer que las relaciones pueden cambiar.	1	2	3	4	5
8. Tiendo a ignorar sensaciones físicas de tensión o incomodidad hasta el punto que ya no lo puedo ignorar.	1	2	3	4	5
9. Hablar de mis sentimientos implica que estos se vuelvan mas poderosos	1	2	3	4	5
10. A veces solo me doy cuenta de mis sentimientos de una manera retrospectiva.	1	2	3	4	5

Continúa en página 79

Continúa en página 78

Declaración	No de acuerdo	Parcialmente desacuerdo	No estoy decidido	Parcialmente de acuerdo	De acuerdo
11. Con frecuencia, es difícil para mí percibir mis sentimientos en su máxima intensidad.	1	2	3	4	5
12. A menudo, me siento amenazado por la idea de que alguien me puede criticar u ofender.	1	2	3	4	5
13. Si alguien bosteza en mi presencia, eso significa que se aburre conmigo.	1	2	3	4	5
14. La mayoría de las veces no tengo ganas de hablar sobre mis pensamientos y sentimientos con otros.	1	2	3	4	5
15. A menudo, ni siquiera sé lo que pasa adentro de mí.	1	2	3	4	5

Apéndice C

Mentalization Scale [MentS] (Dimitrijevic et al., 2018)

Este cuestionario consiste de 28 ítems. Por favor, lee cada uno de los ítems cuidadosamente y marca un número del 1 al 5, dependiendo de cuan correcto es ese ítem según tu personalidad.

Items	Completamente incorrecto	En mayor parte incorrecto	Correcto e incorrecto	En mayor parte correcto	Completamente correcto
1. Me parece importante comprender las razones de mi comportamiento.	1	2	3	4	5
2. Cuando saco conclusiones sobre lapersonalidad de otros, observo detenidamente lo que hacen y dicen.	1	2	3	4	5
3. Puedo reconocer los sentimientos de otros.	1	2	3	4	5
4. A menudo pienso sobre otras personas y su comportamiento.	1	2	3	4	5
5. Usualmente puedo reconocer lo que incomoda a la gente.	1	2	3	4	5
6. Puedo simpatizar con los sentimientos de otros.	1	2	3	4	5
7. Cuando alguien me molesta intento entender porque reacciono de esa manera.	1	2	3	4	5
8. Cuando me siento mal no estoy seguro si es porque estoy triste, enojado o con miedo.	1	2	3	4	5
9. No me gusta perder tiempo intentando comprender en detalle el comportamiento de otros.	1	2	3	4	5
10. Puedo hacer buenas predicciones sobre el comportamiento de otros cuando conozco cuales son sus creencias y sentimientos.	1	2	3	4	5
11. A menudo no puedo explicar, incluso a mí mismo, porque hice algo.	1	2	3	4	5

Continúa en página 81

Continúa en página 80

Ítems	Completamente incorrecto	En mayor parte incorrecto	Correcto e incorrecto	En mayor parte correcto	Completamente correcto
12. A veces puedo entender los sentimientos de alguien antes que me diga algo.	1	2	3	4	5
13. Me parece importante comprender que pasa en mis relaciones con las personas cercanas a mí.	1	2	3	4	5
14. No quiero enterarme algo de mí mismo que no me vaya a gustar.	1	2	3	4	5
15. Para comprender el comportamiento de otro necesitamos conocer sus pensamientos, deseos y sentimientos.	1	2	3	4	5
16. A menudo hablo de emociones con personas cercanas a mí.	1	2	3	4	5
17. Me gusta leer libros y artículos de diario sobre temas psicológicos.	1	2	3	4	5
18. Me cuesta admitir que me siento triste, lastimado o con miedo.	1	2	3	4	5
19. No me gusta pensar en mis problemas.	1	2	3	4	5
20. Puedo describir rasgos importantes de personas cercanas a mí con precisión y en detalle.	1	2	3	4	5

Continúa en página 82

Continúa en página 81

Items	Completamente incorrecto	En mayor parte incorrecto	Correcto e incorrecto	En mayor parte correcto	Completamente correcto
21. A menudo estoy confundido acerca de mis sentimientos exactos.	1	2	3	4	5
22. Es difícil para mí encontrar las palabras adecuadas para expresar lo que estoy sintiendo.	1	2	3	4	5
23. La gente me dice que los entiendo y que doy buenos consejos.	1	2	3	4	5
24. Siempre me ha interesado el porqué la gente se comporta de cierta manera.	1	2	3	4	5
25. Puedo describir con facilidad cómo me siento.	1	2	3	4	5
26. Cuando las personas hablan sobre sus sentimientos y necesidades, me distraigo.	1	2	3	4	5
27. Ya que todos dependemos de las circunstancias de la vida, no tiene sentido pensar en las intenciones o deseos de los demás.	1	2	3	4	5
28. Una de las cosas más importantes que los niños deberían aprender es expresar sus sentimientos y deseos.	1	2	3	4	5

Recensión bibliográfica

Moreno, J. E., Pereyra, M. R. y Rodriguez, L. M. (2021). Manual del Cuestionario de Actitudes ante Situaciones de Agravio (CASA). Actualización 2021. SERIE Cuadernos de Psicología y Psicopedagogía N° 2. Centro de Investigación Interdisciplinar en Valores Integración y Desarrollo Social. UCA, Facultad "Teresa de Ávila".

Grinovero, M. M. P.*

El Cuestionario de Actitudes ante Situaciones de Agravio (CASA) es un instrumento pionero para el estudio del perdón en un contexto situacional, en el cual el acto de perdonar es una de las siete conductas frecuentes como respuesta a un daño o agravio.

Esta nueva edición del manual del CASA incorpora nuevos estudios de validación, entre ellos el análisis confirmatorio del instrumento. En las ediciones previas, se presentaron solamente los estudios factoriales exploratorios. Además, entre las principales modificaciones están la actualización de los baremos, como también la reestructuración de la presentación de las investigaciones anteriores e incorporación de nuevas. Se considera que la redacción de este nuevo texto facilita en mayor medida la comprensión y utilización de este instrumento por parte de los profesionales.

Este instrumento ha sido construido por José Eduardo Moreno y Mario Ramón Pereyra (1995), investigadores referentes en la temática del perdón.

En la introducción, se detallan los

primeros pasos que llevaron a la construcción de este nuevo instrumento. En esta nueva edición, Lucas Marcelo Rodríguez, quien también ha llevado a cabo numerosas investigaciones sobre el perdón, realizó los estudios confirmatorios del CASA.

En el capítulo 1, se desarrolla el marco teórico que fundamenta a este cuestionario, considerando las nociones de actitud y las teorías sobre la agresividad humana en primer lugar, para dar cuenta de la evaluación de las actitudes ante situaciones de agravio. Luego, se aborda la prosocialidad y las respuestas frente a una ofensa, a saber: Pasivas (Negación y Sometimiento), Agresivas (Reacción hostil, Rensentimiento y Venganza) y Prosociales (Solicitud de una explicación y Perdón y Reconciliación). Después se describen cuáles son los ámbitos más significativos para evaluar las situaciones de agravio, a saber: laboral, de la amistad, de la pareja, paterno-filial y de lo trascendente (Dios, el destino).

En el capítulo 2, se presenta el cuestionario, cómo se administra y se

*Licenciada en Psicología. Pontificia Universidad Católica Argentina–Sede Paraná, Facultad "Teresa de Ávila". Coordinadora Académica del Departamento de Humanidades.

Mail de contacto: milagros_grinovero@uca.edu.ar

DOI: <https://doi.org/10.46553/RPSI.17.34.2021.p83-86>

Fecha de Recepción: 18 de octubre de 2021 Fecha de Aceptación: 18 de octubre de 2021

interpreta.

Desde el punto de vista metodológico, para confeccionar el cuestionario se tuvo en cuenta al *Defining Issues Test* (DIT) construido por James Rest, que utiliza dilemas morales. A diferencia de la prueba de Kohlberg sobre desarrollo moral, el DIT puede ser autoadministrado dado que al sujeto se le presentan alternativas de respuesta a elegir ante los dilemas, situaciones o relatos, como es el caso del CASA. Dado que las situaciones dilemáticas restringen excesivamente el campo multidimensional propio de las actitudes ante el agravio y son más específicas del estudio del razonamiento moral, los autores recurrieron a relatos de situaciones no dilemáticas que posibilitaran respuestas de opción múltiple. Cabe señalar que este instrumento comprende 10 relatos de situaciones de agravio, dos relatos por cada uno de los ámbitos antes mencionado. La prueba consiste en responder cómo reaccionaría ante las diez situaciones de la vida real que se plantean de episodios de ofensas o injusticias. Se pide al sujeto que se identifique con el personaje agraviado y responda a las siete alternativas que se le presentan marcando si lo hace: siempre, con frecuencia, casi nunca o nunca. Estas alternativas son comportamientos de negar la ofensa, someterse al ofensor, actuar con hostilidad, tener rencor, vengarse, pedir una explicación al ofensor por el daño ocasionado o perdonarlo.

Además, se presenta un caso como ejemplo para la obtención de los puntajes de las cinco dimensiones del CASA y de los puntajes de las cinco dimensiones según el ámbito.

En el capítulo 3, se desarrolla el proceso de construcción y validación. Se

presentan los estudios preliminares y los estudios correlacionales, así como también los estudios de confiabilidad (consistencia interna).

En el capítulo 4, se presentan los estudios factoriales confirmatorios. Para dicho fin se conformó una muestra de 1.759 sujetos de entre 15 y 65 años ($M = 22,24$; $DS = 8,6$), 1170 mujeres (66,5%) y 589 varones (33,5%). De los participantes, 1195 provienen de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires y 564 de Paraná y diferentes ciudades de Entre Ríos, Argentina. El ajuste al modelo fue satisfactorio y ratificó los estudios exploratorios previos. Además, en este apartado se presenta un compendio de investigaciones realizadas por Lucas Rodríguez con otros investigadores, sobre las situaciones de agravio.

Por ejemplo, el trabajo “Autorregulación emocional y actitudes ante situaciones de agravio” que tuvo como objetivo evaluar el grado de influencia de la autorregulación emocional —control ante situaciones externas adversas y control interno de impulsos— sobre la capacidad de dar respuestas prosociales y evitar la agresividad ante las situaciones de agravio, es decir ante situaciones sociales en las que una persona es agredida u ofendida (Rodríguez et al., 2009); y el trabajo “Percepción de ofensas o agravios en adolescentes” (Rodríguez y Moreno, 2017) en la que se observan porcentajes mayores en agresiones de tipo indirectas (no físicas), referidas a insultos, agravios verbales, engaños o exclusión social. En el capítulo 5, se presentan investigaciones previas que utilizaron el CASA, en algunos casos junto con otras pruebas, ampliando de este modo las evidencias empíricas a

favor de las propiedades psicométricas del CASA como recurso técnico para estudiar cómo la gente reacciona cuando es objeto de una afrenta personal o agresión. A saber: (a) La investigación llevada a cabo por Ileana Bernhardt (2000) que estudió la “Influencia de la religiosidad intrínseca en las actitudes ante situaciones de agravio”; (b) Pereyra y Agüero de Kerbs (1998), publicaron un trabajo titulado: “Personalidad, esperanza-desesperanza, control de la agresividad y salud mental en adventistas y no adventistas”; (c) Alejandra Barchi (1999) en “Organización familiar, agresividad y esperanza-desesperanza en intentos de suicidio” investigó la percepción de la organización familiar, el manejo de la agresividad y la esperanza-desesperanza en el proceso suicidógeno, en la fase de intentos de suicidio; (d) Bernhardt (2000), publicaron el trabajo titulado “Esperanza-desesperanza y manejo de la agresividad en pacientes renales crónicos en hemodiálisis” y (e) la investigación psicológica (Pereyra et

al.,1999) en las cardiopatías y en el cáncer que otorga un papel significativo al manejo de la hostilidad. Para considerar estas dimensiones se investigó dos grupos, uno de pacientes oncológicos (n=50) y otro con diversos trastornos cardiovasculares (n=50), de ambos sexos, en tratamiento ambulatorio, en momentos de hacer la consulta. Se les administró el CASA, la escala del Patrón comportamental tipo A del MMPI-2, el test desiderativo, un cuestionario sobre diversos aspectos de calidad de vida y una ficha de información para recoger las variables demográficas. Para finalizar, como señalan los autores en el prólogo de esta nueva edición, este manual es una invitación para el estudio y la investigación de esta temática que posee tanta significación en un mundo asolado por la violencia y el desencuentro, y además es un medio para que muchas personas encuentren la paz interior, el perdonar y ser perdonados, como también la reconciliación.

Referencias

- Bernhardt, I. (2000). *Influencia de la religiosidad intrínseca en las actitudes ante situaciones de agravio*. Tesis de licenciatura. Universidad Adventista del Plata, Argentina.
- Barchi, A. (1999). *Organización familiar, agresividad y esperanza-desesperanza en intentos de suicidio*. Tesis de licenciatura. Universidad Adventista del Plata, Argentina.
- Moreno, J. E.; Pereyra, M. y Delfino, C. (1995). *Cuestionario de Actitudes ante Situaciones de Agravio (CASA). Instrucciones*. Libertador San Martín, Entre Ríos: Universidad Adventista del Plata.
- Pereyra, M. y Agüero de Krebs, M. (1998). *Personalidad, esperanza-desesperanza, control de la agresividad y la salud mental en adventistas y no adventistas*. *Theologika*, Vol. XIII, Nº 2, 330-

- 355.
- Pereyra, M., Barchi, B. y Fontana, A. (1999). *Aplicaciones clínicas del CASA. Estudios comparativos con pacientes cardiológicos, oncológicos, renales crónicos y psiquiátricos con intento de suicidio*. Ponencia en el XXVII Congreso Interamericano de Psicología, Caracas, Venezuela.
- Rodríguez, L. M. y Moreno, J. E. (2017). Percepción de ofensas o agravios en adolescentes. *Límite: revista de filosofía y psicología*, 12(40), 11-18.
- Rodríguez, L. M., Russián, G. C. y Moreno, J. E. (2009). Autorregulación emocional y actitudes ante situaciones de agravio. *Revista de Psicología de la UCA*, 5(10), 25-44.

Recensión bibliográfica

Subramanian, I., Farahnik, J., y Mischley, L. (2020). Synergy of pandemics-social isolation is associated with worsened Parkinson severity and quality of life. Nature, 6 (28), 1-8, <https://doi.org/10.1038/s41531-020-00128-9>.

Colavitta, M. F.*

La Dra. Indu Subramanian es médica neuróloga, especializada en trastornos del movimiento. Recibida en la Universidad de California, Los Ángeles (UCLA), actualmente ejerce como directora en uno de los Southwest Parkinson's Disease Research, Education and Clinical Centers (PADRECCs), los cuales son considerados centros de excelencia en el tratamiento de la Enfermedad de Parkinson (EP). Situados en seis estados de EEUU, en ellos se desempeñan reconocidos especialistas en trastornos del movimiento, neurocirujanos, psiquiatras, psicólogos, investigadores, educadores y otros expertos en EP. Con un enfoque en la calidad de vida de los adultos mayores con este padecimiento, así como la de sus cuidadores, el interés radica en el tratamiento integral. La Dra. Subramanian también se ha especializado en técnicas de medicina integrativa, como acupuntura, yoga, Tai Chi y mindfulness, con el objetivo de ofrecer un acercamiento más holístico hacia los pacientes.

En el marco de la pandemia por COVID-19, Subramanian y su equipo han llevado a cabo un estudio con 1527 pacientes con EP idiopática, revelando el impacto de la soledad sobre la severidad de esta enfermedad, potenciada por los efectos del aislamiento sanitario. Ellos destacan la importancia de un abordaje más comprensivo de la realidad de los pacientes con EP. Sentirse solo contribuye a la complejidad del cuadro, y cobra un sentido fundamental tras los notorios efectos deletéreos del aislamiento preventivo por la pandemia, que se suman al sentimiento de soledad y la tendencia al aislamiento que suelen presentar las personas con EP. Por ello, los autores resaltan en este artículo, la necesidad de aprovechar los abordajes nuevos y alternativos para ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes, así como de sus familias y cuidadores, quienes suelen verse también afectados por el efecto de la pandemia y el sentimiento de soledad en esta población.

*Estudiante avanzada de Psicología. Pontificia Universidad Católica Argentina. Centro de Investigaciones en Psicología y Psicopedagogía. Adscripta en la línea de investigación sobre deterioro cognitivo en adultos mayores. Mail de contacto: mariaflorenciacol@hotmail.com

DOI: <https://doi.org/10.46553/RPSI.17.34.2021.p87-91>

Fecha de Recepción: 20 de octubre de 2021 Fecha de Aceptación: 20 de octubre de 2021

La tesis principal de este estudio es que el aislamiento social, entendiendo por esto a la falta de integración de los individuos en su entorno —como vivir solo, poseer pocas redes sociales, y tener un mínimo contacto social—, constituye un factor de riesgo para un empeoramiento de la salud e incremento de la mortalidad en la EP, y que este cobra una relevancia fundamental en la situación de pandemia por COVID-19. Se entrevistaron individuos con EP idiopática con el objetivo de evaluar si el aislamiento social se vio relacionado con la severidad de la sintomatología del cuadro y la calidad de vida de pacientes y cuidadores en el contexto de pandemia. Se recabaron datos acerca del sentimiento de soledad, en relación a una variedad de factores tales como la amistad, el estado civil y la performance social.

En la población con EP, hay una multitud de razones para el aislamiento social, independientemente de la situación sanitaria global actual. Estas razones se ven principalmente asociadas a estigmas asociados a esta enfermedad. Por vergüenza ante sus síntomas motores como el temblor o las discinesias, la incontención urinaria, o ante la dificultad para caminar sin la ayuda de un bastón, estas personas tienden a recluirse socialmente. De la misma manera, las expresiones faciales, la disartria y la disfonía, contribuyen a la dificultad en la comunicación verbal y no verbal, lo cual refuerza la evitación de los espacios sociales. También la apatía y la depresión contribuyen a un descenso en la motivación para frecuentar espacios compartidos, según el artículo.

Durante la era de COVID-19, el distanciamiento puede empeorar el aislamiento social, y perjudicar a esta

población, vulnerabilizándolos aún más. Subramanian y colaboradores destacan que la soledad puede ocurrir en tres dimensiones independientes: la soledad emocional (deseo de un compañero confidente y cercano), la soledad relacional (deseo de compañía social y amistad) y colectiva (deseo de una comunidad o red de apoyo que comparta los propios intereses). El sentimiento de soledad en cualquiera de estas tres, incrementa la susceptibilidad de los efectos del estrés y constituye un predictor de la pobreza de la respuesta inmune. Asimismo, afecta el rendimiento cognitivo y puede generar ansiedad, fatiga e irritabilidad. Estos resultados se constatan en otros estudios, que a su vez han reportado que el distrés psicológico se vio incrementado en la población con EP durante la pandemia por COVID-19, lo cual llevó a un empeoramiento de los síntomas motores y no motores, viéndose perturbada, en consecuencia, la calidad de vida (Suzuki et al., 2021).

Los resultados del estudio de Subramanian et al. arrojan que la soledad se vio significativamente correlacionada con una menor calidad de vida en las personas con EP, y una peor y más rápida evolución del cuadro. El sentimiento de soledad fue la variable que más se relacionó con la progresión de la enfermedad. Se puede concluir que el aislamiento social genera efectos nocivos en la calidad de vida, que se ven potenciados con las medidas sanitarias en respuesta a la pandemia, y que se necesita más consideración en relación a esto al momento de abordar el tratamiento de cada paciente. En otra investigación también realizada en el marco de la pandemia, Saluja et al. (2021) han señalado la necesidad del seguimiento del impacto del aislamiento

sobre esta población, considerando el aumento de los reportes, tanto de los pacientes como de sus cuidadores, en cuanto al empeoramiento motor y no-motor durante la pandemia.

Debe tenerse en cuenta que los pacientes pueden sentirse solos a pesar de estar rodeados de gente, así como también pueden existir muchos con tendencias más introvertidas, que se sentirán más cómodos sin tanta gente alrededor, y, por lo tanto, no reportarán sentirse solos. Este estudio tuvo en cuenta el sentimiento de soledad, y no la soledad en sí, para la obtención de datos. Esta precaución en el análisis de los resultados permite dar cuenta de la importancia de la subjetividad de las personas para poder mensurar su calidad de vida y orientar el tratamiento a un objetivo ajustado a su propia perspectiva de la situación individual. Es decir, que a pesar de que todos los pacientes estén diagnosticados con la misma enfermedad, la cuantificación de los datos no puede menoscabar la concepción idiosincrática del padecimiento de cada persona ante ese diagnóstico y su curso.

Subramanian et al., en este trabajo, remiten a un nuevo concepto en vistas al tratamiento en este estado de soledad: la prescripción social. Sugieren el uso de recursos y actividades en la comunidad para ayudar al paciente a desarrollar conexiones sociales saludables. Por ejemplo, mediante clases grupales de determinados ejercicios, el tratamiento grupal de condiciones específicas, sesiones de arte-terapia grupales, o actividades comunitarias como la jardinería y la cocina. La idea de realizar programas de apoyo psicosocial y comunitario para el paciente, sus familiares y cuidadores ya habría sido remarcado por otros autores

algunos años previos a la pandemia. Sigcho Vivanco (2017) remarca la validez de charlas psicoeducacionales y programas de vinculación comunitaria para favorecer el intercambio entre pares mediante la generación de experiencias compartidas, encontrando y generando una nueva red de apoyo social, para contribuir al manejo de la enfermedad y a una mejor calidad de vida para los pacientes y su entorno familiar.

Asimismo, el estudio de Subramanian et al. también propone nuevas intervenciones en pos de lograr este mejor manejo del tratamiento y una mejora en la calidad de vida. Entre estas se encuentran herramientas provenientes de las nuevas tecnologías que permiten a los usuarios verse unos a otros mediante una pantalla, y que pueden resultar muy útiles para el contacto social, aún en el entorno de pandemia. En este trabajo, la telemedicina surge como un concepto interesante. Esta constituye una herramienta que permite seguir brindando atención médica, así como mantener el contacto con los médicos. Su aplicación mejora la calidad de vida y aumenta la eficacia y adherencia a los tratamientos, a la vez que sana el perjuicio del aislamiento social. Una de las principales formas de telemedicina, la cual la Dra. Subramanian también aplica en su labor diaria y en los PADRECCs, es la rehabilitación virtual. Esta estimula, a través de un formato lúdico, el movimiento en pacientes con EP, y les permite practicar la motricidad, motivación y aprendizaje en ambientes seguros. Estas sugerencias coinciden con lo reportado en un estudio italiano, cuyos resultados proponen la combinación de tecnologías disponibles, al demostrar ser herramientas útiles, fáciles de aplicar, y que pueden tener un impacto

considerable en la salud de los pacientes con habilidades limitadas, especialmente en un contexto crítico como lo es la pandemia actual (Motolese, 2020).

La pandemia ha contribuido a poder reconsiderar la importancia de uno de los aspectos no motores que más pueden limitar la calidad de vida de las personas con EP y quienes las rodean: la soledad. A partir de los resultados obtenidos en este trabajo, se enfatiza la importancia de mantener a los pacientes con EP socialmente conectados, y prevenir el sentimiento subjetivo de soledad, especialmente durante estos tiempos de distanciamiento social preventivo, que ha generado un impacto aún más negativo en esta población. De todos modos, si bien la pandemia podrá verse concluida en un tiempo futuro, esto no implica un olvido de este aspecto al momento de tratar cada caso. El sentimiento subjetivo de soledad constituye uno de los factores de riesgo más importantes sobre el bienestar, por lo cual, considerando que ya existe de por sí un aislamiento debido a conductas evitativas frecuentes en la EP, la pandemia por COVID-19 y el trabajo de la Dra. Subramanian y su equipo han sabido recalcar la importancia de tener en cuenta este fenómeno al tratar con todas las personas que padecen esta enfermedad, así como de sus cuidadores. Este artículo grafica particularmente el notable poder de la conexión social en esta enfermedad neurodegenerativa.

En conclusión, se requiere la toma de conciencia sobre la relevancia del sentimiento de soledad y la vulnerabilidad en la que posiciona a la persona con EP. Ante este panorama, se hace evidente la necesidad

de implementación de políticas públicas que se orienten a la prevención de estos aspectos, tan importantes como la sintomatología que constituye el cuadro, porque aporta de la misma forma o más a su calidad de vida. El primer paso es descubrir las variables determinantes y el segundo, generar espacios, dispositivos y herramientas que permitan la modificación efectiva de las mismas, ayudando a que las personas construyan una mejor vida a pesar de la EP.

Desde la psicología, podemos colaborar a la creación de intervenciones psicoeducativas, charlas, y espacios que se orienten a la apertura de estas personas a la sociedad, para que se vean incluidos, apoyados y acompañados, y que disminuya el sentimiento de soledad y de vergüenza o temor a la exposición social. Este artículo abre un espacio esencial a la disciplina psicológica dado que la EP no se trata simplemente de un trastorno del movimiento, sino una enfermedad multifactorial que implica la imbricación de variados factores biológicos, genéticos y ambientales, de entre los cuales el posicionamiento subjetivo ante el padecimiento y la calidad de vida serán los más factibles de moldear para ayudar a atravesar la situación de la mejor manera posible. Sería deseable ayudar a promover un estilo de vida más adaptativo para evitar una progresión más desfavorable. De esta manera, mantener a las personas con EP socialmente conectadas y prevenir el sentimiento subjetivo de soledad en tiempos de distanciamiento social, con técnicas virtuales de apoyo y alternativas terapéuticas que involucren un enfoque social, deberían ser explorados.

Referencias

- Motolese, F., Magliozzi, A., Puttini, F., Rossi, M., Capone, F., Karlinski, K., Stark-Inbar, A., Yekutieli, Z., Di Lazzaro, V., Marano, M. (2020) Parkinson's Disease remote patient monitoring during the COVID-19 lockdown. *Frontiers in Neurology*, 11, 1-7. DOI: <https://doi.org/10.3389/fneur.2020.567413>.
- Saluja, A., Parihar, J., Garg, D., Dhamija, R. K. (2021). The impact of COVID-19 pandemic on disease severity and quality of life in Parkinson's Disease. *Journal of Indian Academy Neurology*, 24(2), 217-226.
- Sigcho Vivanco, M. G. (2017). Enfoque desde la perspectiva social, familiar e intercultural en pacientes con Enfermedad de Parkinson [Tesis de grado]. Universidad Técnica de Machala.
- Suzuki, K., Numao, A., Komagamine, T., Haruyama, Y. Kawasaki, A., Funakoshi, K., Fujita, H., Suzuki, S., Okamura, M. (2021). Impact of the COVID-19 Pandemic on the Quality of Life of patients with Parkinson's Disease and their caregivers: A single-center survey in Tochigi Prefecture. *Journal of Parkinson's Disease*, 11(3), 1047-1056.

REVISTA DE PSICOLOGÍA

NORMAS PARA EL ENVÍO Y CRITERIOS DE ACEPTACIÓN DE TRABAJOS

1. Los artículos presentados deberán ser inéditos y no encontrarse en proceso de evaluación en otra revista.
2. Formato:
Debe ajustarse a la normativa APA (American Psychological Association 2010). Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association. México: Manual Moderno.
Esto incluye: Papel: tamaño A4 (210 x 297 mm) con una extensión no superior a 35 páginas (incluidas las referencias, figuras y tablas) a doble espacio, impreso por una sola cara con márgenes de 2,5 cm y numeración en la parte superior derecha con la correspondiente cornisa. Tipografía: No se deberán justificar los márgenes ni cortar palabras. Se requerirá el tipo de letra denominado Courier New en tamaño número 12. Referencias y notas: las notas deben ser las menos posibles e ir a pie de página, las referencias (no bibliografía), en formato APA, irán al final de trabajo.
A fin de facilitar la evaluación a ciegas, se solicita el envío de por separado de la portada (con el título del trabajo, el nombre completo del/los autor/es, su afiliación institucional—no más de 2 instituciones—, dirección de correo, teléfono y dirección electrónica) y el cuerpo de artículo (sin datos del autor).
3. Los trabajos podrán presentarse en idioma inglés o castellano y deben incluir un resumen que no exceda las 250 palabras si es un trabajo experimental y 120 si es teórico. Independientemente del idioma elegido para el escrito, deben incluirse las palabras clave en español e inglés.
4. Envío y recepción de las propuestas los trabajos podrán ser enviados vía electrónica: dos archivos (en formato .doc), uno con la portada y otro con el cuerpo del artículo a: revistapsicologia@uca.edu.ar

La recepción de las propuestas se confirmará en forma inmediata y en un plazo máximo de 60 días se contestará acerca de su evaluación. La misma consta de dos partes: una primera relativa al ajuste de la propuesta al formato requerido y, una segunda, la evaluación propiamente dicha, efectuada a ciegas. Cada trabajo es enviado a dos pares evaluadores. De existir disparidad de criterios se enviará a un tercero. La decisión final recae sobre el Comité Editor. Los trabajos podrán ser aceptados, aceptados con modificaciones o no

aceptados. Los manuscritos no serán devueltos a los autores.

5. Publicación y derechos de autor:

El autor principal recibirá un ejemplar de la revista en la que se edita el trabajo. En caso de haber más de un autor al resto no se les enviará el ejemplar.

Al aceptar un trabajo para su publicación los derechos de impresión y de reproducción pertenecen a esta Revista, que no rechazará pedidos de los autores para obtener el permiso de reproducción de sus contribuciones.

Los trabajos deben ajustarse a los criterios generales de ética tanto se trate en la experimentación de laboratorio y/o de campo, como de sus contenidos e implicaciones en el campo de la deontología. La Revista no acepta responsabilidad alguna sobre el contenido de los trabajos publicados, opiniones o proposiciones expresadas por los autores.

Criterios de evaluación

- 1) Cumplimiento de las normas de publicación y estilo de APA.
- 2) Adecuación o pertinencia de la temática.
- 3) Relevancia y/o enfoque de originalidad.
- 4) Actualización en las referencias bibliográficas.
- 5) Vinculación de los antecedentes más relevantes al tema tratado.
- 6) Rigurosidad científica en el desarrollo del artículo.

Tipos de artículos aceptados por la Revista:

- Artículos empíricos o teóricos (estructurados según normas APA).
- Reseñas o recensiones bibliográficas.

Estructura para las reseñas o recensiones bibliográficas:

Portadilla:

1. Título del libro completo
2. Editorial, lugar y fecha de edición.
3. Indicar si hay traducciones y a qué idiomas (consignar nombre del traductor en ese caso).
4. Cantidad de páginas.
5. Nombre del autor de la reseña y filiación institucional.

Cuerpo: No debe pasar de 5.000 palabras. El objetivo es presentar una visión global de la estructura del libro, su organización, señalando la temática central, las conclusiones a las que arriba. El recurso de amplificar con otros autores que tratan el mismo tema enriquece el trabajo (en este caso incluir la referencia pertinente).

REVISTA DE PSICOLOGÍA

NORMS OF PUBLICATION AND SUBMISSION OF ORIGINAL DOCUMENTS

1. Articles entered for the magazine must be original and unpublished, and must not be under consideration for publication by any other magazine.

2. The format of the article must comply with APA style (American Psychological Association (2002).

Paper A4 size (210 x 297 mm). 35 page limit (including figures, tables and bibliography). Double space paragraph format. Printed on one side with 2,5 cm margins. Page number on the upper right corner of the page.

Typography: Courier New size 12. Margins must not be justified and words cannot be cut in half.

References and footnotes: footnotes must be as few as possible. References which are not bibliography must comply with APA style and go at the end of the article.

The cover (including title, the author/s full name/s, institutional affiliation, mail address, phone number and e-mail address) and the article (which must not include the author's information) must be sent separately for the peer evaluation.

3. Articles are accepted in English or Spanish. They must include an abstract of 120 words and key words included in the thesaurus both in English and in Spanish.

4. Article's Submission and Reception.

Articles can be submitted via e-mail: 2 (two) files (.doc. format). One of them should include the cover and the other the article e-mail address: revistapsicologia@uca.edu.ar

The reception will be confirmed immediately. The evaluation outcome will be informed within 120 days after the reception of the article. The evaluation will include two parts. On the first stage the article's format is evaluated. On the second stage the article is subject a peer review. In the need of a disambiguation it is sent to a third peer. The Editorial Committee makes the final decisions. Articles can be declined, accepted or accepted with the need of modifications.

5. Publishing and Author's Rights:

One number of the magazine will be sent to the first author of the article. If the article were written/ had more than one author only the first author would receive the magazine.

When an article is accepted the magazine owns the copy rights and printing rights. The

magazine will allow upon request the authors the permission to reproduce their contributions.

The articles must comply with deontological and ethical criteria. The magazine is not responsible for the contents, opinions and statements expressed by the authors in their articles.

Evaluation Criteria

- 1) Articles must comply with APA norms of publication.
- 2) Articles deal with current and relevant topics.
- 3) Relevance and originality.
- 4) Current and relevant bibliographical references.
- 5) References to previews relevant work on the subject.
- 6) Scientific accuracy.

The magazine accepts:

- Empirical or theoretical papers.
- Reviews.

Review's structure:

1. Book title
2. Publisher, publishing date and place.
3. Indicate if the book is translated to other languages. Specify the translator's name and the language of the edition.
4. Amount of pages.
5. Review's author name and institutional affiliation.

The text has a 5000 word limit. It aims at introducing the reader to the book's structure, organization, main topics and conclusions.