

**EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA  
BASADA EN LA MENTALIZACIÓN PARA PADRES DE NIÑOS  
PRESCOLARES**

**Johana Zapata Habed  
María Pía Santelices  
Pontificia Universidad Católica  
Chile**

**RESUMEN**

En Latinoamérica, existen pocos estudios de intervenciones psicoeducativas que promuevan la mentalización en contextos escolares en etapa preescolar; siendo este período de gran oportunidad para abordar las diversas maneras en la que los padres pueden ser sensibles al tratar de entender a sus hijos (Greenberg et al., 1990). Esta investigación tiene un diseño descriptivo comparativo, experimental, se pretende contar con dos grupos, uno que recibirá la intervención (N=40) y un grupo control (N=40). Los constructos para medir el impacto de la intervención se realizará por las siguientes pruebas: la mentalización se evaluará a través de tres instrumentos con diferentes perspectivas, el Test de la Mirada (Fernández-Abascal, et al, 2013) que evalúa la mentalización de emociones en los otros, el Test de Mentalización (Farkas, et al., 2012) que es una prueba observacional y el Cuestionario de Función Reflexiva Parental (Luyten et al., 2009). Además, se incluirán las variables que afectan la mentalización como el estilo de apego que será evaluada a través de la prueba de Escala de Apego Romántico (Wei, et al., 2007), la depresión que se medirá a través del Inventario de Depresión de Beck (Vasquez & Sanz, 1999), el estrés con el Índice de Estrés Parental (Díaz-Herrero et al., 2010) y la experiencia de trauma con el Cuestionario de Trauma en la Infancia (Bernstein et al., 2003). Se presentará el marco teórico a la base de la intervención y los resultados descriptivos de la primera evaluación, ya que se trata de una investigación en curso.

**PSYCHOLOGY INVESTIGATION**

**DIAGNÓSTICO**

Algunos autores sugieren que la pobreza es uno de los estresores que afectan en mayor medida el desarrollo de los niños (Garner et al., 2012). En Chile, la población de los jardines infantiles públicos, pertenecen mayoritariamente a sectores con muy bajos recursos

económicos, más del 90% se encuentra entre el I y II quintil de vulnerabilidad (Behrman, Bravo & Urzúa, 2010), lo que en ocasiones dificulta las competencias parentales, debido a la sobre carga a la cuál están sometidas estas familias. Por lo cual esta población requiere mayor apoyo para afrontar las crianza de sus hijos y se hace necesario implementar programas psicoeducativos en contextos escolares que tengan mayor alcance y que a la vez involucren el esfuerzo de los padres para mejorar la vida de los niños y sus familias. Se ha demostrado que la mentalización es una de la capacidades parentales que aportan al desarrollo del niño, especialmente en edad preescolar (Sharp, Fonagy & Goodyer, 2006).

## **FUNDAMENTACIÓN**

Es relevante que los adultos desarrollen la capacidad mentalizante, cuando los niños están en etapa preescolar, puesto que en esta etapa, es un periodo sensible del desarrollo de la teoría de la mente y la mentalización futura (Carvacho, Farkas, Santelices, 2012).

Los cuidadores primarios pueden desarrollar un modelo mental de la experiencia del niño por medio de la mentalización, ya que de esta manera podrán relacionar la conducta de su hijo con los propios estados mentales del niño, contribuyendo de esta manera a la capacidad de la autorregulación (Zucchi, Huerin, Duhalde, & Raznoszczyk, 2006).

La capacidad de los cuidadores para mentalizar, no solo es crucial para mantener y facilitar el proceso de desarrollo, sino que su ausencia puede asociarse a distintas formas de patologías, inseguridad en el apego, dificultades en desarrollo emocional y desórdenes mentales en los adultos (Fonagy, Gergley, Jurist, & Target, 2002).

Es por esto que se hace necesario contar con intervenciones psicoeducativas breves y replicables que puedan impactar a una mayor cantidad de personas, sobre todo en poblaciones vulnerables, grupo al cual estará orientado el presente estudio.

## **MARCO TEÓRICO**

### **MENTALIZACIÓN**

La mentalización es la actividad, inherente al ser humano, de entender el comportamiento en relación a estados mentales (pensamientos, emociones, intenciones, deseos, creencias, metas, razones); tanto en sí mismo como en otros (Fonagy & Target, 1998). Además por medio de la mentalización somos capaces de predecir, explicar y justificar acciones, que inferimos de los estados mentales que la causan (Fonagy, Gergely, Target 2007).

La capacidad mentalizante, es uno de los factores que determinan la organización del sí mismo y la regulación afectiva, ya que ésta mejora el autoconocimiento de sí mismo como

## **MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION**

de otros (Slade, 2005). Esta capacidad permite verse a sí mismo desde afuera construyendo e imaginando que motivos subyacentes tienen las acciones, dándole una cualidad mental a éstas (Allen, 2006).

Se puede diferenciar entre la mentalización explícita e implícita, en relación a uno mismo o a otros, si se mentaliza sobre acciones del pasado, futuro o presente. Es importante destacar que todas las fecetas de mentalización involucran al menos dos procesos elementales como la atención y la imaginación (Allen, 2006).

### **ORÍGENES CONCEPTUALES DE LA MENTALIZACIÓN**

La mentalización no es un nuevo término, si no, una sistematización que tiene aportes de diferentes teorías psicológicas, como el psicoanálisis francés, el psicoanálisis de relaciones objetales, la psicología cognitiva y la teoría del apego influenciado por la psicología del desarrollo (Fonagy, 2006).

El término de mentalización nació en el psicoanálisis francés, que desarrolló un concepto a finales de los años 60 basado en el sistema preconsciente de Freud e investigando sobre el funcionamiento psíquico que difiere de los sujetos neuróticos de aquellos que se encuentran con baja calidad y cantidad de representaciones psíquicas (Busch, 2008).

Por otro lado, algunos autores (Holmes, 2006) mantienen que Freud a pesar de no usar el término de mentalización se refirió a la transformación del impulso en pensamiento, lo que quiere decir, transformar algo que no es mental en algo mental (Freud, 1895; Pribram & Gill, 1976).

De igual manera un pensamiento clave del psicoanálisis de las relaciones objetales, es el concepto de Bion de la función contenedora de pensamiento, donde los impulsos internos son transformados en experiencias soportables para el infante (Bion, 1962). "Para Bion (1)" un evento mental comienza con la impresión sensorial, las que no tienen cualidad psíquica y se denominan "elementos beta", y requieren la "función alfa" para ser elaboradas psíquicamente. Esta función está dada por la función contenedora de la madre. Los elementos "alfa" son los bloques de construcción de los pensamientos cargados de un significante emocional pero sin representaciones asociadas, o muy parcialmente asociadas, mientras que los elementos "beta" las impresiones sensoriales y las emociones permanecen sin modificaciones. Relacionado con lo anterior, Winnicott (1971) describió el rol de los padres de reflejar, contener y transformar las experiencias afectivas de los niños.

En la misma línea, según la teoría del apego, las relaciones tempranas crean la oportunidad para el niño de aprender sobre estados mentales. La capacidad de la madre de sostener en su mente las representaciones de su hijo, permiten descubrir al niño su propia experiencia interna por medio de las representaciones maternas. Estas representaciones tienen lugar de diferentes maneras y en distintas etapas del desarrollo del niño y de la interacción madre-

hijo, por medio de gestos y acciones al principio, y luego por medio de las palabras y el juego (Slade, 2005).

La mentalización se desarrolla de adentro hacia fuera, esto quiere decir que gracias a las representaciones maternas, el niño comprende que tiene una mente y que por lo tanto los otros también deben tenerla (Fonagy, 2006).

Ya que la mentalización se desarrolla a través de las relaciones, la calidad de la primeras relaciones son esenciales para definir cómo será la mentalización (Fonagy, 2006) permitiendo que la capacidad mentalizante se desarrolle óptimamente en el contexto del apego seguro.

Bowlby (1982) caracterizó el apego seguro como proveedor de seguridad emocional y como base segura de exploración, tanto para explorar el mundo externo como el interno.

La mentalización y el apego tienen una relación bidireccional (Fonagy & Luyten, 2009). La baja capacidad mentalizante puede irrumpir las relaciones de apego, y una relación de apego insegura, evasiva o desorganizada puede afectar en la emergencia de la capacidad de mentalización.

## **FUNCIÓN REFLEXIVA PARENTAL**

Para poder sistematizar la mentalización y ser medido en estudios, se ha usado la expresión de función reflexiva para referirse al término de la capacidad mentalizante relacionada con el apego (Fonagy, 2006). En el contexto de crianza, se activa la función reflexiva parental que se refiere a la capacidad de los padres para sostener en su mente la noción de que su hijo es un sujeto que tiene sus propios sentimientos, deseos e intenciones. Esto le permite al niño descubrir su propia experiencia interna, desarrollando un sentido de sí-mismo (Slade, 2006) y de la autorregulación afectiva (Fonagy et al., 2002).

Los resultados de una variedad de estudios (Fonagy et al., 2002; Grienberger, Kelly, and Slade, 2005; Truman, Levy, and Mayes, 2002), apoyan la noción de Fonagy que la capacidad de función reflexiva parental juega un papel crucial en ayudar a los niños a desarrollar medios adaptativos para regularse. Posiblemente, la capacidad de los padres de tolerar y regular su propio mundo interno y experiencias afectivas, permite al niño regular estas experiencias (Fonagy, et al., 2002).

Un elemento central en la función reflexiva parental es la capacidad de la madre para alejarse de su propia experiencia afectiva, para poder reflejar la de su hijo, que tiene intenciones subjetivas únicas, de su propia experiencia afectiva durante los momentos de estrés o conflicto (Slade, Bernbach, Grienberger, Levy, & Locker, 2002).

## **MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION**

El afecto negativo, ya sea del niño o de los padres, se vuelve manejable, ya que los cuidadores pueden ver los sentimientos dolorosos o pensamientos disruptivos como meros estados mentales, más que realidades concretas (Fonagy et al., 2002). Es esta capacidad es la que permite a los cuidadores permanecer emocionalmente comprometidos pero a la vez con suficiente control y gradualmente el niño va aprendiendo a auto regular, simbolizar la experiencia interna y mentalizar (Slade et al., 2002)

La capacidad de la madre para regular el estrés del infante es crucial para el sentimiento de seguridad del niño (Lyons-Ruth & Spielman, 2004). Los padres que tienen baja función reflexiva se desregulan o desorganizan fácilmente con el afecto negativo del infante y no pueden distinguir entre sus propios sentimientos y los de su hijo, lo que puede provocar reacciones hostiles en intrusivas o de miedo (en los padres) y alejamiento de la relación (Grienenberger et al., 2005).

En los años 80 la psicología cognitiva inició una línea de investigación basada en la Teoría de la Mente (Perner & Lang, 2000), que algunos autores utilizan indistintamente con el término de mentalización (Moriguchi et al., 2006). Sin embargo, otros investigadores consideran que el constructo de la teoría de la mente y su paradigma de falsas creencias puede ser muy acotado (Carpendale & Lewis, 2006) ya que no toma en cuenta los aspectos relacionales y reguladores de interpretar el comportamiento en términos mentales (Fonagy, et al., 2007) además que se refiere a tareas específicas y a un grupo etario particular (Morton & Firth, 1995).

### **DESARROLLO DE LA MENTALIZACIÓN**

El desarrollo de la capacidad mentalizante, ocurre dentro del contexto de las relaciones de apego, como se mencionó anteriormente. Al principio, los niños dependen de sus cuidadores para ayudarlos a contener los fuertes afectos positivos y negativos, pero luego aprenden a internalizar esta función.

Los niños a muy temprana edad experimentan que ellos y los otros son seres físicos y sociales, capaces de influenciar y ser influenciados por objetos externos y otras personas (Fonagy, 2006). A los 3 meses de edad, el niño cambia de preferencias desde una respuesta contingente perfecta a una contención alta, pero no perfecta (Gergely, 2001) y cambian su preferencia de atender a sus propias acciones a responder la respuesta emocional de su ambiente social.

Luego (alrededor de los 9 meses) esperan que las acciones sean racionales y dirigidas a una meta (Gergely & Cisbra, 2003). Se puede hablar ya de un ser que está orientado a las metas o un “autor teleológico”. La acción dirigida a una meta, no requiere del pensamiento de causa-efecto o entender la intención como una causa (Karterud & Bateman, 2011), si no que hace una asociación entre la acción y la meta.

En la segunda mitad del primer año de vida, la capacidad para autorregular el afecto se va desarrollando y durante el segundo año de vida, el infante inicia a mentalizar desde una postura “teleológica”, interpretando que existen deseos o intenciones en las acciones (Wellman & Lagattuta, 2000). Sin embargo a esta edad los niños todavía no pueden separar completamente los estados mentales de la realidad externa (Fonagy, 2006).

A partir de los dos años, el niño desarrolla la habilidad para entender que otros pueden tener intenciones que llevan a una acción, sin tener que experimentar la acción en tiempo real; y más o menos a esta edad empieza a emerger el concepto del sí mismo (Karterud & Bateman, 2011).

Entre los 3 y 4 años de edad, los niños desarrollan la capacidad para entender la representación de estados mentales, como se puede demostrar en las evaluaciones de falsas creencias (Perner, 1991).

Antes de los 4 años las etapas pre-mentalizantes son llamadas equivalencia psíquica y modo de pretender. La equivalencia psíquica se refiere a la representación del niño del mundo interno al externo, las representaciones no se distinguen entre realidad externa y mente, por lo tanto los estados mentales se experimentan como reales, como en sueños de los adultos (Fonagy, 2006). En el modo de pretender, ya pueden diferenciar la realidad interna de la externa (Leslie, 1987).

Es importante destacar que a esta edad se espera que el niño entre al jardín infantil, lo que significa un cambio importante en su rutina, dejando su hogar para interactuar con otras personas como sus pares y educadores. Además el éxito del proceso de adaptación al sistema preescolar dependerá de destrezas cognitivas, afectivas y sociales del niño (Santelices, Perez, Rivera, Gómez & Farkas, 2012).

Al adquirir la Teoría de la Mente el niño empieza a entender y reconocer que sus ideas y pensamientos no necesariamente son iguales a los de los otros, lo que es real para el niño no necesariamente es real para el otro. También debe imaginar qué hay en la mente del otro (Slade, 2005) para poder inferir su comportamiento.

En el sexto año de vida, el niño pasa a una etapa mentalizadora, donde las acciones son entendidas en conjunto con un estado mental y puede representar diferentes perspectiva de la realidad (Fonagy, 2006) y esta capacidad se va perfeccionando en población no clínica durante el desarrollo hasta la adultez.

## PSYCHOLOGY INVESTIGATION

### **DIFICULTADES EN LA EN LA MENTALIZACIÓN Y FUNCIÓN REFLEXIVA PARENTAL**

Los problemas de mentalización se encuentran en una variedad de contextos con diferente severidad y presentaciones. La mentalización también puede ser afectada o aplicada de

## MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

manera errática si hay numerosas exigencias o altos niveles de estrés presente (Fearon, et al., 2006). Otras condiciones que pueden reducir la capacidad de mentalización o función reflexiva son padecer de depresión o haber vivido un evento traumático en la infancia.

A la dificultad de mentalizar genuinamente, ya que faltan factores esenciales de la mentalización se le llama pseudo-mentalización (Fearon, et al., 2006). Existen cuatro formas de la pseudo-mentalización: percibir al otro con una perspectiva anterior al desarrollo, la mentalización intusiva, sobre o hiper-mentalizar y dar atribuciones erróneas.

La mentalización se puede ver como un continuo de la capacidad empática (Baron-Cohen, Richler, Bisarya, Gurunathan, & Whellright 2003) donde en un extremo se puede encontrar la no mentalización (por ejemplo en el autismo) hasta llegar a mentalizar en exceso (por ejemplo en la esquizofrenia o psicopatía).

La hipo-mentalización se asocia a las acciones que no se pueden pensar en términos de estados mentales, si no quedarse en lo concreto, lo que se relaciona con una falta de interés social.

La hiper-mentalización es usar los pensamientos, reflexiones y fantasías como una manera de evitar la realidad. Está asociada a la hiper vigilancia, asunciones que no se cuestionan y la excesiva inferencia (Bateman & Fonagy, 2012) o preocupación excesiva del estado mental en uno mismo o en otros (Luyten, Fonagy, Lemma, & Target, 2012). Otra forma de hipermentalización se puede observar al tener certeza sobre los pensamientos y emociones de los otros, sin reconocer que existe una incertidumbre inherente en la apreciación de lo que el otro tiene en mente (Langdon, 2003). Esta postura gira en torno al sí mismo, donde se reconocen solo los estados mentales que calcen con los intereses y preferencias del individuo (Fearon, et al., 2006).

Además en la hiper-mentalización el individuo puede atribuir correctamente los estados mentales de otros, sin embargo este conocimiento se usa de manera malevolente y dañina hacia los demás, lo que se ha asociado a trastornos psicopáticos (Fearon, et al, 2006).

Hay que tomar en cuenta que la mentalización integra los aspectos cognitivos tanto como los afectivos (Fonagy, Bateman & Luyten, 2012), si una persona solo mentaliza de manera cognitiva o solo afectiva, entonces también es una pseudo mentalización.

Si la pseudo mentalización se vuelve crónica y generalizada se puede traumatizar a los niños por las incorrectas percepciones de los padres, y puede llevar a que el niño inhiba su capacidad de mentalización (Fearon, 2006), pudiendo llevar a un falso self y desarrollar psicopatologías en etapas posteriores del desarrollo.

Como se dijo anteriormente, el estrés está asociado a la falta de mentalización. Al activarse el estrés, también se activa la respuesta de pelea-huída-congelamiento y se convierte en el comportamiento dominante, pareciendo desaparecer la capacidad de mentalizar como una reacción fisiológica de esta respuesta (Fonagy, et al., 2012). Se ha observado una

mentalización inadecuada, o incluso atribuir malevolentes sentimientos a otros, lo que permite que sentimientos de resentimiento y falta de confianza aparezcan en la relación. Si esto pasa en la relación paterno-filial, el hijo que se sentía seguro de pronto se siente confundido por la indisponibilidad del padre (Karterud & Bateman, 2012).

Además del estrés, la depresión es otra variable que afecta la mentalización. En este caso se asume que los síntomas depresivos reflejan respuestas de amenazas a las relaciones de apego ya sea por separación, rechazo, pérdida o experiencias de fracaso o una combinación de estos aumentando el nivel de estrés, lo que resulta en impedimentos y distorsiones en la mentalización (Luyten, et al., 2012).

Desde el punto de vista de la mentalización, el estado de ánimo deprimido está asociado no solo a una reducción de la capacidad mentalizante, sino también a la emergencia de modos distorsionados de mentalizar (Luyten, et al., 2012).

Por otro lado, algunos pacientes depresivos pueden también mostrar una hiper sensibilidad a los estados mentales y estar en sintonía con los estados mentales de otros. Otra postura no mentalizante durante los episodios depresivos es el modo teleológico, del que se habló anteriormente, en que los deseos y sentimientos son equivalentes al comportamiento observable o causas materiales.

Existen también en estos casos una tendencia a hipomentalizar (no poder concentrarse en los estados mentales de sí mismo o de otros) que comunmente es seguido por una postura extrema del modo de pretender o la hipermentalización (rumeación de pensamientos y sentimientos) . En conclusión en personas con trastornos depresivos, tienden a tener ciclos de hiper-hipomentalización, estos ciclos son distorsiones sutiles en la mentalización (Vogelely & Kupke, 2007 en 15).

Por último, otros estudios han demostrado que las experiencias traumáticas en la infancia pueden disminuir la capacidad mentalizante (Allen, Lemma, & Fonagy, 2012). Es común que con las experiencias traumáticas tempranas estén asociados otros síntomas y trastornos como los trastornos de ansiedad, la depresión, el abuso de sustancias, desordenes disociativos, intentos suicidas, autolaceraciones, desórdenes de personalidad, trastornos alimenticios, entre otras (Sroufe, 2005).

Al igual que el estrés, la experiencia de trauma puede activar la conducta de pelea-huida-congelamiento y la inhibición de la mentalización, pero más específicamente hiperactivando el sistema de apego (Allen, et al., 2012).

Estas fallas en la mentalización en diferentes psicopatologías, en especial el trastorno borderline dieron paso a la terapia basada en la mentalización, que ha sido un nuevo enfoque de tratamiento en los últimos 10 años.



## **INTERVENCIONES BASADAS EN LA MENTALIZACIÓN**

La terapia basada en la mentalización tiene como objetivo primordial favorecer la capacidad de mentalización, necesaria para lograr un sentido del self más fuerte y seguro (Bateman y Fonagy, 2004). “Se trata de que el paciente averigüe más sobre como gobierna sus respuestas a los otros y como los errores en la comprensión de sí mismo y de los otros le llevan a emprender acciones en un intento de mantener la estabilidad y dar sentido a sentimientos incomprensibles”(Bateman & Fonagy, 2006, p. 37 en Sánchez & De la Vega, 2013).

Para lograr estos objetivos existen características en las intervenciones que influyen en la mentalización como mantener una postura de no saber, curiosa e inquisitiva; ofrecer intervenciones que van directo al punto; mantener un balance en la exploración de los estados mentales en uno mismo como en otros; invitar a los pacientes a que vean las interacciones de su propia experiencia desde diversas perspectivas, entre otras (Allen, Fonagy & Bateman 2008).

Existen varias modalidades dentro de la terapia basada en la mentalización, se puede intervenir individualmente (Karterud & Bateman, 2011) o en grupo (Holmes, 2006); en intervenciones cortas (Fearon et al, 2006) o largas (Munich, 2006), así como en programas psicoeducativos (Haslam-Hopwood, Allen, Stein & Bleiberg, 2006) y de prevención (Sadler, Slade, Mayes, 2006).

Existen varios procesos psicoeducativos específicos para distintas psicopatologías, sin embargo, faltan estudios que soporten la psicoeducación basada en la mentalización con un fin preventivo en poblaciones no clínicas.

La principal tarea en el proceso psicoeducativo es promover una herramienta, no un concepto o una teoría, esto se puede lograr a través de ejercicios experienciales donde se pretende que los participantes atiendan a los estados mentales, tanto de uno mismo como de otros (Haslam-Hopwood, 2006). Existen aspectos comunes entre la intervención psicoeducativa y la psicoterapia grupal, sin embargo cada una tiene objetivos distintos. La psicoterapia grupal se relaciona con las problemáticas de los diferentes integrantes, tiene que ver con aspectos de la dinámica de la personalidad de los participantes, y sus fines son terapéuticos y curativos. En cambio los talleres psicoeducativos tienen un carácter promocional o preventivo, y su finalidad es informar y dar herramientas para evitar problemas de salud mental en los niños y la familia.

En el caso de los programas psicoeducativos para favorecer la función reflexiva en los padres, Slade (2006) propone algunos principios generales como: ubicar en que punto del continuo de la función reflexiva están los padres, desarrollar una postura reflexiva, modelar la función reflexiva, facilitar la curiosidad, promover el afecto como un medio hacia la mentalización, sostener al padre en la mente y trabajar a un nivel que el padre pueda manejar.

## **OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN**

El objeto de la investigación son los padres de niños preescolares que reciben una intervención psicoeducativa en el contexto escolar.

## **OBJETIVO GENERAL**

Evaluar el programa de intervención psicoeducativa basada en la mentalización para padres de niños preescolares de jardines públicos de Santiago de Chile y cómo influyen el estilo de apego, la depresión, el estrés parental y las experiencias traumáticas tempranas de los padres en el resultado del taller.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Comparar la función reflexiva en un grupo de padres de niños en jardines infantiles públicos de Santiago que recibió la intervención basada en la mentalización con el grupo control.
2. Comparar la mentalización, en el contexto de cognición social, en un grupo de padres de niños en jardines infantiles públicos de Santiago que recibió la intervención basada en la mentalización con el grupo control.
3. Evaluar el efecto del estilo de apego en la intervención.
4. Evaluar el efecto los síntomas depresivos en la intervención.
5. Evaluar el efecto del estrés parental en la intervención.
6. Evaluar el efecto de las experiencias de trauma en la infancia en la intervención.

## **HIPÓTESIS GENERAL**

Se espera que los padres con altos niveles de estrés, síntomas depresivos, experiencias de trauma en la infancia posean menores niveles de mentalización, teoría de la mente y función reflexiva parental. De igual forma, se espera que la intervención psicoeducativa en los

## **MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION**

padres de niños que asisten a jardines públicos, mejore el nivel de teoría de la mente, mentalización y función reflexiva.

### **HIPÓTESIS ESPECÍFICAS**

1. Los padres que participen del grupo que recibirán la intervención mejorarán su función reflexiva parental en comparación al grupo control
2. Los padres que participen del grupo que recibirán la intervención mejorarán la mentalización en el contexto de cognición social, en comparación al grupo control
3. Los padres con estilo de apego seguro, tendrán niveles más altos de mentalización los cuales se potenciarán con la intervención.
4. Los padres que tengan síntomas depresivos tendrán niveles más bajos de mentalización, sin embargo aumentarán después de la intervención, la cual también ayudará a disminuir estos síntomas.
5. Los padres que tengan mayor estrés parental tendrán niveles más bajos de mentalización, sin embargo aumentarán después de la intervención, la cual también ayudará a este factor.
6. Los padres que tengan experiencias traumáticas en la infancia tendrán niveles menores de mentalización, sin embargo aumentarán después de la intervención, la cual también ayudará a cambiar la perspectiva de cómo ven estas experiencias.

### **MÉTODO**

#### **PARTICIPANTES**

Los datos son parte del proyecto Fondecyt 1130786 el cual está en curso desde el año 2013. De los cuales se tomará una muestra constituida por un grupo de 80 padres de niños preescolares de jardines infantiles públicos. Se escogieron aleatoriamente los jardines de los cuales 40 padres recibirán la intervención psicoeducativa y 40 no recibirán ninguna intervención.

#### **PROCEDIMIENTO**

Para acceder a la muestra se solicitó una lista de jardines que no contaran con intervenciones psicológicas y se procedió a seleccionar de manera aleatoria a los jardines en los que se impartiría la intervención.

Se hicieron reuniones con los jardines que aceptaron a participar en el proyecto y se convocó a una reunión para explicarle en qué consistía la intervención y estar en el grupo control. Se les entregaron consentimientos informados a las directoras e invitaciones a los padres de todos los medios mayores de los jardines infantiles.

Las evaluadoras (psicólogos o estudiantes de psicología), llamaron a cada padre para explicarle mejor el proyecto y concertaban una reunión para empezar la primera evaluación. Luego las monitoras contactaban a los padres de los jardines del grupo de intervención y partieron las sesiones.

## **PROGRAMA DE INTERVENCIÓN**

A partir de una revisión sistemática de intervenciones en el tema, se diseñó una intervención psicoeducativa para los apoderados de niños preescolares en jardines infantiles públicos. La intervención tendrá un formato de taller psicoeducativo con un total de 10 horas dividido en 5 sesiones de dos horas semanales, cada sesión tiene actividades donde se resaltan ideas fuerza y se presentan consejos para potenciar al máximo la capacidad mentalizante. De igual manera cada sesión tiene una tarea para la casa, que los padres deben realizar con sus hijos. La intervención consiste en desarrollos teóricos, discusiones grupales, juegos e intervenciones de video feedback, se detallan los objetivos a continuación:

- **Sesión 1:** Se conocerán aspectos básicos de la mentalización
- **Sesión 2:** Pretende identificar las representaciones que tienen los adultos de sí mismos, de los niños y de la relación que tienen con ellos.
- **Sesión 3:** Reconocer nuestra propia experiencia emocional y cómo la registramos.
- **Sesión 4:** Enfrentar los límites respecto al conocimiento de los hijos.
- **Sesión 5:** Ya que es la última sesión se ejercitará las habilidades aprendidas.

Luego se capacitaron a psicólogos o estudiantes de psicología de los últimos años para realizar las evaluaciones y simultáneamente se capacitaron a psicólogas en el área de psicología del desarrollo, niñez o psicología subjetiva que estuvieran cursando al menos el

## **MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION**

segundo año de postgrado para participar como monitores de la intervención psicoeducativa.

En el grupo intervenido se medirán las variables antes descritas antes de la intervención y 6 meses después de la misma. En las mismas fechas se evaluará al grupo control con instrumentos en español.

### **INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

#### **CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO**

Consta de cuatro partes, en la primera se preguntan antecedentes del niño como edad de ingreso a la sala cuna, al jardín infantil, al jardín actual y horas semanales que pasa en el jardín. La segunda parte se pregunta sobre los antecedentes personales de los padres como fecha de nacimiento, estado civil, etc. La tercera sección trata los antecedentes familiares como personas que viven en la casa, el tiempo que pasan con el niño, que otra persona está a cargo del niño, entre otras interrogantes. La última parte se pregunta si existen antecedentes del niño que sean relevantes.

**TEST DE LA MIRADA (FERNÁNDEZ-ABASCAL, ET AL, 2013) ES LA TRADUCCIÓN DEL READING THE MIND IN THE EYES TEST (RMET; BARON-COHEN, 2001).**

Este test consiste de 36 fotografías de la región de los ojos de actores y actrices. Cada ítem presenta cuatro descripciones de estados mentales y tiene una respuesta correcta y otras tres incorrectas de misma valencia emocional. Se asigna un punto a cada respuesta correcta, de manera que los resultados van del 0 al 36. Adicionalmente, se puede computar los ítems positivos (8), negativos (12) y neutrales (16) (Fertuck et al., 2009). Esta prueba tiene una confiabilidad alpha de .63.

**TEST DE MENTALIZACIÓN (FARKAS; ET AL., 2012).**

Evalúa la mentalización de adultos significativos (padres, personal educativo, otros) en interacción con niños de 0 a 48 meses de edad en un contexto de lectura compartida para la evaluación de la mentalización del adulto, entendida como la capacidad del adulto para hacer referencia a los estados internos y comprender el comportamiento de los personajes, del niño(a) y/o de sí mismo. La Forma B que está pensada para un rango de 24-48 meses de edad. Ambas consideran un setting de evaluación en la modalidad de cuento, el adulto representa la historia en base a láminas. Este instrumento utiliza entonces una aproximación adulto – niño con una situación estructurada, la cual es filmada para su posterior análisis. Se establecen 2 tipos de categorías: estados mentales y estados no mentales. Las categorías

no mentales se refieren a todo lo que incluye el discurso del adulto desde orientar la atención del niño, a describir y/o elaborar aspectos de la historia, y que no alude a referencias a estados mentales. Las categorías mentales se refieren a la alusión a estados mentales en el discurso del adulto en su interacción con el niño. Para cada categoría se especificaron cuatro sub- categorías. Los no mentales: lenguaje Causal/ referencias/ asociaciones, Lenguaje, vínculo con la vida del niño, estados físicos. Por otro lado los estados mentales: deseos, intenciones y/o preferencias, emociones y sentimientos, pensar y saber / cognición, atributos cognitivos y/o emocionales. Confiabilidad inter juez .40

**QUESTIONARIO DE FUNCIÓN REFLEXIVA PARENTAL (PARENTAL REFLECTIVE FUNCTIONING QUESTIONNAIRE-PRFQ; LUYTEN, MAYES, SADLER,, FONAGY, & NICHOLLS , 2009).**

Este es un autorreporte de 28 ítems traducidos en México y con una verificación interjuez en Chile, esta prueba consiste de tres subescalas, para medir la curiosidad acerca de los estados mentales, los esfuerzos para entender los estados mentales y como se relacionan estos con el comportamiento estimando la función reflexiva parental en alta, baja o ni alta ni baja. Cada ítem en el PRFQ se puntúa en una escala de Likert de 7 puntos, donde 1 representa completamente en desacuerdo y 7 completamente de acuerdo. La escala prementalizadora consiste en los ítems designados a capturar modos no mentalizantes. La sub escala de seguridad de estados mentales consiste en ítems diseñados a capturar la inhabilidad para reconocer estados mentales que no son transparentes. La tercera subescala diseñada para capturar el interés y la curiosidad que el padre tiene en los estados mentales de su hijo. El PRFQ tiene buena consistencia con .70 para pre-mentalización, .82 para seguridad de los estados mentales, y .74 para interés y curiosidad en estados mentales

**EXPERIENCES IN CLOSE RELATIONSHIPS (SHORT VERSION) (ECR-S; (WEI, M., RUSSELL, D. W., MALLINCKRODT, B., & VOGEL, D. L., 2007)**

Este autorreporte de 12 items, que evalúa el patrón de apego adulto considerando dos dimensiones: Ansiedad y Evitación asociadas a patrones de apego inseguros. El Apego Ansioso se define como aquel que involucra el temor al rechazo interpersonal o al abandono, una necesidad excesiva de aprobación por parte de otros, y un malestar importante cuando otro significativo no está disponible o no responde a las necesidades del individuo. El Apego Evitativo se define como aquel que involucra el temor a la dependencia y a la intimidad interpersonal, una necesidad excesiva de confiar y depender de uno mismo, y renuencia a auto-develarse. Las personas que obtienen puntajes altos en ambas o en una de estas dimensiones poseen una tendencia al apego adulto inseguro. Al contrario, las personas que obtienen bajos niveles de ansiedad y evitación, pueden ser considerados con un apego adulto seguro. La consistencia interna de la versión abreviada es adecuada. Los coeficientes alpha para la sub-escala Ansiedad fueron desde .77 a .86, y para

## **MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION**

la sub-escala Evitación fueron entre .78 y .88 a lo largo de 6 estudios realizados en estudiantes universitarios.

### **INCENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (VÁSQUEZ & SANZ, 1999) ES LA TRADUCCIÓN DEL BECK DEPRESSION INDEX, BECK, WARD, MENDELSON, MOCK & ERBAUGH, 1961).**

Cuestionario de auto reporte que consta de 21 ítems y evalúa la sintomatología depresiva actual. En esta prueba el sujeto debe elegir, entre un conjunto de 4 alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante la última semana. Cada ítem puede ser valorado de 0 a 3 puntos, pudiendo obtener un puntaje total que varía entre 0 y 63. Puntajes mayores indican mayor sintomatología depresiva y se definen 4 categorías de depresión: mínima 0-9, leve 10-18, moderada 19-29 y severa 30-63. Los análisis de fiabilidad son adecuados, habiéndose obtenido en la versión española aplicada en pacientes con trastornos psicológicos un valor  $\alpha = .90$  (Vásquez & Sanz, 1999).

### **INDICE DE ESTRÉS PARENTAL (DÍAZ-HERRERO, BRITO DE LA NUEZ, LÓPEZ-PINA, PÉREZ-LÓPEZ, & MARTÍNEZ-FUENTES, 2010) TRADUCCIÓN DEL PARENTAL STRESS INDEX (PSI-SF; ABADIN, 1995).**

Este es un autorreporte de 36 preguntas que mide el estrés parental, consta de tres subescalas que consisten de 12 ítems cada escala. Los padres usan una escala de likert de 5 puntos para indicar el grado en el que están de acuerdo con cada enunciado. Existen tres subescalas, la escala de angustia (estrés) parental de los reactivos 1 al 12 determinan la experiencia de angustia de los padres al ejercer el rol parental, causado por factores personales directamente relacionados con el ejercicio de las funciones de este rol. La sub escala de interacción disfuncional padre hijo, de los reactivos 13 al 24 se enfocan en la percepción que el padre tiene y hasta que punto su hijo cumple con las expectativas del padre o no, y el grado de reforzamiento que el niño provee a los padres. La tercera escala llamada, niño difícil, de los reactivos 25 al 36 provee una evaluación de cómo los padres perciben la facilidad o dificultad de controlar a su hijo en términos de su comportamiento. Sin embargo, también se incluyen los patrones de desafíos aprendidos, desobediencia y comportamiento demandante. La suma de estas tres subescalas indica el grado de estrés total que experimentan los padres en su rol como padres... La versión española de esta prueba tiene coeficientes internos de consistencia de .84 (Interacción disfuncional padre-hijo), .82 (niño difícil), .82 (angustia parental) and .90 para estrés total (Díaz-Herrero, López-Pina, Pérez-López, Brito de la Nuez, & Martínez-Fuentes)

### **CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE (CTQ; BERNSTEIN ET AL., 2003)**

Este es un autorreporte traducido en Chile, tiene 28 reactivos en los que los participantes, usando una escala de 5 puntos de Likert, deben responder del 1 (nunca) al 5 (muy frecuente), sus experiencias de maltrato. El constructo está indexado en 5 dominios: abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligencia física, negligencia emocional. La consistencia de esta prueba es de .91 (Scher, Stein, Asmundson, McCreary, & Forder, 2001). Se utiliza puntos de corte indicando de 8 en adelante para la escala de abuso físico, negligencia física y abuso sexual, un puntaje de 10 para abuso emocional y un puntaje de 15 para negligencia emocional para indicar la presencia de alguna de estas experiencias.

## **PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS**

Los resultados de los datos de los cuestionarios y medidas observacionales, se almacenarán en una base de datos creada para el estudio utilizando SPSS. Asimismo la base de datos será asignadas a una de varias categorías: datos sociodemográficos, cuestionarios y medidas observacionales.

Se consideraran la edad, nivel socioeconómico, género, nivel educativo y ocupación como variables a controlar.

Las técnicas de análisis se basarán en análisis descriptivo de las variables en estudio, análisis comparativos a través der correlaciones de Spearman, y el estudio de los procesos de cambio y estabilidad de las variables a través de la técnica de análisis de varianza multivariado (MANOVA) de la diferencia entre las mediciones pre-intervención y post-intervención de los puntajes de las variables medidas, usando el grupo como factor (Stevens, 2002). Otros análisis que se realizarán serán análisis de regresión múltiple.

## **RESULTADOS**

Ya que esta es una investigación en curso, en la presentación de poster se mostrarán los resultados de la primera evaluación del grupo experimental y algunas del grupo control, sin embargo los datos están siendo analizados y no hay resultados preliminares hasta el momento.

## **CONCLUSIONES**

Debido a lo anterior, ya que no existen resultados preliminares hasta el momento, este trabajo no tiene conclusiones, sin embargo estas serán reflejadas en la presentación del poster del congreso.



## **DISCUSIÓN**

En ejecución, se presentarán en el poster del congreso.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Greenberg, M., Cicchetti, D., & Cummings, M. (Eds.). (1990). Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention. Chicago: University of Chicago Press.

Fernández-Abascal, E., Cabello, R., Fernández-Berrocal, P., & Baron-Cohen, S. (2013). Test-retest reliability of the 'Reading the Mind in the Eyes' test: a one-year follow-up study. *Molecular Autism*, 4(1): 1-6.

Farkas, C., Carvacho, C., Santelices, M., Mahias, P., Badilla, G., Vallotton, C., & Himmel, E. (2012). Medición de la mentalización del adulto significativo en interacción con niños de 0 a 48 meses: Desarrollo y estudio piloto. Enviado a publicación a *Spanish Journal of Psychology*.

Luyten, P., Mayes, L. C., Sadler, L., Fonagy, P., Nicholls, S., et al. (2009). Manual for the Parental Reflective Functioning Questionnaire-1 (PRFQ-1). Unpublished manual, Yale Child Study Center, New Haven, CT.

Wei, M., Russell, D., Mallinckrodt, B., & Vogel, D. (2007). The experiences in Close Relationship Scale (ECR)-Short Form: Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 88 (2): 187-204.

Vásquez, C., & Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 10(1): 59-81.

Díaz-Herrero, A., Brito de la Nuez, A., López Pina, J., Pérez-López, J., & Martínez-Fuentes, M. (2010). Estructura factorial y consistencia interna de la versión española del Parenting Stress Index-ShortForm. *Psicothema*, 22(4): 1033-1038.

Bernstein, D., Stein, J., Newcomb, M., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. (2003). *Child Abuse and Neglect*, 27(2): 169-190.

Garner, A. S., Shonkoff, J. P., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., McGuinn, L., & Wood, D. L. (2012). Early childhood adversity, toxic stress, and the role of the pediatrician: Translating developmental science into lifelong health. *Pediatrics*, 129(1): e224–e231.

Behrman, J; Bravo, D. & Urzúa, S. (2010). Encuesta Longitudinal de la Primera Infancia: aspectos metodológicos y primeros resultados. Centro de Microdatos, Departamento de Economía, Universidad de Chile.

Sharp, C., Fonagy, P., & Goodyer, I. (2006). Imagining your child's mind: Psychosocial adjustment and mothers' ability to predict children's attributional response style. *British Journal of Developmental Psychology*, 24: 197-414.

Carvacho, C., Farkas, Ch., & Santelices, M. (2012). Mind Mindness o la capacidad del adulto para tratar al niño(a) como un individuo con mente: Nuevas perspectivas para el estudio de la interacción entre el (la) niño (a) preescolar y sus figuras de apego. *Summa Psicológica UST*, 9(2): 69-78.

Zucchi, A., Huerin, V., Duhalde, C, & Raznoszczyk, C. (2006). Aproximación al estudio del funcionamiento reflexivo materno. *Anuario de Investigaciones*, 16 (14): 215-221.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. NY: Other Press.

Fonagy, P. & Target, M. (1998). Mentalization and the changing aims of child psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 8(1): 87-114.

Fonagy, P., Gergely, G., Target, M. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48 (3-4): 288-328.

Slade, A. 2005. Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment and Human Development*, 7(3): 269-281.

Allen, J. (2006) Mentalizing in practice. En *Handbook of Mentalization-Based Treatment* (pp.3-31). Allen, J., Fonagy, P. (Eds). UK: John Wiley.

Fonagy, P. (2006). The mentalization-focused approach to social development. En *Handbook of mentalization-based treatment* (pp.53-100). Allen, J, Fonagy, P. (Eds.). UK: John Wiley.

Busch, F. (2008). *Mentalization: Theoretical Considerations, Research Findings, and Clinical Implications*. NY: Taylor & Francis Group, LLC.

## MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

Holmes, J. (2006). Mentalizing from a psychoanalytic perspective: What's new? En Handbook of mentalization-based treatment (pp.31-50). Allen, J.G., Fonagy, P. (Eds.). UK: John Wiley.

Freud, S. (1895). Project for a scientific psychology. En the Origins of Psychoanalysis: Letters to Wilhelm draft and notes: 1887-1902. pp.347- 445. s. Bonaparte, M., Freud, A., Kris. (Eds). NY: Basic Books.

Pribram, K., & Gill, M. (1976). Freuds "Projet" Re-assessed: Preface to contemporary cognitive theory and neuroscience. NY, Basic Books.

Bion, W. (1962). The psychoanalytic study of thinking, II: A theory of thinking. International Journal of Psychoanalysis, 43(4-5): 306-310.

Winnicott, D. W. (1971). Playing and reality. London: Routledge

Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. American Journal of Orthopsychiatry, 52(4): 664-78.

Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. Development and Psychopathology, 21(4): 1355-1381.

Slade, A. (2006). Reflective parenting programs: Theory and development. Psychoanalytic Inquiry 26 (4): 640-657.

Grienenberger, J., Kelly, K., & Slade, A. (2005) Maternal reflective functioning, mother-infant affective communication, and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. Attachment and Human Development, 7(3): 299-311.

Truman, S., Levy, D., & Mayes, L. (2002), Reflective functioning as mediator between drug use, parenting stress, and child behavior. Paper presented at annual meetings of the College of Drug Dependence. Quebec City, Quebec.

Slade, A., Bernbach, E., Grienenberger, J., Levy, D., & Locker, A. (2002). Addendum to Reflective Functioning scoring Manual: For use with the parent development Interview. Unpublished manuscript, The City College and Graduate Center of the City University of New York.

Lyons-Ruth, K., & Spielman, E. (2004). Disorganized infant attachment strategies and helpless-fearful profiles of parenting: Integrating attachment research with clinical intervention. *Infant Mental Health Journal*, 25(4): 318 – 335.

Perner, J., & Lang, B. (2000). Theory of mind and executive function: Is there a developmental relationship? En *Understanding other minds: Perspectives from developmental cognitive neuroscience* (pp. 150–181). S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg, & D.J. Cohen (Eds.). NY: Oxford University Press.

Moriguchi, Y., Ohnishi, T., Lane, R., Maeda, M., Mori, T., Nemoto, K., Matsuda, H., Komaki G. (2006). Impaired self-awareness and theory of mind: an fMRI study of mentalizing in alexithymia. *Neuroimage*, 32(3):1472-82.

Carpendale, J., & Lewis, C. (2006). *How children develop social understanding (understanding children's worlds)*. London: Blackwell.

Fonagy, P. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48 (3-4): 288-328.

Morton, J., & Frith, U. (1995). Causal modeling: A structural approach to developmental psychology. En D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology*. Vol. 1: Theory and methods (pp. 357–390). NY: John Wiley

Gergely, G. (2001). The obscure object of desire “nearly, but clearly not, like me”: Contingency preference in normal children versus children with autism. *Bulletin Menninger Clinic*, 65 (3): 411-426.

Gergely, G., & Csibra, G. (2003). Teleological reasoning in infancy: the native theory of rational actions. *Trends of Cognitive Science*, 7 (7): 287-292.

Karterud, S., & Bateman, A. (2011). *Manual for Mentalization-based treatment (MBT) and MBT adherence and competence scale. Version individual therapy*. Recuperado de la página <http://www.oslouniversitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Aktiviteter/NAPP,%20kurs%20og%20konferanser/MBT%20Kvalitetslab/MBT%20manual%20and%20MBT-ACS%20final%20dec%202011.pdf>

Wellman, H., & Lagattuta, K. (2000). Developing understandings of Mind, en *Understanding Other Minds: Perspectives from Developmental Cognitive Neuroscience*, 2da edición. Baron-Cohen, S., Tager-Flushberg, H., Cohen, D (Eds.). NY: Oxford University Press.

## **MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION**

Perner, J. (1991). *Understanding the Representational Mind*. Cambridge, MA: MIT press

Leslie, A. (1987). Pretense and representations: the origins of "theory of Mind". *Psychological Review*, 94 (4): 412-426.

Santelices M, Perez F, Rivera C, Gomez A, Farkas C. (2012). Maternal Mental Health and Preschool Adaptation to Play Groups in Chile. *Revista Argentina De Clínica Psicológica*, 21(1): 75-84.

Fearon, P., Target, M., Sargent, J., Williams, L., McGregor, J., Bleiberg, E., & Fonagy, P. (2006). Short-Term Mentalization and Relational Therapy (SMART): An Integrative Family Therapy for Children and adolescents. En *Handbook of mentalization-based treatment*. Allen, J.G., Fonagy, P. (Eds.) UK: John Wiley.

Baron-Cohen, S., Richler, J., Brisarya, D., Gurunathan, N & Weelright, S. (2003). The systemizing quotient (SQ): An investigation of adults with Asperger syndrom or high-functioning autism, and normal sex differences. *Philosophical Transactions of the Royal Society. Series B. Special issue on "Autism: Mind and Brain"*, 358: 361-374.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2012). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Glossary, pp. 513. EEUU: American Psychiatric Publishing, Inc.

Luyten, P., Fonagy, P., Lemma, A., & Target, M. (2012). Depression en *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Bateman, A. & Fonagy, P. (Eds.). EEUU: American Psychiatric Publishing, Inc.

Langdon, R. (2003). Theory of Mind and social dysfunction: Psychotic solipsism versus autistic asociality. En B. Repacholi & V. Slaughter (Eds.), *Individual differences in theory of Mind: Implications for typical and atypical development*. (Pp241-269). NY: Psychology Press

Fonagy, P., Bateman, A., & Luyten, P. (2012). Introduction and Overview. En A. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalizing in Clinical Health Practice* (pp3-42). EEUU: American Psychiatric Publishing, Inc.

Karterud, S., & Bateman, A. (2012). Mentalization-Based Family Therapy. En A. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalizing in Clinical Health Practice* (pp107-128). EEUU: American Psychiatric Publishing, Inc.

Vogeley, K., & Kupke, C. (2007). Disturbances of time consciousness from phenomenological and neuroscientific perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 33 (1): 157-165.

Allen, J., Lemma, A., & Fonagy, P. (2012). Truama. En A. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalizing in Clinical Health Practice* (pp419-444). EEUU: American Psychiatric Publishing, Inc.

Sroufe, L. (2005). Attachment and development: a prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment and Human Development*, 7(4): 349-367.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18(1): 36-51.

Sánchez, S., & De la Vega, I. (2013). Introducción al tratamiento basado en la mentalización para el trastorno límite de la personalidad. *Acción Psicológica*, 10(1): 21-32.

Bateman, A. y Fonagy, P. (2006). *Mentalization- based treatment for Borderline personality Disorder: a practical guide*. Nueva York: Oxford University Press.

Allen, J., Fonagy, P., Bateman, A. (2008). Mentalizing interventions, en *Mentalizing in Clinical Practice*, pp. 163-210. EEUU: American Psychiatric Publishing, Inc.

Munich, R. (2006). Integrating Mentalization-Based Treatment and Traditional Psychotherapy to Qualitive Common Groun and Promote Agency. En A. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalizing in Clinical Health Practice* (pp143-156). EEUU: American Psychiatric Publishing, Inc.

Haslam-Hopwood, T., Allen, J., Stein, A., & Bleiberg, E. (2006). Enhancing Mentalizing through Psychoeducation. En A. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalizing in Clinical Health Practice* (pp249-265). EEUU: American Psychiatric Publishing, Inc.

Baron-Cohen, S., Wheelwrigth, S, Hill, J., Raste, Y., Plumb, I. (2001) The "Reading the mind in the eyes "test revised versión: a study with normal adults, and adults with Asperger síndrome or high-functioning autism. *J. Child Psychol. Psychiatry* 42, 241-251.

Fertuck, E., Jekal, A., Song, I., Wyman, B., Morris, M., Wilson, S., Brodsky, B., & Stanley, B. (2009). Enhanced Reading the Mind in the Eyes in borderline personality disorder compared to healty controls. *Psychological Medicine*, 39(12), 1979–1988.

Wei, M., Russell, D. W., Mallinckrodt, B., & Vogel, D. L. (2007). The experiences in Close Relationship Scale (ECR)-Short Form: Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 88, 187-204.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. (1961). *Arch Gen Psychiatry*. 4, 561-71.

**MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION  
PSYCHOLOGY INVESTIGATION**

Stevens, J. P. (2002). Applied multivariate statistics for the social sciences. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

**RESEÑA AUTORAS**

**JOHANA ZAPATA HABED**

MG. Pontificia Universidad Católica de Chile. Universidad de Chile

**MARÍA PÍA SANTELICES ALVAREZ**

PHD. Pontificia Universidad Católica de Chile. Universidad de Chile

