

Original. Trabajos completos

Construcción y validación de la Escala de impacto del maltrato infantil (EIMI)

ROSA INÉS COLOMBO, PABLO ANDRÉS SALCEDO, GISELA MARIANA ALONSO

ROSA INÉS COLOMBO
Doctora en Psicología.
Maestría en Psicodiagnóstico y
Evaluación Psicológica
Universidad de Buenos Aires
(UBA).
Vicente López,
Provincia de Buenos Aires,
R. Argentina.

PABLO ANDRÉS SALCEDO
Licenciado en Psicología.
Especialista en Psicología
Jurídica.
Poder Judicial de la
Provincia de Córdoba;
Maestría en Psicodiagnóstico y
Evaluación Psicológica,
Universidad de Buenos Aires
(UBA).
Córdoba, R. Argentina.

GISELA MARIANA ALONSO
Licenciada en Psicología.
Especialista en Psicología
Forense.
Maestría en Psicodiagnóstico y
Evaluación Psicológica,
Universidad de Buenos Aires
(UBA).
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina.

FECHA DE RECEPCIÓN: 23/11/2022
FECHA DE ACEPTACIÓN: 26/02/2023

CORRESPONDENCIA
Lic. Gisela Mariana Alonso.
Cabrera 3962 piso 8 dpto. A T1,
C1186AACX,
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina;
giselamarianaalonso@gmail.com

El impacto emocional es una de las formas de desgaste que puede afectar a profesionales de la salud mental dedicados a contener situaciones de maltrato infantil. El *objetivo* de este trabajo, de corte instrumental, fue desarrollar y validar una escala para evaluar el grado de impacto emocional de los profesionales de la salud al escuchar una entrevista de un niño/a o adolescente que ha sufrido vivencias traumáticas asociadas a maltrato intrafamiliar crónico. *Método:* participaron profesionales de la salud mental y de la justicia que atendían a niños en situaciones de vulnerabilidad de tres países de Latinoamérica. El 46.5 % de los participantes pertenecen a Argentina ($n = 99$), el 34.3 % a Uruguay ($n = 73$) y el 19.2 % a Chile ($n = 42$). Los participantes completaron una versión inicial de la escala con 44 ítems. Mediante análisis factoriales exploratorios, se retuvieron 38 ítems que evalúan cinco factores de impacto: en un primer factor ubicamos las emociones negativas tales como enojo, angustia y tristeza; en el segundo factor la inacción provocada por el miedo, en la cual agrupamos la impotencia y la soledad; luego ligamos el tercer factor a la incredulidad que definimos como desconfianza e indignación; al cuarto factor con la empatía y al quinto factor al desconcierto. La consistencia interna de la escala completa resultó excelente ($\omega = .90$ y $.75$).

Palabras clave: Abuso infantil – Evaluación psicológica – Impacto emocional – Profesionales de la salud mental.

Construction and Validation of the Child Maltreatment Impact Scale (CMIS)

The emotional impact is one of the forms of burnout that can affect mental health professionals dedicated to containing situations of child maltreatment and abuse. The *objective* of this investigation was to develop and validate a scale to assess the degree of emotional impact of health professionals when listening to an interview of a child or adolescent who has suffered traumatic experiences associated with chronic intrafamily abuse. *Method:* mental health and justice professionals who care for children in vulnerable situations from three Latin American countries participated. 46.5% of the participants belong to Argentina ($n = 99$), 34.3% to Uruguay ($n = 73$) and 19.2% to Chile ($n = 42$). The participants completed an initial version of the scale with 44 items. Through exploratory factorial analysis, 38 items that evaluate five impact factors were retained: in a first factor negative emotions such as anger, anguish and sadness were located; in the second factor, inaction caused by fear, in which impotence and loneliness were grouped; then it was linked the third factor to disbelief that was defined as distrust and indignation; the fourth factor with empathy and the fifth factor with bewilderment. The internal consistency of the complete scale was excellent ($\omega = .90$ and $.75$).

Keywords: Child Maltreatment and Abuse – Psychological Assessment – Emotional Impact – Mental Health Professionals.

Introducción

Los profesionales que abordan las violencias contra las infancias valoran cada situación sociofamiliar tanto desde su formación y experticia como además desde su propia singularidad. A su vez, es notorio cómo los profesionales inmersos en los procesos judiciales dimensionan las denuncias sobre violencias como una problemática múltiple que puede agravarse o atenuarse según los actores intervenientes.

Ahora bien, durante el proceso de construcción de estrategias y acciones propias de la tarea profesional se observan a diario fallas en las intervenciones, errores en la toma de decisiones: ¿cuáles son los motivos de dichas fallas?, ¿por qué se falla en la protección de los niños y niñas si la mayoría de los operadores tienen sólida formación teórica sobre los temas que abordan?, ¿será porque se actúa desde emociones que no permiten dimensionar los efectos de las intervenciones?, ¿será porque los efectos contratransferenciales que generan las situaciones que a diario afrontan los integrantes de los equipos les afecta sus mecanismos para regular el estrés, promoviendo desorden y hasta errores de las acciones? Tales fallas y errores en ocasiones contribuyen más a la impunidad que a la protección?

Numerosos autores señalan que existen pocas investigaciones sobre los efectos que las entrevistas de niños y niñas que han sufrido victimización generan sobre los profesionales entrevistadores [2, 3, 9, 19, 24, 27].

Los efectos que la propia práctica de la psicología genera en aquel que la ejerce, ha sido desde siempre objeto de estudio en el ámbito científico. Desde los análisis sobre la contratransferencia de Freud [13], estudios sobre el denominado *burnout* de Maslach y Jackson [17] hasta denominaciones tales como estrés traumático secundario [11] o traumatización vicaria [18], fatiga por compasión [12]; han ubicado a los profesionales, que asisten a personas directamente afectadas por eventos traumáticos, como los más afectados y vulnerables en términos de efectos y desgaste emocional. Sobre todo, aquellos que se desempeñan asistiendo la victimización infantil, dado que se trata de los acto-

res más frágiles de la sociedad y resulta muy probable la empatía y proximidad afectiva con ellos [20, 23, 25].

Estudios previos destacan los efectos posttraumáticos que se advierten en profesionales de la psicología que atienden a niños, niñas y adolescentes (NNyA) víctimas de malos tratos y abuso sexual [1]. Se concluye que aquellos profesionales que asisten a esa población muestran un mayor nivel de estrés postraumático secundario comparado con el que se ha registrado en profesionales que se dedican a asistir a problemáticas no vinculadas con lo traumático. La edad de los profesionales parece influir en la capacidad para enfrentar con mayores recursos los abordajes. Algunos autores señalan que los profesionales con más años de trabajo asistencial presentan menor sintomatología postraumática y mayor capacidad de afrontamiento [27].

En esta línea, las investigaciones mencionan que los profesionales que trabajan cotidianamente con esta población poseen un mayor riesgo de sufrir de trauma secundario, *burnout*, fatiga de la compasión, desgaste por empatía, traumatización de los equipos, entre otras conceptualizaciones. Algo similar plantea Baita al expresar que:

Independientemente de la definición que se desee utilizar, todas las personas que trabajan con situaciones de violencia —como lo es el abuso sexual infantil—, dondequiera que desarrollem su trabajo, pueden sentirse identificadas con alguna de ellas. Se puede afirmar que el trabajo con situaciones de violencia es un factor de riesgo para el desgaste profesional. [1, p. 268].

Esta autora refiere que, desde una investigación informal, logró individualizar algunos factores relacionados con las condiciones laborales que contribuyen al desgaste de los profesionales dedicados a esta temática. Dentro de ellos, menciona: inestabilidad laboral, sobrecarga de la tarea laborar, escasez de recursos en los equipos, pobre infraestructura, falta de incentivos, carencia de supervisión idónea, necesidad de formación académica (sólo incentivada por el propio profesional), escaso apoyo de las estructuras jerárquicas de la institución de trabajo [1].

Starcher y Stolzenberg [27] estudiaron cómo se vinculaban la influencia del apoyo laboral, las restricciones presupuestarias en los equipos de trabajo, la cantidad de casos y la cantidad de entrevistas realizadas con el trauma secundario y *burnout* en entrevistadores. Para esto último, utilizaron instrumentos específicos de evaluación que cuentan con validez y confiabilidad. De tal modo, los resultados de dicho estudio dan cuenta que el riesgo de trauma secundario y *burnout* en los profesionales aumenta en función del menor apoyo laboral (específicamente supervisión entre colegas), las restricciones presupuestarias en los equipos de trabajo (bajos salarios, escasez de programas comunitarios) y la mayor cantidad de casos para abordar [27]. Específicamente, el trauma secundario a menudo afecta la salud mental y física, lo que conlleva una disminución en la calidad de vida de los profesionales y en consecuencia de sus capacidades profesionales para proveer cuidado y atención a NNyA que han sufrido victimizaciones [27].

Así, resulta importante valorar la dimensión subjetiva y el impacto emocional en los profesionales que trabajan diariamente con NNyA que ha sufrido trauma. Para ello debemos contar con instrumentos específicos que nos permitan analizar y comprender esta temática. De la revisión de antecedentes, en la actualidad no se cuenta con ninguna técnica y/o instrumento de evaluación psicológica que permita valorar el impacto emocional en estos profesionales.

Nuestro interés en esta temática proviene de la necesidad práctica de disponer de un instrumento de medición del impacto emocional, pero también es el producto de varios años de investigación que se inició con la implementación de indicadores en la técnica de *Persona bajo la lluvia* en NNyA que sufrieron abuso sexual y maltrato infantil. Luego de ello, continuó con la actualización de la prueba proyectiva gráfica *House-Tree-Person* (HTP en inglés; Casa-Árbol-Persona en castellano), la creación del Juego de *interrelaciones familiares* y el *Inventario de frases* [4, 6, 7]. Posteriormente y procurando un abordaje integral de los niños y sus familias, buscamos analizar cuáles eran los roles familiares afectados en estas situaciones de violencia. Por ello, nos centramos en el estudio del adulto

protector y sus competencias socioemocionales y parentales a través del *Inventario de competencias socioemocionales* (ICSE) [21] cuyos resultados fueron publicados [5].

Como equipo de investigación, tenemos una trayectoria en la que nos ocupamos tanto del estudio de la temática del maltrato intrafamiliar crónico como así también de la creación y adaptación de instrumentos de evaluación psicológica con criterios de validez y confiabilidad específicos para esta población. En esta línea, seguimos las recomendaciones de Hogan [15] quien plantea que las técnicas psicológicas y demás instrumentos de evaluación surgen por una necesidad práctica, a partir de un fundamento teórico o de realizar la revisión y adaptación de instrumentos existentes.

Atendiendo a estas consideraciones, el presente estudio tiene como objetivo desarrollar un instrumento que pueda medir el grado de impacto emocional de los profesionales de la salud, al escuchar una entrevista de un niño/a o adolescente que ha sufrido vivencias traumáticas asociadas a maltrato intrafamiliar crónico. Estudiar además su funcionamiento psicométrico: poder discriminativo de los ítems, consistencia interna y validez de constructo (factorial y nomológica).

Método

Diseño y estudio

El estudio es de tipo descriptivo, dado que interesa analizar el fenómeno del impacto emocional en sus diferentes dimensiones en profesionales de la salud que intervienen con niños/as y adolescentes en el abordaje del maltrato infantil intrafamiliar crónico [14]. Corresponde a un diseño de tipo Instrumental [22], ya que el eje de estudio es la construcción de la *Escala de impacto del maltrato infantil* (EIMI).

Participantes

La muestra fue intencional, no probabilística. La prueba piloto incluyó la aplicación del instrumento EIMI a 216 participantes profesionales de la salud mental y la justicia que atendían a niños en situaciones de vulnerabilidad de tres países de Latinoamérica. El 46.5 % de los participantes pertenece a Argentina ($n = 99$), el 34.3 % a Uruguay ($n = 73$) y el 19.2 % a Chile ($n = 41$).

El 94 % de los participantes son mujeres y el 6 % restante son hombres. El rango etario de los participantes comprende desde los 22 hasta los 70 años. La pertenencia profesional de los mismos se distribuye en los siguientes porcentajes: el 81.9 % psicólogos/as ($n = 172$), el 10 % trabajadores sociales ($n = 21$), el 1.9% psiquiatras ($n = 4$) y el 6.2 % restante se distribuye en psicopedagogos, psicomotricistas, abogados, magistrados y estudiantes avanzados de la carrera de psicología.

Consideraciones éticas

Respecto de las cuestiones éticas implicadas en la presente investigación, se contempla que el uso y recolección de información perteneciente a seres humanos deben ser respetados y tratados acordes a su dignidad intrínseca. Por esta razón, es fundamental destacar que se evitaron todas aquellas prácticas cuestionables cuando los seres humanos forman parte de una investigación; tomando como parámetro el listado que desarrolla Sellitz sobre diez categorías [27].

A su vez, se tomaron los recaudos que prescribe la resolución número 5, del código de ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba; y el código de ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina [10].

Todos los participantes dieron su consentimiento de modo previo a la aplicación del instrumento EIMI, habiendo sido notificados acerca de la forma anónima y confidencial del manejo de la información. Dicha participación fue voluntaria a la vez que en ningún momento recibieron incentivos de ningún tipo.

Construcción del instrumento

Revisión bibliográfica y operacionalización del constructo: la construcción de EIMI parte de observar la dimensión subjetiva de los profesionales que intervienen con los NNyA que han atravesado situaciones de abuso y maltrato intrafamiliar crónico y del interés en estudiar el impacto subjetivo que les genera la develación, por parte del niño, de sus experiencias victimizantes.

Para ello, se realizó un estudio preliminar titulado *Sentimientos que despiertan en los operadores las situaciones de violencia contra la infancia* [8] en el marco de tres seminarios talle-

res ofrecidos por Psicointegra Uruguay, los cuales se denominaron *Encrucijadas Psicológicas y Legales del Maltrato Infantil* y estuvieron coordinados por la Lic. Rosmari Perazza y la Dra. Rosario Silveira. El mencionado estudio permitió advertir el impacto emocional que la problemática produce en los profesionales.

En esta instancia se buscó que los participantes se posicionaran (como ejercicio imaginario) en una situación en la que recibían un relato de un NNyA que había sufrido situaciones de victimización sexual. Luego se les presentaron los siguientes interrogantes: ¿Cuáles son las primeras emociones o sentimientos que les genera la posibilidad de que un niño o niña les manifieste que vive una situación de abuso sexual? y ¿cómo cree usted que reaccionaría ante la situación? [8].

Las respuestas de los participantes fueron recogidas de forma escrita y anónima; habilitando que pudieran expresar todas aquellas emociones y/o sentimientos que registraron. Al favorecer la respuesta libre y espontánea por parte de los participantes en el estudio, los resultados nos permitieron un primer acercamiento a una gran cantidad de información sobre los sentimientos y emociones de los profesionales ante casos de maltrato y/o abuso sexual infantil (MI/ASI) en NNyA [8].

Este material fue sistematizado: se procesaron 128 respuestas que podían expresar más de un sentimiento y emoción (dado que no se limitó la cantidad de respuestas a cada una de las preguntas formuladas). La forma libre de respuestas respecto del estímulo disparador (sentimientos, reacciones), determinó que en ocasiones aparecieran múltiples respuestas en cada papeleta.

Los 128 participantes brindaron un total de 291 respuestas, de las que se obtuvieron 61 dimensiones identificables como sentimientos y emociones.

A partir de ello, se construyó una *Escala de impacto del maltrato infantil* (EIMI) diseñada para analizar el efecto que genera la situación de revelación de maltrato y/o abuso sexual infantil (MI/ASI) por parte de un niño, niña o adolescente (NNyA) a profesionales de los ámbitos de la salud y la justicia.

Diseño y preparación de los reactivos

Los resultados del estudio preliminar realizado en Uruguay fueron analizados por profesionales psicólogos especializados en diversas áreas de trabajo con NNyA en MI/ASI, convocados para tal fin. De los 61 sentimientos y emociones identificados fueron seleccionados sólo 11 como constructos más pertinentes para la elaboración de la escala: impotencia, enojo, tristeza, angustia, inseguridad, indignación, empatía, miedo, alivio, soledad, desconfianza.

Se eligieron 5 psicólogos que trabajaban en atención a niños en estado de vulnerabilidad y se trabajó en la construcción de ítems que respondieran a las dimensiones seleccionadas. Los ítems que fueron surgiendo se categorizaron en función de las definiciones de cada dimensión expuesta.

Se redactaron 44 ítems para operacionalizar cada una de las dimensiones consideradas. Para la redacción de los enunciados se siguieron las recomendaciones de Hogan [15] sobre realizar ítems con una redacción clara y sencilla a la vez que las dimensiones fueron ordenadas de forma intercalada entre ellas.

Una vez seleccionados los ítems para cada dimensión se llevó a cabo un juicio de expertos, en pos de realizar un primer estudio de validez teórica.

Se construyó una grilla con los ítems en la que cada uno de los cuatro expertos debía consignar su criterio en cuanto a suficiencia, pertinencia, relevancia y claridad de cada ítem. Se realizó la V de Aiken y se obtuvo un valor de 7.5 que permitía continuar con los estudios psicométricos.

Posteriormente se llevó a cabo la aplicación del instrumento de forma individual y virtual a profesionales que asisten esta problemática mediante la plataforma *Googles forms*, con un tiempo de administración de entre 20 y 30 minutos. Cada una de las dimensiones fue evaluada mediante un reactivo en forma de afirmación que debía ser valorada en una escala tipo Likert (cuyas opciones son «nunca», «a veces», «casi siempre», «siempre»). Además, cada uno de los participantes debió completar una entrevista estructurada,

en donde informaba su grado de capacitación, supervisión personal y grupal, además de completar el instrumento ICSE [21] que mide las competencias socioemocionales.

*Análisis de las propiedades psicométricas**Análisis factorial exploratorio del EIMI*

En primer lugar, se realizaron estudios estadísticos descriptivos de promedio, desvío estándar, asimetría y curtosis para cada uno de los 44 ítems del test (ver tabla 1).

Estadísticos descriptivos para las variables: impotencia, miedo, tristeza, angustia, inseguridad, indignación, alivio, soledad, desconfianza y empatía.

En relación a dichos estadísticos, pudimos observar que los ítems 6, 10 y 29 presentan niveles de asimetría y curtosis no normales. Por este motivo se procede a realizar un análisis factorial exploratorio con el método de ejes principales.

Primeramente, el análisis factorial se realizó a través del método de componentes principales con una rotación *Oblimin*, por el supuesto de que las variables psicológicas están relacionadas entre sí. Sin embargo en la matriz de correlaciones se observa que sólo uno de los factores tiene correlaciones superiores a .30, por lo que se decidió realizar un segundo análisis factorial exploratorio mediante el método de ejes principales y rotación *Varimax*, que postula la independencia de los factores. Se indicó una cantidad de 10 factores a operacionalizar, en función del marco teórico de la escala EIMI.

Se estudió la pertinencia de realizar análisis factorial mediante el cálculo del índice de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = .84$), y de la prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi^2(946) = 3460.271, p < .001$). Se encontraron resultados satisfactorios para ambos estadísticos: un KMO aceptable y un χ^2 de Bartlett elevado con un adecuado grado de significación.

En relación al porcentaje de varianza explicada total y de cada factor podemos decir que el factor 1 explica el 22.36 % de la varianza, el factor 2 explica un 7.33 %, el 3 explica un 5.22 %, el cuarto explica un 4.44 %, el factor

Tabla 1. Estimadores

Ítems	Prome- dio	Desvió estándar	Asime- tría	Curtosis
Ítem 1	1.74	.646	.428	-.152
Ítem 2	3.09	.907	-.578	-.694
Ítem 3	2.93	.911	-.224	-1.089
Ítem 4	2.59	1.117	-.066	-1.361
Ítem 5	1.87	.750	.498	-.209
Ítem 6	1.28	.665	2.635	6.579
Ítem 7	3.59	.620	-1.349	1.319
Ítem 8	3.70	.593	-2.277	5.838
Ítem 9	2.05	.909	.499	-.574
Ítem 10	1.18	.489	3.270	12.433
Ítem 11	1.45	.721	1.536	1.608
Ítem 12	2.61	.976	-.035	-1.011
Ítem 13	3.22	.822	-.538	-.997
Ítem 14	1.75	.839	.924	.126
Ítem 15	2.11	.892	.587	-.276
Ítem 16	2.47	1.147	.115	-1.415
Ítem 17	1.73	.792	1.062	.943
Ítem 18	1.48	.708	1.674	2.975
Ítem 19	1.17	.377	1.770	1.145
Ítem 20	3.17	.744	-.433	-.604
Ítem 21	1.85	.714	.562	.227
Ítem 22	2.06	.754	.326	-.218
Ítem 23	1.30	.511	1.436	1.121
Ítem 24	1.46	.616	1.279	1.806
Ítem 25	2.25	.954	.369	-.759
Ítem 26	3.38	.706	-.866	.150
Ítem 27	3.74	.544	-2.153	4.664
Ítem 28	1.45	.686	1.486	1.879
Ítem 29	1.14	.384	3.460	16.201
Ítem 30	2.07	.698	.351	.191
Ítem 31	1.68	.861	1.194	.719
Ítem 32	3.26	.839	-.718	-.632
Ítem 33	2.16	.841	.456	-.256
Ítem 34	2.17	.876	.632	-.314
Ítem 35	1.95	.876	.632	-.314
Ítem 36	3.62	.677	-1.723	2.217
Ítem 37	1.64	.770	1.053	.564
Ítem 38	1.71	.836	1.058	.489
Ítem 39	2.05	.873	.499	-.431
Ítem 40	1.53	.617	1.004	1.249
Ítem 41	1.82	.981	.917	-.321
Ítem 42	2.31	.578	.805	.719
Ítem 43	1.50	.601	.750	-.401
Ítem 44	1.39	.648	1.648	2.335

5 explica un 3.97 %, el factor 6 explica un 3.75 %, el 7 explica un 3.55 %, el 8 explica un 3.15 %, el 9 explica un 2.84 y el 10 explica un 2.62 %. En total, la varianza explicada por los primeros 10 factores fue de 59.26 %.

Con respecto a la cantidad de factores esperados, hubo 12 factores que tuvieron un autovalor superior a 1. Sin embargo, esta medida tiende a factorizar en exceso. Con respecto a la prueba de sedimentación de Cattell que representa gráficamente la magnitud de los autovalores, podría considerarse más conveniente la operacionalización en más factores que los planteados por la literatura. Un corte en el factor 12, punto donde la curva del gráfico tendería a estabilizarse, explicaría un 64.13 % de la varianza total.

En el análisis de la matriz de componentes rotados, se observa que la distribución de los ítems por cada dimensión resulta algo desequilibrada, dado que algunas dimensiones presentan casi el doble de ítems que las otras. Algunas dimensiones no representan de forma óptima el constructo, dado que presentaron complejidad factorial varios de sus ítems. En la tabla 1 se detallan los ítems que componen cada uno de los factores, cada uno de ellos con una saturación superior a .30.

Se observó una tendencia de los ítems a agruparse en 10 factores, en líneas generales el factor 1 correspondería a la dimensión tristeza, el factor 2 a las dimensiones miedo e inseguridad, el factor 3 a soledad, el factor 4 a indignación, el factor 5 a alivio, el factor 6 a angustia, el factor 7 a desconfianza, el factor 8 a impotencia y el factor 9 a empatía. Por otra parte, el factor 10 tuvo ítems pertenecientes a las dimensiones alivio, indignación y angustia.

La mayoría de los reactivos han mantenido congruencia teórica con los factores en los que tienen un pesaje más alto. Sin embargo, los ítems 21, 30, 43, 22, 4, 14, 23, 33, 39, 44, 34, 40, 16, 25, 35, 26 y 9 resultaron ser ítems con complejidad factorial, teniendo pesajes significativos para más de un factor. Sin embargo, quitando cada uno de estos ítems y realizando diferentes pruebas de análisis factorial, la consistencia interna del instrumento no mejora, ni tampoco el índice de KMO, por lo que se decide dejar dichos ítems, a pesar de su complejidad factorial.

El ítem 17 «Me cuesta imaginar lo que pueda estar sintiendo este niño» no tuvo pesajes positivos en ninguna de las dimensiones, pero tuvo un pesaje negativo y por encima de .60 en la dimensión de empatía negativa, por lo que podría considerarse un ítem inverso de esta dimensión.

A partir de este primer estudio se observó que la escala presentaría buenos indicadores de discriminación, fiabilidad y validez factorial para la muestra aplicada, pero sería conveniente profundizar en la representatividad y suficiencia de los reactivos para evaluar todas las dimensiones de manera adecuada. Profundizar en la teoría sobre las distintas dimensiones, ayudará a la formulación de ítems más claros que puedan representar dichas dimensiones. A su vez, en este caso, debido a la gran cantidad de dimensiones se vio conveniente agrupar algunas de ellas, como por ejemplo las dimensiones miedo e inseguridad y las dimensiones tristeza y angustia para poder obtener mejor representatividad de los ítems y que no resulten confusas a la hora de la evaluación. Además, se considera necesario revisar los ítems de la dimensión impotencia para que sean más directos y tengan una carga factorial simple.

Esto nos conduce a un segundo análisis factorial exploratorio con una disminución de dimensiones y un diferente agrupamiento de factores.

Segundo análisis factorial exploratorio

Se utilizó el *Programa factor* para realizarlo sobre una matriz tetracórica ya que los ítems son ordinales. También se calculó la confiabilidad de cada escala con alfa ordinal obteniendo coeficientes entre .90 y .75

La estructura de 5 factores se ajustó mejor. Se analizó cómo quedó compuesto cada factor y se cambió el nombre de alguna de las dimensiones o la comunidad de los ítems, y se volvieron a definir con base en la teoría y el proceso de la construcción.

Hay seis ítems que mostraron cargas bajas o no cargaron en ningún factor por eso se eliminaron. De tal modo, quedó una versión final compuesta por 38 ítems.

Items eliminados

- 1. Al escuchar el relato de un niño siento que no lo puedo ayudar.
- 20. Me indigna cómo funciona el sistema judicial en algunos casos de niños en situaciones de maltrato.
- 30. Siento que no voy a poder impedir que le sigan sucediendo situaciones abusivas.
- 36. Siento alivio de contarla al equipo y que me apoye.
- 38. Siento agobio cuando tengo contacto con un niño que sufrió una situación de maltrato.
- 42. Siento que la familia no ayudará a este niño.

Items definitivos

Emociones negativas (enojo, angustia, tristeza)

- [12.] Siento furia que este niño deba padecer una situación de maltrato; (.56)
- [13.] Me siento triste que le suceda esto a un niño; (.70)
- [14.] Siento una opresión en mi pecho sin saber por qué; (.46)
- [18.] Los relatos de abuso de niños me hacen sentir indefenso; (.36)
- [2.] Me da rabia la situación que este niño está sufriendo; (.69)
- [3.] Me siento afligido/a cuando un niño me cuenta lo que vivió; (.70)
- [4.] Siento displacer al escuchar el relato del niño; (.39)
- [9.] Tengo una fuerte sensación de desamparo; (.54)
- [22.] Me dan ganas de llorar; (.52)
- [25.] Me genera desesperación que un niño viva una experiencia tan traumática; (.62)
- [28.] Los relatos de abuso de niños me hacen sentir desprotegido; (.36)
- [32.] Me genera dolor que le suceda esto al niño; (.87)
- [33.] Siento un nudo en el estómago; (.71)
- [39.] Tengo una sensación de malestar; (.41)
- [44.] Tengo una sensación de sofocamiento; (.38)

Inacción/miedo

- [5.] Dudo sobre cómo accionar cuando un niño me cuenta lo ocurrido; (.64)
- [15.] Siento que me pondré en riesgo como profesional si tomo una decisión incorrecta; (.67)
- [21.] Al escuchar un relato de abuso siento que no tengo los recursos para ayudar a ese niño; (.41)

- [23.] Me quedo paralizado/a y sin saber cómo actuar; (.43)
- [24.] Si hago una intervención, pienso que recibiré amenazas; (.68)
- [31.] Me da miedo tener que hacer un informe y declarar; (.74)
- [34.] Me cuestiono si podré ayudar a este niño; (.47)
- [37.] Me asusta intervenir cuando un niño me cuenta una situación de maltrato; (.68)
- [40.] Me siento desconcertado/a ante la situación y no sé qué hacer; (.61)
- [43.] Ante el relato de una situación abusiva no sé qué puedo hacer por el niño; (.63)

Incredulidad

- [6.] Siento vergüenza al escuchar el relato de lo que el niño vivió; (.36)
- [10.] No creo en esto que me está contando el niño; (.69)
- [11.] Me genera mucha frustración que el niño me cuente sus vivencias; (.48)
- [19.] No creo que la situación narrada haya sucedido de ese modo; (.79)
- [29.] No puede ser real este relato; (.87)

Empatía

- [7.] Puedo entender el dolor de lo que el niño cuenta; (.36)
- [8.] Me tranquiliza que el niño haya podido contar lo que le sucedió; (.49)
- [26.] Puedo pensar cómo se siente el niño y ponerme en su lugar; (.54)
- [27.] Me siento reconfortado/a que pueda contarlo y confiar en mí; (.69)

Desconcierto

- [16.] No puedo creer que una persona le haga esto a un niño; (.55)
- [17.] Me cuesta imaginar lo que pueda estar sintiendo este niño; (.82)
- [35.] No me imagino una madre abusando de un niño; (.36)
- [41.] No es posible que un padre pueda hacer esto; (.51)

Análisis de fiabilidad (alfa ordinal)

Factor 1

- Máxima cota superior de confiabilidad = .971402
- Omega de McDonald's = .919796
- Alfa de Cronbach's = .919111
- Varianza total observada = 15.000
- Varianza total común = 11.983

Factor 2

- Máxima cota superior de confiabilidad = .953495
- Omega de McDonald's = .916583
- Alfa de Cronbach's = .916158
- Varianza total observada = 10.000
- Varianza total común = 7.350

Factor 3

- Máxima cota superior de confiabilidad = .854223
- Omega de McDonald's = .775132
- Alfa de Cronbach's = .771453
- Varianza total observada = 4.000
- Varianza total común = 2.616

Factor 4

- Máxima cota superior de confiabilidad = .867252
- Omega de McDonald's = .769658
- Alfa de Cronbach's = .765157
- Varianza total observada = 4.000
- Varianza total común = 2.754

Factor 5

- Máxima cota superior de confiabilidad = .839124
- Omega de McDonald's = .786578
- Alfa de Cronbach's = .783627
- Varianza total observada = 4.000
- Varianza total común = 2.439

Resultados

Este segundo análisis factorial nos lleva a reconsiderar la cantidad de ítems y su forma de agrupación. Pasamos de 44 ítems de la primera versión a 38 ítems en la segunda. También se reconstruyeron los factores en relación con las emociones evaluadas y a su definición.

Consideramos importante agrupar en un primer factor las emociones negativas tales como enojo, angustia y tristeza; en un segundo factor la inacción, provocada por el miedo, en la cual agrupamos la impotencia y la soledad; en un tercer factor a la incredulidad que antes definimos con desconfianza e indignación; en un cuarto factor la empatía y en un quinto factor al desconcierto.

El análisis factorial junto con el alfa de confiabilidad nos permitió ajustar el instrumento y reconsiderar de forma teórica los constructos a evaluar. Y de esta manera poder dar cuenta de su funcionamiento psicométrico.

Desde el punto de vista teórico nomológico esta escala ya pudo reflejar en los ítems elegidos el impacto que produce el relato de un niño en el profesional de la salud. Esto pretende ser correlacionado con el nivel de capacitación, supervisión, apoyo grupal y desarrollo de las propias competencias emocionales de los involucrados.

Discusión y conclusiones

El objetivo de este estudio fue diseñar un instrumento para evaluar el impacto emocional que se produce en los profesionales de la salud al escuchar los relatos de abuso intrafamiliar crónico en NNyA. Los análisis descriptivos dieron cuenta de una buena distribución de datos, denotando además un adecuado poder discriminativo de los ítems.

A pesar de las etapas de revisión de expertos por las que atravesó el instrumento y los análisis factoriales descriptivos, algunos profesionales pudieron advertir que ciertos ítems fueron excluidos tales como: indignación, agobio y falta de ayuda, los cuales eran parte importante de los sentimientos que ellos percibían. En un segundo momento de revisión del instrumento podrían volver a testearse estos ítems.

Existe un consenso en la literatura científica a nivel internacional sobre cómo el trabajo cotidiano con personas victimizadas implica un mayor riesgo de desgaste profesional y personal que en los profesionales de los equipos; cuestión que repercute en la atención y tratamiento que reciben estas poblaciones.

Sin embargo, hay escasas investigaciones en el ámbito nacional y latinoamericano que analicen la complejidad que atraviesan los y las profesionales dedicados a este tipo de trabajo. Tal falta de investigaciones y datos sistematizados acerca de esta problemática, conlleva a su invisibilización a la que se suma una imposibilidad para pensar y generar estrategias para abordar el impacto emocional de los profesionales que se involucran día a día en esta tarea.

Referencias

1. Baita S, Moreno P. Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia. Montevideo: Unicef Uruguay; 2015.

De allí que el objetivo de este estudio es aportar evidencia empírica mediante la construcción y validación de un instrumento que mida el impacto emocional en los profesionales de la salud y administradores de la justicia que les produce el relato de un niño o una niña víctima de maltrato crónico.

Sin embargo, los resultados en la toma del mismo aún deben correlacionarse con las variables propuestas inicialmente, a saber: capacitación, supervisión, apoyo grupal y desarrollo de las competencias emocionales de los profesionales y así comprender el grado de amortiguación que estas variables tienen en el impacto recibido.

Su importancia es evidente teniendo en cuenta cómo pueden verse afectados los profesionales y de qué manera esto repercuta e interfiere negativamente en el desempeño profesional y la administración de respuestas pertinentes para poblaciones victimizadas.

Disponer de instrumentos de medición válidos y confiables para valorar el impacto emocional permitirá visibilizar la incidencia subjetiva que tiene el trabajo con NNyA víctimas y obtener datos empíricos, a partir de los cuales crear estrategias de prevención del desgaste profesional y promoción de recursos de apoyo para los profesionales.

Los resultados alcanzados en este estudio promueven orientar el interés hacia la protección de los equipos asistenciales que trabajan con NNyA que sufren maltrato crónico, tanto en espacios públicos (políticas públicas) como en el ámbito asistencial privado.

La prevención en esta área posibilitará una mejor preparación para la atención e intervención con los NNyA que han sufrido vulneraciones y que merecen especiales condiciones de cuidado y protección. El acompañamiento al profesional y su cuidado, derivará directamente en un acompañamiento más adecuado al NNyA y su familia.

Disponible en:

https://bibliotecaunicef.uy/opac_css/doc_num.php?explnum_id=141

2. Bonach K, Heckert A. Predictors of secondary traumatic stress among children's advocacy center forensic interviewers. *J Child Sex Abus.* 2012;21(3):295-314. PMID: 22574845 DOI: 10.1080/10538712.2012.647263
3. Brady PQ. Crimes against caring: Exploring the risk of secondary trauma- tic stress, burnout, and compassion satisfaction among child exploitation investigators. *J Police Crim Psychol.* 2017;32(4):305-18. DOI: 10.1007/s11896-016-9223-8
4. Colombo RI. Juego de interrelaciones familiares: aplicación clínica y evaluación. Buenos Aires: Cauquen Editora; 2009
5. Colombo RI, Alonso GM, Salcedo PA. Competencias parentales: estudio sobre competencias en adultos protectores de niños que sufrieron maltrato infantil. Buenos Aires: Cauquen Editora; 2018
6. Colombo RI, Barilari Z, Agosta C. Abuso y maltrato infantil. Inventario de frases revisado. Buenos Aires: Cauquen Editora; 2013.
7. Colombo RI, Gurvich M. Evaluación Psicológica: Actualización de la prueba gráfica HTP. Buenos Aires: Cauquen Editora; 2012.
8. Colombo RI, Perazza R. Sentimientos que despiertan en los operadores las situaciones de violencia contra la infancia. 2016. Disponible en: <https://www.psicointegra.com.uy/nota/2288/sentimientos-que-despiertan-en-los-operadores-las-situaciones-de-violencia-contra-la-infancia>
9. Fansher AK, Zedaker SB, Brady PQ. Burnout Among Forensic Interviewers, How They Cope, and What Agencies Can Do to Help. *Child Maltreat.* 2020;25(1):117-28. PMID: 31056939 DOI: 10.1177/1077559519843596
10. Federación de Psicólogas y Psicólogos de la República Argentina. Regulación de la Práctica Profesional. Buenos Aires: FePRA; 2021.
11. Figley, C. R. Catastrophes: a overview of family reactions. En C. R. Figley y H.I. Mc. Cubbin (Eds.). *Stress and the Family: Volume II: Coping with Catastrophe* (pp.3-20) New York: Brunner/ Mazz.; 1983.
12. Figley, C. R. Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology;* 2002: 58, 1433-1441.
13. Freud, S. The dynamics of the transference. En E. Jones (Ed.) y J. Riviere (trans) *Collected Papers* (Vol. 2, pp. 312-322) New York: Basic Book; 1959.
14. Hernandez Sampieri R, Fernandez Collado C, Baptista Lucio MP. Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill; 2010.
15. Hogan TP. Pruebas psicológicas. Una introducción práctica. México: Manual Moderno; 2004.
16. Letson MM, Davis C, Sherfield J, Beer OWJ, Phillips R, Wolf KG. Identifying compassion satisfaction, burnout, & traumatic stress in Children's Advocacy Centers. *Child Abuse Negl.* 2020;110(Pt 3):104240. PMID: DOI: 10.1016/j.chab.2019.104240
17. Maslach, C. Undestandng burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon. *Job stress and burnout.* Sage: Beverly Hills; 1982
18. McCann, IL., Pearlman, L.A. Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stres;* 1990;3(1), 131-149.
19. McDonald AR, Middleton J, Bassett DM, Harris L. Organizational Culture and Climate factors Impacting Forensic Interviewers' Experiences of Vicarious Trauma. *Forensic Res Criminol Int J.* 2017;4(4):104-10. DOI: 10.15406/frcij.2017.04.00118
20. Meyers TW, Cornille, T . The trauma of working with traumatized children. En C. Figley Treating Compassion Fatigue. New York: Brunner-Routledge; 2002: 39-55.
21. Mikulic IM, Crespi M, Radusky P. Construcción y validación del inventario de competencias socioemocionales para adultos (ICSE). *Interdisciplinaria.* 2015;32(2):307-29. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272015000200007
22. Montero I, León OG. A guide for naming research studies in Psychology. *Int J Clin Health Psychol.* 7(3): 847-62. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33770318>
23. Neuman DA, Gamble S. Issues in the professional development of psychotherapists: Countertransference and vicarious traumatization in the new trauma therapist. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training,* 1995: 32(2), 341-347.
24. Perron BE, Hiltz BS. Burnout and secondary trauma among forensic interviewers of abused children. *Child Adolesc Social Work J.* 2006;23(2):216-34. DOI: 10.1007/s10560-005-0044-3
25. Perry, BD The cost of caring: Secondary traumatic stress and the impact of working with high- risk children and families; 2003. Extraído el 01 de Julio de 2014 de http://www.childtrauma.org/ctamaterials/SecT rma2_03_v2pdf
26. Sellitz C. Métodos de investigación en las relaciones sociales. Madrid: Ediciones Rialp; 1980.
27. Starcher D, Stolzenberg SN. Burnout and secondary trauma among forensic interviewers. *Child Fam Soc Work.* 2020;25(4):924-34. PMID: 33664627 DOI: 10.1111/cfs.12777