

UNIVERSIDAD DE TALCA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

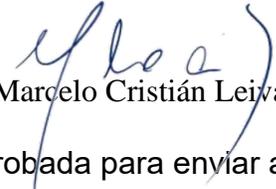
**VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE ACONTECIMIENTOS
TRAUMÁTICOS EN LA INFANCIA (CTQ-SF) PARA LA
POBLACIÓN CHILENA**

Memoria
para optar al Título de Psicólogo y
mención Social-Comunitaria

Alumno

Sebastián Alexis Bravo Vásquez

Profesor Guía


Marcelo Cristián Leiva Bianchi

Memoria aprobada para enviar a Biblioteca

TALCA

Marzo de 2020

CONSTANCIA

La Dirección del Sistema de Bibliotecas a través de su unidad de procesos técnicos certifica que el autor del siguiente trabajo de titulación ha firmado su autorización para la reproducción en forma total o parcial e ilimitada del mismo.



Talca, 2022

ÍNDICE

RESUMEN	4
ABSTRACT	5
AGRADECIMIENTOS	6
INTRODUCCIÓN	7
DISCUSIÓN BIBLIOGRÁFICA	10
Hacia una definición de trauma infantil	10
Aproximaciones para la medición del trauma infantil	12
Propiedades psicométricas y características del CTQ-SF	15
OBJETIVOS DEL ESTUDIO	21
Objetivo General	21
Objetivos Específicos	21
HIPÓTESIS DEL ESTUDIO	21
MÉTODO	22
Tipo y diseño de estudio	22
Participantes	22
Instrumentos	23
Procedimiento	24
Plan de análisis	24
RESULTADOS	28
Evaluación de soluciones de 2, 3, 4, 5, 6 y 7 factores	28
Evaluación de la solución de 4 factores eliminando ítems	35
Cálculo de fiabilidad	42

DISCUSIÓN	44
Propuesta de redacción de ítems	46
REFERENCIAS.....	51
ANEXOS	60
Anexo 1: Tabla 14.....	60
Anexo 2: Tabla 15.....	61
Anexo 3: Tabla 16.....	62
Anexo 4: Tabla 17.....	63
Anexo 5: Tabla 18.....	64
Anexo 6: Tabla 19.....	65
Anexo 7: Tabla 20.....	66
Anexo 8: Tabla 21	67
Consentimiento Informado para participar de investigación	68
Escala de Caracterización Sociodemográfica.....	74
Escala de Acontecimientos Traumáticos en la Infancia (Childhood Trauma Questionnaire, CTQ-SF)	75

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo evaluar la validez de la escala Childhood Trauma Questionnaire Short-Form (CTQ-SF), un cuestionario de cinco dimensiones usado para medir eventos traumáticos en la infancia (Bernstein et al., 2003), en una muestra de estudiantes chilenos. La muestra estuvo conformada por 193 participantes voluntarios, quienes completaron el CTQ-SF, así como un cuestionario sociodemográfico. A partir de los datos obtenidos, se realizó un análisis factorial exploratorio de los datos por medio del Análisis Paralelo y una evaluación de la consistencia interna usando el coeficiente Omega de McDonald. Los resultados mostraron que el CTQ-SF posee buenas propiedades psicométricas, pero una mala adaptación al modelo de cinco factores, siendo más adecuada una solución de cuatro factores. Estos resultados son distintos a los obtenidos durante una validación inicial en Chile del CTQ-SF (Domínguez, 2018), pero coinciden con los obtenidos por otros autores, quienes obtuvieron modelos factoriales distintos al original de cinco dimensiones. Pese a no ser perfecto, el CTQ-SF demuestra ser adecuado para medir el trauma infantil en una muestra de la población general chilena.

Palabras clave: Psicometría, trauma, maltrato infantil, validación, cuestionario.

ABSTRACT

The present research aims to assess the validity of the Childhood Trauma Questionnaire Short-Form (CTQ-SF), a five-dimension questionnaire used to measure traumatic events in childhood (Bernstein et al., 2003), in a sample of Chilean students. The sample consisted of 193 volunteer participants, who completed the CTQ-SF, as well as a sociodemographic questionnaire. Based on the data obtained, an exploratory factor analysis of the data through Parallel Analysis and an evaluation of internal consistency using the McDonald's Omega coefficient was performed. The results showed that the CTQ-SF has good psychometric properties, but a poor adaptation to the five-factor model, being more suitable a four-factor solution. These results are different from those obtained during an initial validation of the CTQ-SF in Chile (Dominguez, 2018), but coincide with those obtained by other authors, who obtained different factorial models from the original five-dimensional one. Although not perfect, the CTQ-SF proves to be adequate for measuring childhood trauma in a sample of the general Chilean population.

Keywords: Psychometry, trauma, child abuse, validation, questionnaire.

AGRADECIMIENTOS

Esta memoria, enmarcada en el Proyecto FONDECYT regular año 2019 titulado “Modelo predictivo de respuestas a tratamientos efectivos del trauma psicológico a partir de factores de riesgo y respuestas electroencefalográficas. Un ensayo clínico aleatorizado en un centro de salud especializado”, no hubiese sido posible completarla por mi cuenta, por lo que le agradezco a las siguientes personas:

Al profesor **Marcelo Leiva**, por darme la oportunidad de trabajar con él, guiarme en cada uno de los pasos durante la memoria y estar siempre presente a pesar de sus deberes con la Facultad de Psicología.

A la profesora **Elizabeth Pardo** y al profesor **Marcelo Navarro**, por apoyarme, darme consejos y preocuparse por mí y mi trabajo durante todo el proceso.

Al **equipo de memoristas** con que trabajé, junto nuevamente a la profesora Elizabeth, quienes me ayudaron a obtener la muestra usada en esta memoria, a tabular los datos obtenidos y quienes me compartieron algunos artículos académicos útiles.

A **mis amigos y amigas** que me acompañaron durante mi carrera, por cuidarme, aceptarme como soy y no permitir que me atrase un año.

A **mi familia**, por entregarme el elemento más importante en la vida de una persona: un amor incondicional, que los lleva a preocuparse por mí, cuidarme y darme un hogar cálido.

Y, finalmente, a **Dios**, por darme a mis profesores, a mi equipo de memoristas, a mis amigos, a mi familia y hacer que todo esto sea posible.

INTRODUCCIÓN

El ser humano, a lo largo de su vida, está expuesto a múltiples desafíos que ponen a prueba su bienestar físico o emocional. Si el individuo no posee los recursos o la capacidad para hacerle frente a sus problemas, experimentará una condición psicológica conocida como estrés (Gunnar & Quevedo, 2007). El estrés es un mecanismo adaptativo del cuerpo que, al activarse, moviliza una gran cantidad de recursos biológicos con el fin de superar la adversidad presente (Anda et al., 2006; Pechtel & Pizzagalli, 2011). Cuando se experimenta estrés, el cuerpo libera una hormona glucocorticoide conocida como cortisol, que desempeña funciones metabólicas, inmunológicas y de homeóstasis general en el organismo (Gunnar & Quevedo, 2007). A pesar de su naturaleza biológica, un creciente cuerpo de evidencia proveniente de la neurobiología y la epidemiología muestra los riesgos de experimentar niveles crónicos de estrés y, por tanto, de cortisol, en la infancia y la adolescencia. Las experiencias adversas estresantes durante esta etapa del ciclo vital más estudiadas en el ser humano son todas las formas de maltrato (físico, sexual, emocional o verbal), negligencia de los cuidadores, privación social o encierro, accidentes y ambientes familiares disfuncionales, como ambientes con violencia intrafamiliar, familiares con historial delictual, con consumo de drogas, muertos o enfermos de gravedad (Pechtel & Pizzagalli, 2011), y sus efectos pueden llegar a ser considerables en el cerebro y en la salud mental, afectando de esta forma la calidad de vida a lo largo de la vida de la persona (Anda et al., 2006). Es así que se ha visto que una exposición excesiva del estrés en edades tempranas puede causar una sobreestimulación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (Flinn, Nepomnaschy, Muehlenbein & Ponzi, 2011), así como una secreción anormal a algunas hormonas como la norepinefrina, dopamina y serotonina (Bremner, 2003), haciendo que la

persona que las experimenta se vuelva hipersensible y vulnerable al estrés, con lo cual aumenta en gran medida su riesgo de padecer enfermedades mentales como la depresión, trastorno bipolar, abuso de sustancias, trastorno por estrés post traumático; y enfermedades de salud física como: diabetes, enfermedad cardiovascular, asma, entre otros (Nemeroff, 2016) a la vez que añade dificultades en su etapa de adultez en las áreas emocional, psicológica, fisiológica y conductual (Anda et al., 2006; Valdivia, 2002; Weil et al., 2004).

No son pocas las personas afectadas por experiencias adversas en edades tempranas. De manera notable, una encuesta vía e-mail realizada a adultos con una membresía a la literatura de la Clínica de Evaluación Permanente de San Diego, que incluyó una muestra de 13.494 personas, mostró que un poco más de la mitad de los respondientes se había expuesto al menos a un tipo de experiencia adversa en la infancia y hasta un 6% de los respondientes declaró haber estado expuesto al menos a cuatro tipos de experiencias adversas en la infancia, las cuales pudieron ser el abuso físico, abuso sexual, abuso psicológico, haber vivido con alguien que abusaba de sustancias, haber vivido con alguien que sufría una enfermedad mental, haber estado expuesto a violencia intrafamiliar o convivir con alguien con conducta criminal (Felitti et al., 1998). Además, el Global Burden of Disease Study (estudio sobre la carga global de las enfermedades, Forouzanfar et al., 2016) incluye al abuso sexual infantil (hasta los quince años) como un factor de riesgo de las enfermedades, pero además incluye el consumo de cigarrillos y alcohol como factores, los cuales se ha visto que aumenta la probabilidad de consumo cuando la persona ha tenido al menos cuatro tipos de experiencias adversas en su infancia: aumenta al doble el consumo de cigarrillos y consumo crónico de alcohol (llegando a borracheras e intoxicación) y aumenta en seis veces el consumo problemático (sin llegar a la cronicidad) de alcohol (Hughes et al., 2017).

Considerando lo anterior, resulta de gran importancia investigar sobre las experiencias de trauma infantil. Para ello, es necesario disponer de instrumentos confiables, válidos y adecuados para indagar sobre la incidencia de experiencias adversas tempranas y la relación entre el trauma infantil y su impacto en la salud general. La medición de trauma infantil también puede ser útil en el ámbito de la salud, con el objetivo de facilitar la atención clínica, así como también para la práctica investigativa.

DISCUSIÓN BIBLIOGRÁFICA

Hacia una definición de trauma infantil

La forma de entender el trauma infantil ha variado a lo largo de los años, debido a las nuevas investigaciones que van surgiendo sobre el tema. Las primeras investigaciones del trauma infantil surgieron en 1962 con la identificación del llamado “síndrome del niño maltratado”, término usado para describir a los niños que habían recibido maltrato físico severo de parte de sus cuidadores o sus padres adoptivos (Kempe, Silverman, Steele, Droegemuller y Silver, 2013). Usualmente, el maltrato recibido por los niños con este síndrome podía evidenciarse sin dificultad, ya que llegaban a los centros clínicos con heridas visibles en sus cuerpos o con fracturas de huesos. Si no aparecían nuevas heridas en el niño mientras estuviera en el hospital, podría excluirse la posibilidad de que aparecieran por culpa de alguna enfermedad, infección o trastorno metabólico y establecer una relación causal con el ambiente en que vive el niño. Esto llevó a que se creara una línea de investigación dirigida a descubrir las consecuencias que puede tener para un niño ser víctima de malas prácticas de crianza (negligencia) por parte de sus padres (Newberger, 1973, citado en Kapeleris, 2009).

Como consecuencia del artículo sobre el síndrome del niño maltratado, la atención que se le dio al niño como víctima de malos tratos y el cambio de la opinión pública sobre el tema, se incrementaron las querellas por maltrato infantil en Estados Unidos, lo que motivó al gobierno de ese país a redactar leyes que permitieran reducir las cifras de abuso en la infancia entre sus ciudadanos. Con ese fin, nacieron dos conceptos definidos de tal forma que pudieran ser usados por el sistema judicial para establecer condenas: la negligencia emocional, que fue entendida como el fracaso de los cuidadores de satisfacer las necesidades emocionales y

psicológicas de un niño (amor, preocupación y apoyo, principalmente): y el maltrato o abuso emocional, que se usó para referirse al daño emocional que el cuidador puede infringirle a un niño directamente, como insultos, crítica excesiva, ridiculizarlo, entre otros (Baily y Baily, 1986; Brassard, Germain y Hart, 1987). Posteriormente, surge el abuso sexual como un concepto propio que recogió aspectos que antes se incluían en los anteriores tipos de maltrato (violación, exposición del niño a pornografía u otro tipo de imágenes sexuales, entre otros), por cuanto la evidencia mostraba que el abuso sexual en la infancia podría afectar posteriormente al niño en su etapa adulta (Briere y Runtz, 1987). Finalmente, se observó que el hecho de que un niño viera a otros recibir maltrato (por ejemplo, ver a sus madres ser maltratadas por el padre) también puede ser percibido como un trauma por él (Edleson, 2001). Aunque durante mucho tiempo los especialistas en salud evaluaron cada tipo trauma experimentado por la persona por separado, hoy en día se prefiere evaluar todos los tipos de maltrato simultáneamente, debido a que es poco frecuente que una persona que haya sido maltratada en su infancia experimente únicamente un tipo de maltrato (Felitti et al., 1998), de manera que una evaluación holística permite una mirada más completa sobre el origen y consecuencias futuras del trauma (Herrenkohl y Herrenkohl, 2009; Higgins y McCabe, 2001). Para ilustrar, el estudio de Arata, Langhinrichsen-Rohling, Bowers y O’Farrill-Swails (2005) reportó que el 28,46% de su muestra representando a la población general habría padecido entre dos y cinco tipos de maltrato en su infancia, mientras que solo el 19,32% de la muestra habría sufrido un solo tipo de maltrato.

Diversas organizaciones han dado una definición de trauma infantil. The National Child Traumatic Stress Network (NCTSN, s. f.) lo definió como un evento aterrador, peligroso o violento que supone una amenaza para la vida o la integridad corporal del niño. Se esclarece

que ser testigo de un evento traumático que amenace la vida o la integridad de un ser querido también puede ser traumático para el niño, dado que su percepción de seguridad propia depende también de la percepción de seguridad de sus figuras de apego. Por otro lado, el Instituto Nacional de Salud Mental (National Centre of Excellence for Complex Trauma, s. f.), institución de los Estados Unidos, lo define como la experiencia de un evento por un niño que es emocionalmente dolorosa o estresante, que usualmente deriva en efectos duraderos sobre el cuerpo y la mente del niño. También usa la definición de “trauma interpersonal” para referirse a eventos traumáticos que les ocurren a otras personas de las que el niño es testigo. En conjunto, ambas definiciones incorporan elementos de los distintos tipos de maltrato vistos anteriormente.

Aproximaciones para la medición del trauma infantil

Se han realizado muchos esfuerzos para encontrar la forma de medir el trauma infantil, pero no exentos de complicaciones metodológicas. Muchos autores deciden confiar en los recuerdos de los pacientes para conocer sus traumas (a esto se le llama estilo retrospectivo). No obstante, la fiabilidad de estos recuerdos al momento de evaluar el trauma infantil fue puesta en duda durante un tiempo (Paris, 1995), puesto que el trauma puede generar problemas de distorsión cognitiva en la persona que reporta, debido a la manera en que los recuerdos se almacenan en la memoria durante un evento traumático (véase van der Kolk, 1994 para una revisión). No obstante, un estudio de Maughan y Rutter (1997) muestra que se aún es posible obtener relatos fiables de eventos traumáticos en la infancia con estilos retrospectivos de recogida de información, en la medida de que se tomen ciertas precauciones con las personas que reportan: no esperar que los pacientes relaten todo de manera cronológica tal y como les

sucedió, y tener en consideración que algunos pacientes no siempre revelan toda la información que saben acerca de sus traumas. Estos precedentes llevaron a Roy y Perry (2004) a revisar todos los instrumentos (cuestionarios de autoinforme o entrevistas) indexados entre los años 1985 y 2003, en dos conocidas bases de datos, que midieran o pretendieran medir trauma infantil en cualquiera de sus formas (maltrato físico, abuso sexual, maltrato psicológico, ser testigo de violencia hacia otros, negligencia física, negligencia emocional, separación significativa de alguno de los cuidadores o pérdida de uno de ellos), y que además utilizaran un estilo retrospectivo de obtención de datos. Tras el análisis de un total de 42 instrumentos (21 cuestionarios de autoinforme y 21 entrevistas), hubo 8 de ellos que destacaron sobre el resto: 5 entrevistas y 3 cuestionarios de autoinforme. El resto de los instrumentos tiene características no tan deseables para medir trauma infantil, ya sea que se enfoquen en un solo o solo algunos tipos de trauma; medir aspectos que no siempre son considerados como trauma según el consenso actual (caos doméstico, carencia de afecto mutuo de los padres, que el paciente sufra una enfermedad médica durante la infancia, entre otros); o que sus propiedades psicométricas no hayan sido estudiadas todavía.

Respecto de los instrumentos destacados, las 5 entrevistas fueron: Childhood Experience of Care and Abuse (CECA), Childhood Trauma Interview (CTI), Early Trauma Inventory (ETI), Retrospective Assessment of Traumatic Experience (RATE), y Traumatic Antecedents Interview (TAI). Todas ellas tienen en común las siguientes características: son entrevistas de formato semiestructurado; miden entre sus ítems al menos cinco tipos de maltrato en las formas mencionadas anteriormente; cuentan con un manual que contiene las instrucciones para llevarlas a cabo, o bien, requieren de personal entrenado para realizarlas; tienen múltiples

formas de cuantificar el trauma y requieren que el entrevistado mencione comportamientos específicos en que se dio el trauma para puntuarlo como tal. Todas ellas reportan sus propiedades psicométricas y el tiempo que duran las entrevistas.

Luego, los 3 cuestionarios de auto-reporte destacados fueron: Assessing Environments III (AEnvIII), Childhood Abuse and Trauma Scale (CATS) y Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Al contrario que con las entrevistas, estos cuestionarios solo son similares en los tipos de maltrato medidos (al menos cinco en cada caso), pero difieren en todo lo demás. El AEnvIII es de tipo dicotómico (las alternativas de respuesta indican presencia o ausencia de trauma) y es más extenso (164 ítems), mientras que los otros dos usan escalas Likert de cinco puntos y no son tan largos. No obstante, Roy y Perry (2004) comentan que el AEnvIII clama enfocarse en varios tipos de trauma, pero muchos de sus ítems están referidos al trauma físico, y que el CATS pregunta a los respondientes por la percepción subjetiva de trauma, en lugar de preguntar por eventos conductuales concretos. En suma, el instrumento que resultó ser preciso, fácil de usar y administrar y abarcando los tipos de trauma aceptados por la literatura del momento fue el CTQ, creado por Bernstein et al. (1994). Este instrumento estaba compuesto originalmente por 70 ítems, pero tras una revisión posterior que incluyó un análisis factorial confirmatorio (AFC), su tamaño fue reduciéndose gradualmente con cada revisión, hasta bajar a los 28 ítems, pasando a llamarse Childhood Trauma Questionnaire Short-Form (CTQ-SF) (Bernstein et al., 2003). Este instrumento de autoinforme se basa en los cinco tipos de maltrato que suelen identificarse en la literatura pertinente (Carr, Martins, Stingel, Lemgruber y Juruena, 2013; Herrenkohl y Herrenkohl, 2009), que a la vez confluyen en cinco factores de cinco ítems cada uno: abuso emocional (cualquier conducta que afecte el bienestar o la moral del niño),

abuso físico (agresión física con riesgo de lesiones), abuso sexual (cualquier tipo de conducta sexual que involucre al niño), negligencia emocional (incapacidad para satisfacer las necesidades emocionales y psicológicas al niño) y negligencia física (fracaso al proveer las necesidades básicas), además de tres ítems extra que sirven para detectar “falsos negativos”, es decir, personas cuyas respuestas no reflejan que hayan sufrido algún trauma en la infancia, pero que quizá si lo tengan y no lo revelan (Bernstein et al., 2003). El CTQ-SF está adaptado para su uso en adolescentes mayores de 12 años y adultos y la duración estimada de su contestación es de 5 minutos, siendo considerado, además, como el autoinforme más utilizado para evaluar las experiencias traumáticas en la infancia (Thabrew, De Sylva y Romans, 2012).

Propiedades psicométricas y características del CTQ-SF

El primer AFC realizado del CTQ-SF (Bernstein et al., 2003) mostró evidencia potente de la validez del modelo de cinco factores que compone la escala en muestras de personas que incluyeron adolescentes con trastornos psiquiátricos, adultos con dependencia de sustancias y una muestra normativa de adultos. El coeficiente alfa de Cronbach, estadístico usado para la evaluación de la consistencia interna, también mostró una alta consistencia interna para cada subescala según la muestra (véase la Tabla 1), con la subescala de abuso sexual teniendo la fiabilidad más alta y la de negligencia física la más baja.

Tabla 1
Composición y consistencia interna de las escalas del CTQ-SF

Subescala	Ítems que la componen	Coefficiente α de Cronbach (más bajo)	Coefficiente α de Cronbach (más alto)
Abuso emocional	3, 8, 14, 18 y 25	.84	.89
Abuso físico	9, 11, 12, 15 y 17	.81	.86
Abuso sexual	20, 21, 23, 24 y 27	.92	.95
Negligencia emocional	5, 7, 13, 19 y 28	.85	.91
Negligencia física	1, 2, 4, 6 y 26	.61	.78

El Coeficiente α de Cronbach se calculó de forma separada para cada muestra estudiada. La tabla 1 muestra solo el valor más bajo y el más alto que el coeficiente α tomó en cada una de las muestras. El detalle de la evaluación de la consistencia interna del instrumento puede verse en Bernstein et al., (2003).

Esta validación inicial de la escala sirvió como base para sustentar el modelo de 5 factores que la compone. Posteriormente, varios otros estudios encontraron evidencia que sustenta la estructura factorial del cuestionario. Gerdner & Allgulander (2009), usando análisis de componentes principales (ACP) obtuvieron una carga factorial de al menos .41 para todos los ítems en sus respectivas subescalas, excepto en el ítem 25 (Abuso emocional), pero la subescala de negligencia física tuvo ítems cargando en una escala que no correspondía (negligencia emocional). Hernández et al. (2013), obtuvieron resultados similares con AFC, con una carga factorial de al menos .40 en todos los ítems excepto el ítem 1 (negligencia física). Karos, Niederstrasser, Abidi, Bernstein & Bader (2014) encontraron altas cargas factoriales en la versión alemana del CTQ-SF, con solo tres ítems, (el 1, el 4 y el 6, todos correspondientes a la subescala de negligencia física) teniendo carga inferior a .30. La consistencia interna también fue alta para todas las subescalas excepto precisamente a la de negligencia física ($\alpha = .53$). En otros idiomas en los que la escala CTQ-SF ha sido traducida, también se ha encontrado altas

propiedades psicométricas: holandesa (Thombs, Bernstein, Lobbestael & Arntz, 2009), china (aunque con baja fiabilidad en la escala de negligencia física) (Cheng, Chen & Chou, 2018) y coreana (Kim, Park, Yang & Oh, 2011).

Por otro lado, ha habido autores que han cuestionado el modelo tradicional de cinco factores propuesto por Bernstein et al., (1994, 2003), presentando modelos alternativos para agrupar los ítems. Lundgren, Gerdner & Lundqvist (2002) exploraron el CTQ-S (una versión del CTQ con 53 ítems) usando ACP, y sugirieron que la escala de abuso emocional y la de abuso físico se mezclaran, dado que la solución factorial de 4 y 5 factores tendía a organizarlas juntas y, en el caso de la subescala de negligencia física, sugirieron que podría ser dividida en otras dos subescalas: posibles problemas de conducta y tener padres adictos, dada su baja homogeneidad. Aunque los autores pensaron inicialmente que la reducción de ítems de la escala a 28 con el CTQ-SF podría ayudar a solventar estos problemas, Gerdner & Allgulander (2009) demostraron que no es así. Debido a la falta de homogeneidad de la subescala, también propusieron que fuese dividida en dos subescalas, con los ítems 2 y 26 formando parte de la subescala “falta de cuidado” y los ítems 1, 4 y 6 formando la subescala “falta de supervisión. Continuando, Innamorati et al. (2016) hicieron un análisis factorial exploratorio (AFE) de la versión italiana del CTQ-SF usando el método de Hull, sugiriendo la retención de solo tres factores: abuso/negligencia emocional, abuso sexual y abuso/negligencia física, nombres dados en base a los tipos de ítems que cargaban en cada factor, incluso teniendo altísima consistencia interna en los tres factores (α de Cronbach = .95, .99 y .93, respectivamente). La versión turca (Rezan & Eroglu, 2012) está basada en el CTQ original de 70 ítems, pero reteniendo solo 35 ítems distribuidos desigualmente en 3 factores (nombrados como abuso físico, abuso emocional

y abuso sexual). La versión portuguesa de Grassi-Oliveira et al., (2014) apostó por mantener el modelo de cinco factores, pero transfiriendo los ítems 2 y 26 desde la subescala de negligencia física a la subescala de negligencia emocional, quedando la primera con 3 ítems y la segunda con 7 ítems, dando cuenta del bajo ajuste que posee la subescala de negligencia física, problema que también había encontrado la versión alemana del CTQ-SF de manera preliminar (Wingenfeld et al., 2010). En suma, la mayor parte de los autores ha encontrado evidencia que da cuenta de la calidad del CTQ-SF, tanto en su consistencia interna como en la calidad de los ítems, pero la subescala de negligencia física o algunos de sus ítems no han estado exentos de problemas, debiendo ser puestos en otra dimensión o directamente modificando el número de factores del modelo.

Hay tres ítems que corresponden a la subescala de minimización o negación del trauma infantil, que usualmente no reciben mucha atención de los autores al realizar validaciones de la escala. Se trata específicamente de los ítems 10, 16 y 22, los cuales fueron pensados para medir la deseabilidad social de quien contesta el cuestionario de no dar cuenta o de minimizar su trauma infantil si es que lo tuviera (Bernstein et al., 2003; Gerdner & Allgulander, 2009). La puntuación de estos ítems no se suma como los demás, sino que se tratan como dicotómicos (dos opciones de respuesta), aun cuando sus opciones de respuesta “aparentes” son iguales que el resto de las variables (escala Likert del 1 al 5) siendo las opciones analizadas como “marcó 5” o “no marcó 5”. Si una persona marca un “5” para las tres preguntas de la subescala de minimización o negación del trauma infantil, hay sospecha de que no está siendo sincera con sus respuestas, por lo que algunos estudios que hacen uso del CTQ-SF deciden excluir a estas personas del análisis (Muñoz, 2014). Gerdner & Allgulander (2009) incluyeron esta subescala

dentro de su análisis, obteniendo una consistencia interna (alfa de Cronbach) de entre .65 y .85, considerándose entonces muy fiable. Cabe destacar, sin embargo, que, al incluir la subescala de minimización en el análisis, el ítem 4 (negligencia física) presentó una doble carga factorial, cargando .70 en la subescala de minimización.

Existe también una versión en español del CTQ-SF, elaborada por Hernández et al. (2013), siendo traducida del inglés al español, y luego del español al inglés por hablantes nativos de los idiomas español e inglés, a fin de reducir las discrepancias entre ambas versiones. Además, David Bernstein, el autor original del CTQ, fue partícipe de la adaptación al español de la escala. Esta versión posee alta fiabilidad en todas sus subescalas, aunque no tanto en la de negligencia física, no obstante, igualmente se mantiene la estructura factorial de cinco dimensiones. Una limitación de este estudio es que el cuestionario se aplicó en una muestra clínica y solo con personas de sexo femenino, lo cual hace difícil su generalización hacia poblaciones no clínicas y de sexo masculino.

A partir de la versión en español, Domínguez (2018) realizó una validación inicial de la versión en español del CTQ-SF de Hernández et al. (2013) para la población chilena. De acuerdo con la autora, se realizaron modificaciones lingüísticas a los ítems 3, 4, 19 y 24, a fin de ser comprensibles para la población chilena, verificando los cambios con expertos en el tema a fin de no cambiar el sentido de algún ítem. El análisis de la muestra clínica con AFC mostró un alto índice de ajuste del modelo de cinco factores, alta fiabilidad a través de una medida de la consistencia interna usando alfa de Cronbach (aunque no tanto para la escala de negligencia física) y alta carga factorial para todos los ítems, excepto los ítems 1 y 4. También se revisaron las correlaciones entre subescalas, correlación test-retest y correlación con otra escala que mide

un constructo similar, encontrándose correlaciones significativas en todas las opciones estudiadas.

Aunque la versión chilena del cuestionario presentó buenas propiedades psicométricas, cabe preguntarse si es posible visualizar los modelos factoriales alternativos encontrados por otros autores que han estudiado el CTQ-SF usando AFE, y con una muestra no clínica. Es por esto por lo que, con el objeto de perfeccionar este instrumento para su aplicación en la población chilena, se realizó una segunda validación del CTQ-SF con personas de nacionalidad chilena.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo General

- Evaluar la validez de la escala CTQ-SF en una muestra de población chilena.

Objetivos Específicos

- Determinar la validez de constructo de la escala CTQ-SF.
- Establecer el nivel de fiabilidad de la escala CTQ-SF.

HIPÓTESIS DEL ESTUDIO

- El instrumento es capaz de medir los cinco tipos de maltrato en base a los factores que componen la escala, manteniéndose el modelo encontrado por Domínguez (2018).
- Las cinco sub-escalas principales (abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligencia física y negligencia emocional) tendrán una alta fiabilidad (consistencia interna mayor a .70).

MÉTODO

Tipo y diseño de estudio

La presente investigación contó con un diseño no experimental y transversal, por cuanto no se realizó un tratamiento al único grupo que conformó la muestra, y además la medición se realizó en un único momento. El alcance de la investigación fue descriptivo-correlacional, debido a que se pretende conocer las propiedades psicométricas de una escala usando técnicas basadas en correlaciones.

Participantes

En esta investigación participaron estudiantes de psicología de primero a quinto año de la Facultad de Psicología de la Universidad de Talca. Para que pudieran ser partícipes del estudio, cada persona debió firmar un consentimiento informado en que diga que acepta participar del estudio. Tanto el consentimiento informado como los instrumentos que se utilizaron en el estudio fueron aprobados por el Comité Ético Científico de la Universidad de Talca en el marco del Proyecto FONDECYT regular año 2019 titulado “Modelo predictivo de respuestas a tratamientos efectivos del trauma psicológico a partir de factores de riesgo y respuestas electroencefalográficas. Un ensayo clínico aleatorizado en un centro de salud especializado”. Cabe aclarar que aunque este proyecto realice sus investigaciones con una muestra de pacientes clínicos, esto no es un requerimiento para el presente estudio sobre el CTQ-SF.

La muestra inicial consistió en 201 participantes. No obstante, hubo 8 participantes que marcaron la opción “5” en los tres ítems de minimización o negación del trauma infantil, por lo que se optó por excluirlos de los análisis ante la sospecha de que sus respuestas no serían confiables (Gerdner & Allgulander, 2009). De esta manera, la muestra final quedó conformada por 193 participantes, de los cuales 131 (67,9% del total de la muestra final) pertenecen al género femenino, 59 (30,6% del total) pertenecen al género masculino y 3 (1,6% del total) pertenecen a otro género. La media de la edad de los participantes es de 20,14 años (DE = 1,941).

Instrumentos

Cuestionario Sociodemográfico: Este cuestionario fue creado para la recogida de información para realizar una caracterización sociodemográfica de la muestra. Incluye ítems que preguntan por el género, estado civil, edad, número de hijos, escolaridad, profesión (u oficio o actividad), número de personas que viven en el hogar, nivel de ingresos de su hogar (medido en rangos de dinero) y condición de empleo o actividad de la persona que responde. Fue pensado para su uso por varios grupos de memoristas con distintas investigaciones, por lo que no todas las variables antes mencionadas se tomaron en cuenta en la presente investigación.

Childhood Trauma Questionnaire Short-Form: Se trata de la edición española del CTQ-SF realizada por Hernández et al. (2013), con modificaciones añadidas por Domínguez (2018). Contiene 28 preguntas que inician con la frase “Cuando era pequeño y/o adolescente:”, que preguntan al participante acerca de conductas o recuerdos de su infancia relacionados con los 5

tipos de maltrato que se reconocen actualmente: abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligencia emocional y negligencia física. Se responden según una escala Likert de 5 puntos cuyas opciones son: “Nunca”, “Raramente”, “A veces”, “A menudo” y “Casi siempre”.

Procedimiento

Los participantes fueron reclutados con la ayuda de algunos de sus docentes de sus cursos de psicología, quienes previamente dieron su autorización para realizar el estudio durante el transcurso de sus clases. Se les explicó que se estaba realizando una evaluación de la validez de una escala y que se les solicitaba que la contestaran para tal fin. Luego, se les entregó un consentimiento informado en papel dando más detalles acerca del estudio, y a quienes firmaron dando su permiso de aceptación de participar, se les dio el Cuestionario Sociodemográfico y luego el Childhood Trauma Questionnaire Short-Form en su versión en español. Una vez que hubieron terminado, se recogieron los cuestionarios, se les agradeció por su participación y se les despidió.

Plan de análisis

Se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) de los ítems para conocer la estructura factorial subyacente del CTQ-SF. La matriz de correlación usada fue la de correlación policórica, dado que las variables del CTQ-SF son del tipo discretas y ordinales (Lloret-Segura, Ferreres-Traver, Hernández-Baeza & Tomás-Marco, 2014). Este análisis se llevó a cabo usando el programa computacional FACTOR, versión 10.5, cerciorándose de la validez del propio

análisis con indicadores como la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de Bartlett, ambas incluidas en el programa FACTOR. La adecuación de los datos para el análisis factorial se considera como “aceptable” cuando el estadístico de KMO toma valores entre .70 y .79 y “bueno” cuando toma valores iguales o superiores a .80 (Lloret-Segura et al., 2014). Por otro lado, la prueba de Bartlett contrasta la hipótesis nula de que las variables no están correlacionadas en la población y, si esto fuese cierto, no sería pertinente realizar un análisis factorial. Debido a esto, si se rechaza la hipótesis nula ($p < 0.05$), se puede continuar el análisis (Montoya Suárez, 2007).

Para seleccionar el número de factores más adecuado se utilizaron tres criterios: el Análisis Paralelo (AP), la raíz media cuadrática residual (RMCR) y el índice de bondad de ajuste (GFI). El AP compara los autovalores generados a partir de una matriz de datos aleatorios con los autovalores de la matriz estándar que se está analizando y, a partir de ahí, extrae los factores comunes que presentan autovalores mayores que los que se obtendrían aleatoriamente. Aunque no es tan conocido debido a no estar disponible en los paquetes de *software* de análisis estadístico tradicionales (Lloret-Segura et al., 2014), se le considera como una de las mejores alternativas para decidir el número de factores a extraer (Pérez & Medrano, 2010). Se usó el AP basado en análisis de componentes principales (ACP), reteniendo dimensiones con la media de los autovalores aleatorios, debido a su alta precisión para estimar las dimensiones subyacentes por sobre otros métodos (Garrido, Abad & Ponsoda, 2013). Por otra parte, el RMCR y el GFI entregan información de la adecuación del modelo de factores propuesto para explicar los resultados. Si el RMCR es menor a 0.05, o bien, es menor o igual al criterio de Kelley, entonces el modelo se considera adecuado (Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010). En tanto, si el GFI es

mayor o igual a 0.95, también da cuenta de buen ajuste del modelo (Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010; Lloret-Segura et al., 2014).

A continuación, se empleó la técnica de rotación oblicua *direct oblimin* para conocer las cargas factoriales de cada ítem en cada factor, puesto que las rotaciones oblicuas producen factores que están relacionados entre sí, por lo que sus resultados son más atingentes al estudio del comportamiento humano (Williams, Onsman & Brown, 2010).

Como criterio para asignar los ítems a un factor, se siguieron las directrices descritas en Lloret-Segura et al. (2014) para retener los ítems, siguiendo la regla usualmente llamada “40, 30, 20” la cual ordena que: 1) el ítem debe tener una carga factorial de al menos .40 en el factor principal (se entiende como principal, el factor en el que la carga del ítem alcanza su mayor valor, exigencia dada por el tamaño de la muestra, inferior a 300 casos); 2) la carga factorial secundaria, es decir, la segunda mayor carga del ítem, sea menor a .30 y 3) que la diferencia entre las dos mayores cargas factoriales de un ítem (es decir, entre sus valores absolutos) sea mayor a .20. En cuanto al criterio para retener un factor, se exigió que hayan al menos 3 ítems por factor que cumplan la regla de 40,30,20 (Lloret-Segura et al., 2014). Si bien Pérez & Medrano (2010) sugieren que los factores deben tener al menos 4 ítems con carga mayor a .40 para poder ser interpretados, dado que el CTQ-SF ya posee una subescala con solo 3 ítems (la de minimización o negación del trauma), se optó por conservar el requerimiento de 3 ítems mínimo.

Por último, para conocer la fiabilidad de la escala, se realizó el cálculo de su consistencia interna. Dunn, Baguley & Brunsten (2014), así como Ventura-León & Caycho-Rodríguez (2017), sugieren el empleo del coeficiente Omega de McDonald para dicho fin, el cual resuelve

algunos problemas que acarrearán el empleo del coeficiente Alfa de Cronbach, como ser afectado por el número de ítems, el número de alternativas de respuesta y la proporción de la varianza de la prueba estudiada. Además, el alfa de Cronbach trabaja con variables continuas, mientras que las variables del CTQ-SF pretenden ser discretas. Dado que el CTQ-SF está compuesto por 5 subescalas, se calculó la consistencia interna para cada subescala por separado. Aunque las anteriores mediciones de fiabilidad del CTQ-SF se han calculado con el Alfa de Cronbach, el coeficiente Omega entrega un estadístico que toma valores entre 0 y 1, por lo que sus resultados podrán ser comparados.

RESULTADOS

Primeramente, se presentan los resultados de las pruebas que reportan la pertinencia de hacer un análisis factorial. Tanto el estadístico de KMO como la prueba de Bartlett mostraron buenos índices de adecuación muestral ($KMO = .87314$; $p < .001$), por lo que se procedió a realizar el análisis factorial.

Evaluación de soluciones de 2, 3, 4, 5, 6 y 7 factores

Se calcularon seis soluciones para el modelo factorial: con 2 factores, con 3, con 4, con 5, con 6 y la última solución con 7 factores. Para todas ellas, el AP sugirió la retención de 4 factores si se considera la media de los autovalores aleatorios, tal como lo indica la Tabla 2 (aunque el percentil 95 de los autovalores aleatorios indica lo mismo). Luego, se estudiaron los estadísticos GFI y el RMSR para cada una de las soluciones, cuyos valores pueden ser vistos en la Tabla 3. La solución de 2 factores obtuvo un GMI menor a .95, así como un RMSR mayor a .05 y mayor al criterio de Kelley de .0722, por lo que no se tomará en cuenta por no considerarse adecuada para su estudio. El resto de las soluciones factoriales, por otro lado, aprueba los criterios predefinidos para considerarse como modelos adecuados, no obstante, la solución de 7 factores no entrega datos muy diferentes de la solución de 6 factores y está muy alejada de la recomendación de 4 factores del AP, por lo que solo se estudiarán las soluciones de 3, 4, 5 y 6 factores.

Posteriormente se analizó la matriz de factores rotados. Utilizando la regla de 40, 30, 20, se estudiaron las cargas factoriales de los ítems y se seleccionaron los ítems más adecuados

del CTQ-SF. Con los datos obtenidos, se elaboró una Matriz de Cumplimiento de la regla de 40, 30, 20, la que puede encontrarse en los Anexos 1, 2, 3 y 4, que ilustra qué criterios logró cumplir cada ítem para las soluciones de 3, 4, 5 y 6 factores, respectivamente. Como se puede ver allí, para la solución de 3 factores, hubo 8 ítems que no lograron aprobar los criterios, los cuales fueron: 1, 3, 4, 6, 14, 18, 25 y 26; para la solución de 4 factores, el incumplimiento se dio por parte de 6 ítems: 1, 4, 5, 6, 8 y 26; para la solución de 5 factores, 8 ítems no aprobaron los criterios de la regla 40, 30, 20, estos son: 1, 4, 5, 6, 8, 15, 18 y 26; finalmente, para la solución de 6 factores, hubo 9 ítems con incumplimiento: 1, 4, 5, 6, 8, 13, 15, 18 y 26. Los ítems que fueron comunes para las cuatro soluciones fueron: 1, 4, 6 y 26; los ítems que fueron comunes para tres soluciones fueron: 5, 8 y 18; el ítem que incumplió la regla para dos soluciones fue el 15 y, por último, los ítems 3, 13, 14 y 25 lo fueron para solo una solución. En el Anexo 5 se encuentra una tabla que resume lo obtenido del análisis de la matriz de factores rotados para las cuatro soluciones estudiadas, incluyendo la información recién expuesta. Los ítems que presentan problemas en alguna de las soluciones obtenidas son los ítems 1, 3, 4, 5, 6, 8, 13, 14, 15, 18, 25 y 26 (12 ítems en total), con un promedio de 7.75 ítems por solución factorial.

Tabla 2

Análisis paralelo para las soluciones con 25 ítems.

Dimensiones ^a	Autovalores de los datos reales ^b	Media de los autovalores aleatorios	Percentil 95 de los autovalores aleatorios
1	5.3621*	1.7259	1.8474
2	3.4253*	1.6066	1.6920
3	2.7405*	1.5192	1.5989
4	1.5355*	1.4376	1.4936
5	1.1799	1.3708	1.4231
6	1.0700	1.3100	1.3575
7	1.0134	1.2548	1.3049
8	0.9978	1.2003	1.2452

a = Se muestra el cálculo con hasta 8 dimensiones.

b = * indica dimensiones retenidas.

Tabla 3

Índice de bondad de ajuste (GFI) y raíz media cuadrática residual (RMSR) para cada una de las soluciones factoriales

Solución factorial	GFI	RMSR
2 factores	.889	.1052
3 factores	.963	.0603
4 factores	.979	.0459
5 factores	.984	.0396
6 factores	.986	.0366
7 factores	.988	.0316

Valores del GFI menores a .095 y valores de la RMSR mayores a .05 o al criterio de Kelley (que para esta muestra fue de .0722) indican una mala adecuación del modelo para explicar los datos.

Continuando con la inspección de la matriz de factores rotados, se observó cómo se distribuyen las cargas factoriales entre los distintos factores. En la Tabla 4 puede verse esta distribución, tanto para la solución de 3 factores como para la de 4. La Tabla 5 cumple la misma función, pero para las soluciones de 5 y 6 factores. Como puede apreciarse, la solución de 3 factores muestra con claridad las dimensiones negligencia emocional (NE), abuso sexual (AS) y abuso físico (AF), pero remueve las otras dos dimensiones propuestas por la literatura detrás del CTQ-SF. La solución de 4 factores, por su parte, añade la de abuso emocional (AE). Las soluciones de 5 y 6 factores, sin embargo, fallan al mostrar la dimensión restante de negligencia física (NF) y, en vez de eso, liberan otros factores sin posible interpretación y con menos de tres ítems cada uno (en la Tabla 5 aparecen escritos simplemente como F2 y F6, respectivamente).

Tabla 4

Matriz de factores rotados usando rotación Direct Oblimin para las soluciones de tres y cuatro factores

Ítems	Solución de 3 factores			Solución de 4 factores				Ítems
	F1 NE	F2 AS	F3 AF	F1 NE	F2 AE	F3 AS	F4 AF	
9			.750				.673	9
11			.858				.925	11
12			.517				.513	12
15			.758				.702	15
17			.781				.823	17
20		.951				.943		20
21		.636				.644		21
23		.817				.837		23
24		.813				.811		24
27		.816				.799		27
3					.610			3
8	.424				.412			8
14			.416		.819			14
18					.464			18
25					.549			25
1								1
4								4
6								6
26								26
2	.653			.661				2
5	.434							5
7	.728			.668				7
13	.593			.633				13
19	.654			.745				19
28	.792			.763				28

NE, Negligencia emocional; AE, Abuso emocional; AS, Abuso sexual, AF, Abuso físico.

Solo se muestran las cargas factoriales mayores a .40

Tabla 5

Matriz de factores rotados usando rotación Direct Oblimin para las soluciones de cinco y seis factores

Ítems	Solución de cinco factores					Solución de seis factores						Ítems
	F1 NE	F2	F3 AE	F4 AS	F5 AF	F1 NE	F2	F3 AE	F4 AS	F5 AF	F6	
9					.579					.545		9
11					.848					.833		11
12		.549					.566					12
15		.469			.490		.497			.444		15
17					.945					.945		17
20				.942					.940			20
21				.641					.638			21
23				.846					.847			23
24				.809					.808			24
27				.799					.799			27
3			.654					.656				3
8			.416					.407				8
14			.793					.785				14
18			.454					.471				18
25			.564					.574				25
1												1
4												4
6												6
26												26
2	.681					.775						2
5												5
7	.661					.650						7
13	.659											13
19	.739										.986	19
28	.749					.547						28

NE, Negligencia emocional; AE, Abuso emocional; AS, Abuso sexual, AF, Abuso físico.

Solo se muestran las cargas factoriales mayores a .40

Aplicando el criterio usado previamente para evaluar los ítems, algunas dimensiones son modificadas:

- Para la solución de 3 factores, el ítem 14 de AF se eliminaría, aunque no afectaría a la cantidad de dimensiones, pues la AF quedaría con 5 ítems.
- Para la solución de 4 factores, el ítem 8 de AE se eliminaría, pero tampoco afectaría la cantidad de dimensiones, pues la AE quedaría con 4 ítems.
- Para la solución de 5 factores, se eliminarían los ítems 8 de AE, el 15 de AF y el 18 de AE. La dimensiones de AE y AF todavía podrían retenerse con 3 ítems, aunque el ítem 15 tiene doble carga con el F2, y si se ignora este factor, no habría razón para eliminar el ítem y AF quedaría con 4 ítems.
- Para la solución de 6 factores, se da la misma situación que con 5 factores, pero eliminando también el ítem 13, que en esta solución no carga en ninguna dimensión.

En suma, la eliminación de ítems en las cuatro soluciones factoriales no afectaría a la cantidad de dimensiones a retener. Por ello, se optó por retener factores basado en la sugerencia del AP, que fue de 4 factores, con lo cual, la solución de 3 factores no se tomó en cuenta a partir de esta decisión. Dada la lista de ítems problemáticos (1, 3, 4, 5, 6, 8, 13, 14, 15, 18, 25 y 26), los ítems 3, 14 y 25 únicamente aparecen con problemas en la matriz de la solución de 3 factores (véase el Anexo 1), y como esta solución no se tomará en cuenta, se retendrán dichos ítems, quedando la lista de ítems problemáticos conformada por: 1, 4, 5, 6, 8, 13, 15, 18 y 26 (9 ítems).

Evaluación de la solución de 4 factores eliminando ítems

El paso siguiente es la exploración de nuevas soluciones factoriales eliminando ítems. Se calcularon dos soluciones más con cuatro factores: en la primera se eliminaron los 9 ítems problemáticos (en adelante se llamará solución 4A), mientras que en la segunda se eliminaron solo los ítems que presentan problemas en la solución de 4 factores, que son los ítems 1, 4, 5, 6, 8 y 26 (6 eliminados, en adelante, solución 4B). El AP mostró resultados mixtos: en la solución 4A, que puede ser vista en la Tabla 6 y calculada con 16 ítems, el AP sugirió la retención de 3 factores, mientras que para la solución 4B, disponible en la Tabla 7 y realizada con 19 ítems, el AP sugirió 3 factores cuando se considera el percentil 95 de los autovalores aleatorios y 4 factores cuando se considera la media. Por otra parte, tanto el GFI como el RMSR tomaron buenos valores para ambas soluciones (4A: GFI = .990, RMSR = .0441; 4B: GFI = .984, RMSR = .0497). En conjunto, aunque las soluciones extraídas se consideran adecuadas, las diferencias en el análisis paralelo parecen indicar que los ítems 13, 15 y 18 aportan información fundamental a la escala CTQ-SF y no deberían eliminarse. Para salir de esta duda, se realizaron los mismos procedimientos que con el primer conjunto de soluciones.

Tabla 6

Análisis paralelo para la solución 4A (16 ítems)

Dimensiones ^a	Autovalores de los datos reales ^b	Media de los autovalores aleatorios	Percentil 95 de los autovalores aleatorios
1	5.5941*	1.5309	1.6497
2	3.1493*	1.4108	1.4979
3	1.9004*	1.3229	1.3854
4	1.1087	1.2462	1.3015
5	0.8114	1.1794	1.2327
6	0.6521	1.1182	1.1632
7	0.5517	1.0610	1.1076
8	0.5113	1.0059	1.0487

a = Se muestra el cálculo con hasta 8 dimensiones.

b = * indica dimensiones retenidas.

Tabla 7

Análisis paralelo para la solución 4B (19 ítems)

Dimensiones ^a	Autovalores de los datos reales ^b	Media de los autovalores aleatorios	Percentil 95 de los autovalores aleatorios
1	5.5731**	1.6041	1.7137
2	3.3540**	1.4818	1.5575
3	2.4908**	1.3911	1.4543
4	1.3522*	1.3182	1.3790
5	1.0396	1.2526	1.3091
6	0.7305	1.1872	1.2383
7	0.6528	1.1309	1.1771
8	0.6162	1.0763	1.1197

a = Se muestra el cálculo con hasta 8 dimensiones.

b = ** indica dimensiones retenidas si se considera el percentil 95; * indica dimensiones retenidas considerando la media

Se partió analizando la matriz de factores rotados para ambas soluciones, viendo si los ítems cumplen la regla de 40, 30, 20 en cada caso, elaborándose de esta forma las tablas de los Anexos 6 y 7. Es notable advertir que absolutamente todos los ítems aprobaron dicha regla, incluso los ítems exclusivos de la solución 4B (13, 15 y 18), y que en las soluciones de 25 ítems tenían incumplimiento de criterios de calidad. Debido a esto, se decidió que los ítems 13, 15 y 18 se conservarían, y la lista de ítems problemáticos se redujo a 6 ítems: 1, 4, 5, 6, 8 y 26. A continuación, se presentan en la Tabla 8 las matrices de factores rotados para las soluciones 4A y 4B. Se puede ver que, para ambas soluciones, las dimensiones NE, AE, AS y AF aparecen sin problemas y con al menos tres ítems cada una con carga superior a .40. Queda por ver, no obstante, si acaso los 6 ítems problemáticos realmente necesitan eliminarse, por lo que se realizará una nueva exploración para descubrirlo.

Tabla 8

Matriz de factores rotados usando rotación Direct Oblimin para las soluciones 4A y 4B

Ítems	Solución 4A				Solución 4B				Ítems
	F1 NE	F2 AE	F3 AS	F4 AF	F1 NE	F2 AE	F3 AS	F4 AF	
9				.634				.677	9
11				.981				.944	11
12				.521				.516	12
								.712	15
17				.861				.826	17
20			.929				.940		20
21			.692				.663		21
23			.892				.877		23
24			.853				.822		24
27			.801				.790		27
3		.638				.557			3
14		.775				.763			14
						.562			18
25		.519				.525			25
2	.680				.644				2
7	.701				.655				7
					.663				13
19	.799				.805				19
28	.772				.752				28

NE, Negligencia emocional; AE, Abuso emocional; AS, Abuso sexual, AF, Abuso físico.

Solo se muestran las cargas factoriales mayores a .40.

Los ítems 13 15, 18 solo aparecen en la solución 4B.

Cuatro de los ítems problemáticos pertenecen a la misma dimensión: NF (son el 1, el 4, el 6 y el 26), que no ha sido mostrada por las soluciones calculadas. El ítem 2 también pertenece a NF, pero ha aparecido cargando en la dimensión NE. Dado que, al simular una eliminación de ítems, los ítems 13, 15 y 18 aparecieron sin problemas en la solución 4B, se hipotetizó que podría ocurrir lo mismo con los ítems 5 (NE) y 8 (AE), por lo que se procedió a calcular una nueva solución excluyendo solo los 4 ítems de NF (en adelante, se le llamará solución 4C).

Para esta solución 4C, el AP sugirió la retención de 4 factores, independiente de que se considere la media o el percentil 95 de los autovalores aleatorios. En la Tabla 9 puede verse el resultado de este AP. Esta sugerencia es más conveniente que la inconsistencia de los resultados entre las soluciones 4A y 4B calculados previamente. Además, el GFI y la RMSR nuevamente obtuvieron buenos valores (GFI = .982; RMSR = .0491).

Tabla 9

Análisis paralelo para la solución 4C (21 ítems)

Dimensiones ^a	Autovalores de los datos reales ^b	Media de los autovalores aleatorios	Percentil 95 de los autovalores aleatorios
1	5.6008*	1.6369	1.7368
2	3.4235*	1.5229	1.6097
3	2.6764*	1.4339	1.4995
4	1.4343*	1.3583	1.4152
5	1.0704	1.2911	1.3493
6	0.9027	1.2310	1.2815
7	0.7679	1.1740	1.2214
8	0.7261	1.1197	1.1667

a = Se muestra el cálculo con hasta 8 dimensiones.

b = * indica dimensiones retenidas.

Nuevamente, se estudió la matriz de factores rotados y se hizo una nueva matriz de cumplimiento de la regla de 40, 30, 20, que puede ser encontrada en el Anexo 8. Como se puede ver allí, casi todos los ítems cumplieron los criterios de calidad ya vistos, excepto el ítem 8, que sigue teniendo una diferencia entre cargas primaria y secundaria muy bajas. No obstante, el ítem 5 sí logró aprobar (aunque estuvo a punto de quedar fuera), por lo cual la lista definitiva de ítems que deben eliminarse serían los ítems 1, 4, 6, 8 y 26 (5 ítems), quedando finalmente el CTQ-SF conformado por 20 ítems (23 contando los ítems de minimización o negación del trauma). Se volvió a calcular una nueva solución factorial (que será llamada solución 4D) excluyendo solo los 5 ítems antes mencionados, y el AP volvió a variar, como se puede ver en la Tabla 10. La sugerencia según el percentil 95 es la de retener 3 factores, mientras que según

la media de autovalores aleatorios es la de retener 4 factores. Tal como se hizo con las demás soluciones, se eligió la sugerencia basada en la media.

Tabla 10

Análisis paralelo para la solución 4D (20 ítems)

Dimensiones ^a	Autovalores de los datos reales ^b	Media de los autovalores aleatorios	Percentil 95 de los autovalores aleatorios
1	5.3887**	1.6198	1.7329
2	3.3764**	1.4992	1.5799
3	2.6560**	1.4152	1.4816
4	1.3803*	1.3398	1.3969
5	1.0595	1.2703	1.3213
6	0.8860	1.2095	1.2597
7	0.7367	1.1521	1.2014
8	0.6373	1.0987	1.1412

a = Se muestra el cálculo con hasta 8 dimensiones.

b = ** indica dimensiones retenidas si se considera el percentil 95; * indica dimensiones retenidas considerando la media

Para finalizar con el análisis factorial de los ítems, se expondrá en la Tabla 11 la matriz de factores rotados para la solución 4D, es decir, habiendo quitado los ítems 1, 2, 4, 8 y 26. Con esto, la dimensión NE queda conformada por 6 ítems, las dimensiones AF y AS por 5 ítems y la dimensión AE por 4 ítems.

Tabla 11

Matriz de factores rotados usando rotación Direct Oblimin para la solución 4D

Ítems	F1 NE	F2 AE	F3 AS	F4 AF	Ítems
9				.683	9
11				.945	11
12				.497	12
15				.695	15
17				.825	17
20			.942		20
21			.654		21
23			.863		23
24			.816		24
27			.791		27
3		.558			3
14		.762			14
18		.546			18
25		.526			25
2	.648				2
5	.421				5
7	.677				7
13	.647				13
19	.781				19
28	.745				28

NE, Negligencia emocional; AE, Abuso emocional; AS, Abuso sexual, AF, Abuso físico.

Solo se muestran las cargas factoriales mayores a .40.

Cálculo de fiabilidad

En cuando al cálculo de la fiabilidad, se presentan en la Tabla 12 los resultados de la evaluación de la consistencia interna del cuestionario usando el coeficiente Omega de McDonald. El cálculo se realizó con los factores modificados que se obtuvieron en el presente estudio, es decir, el de NE de 6 ítems, AE de 4 ítems, AS de 5 ítems y AF de 5 ítems. Como se puede observar, la consistencia interna resultó muy alta para las cuatro subescalas del CTQ-SF, teniendo un coeficiente Omega de McDonald superior a .89 para todas ellas. Finalmente, la consistencia interna calculada para toda la escala, excluyendo los ítems 1, 2, 4, 8, 10, 16, 22 y

26 (los cinco quitados previamente y sin incluir los tres de la subescala de minimización y negación del trauma) fue de .828.

Tabla 12

Consistencia interna de las subescalas a través del coeficiente ω de McDonald

Subescala	Ítems que la componen	Coefficiente ω de McDonald
Abuso emocional	3, 14, 18 y 25	.894
Abuso físico	9, 11, 12, 15 y 17	.937
Abuso sexual	20, 21, 23, 24 y 27	.955
Negligencia emocional	2, 5, 7, 13, 19 y 28	.924
Escala CTQ-SF modificada	Todos, excepto 1, 2, 4, 8, 10, 16, 22 y 26	.828

DISCUSIÓN

En el presente trabajo se estudiaron algunos indicadores de validez y fiabilidad de la escala CTQ-SF en una muestra de estudiantes chilenos. A pesar de que Domínguez (2018) ya había hecho una validación inicial del CTQ-SF para la población chilena, con muestra clínica, los análisis realizados fueron diferentes y los resultados también difirieron. Aunque el índice de bondad de ajuste (GFI) y la raíz media cuadrática residual (RMSR) mostraron valores que apoyan el modelo de 5 factores original de Bernstein et al. (2003), tanto el análisis paralelo (AP) como el estudio manual de la matriz de correlaciones orientaron la decisión de retener únicamente 4 factores: el AE, el AF, la NE y el AS. Esto hace que la primera hipótesis planteada en este estudio: “el instrumento es capaz de medir los cinco tipos de maltrato en base a los factores que componen la escala, manteniéndose el modelo encontrado por Domínguez (2018)”, resulte incorrecta, ya que solo cuatro de los tipos de maltrato tuvieron factores con más de tres ítems en ellos, debiendo eliminarse el factor NF. Previamente, Innamorati et al. (2016) ya habían obtenido datos que mostraban que no era óptima la retención de cinco factores: en su caso, encontraron que retener 3 factores era mejor que retener los cinco tras haber usado AFE con el método de Hull. Consecuentemente, su manera de distribuir los ítems fue diferente: Factor 1: diez ítems (2, 3, 5, 7, 8, 13, 14, 18, 19 y 28), Factor 2: seis ítems (15, 20, 21, 23, 24 y 27) y Factor 3: siete ítems (1, 4, 6, 9, 11, 12, 17), con dos ítems (25 y 26) sin cargar en ningún factor. Concuerdia con el presente estudio en que el ítem 2 (NF) carga junto con los de NE y que el ítem 26 tampoco queda dentro de alguna dimensión, no obstante, difiere en la fusión que hubo de los ítems de NE con los de AE, y los de AF con los de NF, así como el ítem 15 cargando junto a los de AS.

También aparecen similitudes con el estudio con muestra brasileña (Grassi-Oliveira et al., 2014). Los autores de este estudio encontraron que los ítems 2 y 26 (ambos de NF) tendían a cargar junto a los de NE, al igual como pasa con el ítem 2 en el presente estudio. En realidad, esto técnicamente también es cierto para el ítem 26 en el presente estudio, pero al ser la carga factorial tan baja para todas las soluciones estudiadas (véanse las cargas del ítem 26 en los Anexos 1 al 5), no fue considerada como perteneciente a ningún factor y fue eliminado. Gerdner & Allgulander (2009), que también observaron este hecho en sus estudios, ofrecieron la siguiente explicación: al leer los ítems 2 (“Me sentía cuidado y protegido”, ítem inverso) y 26 (“Había alguien que me llevaba al médico si lo necesitaba”, también ítem inverso), puede interpretarse que están referidos al cuidado emocional. Para ilustrar, el ítem 26 se entendería como: “había alguien que me llevaba al médico si lo necesitaba, ya que ese alguien me quería” (cuidado emocional), en lugar de: “había alguien que me llevaba al médico si lo necesitaba, ya que se aseguraba que no estuviera enfermo” (cuidado físico). Ha de notarse también que los cinco ítems originales de NE, así como los ítems 2 y 26, todos ellos son ítems inversos, siendo los siete únicos ítems inversos de la escala. En conjunto, estos argumentos podrían explicar que los ítems 2 y 26 aparezcan con los ítems de NE.

Finalmente, algo que sí es transversal a prácticamente todos los estudios sobre el CTQ-SF es que la consistencia interna es muy alta para todas las subescalas, excepto para la de NF, fenómeno que se ha dado desde la primera validación inicial en inglés (Bernstein et al., 2003; Forde, Baron, Scher, & Stein, 2012; Gerdner & Allgulander, 2009; Grassi-Oliveira et al., 2014; Hernández et al., 2013; Thombs et al., 2009). Esto hace que la segunda hipótesis de la presente investigación: “Las cinco subescalas principales (abuso físico, abuso emocional, abuso sexual,

negligencia física y negligencia emocional) tendrán una alta fiabilidad (consistencia interna mayor a .70)”, resulte cierto.

A pesar de todo, el presente estudio no está exento de limitaciones. La muestra está compuesta por estudiantes de psicología de una universidad, por lo que ni el rango de edad, ni la ocupación de los participantes del estudio es representativa de la población general. Tampoco el género de los participantes es equitativo, ya que solo el 30% de la muestra es de género masculino. Futuras investigaciones que deseen estudiar el CTQ-SF deberían considerar un tamaño muestral más grande, puesto que la presente investigación solo contó con 201 participantes, y luego se excluyó a 8 de ellos, mientras que la recomendación es tener una muestra de al menos 300 participantes para reducir el error muestral (Pérez & Medrano, 2010), y más equitativo en términos de edad y género.

Otra sugerencia sería realizar pruebas piloto reincorporando los ítems que se eliminaron en el presente estudio (el 1, el 4, el 6 y el 26), pero cambiando su redacción. O incluso reemplazar algunos ítems problemáticos por otros y evaluar cómo interactúan con el resto de los ítems. En particular, convendría cambiar la redacción de los ítems 2 y 26 para que al leerlos den la sensación de aludir a cuidado físico en lugar de cuidado emocional, para que así carguen en la dimensión de negligencia física en lugar de la dimensión de negligencia emocional, que es lo que ocurre ahora.

Propuesta de redacción de ítems

A continuación, la Tabla 13 expondrá las propuestas del autor para mejorar algunos ítems que dieron problemas al estudiarse en el presente trabajo. En la primera columna está

puesto el nombre original en inglés del ítem; en la segunda columna, su traducción literal al español; en la tercera, su traducción para Chile según Domínguez (2018), que a su vez está basada en la traducción al español europeo de Hernández et al., (2013) y; en la cuarta columna, la propuesta del autor de este artículo.

Tabla 13

Propuesta de redacción de ítems

N°	Original	Traducción literal	Traducción oficial al español	Propuesta del autor
	When I grew up...	Cuando crecía...	Cuando era pequeño y/o adolescente...	Cuando era pequeño y/o adolescente...
1 (NF)	I didn't have enough to eat	No tenía suficiente para comer	No tenía suficiente para comer	No era bien alimentado (ej. no había suficiente comida, no estaba debidamente preparada o estaba en descomposición).
2 (NF)	I knew that there was someone to take care of me and protect me.	Sabía que había alguien para cuidar de mí y protegerme.	Me sentía cuidado y protegido.	Había alguien supervisándome para que no hiciera algo peligroso.
4 (NF)	My parents were too drunk or high to take care of the family.	Mis padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidar de la familia.	Mis padres estaban demasiado borrachos o "drogados" para ocuparse de la familia.	Mis padres no estaban en condiciones para ocuparse de la familia (ej. estaban borrachos o "drogados").
6 (NF)	I had to wear dirty clothes.	Tenía que usar ropa sucia.	Tenía que vestirme con ropa sucia.	Tenía que vestirme con ropa inadecuada (ej. sucia, rota, de talla incorrecta o del periodo estival incorrecto).
8 (AE)	I thought that my parents wished I had never been born.	Pensaba que mis padres no deseaban que hubiera nacido.	Pensaba que mis padres no querían que hubiera nacido.	Mis padres me trataban como si no fuera su hijo.
26 (NF)	There was someone to take me to the doctor if I needed it.	Había alguien que me llevaba al doctor si lo necesitaba.	Había alguien que me llevaba al médico si lo necesitaba.	Recibía atención médica cuando lo necesitaba.

N°, Número del ítem, entre paréntesis la dimensión a la que corresponde el mismo; NF, negligencia física; AE, abuso emocional.

Cada una de las propuestas dadas en la Tabla 13 tiene su justificación. El ítem 1 (NF), al decir “No tenía suficiente para comer”, el ítem está midiendo la cantidad de recursos monetarios con que cuenta la familia para alimentar a sus hijos, puesto que una persona que responda el CTQ-SF y lea el ítem, intentará recordar cómo era su situación económica y la de su familia cuando era pequeño o adolescente, y responder en base a ese pensamiento, en lugar de enfocarse en la variable subyacente teórica del ítem: si acaso la persona sufrió negligencia física durante su infancia. En cambio, la nueva redacción es más directa en cuanto a lo que apunta.

Para el ítem 2 (NF), la propuesta toma elementos del ítem original (“*there was someone...*” se tradujo como “había alguien...”), pero se cambia el concepto de “cuidado” por “supervisión”, puesto que el ítem está pensado para preguntar si la persona fue dejada sola (sin supervisión) por sus cuidadores en su infancia, una de las formas de la negligencia física. La frase “para que no hiciera algo peligroso” es porque los ítems del CTQ-SF suelen preguntar por eventos concretos y no la percepción subjetiva del respondiente de que está siendo maltratado, por lo que así se añade ese elemento objetivo.

El ítem 4 (NF), al igual que el ítem 1 (NF), está mal enfocado. El ítem 4 no busca saber si los padres del respondiente eran consumidores de alcohol o drogas durante su infancia, sino en qué condiciones estaban para cuidar de la familia, lo cual queda claro por la frase final del ítem: “*to take care of the family*” (para cuidar de la familia), mientras que la frase: “*my parents were too drunk or high*” (mis padres estaban demasiado borrachos o “drogados”) solo pretendía hacer alusión a casos concretos en que los padres del respondiente no estuviesen en óptimas

condiciones para cuidarlo. En la propuesta, ambos elementos (el cuidado de la familia y los ejemplos) están más claros para el lector.

El ítem 6 (NF) tiene los mismos problemas que los ítems 1 y 4 (NF). Por un lado, el que una persona tenga que vestirse con ropa sucia en su infancia no es necesariamente indicio de una negligencia física por parte de sus cuidadores (ej. quizá no había suficiente dinero en la familia para comprar ropa nueva, una lavadora o detergente para lavar). Por otro lado, la suciedad en la ropa es solo un ejemplo de las formas en que se puede ser negligente con la necesidad física de abrigo (otras formas de insatisfacción de esta necesidad pueden ser hacer que un niño use ropa rota, que huelga mal, de talla inapropiada o de temporada inapropiada, es decir, ropa de verano en invierno y viceversa). Esto se ve reflejado en la propuesta de redacción.

El ítem 8 (AE) también fue reenfocado en la propuesta para que apunte a la dimensión teórica que le corresponde (abuso emocional), añadiendo la frase “me trataban como” en lugar de “*I thought that*” (pensaba que) para hacer énfasis en la búsqueda de un evento objetivo que le indique al respondiente la presencia de abuso emocional en su infancia, en lugar de responder en base a lo que “pensaba” (es decir, aludiendo a su percepción de la realidad).

Por último, para el ítem 26 (NF), la redacción del ítem en la propuesta fue redirigida para apuntar a su dimensión teórica correcta (negligencia física), dándole más importancia a la necesidad misma de recibir atención médica que a la de que hubiera una persona preocupada de que el respondiente reciba atención médica.

En resumen, aunque hay evidencia mixta respecto a la validez de constructo del CTQ-SF, la fiabilidad se ha mantenido alta de manera consistente. Esto permitiría que, si se solucionaran los problemas de constructo que la escala presenta, sería muy útil para detectar casos de trauma infantil en adolescentes y adultos dada su buena precisión y facilidad de administración.

REFERENCIAS

- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., ... Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174–186. doi: 10.1007/s00406-005-0624-4
- Arata, C. M., Langhinrichsen-Rohling, J., Bowers, D., & O’Farrill-Swails, L. (2005). Single versus Multi-Type Maltreatment. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 11(4), 75–93. doi: 10.1300/J146v11n04
- Baily, T., & Baily, W. (1986). *Operational Definitions of Child Emotional Maltreatment*. Recuperado de <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/Digitization/105705NCJRS.pdf>
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., ... Ruggiero, J. (1994). Initial Reliability and Validity of a New Retrospective Measure of Child Abuse and Neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1132–1136. doi: 10.1176/ajp.151.8.1132
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse and Neglect*, 27(2), 169–190. doi: 10.1016/S0145-2134(02)00541-0
- Brassard, M. R., Germain, R., & Hart, S. N. (1987). *Psychological maltreatment of children and youth*. Recuperado de

<https://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=105411>

Bremner, J. D. (2003). Long-term effects of childhood abuse on brain and neurobiology. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12(2), 271–292. doi:

10.1016/S1056-4993(02)00098-6

Briere, J., & Runtz, M. (1987). Post Sexual Abuse Trauma Data and Implications for Clinical Practice Journal of Interpersonal. *Journal of Interpersonal Violence*, 2(4), 367–379. doi:

10.1177/088626058700200403

Carr, C. P., Martins, C. M. S., Stingel, A. M., Lemgruber, V. B., & Juruena, M. F. (2013). The role of early life stress in adult psychiatric disorders: A systematic review according to childhood trauma subtypes. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(12), 1007–

1020. doi: 10.1097/NMD.0000000000000049

Cheng, Y., Chen, C., & Chou, K. (2018). Reliability and Factor Structure of the Chinese Version of Childhood Trauma Questionnaire-short Form in in Patients with Substance Use Disorder. *Taiwanese Journal of Psychiatry (Taipei)*, 32(1), 52–62.

Domínguez, A. P. (2018). *Validación inicial del “Childhood Trauma Questionnaire-Short Form” versión española en Chile* (Tesis de Grado). Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004

Dunn, T. J., Baguley, T., & Brunsden, V. (2014). From alpha to omega: A practical solution to the pervasive problem of internal consistency estimation. *British Journal of Psychology*, 105(3), 399–412. doi: 10.1111/bjop.12046

Edleson, J. L. (2001). Studying the co-occurrence of child maltreatment and domestic violence

in families. En S. Graham-Bermann & J. Edleson (Eds.), *Domestic violence in the lives of children: The future of research, intervention, and social policy* (pp. 91–110).

Recuperado de

[https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/46713241/Edleson_Studying_the_Co-](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/46713241/Edleson_Studying_the_Co-Occurrence_of_Child_Maltreatment_and_Domestic_Violence_in_Families_2001.pdf?response-content-disposition=inline%3Bfilename%3DStudying_the_Co_Occurrence_of_Child_Malt.pdf&X)

[Occurrence_of_Child_Maltreatment_and_Domestic_Violence_in_Families_2001.pdf?response-content-disposition=inline%3B](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/46713241/Edleson_Studying_the_Co-Occurrence_of_Child_Maltreatment_and_Domestic_Violence_in_Families_2001.pdf?response-content-disposition=inline%3Bfilename%3DStudying_the_Co_Occurrence_of_Child_Malt.pdf&X)

[filename%3DStudying_the_Co_Occurrence_of_Child_Malt.pdf&X](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/46713241/Edleson_Studying_the_Co-Occurrence_of_Child_Maltreatment_and_Domestic_Violence_in_Families_2001.pdf?response-content-disposition=inline%3Bfilename%3DStudying_the_Co_Occurrence_of_Child_Malt.pdf&X)

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, *14*(4), 245–258. doi: 10.1016/S0749-3797(98)00017-8

Ferrando, P. J., & Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, *31*(1), 18–33.

Flinn, M. V., Nepomnaschy, P. A., Muehlenbein, M. P., & Ponzi, D. (2011). Evolutionary functions of early social modulation of hypothalamic-pituitary-adrenal axis development in humans. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *35*(7), 1611–1629. doi: 10.1016/j.neubiorev.2011.01.005

Forde, D. R., Baron, S. W., Scher, C. D., & Stein, M. B. (2012). Factor Structure and Reliability of the Childhood Trauma Questionnaire and Prevalence Estimates of Trauma

- for Male and Female Street Youth. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(2), 364–379.
doi: 10.1177/0886260511416461
- Forouzanfar, M. H., Afshin, A., Alexander, L. T., Biryukov, S., Brauer, M., Cercy, K., ...
Zhu, J. (2016). Global, regional, and national comparative risk assessment of 79
behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks,
1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The
Lancet*, 388(10053), 1659–1724. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31679-8
- Garrido, L. E., Abad, F. J., & Ponsoda, V. (2013). A new look at horn's parallel analysis with
ordinal variables. *Psychological Methods*, 18(4), 454–474. doi: 10.1037/a0030005
- Gerdner, A., & Allgulander, C. (2009). Psychometric properties of the Swedish version of the
Childhood Trauma Questionnaire - Short Form (CTQ-SF). *Nordic Journal of Psychiatry*,
63(2), 160–170. doi: 10.1080/08039480802514366
- Grassi-Oliveira, R., Cogo-Moreira, H., Salum, G. A., Brietzke, E., Viola, T. W., Manfro, G.
G., ... Arteche, A. X. (2014). Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) in Brazilian
samples of different age groups: Findings from confirmatory factor analysis. *PLoS ONE*,
9(1), 1–7. doi: 10.1371/journal.pone.0087118
- Gunnar, M., & Quevedo, K. (2007). The Neurobiology of Stress and Development. *Annual
Review of Psychology*, 58(1), 145–173. doi: 10.1146/annurev.psych.58.110405.085605
- Hernández, A., Gallardo-Pujol, D., Pereda, N., Arntz, A., Bernstein, D. P., Gaviria, A. M., ...
Gutiérrez-Zotes, J. A. (2013). Initial Validation of the Spanish Childhood Trauma
Questionnaire-Short Form: Factor Structure, Reliability and Association With Parenting.

Journal of Interpersonal Violence, 28(7), 1498–1518. doi: 10.1177/0886260512468240

Herrenkohl, R. C., & Herrenkohl, T. I. (2009). Assessing a Child's Experience of Multiple Maltreatment Types: Some Unfinished Business. *Journal of Family Violence*, 24(7), 485–496. doi: 10.1007/s10896-009-9247-2

Higgins, D. J., & McCabe, M. P. (2001). Multiple forms of child abuse and neglect: Adult retrospective reports. *Aggression and Violent Behavior*, 6(6), 547–578. doi: 10.1016/S1359-1789(00)00030-6

Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., ... Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356–e366. doi: 10.1016/S2468-2667(17)30118-4

Innamorati, M., Erbuto, D., Venturini, P., Fagioli, F., Ricci, F., Lester, D., ... Pompili, M. (2016). Factorial validity of the Childhood Trauma Questionnaire in Italian psychiatric patients. *Psychiatry Research*, 245, 297–302. doi: 10.1016/j.psychres.2016.08.044

Kapeleris, A. R. (2009). *Scholarship at UWindsor Identity and Emotional Competence as Mediators of the Relation between Childhood Psychological Maltreatment and Adult Love Relationships* (Universidad de Windsor, Canadá). Recuperado de <https://scholar.uwindsor.ca/etd>

Karos, K., Niederstrasser, N., Abidi, L., Bernstein, D. P., & Bader, K. (2014). Factor structure, reliability, and known groups validity of the German version of the Childhood Trauma Questionnaire (short-form) in Swiss patients and nonpatients. *Journal of Child Sexual*

Abuse, 23(4), 418–430. doi: 10.1080/10538712.2014.896840

Kempe, C. H., Silverman, F. N., Steele, B. F., Droegemueller, W., & Silver, H. K. (2013). The Battered-Child Syndrome. En R. D. Krugman & J. E. Korbin (Eds.), *Child Maltreatment* (1ª ed., pp. 23–38). doi: 10.1007/978-94-007-4084-6_5

Kim, D., Park, S. C., Yang, H., & Oh, D. H. (2011). Reliability and validity of the Korean version of the childhood trauma questionnaire-short form for psychiatric outpatients. *Psychiatry Investigation*, 8(4), 305–311. doi: 10.4306/pi.2011.8.4.305

Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., & Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: Una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151–1169. doi: 10.6018/analesps.30.3.199361

Lundgren, K., Gerdner, A., & Lundqvist, L. O. (2002). Childhood abuse and neglect in severely dependent female addicts: Homogeneity and reliability of a Swedish version of the Childhood Trauma Questionnaire. *International Journal of Social Welfare*, 11(3), 219–227. doi: 10.1111/1468-2397.00219

Maughan, B., & Rutter, M. (1997). Retrospective reporting of childhood adversity: issues in assessing long-term recall. *Journal of personality disorders*, 11(1), 19–33. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9113820>

Montoya Suárez, O. (2007). Application of the factorial analysis to the investigation of markets. Case of study. *Scientia et Technica*, 3(35), 281–286. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4804281&info=resumen&idioma=ENG>

Muñoz, J. M. (2014). *Tipos de maltrato infantil y su relación con los tipos de infracciones en*

adolescentes reclusos en un centro juvenil de Trujillo (Tesis de Grado). Universidad Nacional de Trujillo, Perú

Nacional Centre of Excellence for Complex Trauma. (s. f.). *What is childhood trauma?*

Recuperado 28 de abril de 2020, de

<https://www.blueknot.org.au/Resources/Information/Understanding-abuse-and-trauma/What-is-childhood-trauma>

Nemeroff, C. B. (2016). Paradise Lost: The Neurobiological and Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect. *Neuron*, 89(5), 892–909. doi: 10.1016/J.NEURON.2016.01.019

Paris, J. (1995). Memories of abuse in borderline patients: True or false? *Harvard Review of Psychiatry*, 3(1), 10–17. doi: 10.3109/10673229509017160

Pechtel, P., & Pizzagalli, D. A. (2011). Effects of early life stress on cognitive and affective function: An integrated review of human literature. *Psychopharmacology*, 214(1), 55–70. doi: 10.1007/s00213-010-2009-2

Pérez, E. R., & Medrano, L. (2010). Análisis factorial exploratorio : Bases conceptuales y metodológicas. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 2(1889), 58–66.

Rezan, A., & Eroglu, Ç. (2012). Psychometric Properties of Turkish Version of Childhood Trauma Questionnaire among Adolescents with Gender Differences. *Psychology*, 3(10), 916–922. doi: 10.4236/psych.2012.310138

Roy, C. A., & Perry, J. C. (2004). Instruments for the Assessment of Childhood Trauma in Adults. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(5), 343–351. doi:

10.1097/01.nmd.0000126701.23121.fa

Thabrew, H., De Sylva, S., & Romans, S. E. (2012). Evaluating childhood adversity. *The Psychosomatic Assessment: Strategies to Improve Clinical Practice*, 32, 35–57. doi: 10.1159/000330002

The National Child Traumatic Stress Network. (s. f.). *About Child Trauma*. Recuperado 28 de abril de 2020, de <https://www.nctsn.org/what-is-child-trauma/about-child-trauma>

Thombs, B. D., Bernstein, D. P., Lobbestael, J., & Arntz, A. (2009). A validation study of the Dutch Childhood Trauma Questionnaire-Short Form: Factor structure, reliability, and known-groups validity. *Child Abuse and Neglect*, 33(8), 518–523. doi: 10.1016/j.chiabu.2009.03.001

Valdivia, M. (2002). Trastorno por estrés postraumático en la niñez. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 40(2), 76–85. doi: 10.4067/S0717-92272002000600007

van der Kolk, B. A. (1994). The Body Keeps the Score: Memory and the Evolving Psychobiology of Posttraumatic Stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1(5), 253–265. doi: 10.3109/10673229409017088

Ventura-León, L. J., & Caycho-Rodríguez, T. (2017). El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista Latinoamericana en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(1), 625–627.

Weil, K., Florenzano, R., Vitriol, V., Cruz, C., Carvajal, C., Fullerton, C., & Muñiz, C. (2004). Trauma infanto juvenil y psicopatología adulta : un estudio empírico. *Revista médica de Chile*, 132(12), 1499–1504.

Williams, B., Onsman, A., & Brown, T. (2010). Exploratory factor analysis: A five-step guide for novices. *Journal of Emergency Primary Health Care*, 8(3), 1–13. doi:

10.33151/ajp.8.3.93

Wingenfeld, K., Hill, A., Gast, U., Beblo, T., Höpp, H., Schlosser, N., ... Spitzer, C. (2010).

Die deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): Erste Befunde zu den psychometrischen Kennwerten. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 60(11), 442–450. doi: 10.1055/s-0030-1253494

ANEXOS

Anexo 1

Tabla 14

Matriz de cumplimiento de la regla 40, 30, 20 para la solución de 3 factores

Ítem	Mayor carga factorial principal (esperado > .40) ^a	Mayor carga factorial secundaria (esperado < .30) ^a	Diferencia entre las dos mayores cargas factoriales (esperado > .20) ^a	Cumplimiento de la regla 40, 30, 20 ^b
1	.015*	-.005	.010*	No**
2	.653	.081	.572	Sí
3	.316*	.290	.026*	No**
4	.082*	.006	.076*	No**
5	.434	-.102	.332	Sí
6	.174*	-.061	.113*	No**
7	.728	.036	.692	Sí
8	.424	.171	.253	Sí
9	.750	.139	.611	Sí
11	.858	-.074	.784	Sí
12	.517	-.112	.405	Sí
13	.593	-.079	.514	Sí
14	.416	.375*	.041*	No**
15	.758	-.141	.617	Sí
17	.781	-.023	.758	Sí
18	.297*	.196	.101*	No**
19	.654	-.029	.625	Sí
20	.951	-.030	.921	Sí
21	.636	-.042	.594	Sí
23	.817	-.091	.726	Sí
24	.813	-.072	.741	Sí
25	.399*	.358*	.041*	No***
26	.203*	-.053	.150*	No**
27	.816	.064	.752	Sí
28	.792	-.038	.754	Sí

a = Un * indica incumplimiento del valor esperado

b = Cada * indica incumplimiento de alguna regla

Anexo 2

Tabla 15

Matriz de cumplimiento de la regla 40, 30, 20 para la solución de 4 factores

Ítem	Mayor carga factorial principal (esperado > .40) ^a	Mayor carga factorial secundaria (esperado < .30)	Diferencia entre las dos mayores cargas factoriales (esperado > .20) ^a	Cumplimiento de la regla 40, 30, 20 ^b
1	.021*	-.012	.009*	No**
2	.661	.092	.569	Sí
3	.610	-.047	.563	Sí
4	.127*	-.052	.075*	No**
5	.392*	.084	.308*	No**
6	.199*	-.054	.145*	No**
7	.668	.136	.532	Sí
8	.412	.233	.179*	No*
9	.673	.186	.487	Sí
11	.925	-.051	.874	Sí
12	.513	-.089	.424	Sí
13	.633	-.047	.586	Sí
14	.819	.065	.754	Sí
15	.702	-.155	.547	Sí
17	.823	-.028	.795	Sí
18	.464	.163	.301	Sí
19	.745	-.112	.633	Sí
20	.943	-.033	.910	Sí
21	.644	-.089	.555	Sí
23	.837	-.169	.668	Sí
24	.811	-.048	.763	Sí
25	.549	.160	.389	Sí
26	.272*	-.131	.141*	No**
27	.799	.228	.571	Sí
28	.763	.092	.671	Sí

a = Un * indica incumplimiento del valor esperado

b = Cada * indica incumplimiento de alguna regla

Anexo 3

Tabla 16

Matriz de cumplimiento de la regla 40, 30, 20 para la solución de 5 factores

Ítem	Mayor carga factorial principal (esperado > .40) ^a	Mayor carga factorial secundaria (esperado < .30) ^a	Diferencia entre las dos mayores cargas factoriales (esperado > .20) ^a	Cumplimiento de la regla 40, 30, 20 ^b
1	.024*	.020	.004*	No**
2	.681	.101	.580	Sí
3	.654	-.185	.469	Sí
4	.117*	-.045	.072*	No**
5	.397*	-.123	.274	No*
6	.203*	.102	.101*	No**
7	.661	.135	.526	Sí
8	.416	.222	.194*	No*
9	.579	.211	.368	Sí
11	.848	.133	.715	Sí
12	.549	.278	.271	Sí
13	.659	.124	.535	Sí
14	.793	.096	.697	Sí
15	.490	.469*	.021*	No**
17	.945	-.114	.831	Sí
18	.454	.354*	.100*	No**
19	.739	-.104	.635	Sí
20	.942	-.029	.913	Sí
21	.641	.104	.537	Sí
23	.846	-.160	.686	Sí
24	.809	.045	.764	Sí
25	.564	.178	.386	Sí
26	.267*	-.127	.140*	No**
27	.799	.222	.577	Sí
28	.749	-.114	.635	Sí

a = Un * indica incumplimiento del valor esperado

b = Cada * indica incumplimiento de alguna regla

Anexo 4

Tabla 17

Matriz de cumplimiento de la regla 40, 30, 20 para la solución de 6 factores

Ítem	Mayor carga factorial principal (esperado > .40) ^a	Mayor carga factorial secundaria (esperado < .30) ^a	Diferencia entre las dos mayores cargas factoriales (esperado > .20) ^a	Cumplimiento de la regla 40, 30, 20 ^b
1	.062*	-.036	.026*	No**
2	.775	.094	.681	Sí
3	.656	-.189	.467	Sí
4	.124*	-.102	.022*	No**
5	.361*	-.108	.253	No*
6	.206*	.096	.110*	No**
7	.650	.115	.535	Sí
8	.407	.226	.181*	No*
9	.545	.247	.298	Sí
11	.833	.164	.669	Sí
12	.566	.247	.319	Sí
13	.361*	.351*	.010*	No***
14	.785	.088	.697	Sí
15	.497	.444*	.053*	No**
17	.945	-.088	.857	Sí
18	.471	.342*	.129*	No**
19	.986	.025	.961	Sí
20	.940	.042	.898	Sí
21	.638	.229	.409	Sí
23	.847	-.156	.691	Sí
24	.808	.046	.762	Sí
25	.574	.173	.401	Sí
26	.382*	-.173	.209	No*
27	.799	.217	.582	Sí
28	.547	.250	.297	Sí

a = Un * indica incumplimiento del valor esperado

b = Cada * indica incumplimiento de alguna regla

Anexo 5

Tabla 18

Síntesis de las matrices de cumplimiento de la regla 40, 30, 20 de los Anexos 1, 2, 3 y 4.

Ítem	Matriz de la solución de tres factores	Matriz de la solución de cuatro factores	Matriz de la solución de cinco factores	Matriz de la solución de seis factores
1	No**	No**	No**	No**
2	Sí	Sí	Sí	Sí
3	No**	Sí	Sí	Sí
4	No**	No**	No**	No**
5	Sí	No**	No*	No*
6	No**	No**	No**	No**
7	Sí	Sí	Sí	Sí
8	Sí	No*	No*	No*
9	Sí	Sí	Sí	Sí
11	Sí	Sí	Sí	Sí
12	Sí	Sí	Sí	Sí
13	Sí	Sí	Sí	No***
14	No**	Sí	Sí	Sí
15	Sí	Sí	No**	No**
17	Sí	Sí	Sí	Sí
18	No**	Sí	No**	No**
19	Sí	Sí	Sí	Sí
20	Sí	Sí	Sí	Sí
21	Sí	Sí	Sí	Sí
23	Sí	Sí	Sí	Sí
24	Sí	Sí	Sí	Sí
25	No***	Sí	Sí	Sí
26	No**	No**	No**	No*
27	Sí	Sí	Sí	Sí
28	Sí	Sí	Sí	Sí

Esta tabla agrupa la última columna de cada una de las tablas expuestas en los anexos 1, 2, 3 y 4, por lo que cada * indica el incumplimiento por parte del ítem de alguno de los criterios, según lo expuesto en su respectiva tabla.

Anexo 6

Tabla 19

Matriz de cumplimiento de la regla 40, 30, 20 para la solución 4A

Ítem	Mayor carga factorial principal (esperado > .40)	Mayor carga factorial secundaria (esperado < .30)	Diferencia entre las dos mayores cargas factoriales (esperado > .20)	Cumplimiento de la regla 40, 30, 20
2	.680	.123	.557	Sí
3	.638	.106	.532	Sí
7	.701	.105	.596	Sí
9	.634	.266	.368	Sí
11	.981	-.059	.922	Sí
12	.521	-.134	.387	Sí
14	.775	.082	.693	Sí
17	.861	.038	.823	Sí
19	.799	-.107	.692	Sí
20	.929	.083	.846	Sí
21	.692	.122	.570	Sí
23	.892	-.205	.687	Sí
24	.853	-.138	.715	Sí
25	.519	.171	.348	Sí
27	.801	.260	.541	Sí
28	.772	.111	.661	Sí

Anexo 7

Tabla 20

Matriz de cumplimiento de la regla 40, 30, 20 para la solución 4B

Ítem	Mayor carga factorial principal (esperado > .40)	Mayor carga factorial secundaria (esperado < .30)	Diferencia entre las dos mayores cargas factoriales (esperado > .20)	Cumplimiento de la regla 40, 30, 20
2	.644	.106	.538	Sí
3	.557	.077	.480	Sí
7	.655	.133	.522	Sí
9	.677	.205	.472	Sí
11	.944	-.064	.880	Sí
12	.516	-.118	.398	Sí
13	.663	-.047	.616	Sí
14	.763	.112	.651	Sí
15	.712	-.183	.529	Sí
17	.826	.036	.790	Sí
18	.562	.147	.415	Sí
19	.805	-.118	.687	Sí
20	.940	.051	.889	Sí
21	.663	.061	.602	Sí
23	.877	-.216	.661	Sí
24	.822	-.079	.743	Sí
25	.525	.183	.342	Sí
27	.790	.261	.529	Sí
28	.752	.122	.630	Sí

Anexo 8

Tabla 21

Matriz de cumplimiento de la regla 40, 30, 20 para la solución 4C

Ítem	Mayor carga factorial principal (esperado > .40)	Mayor carga factorial secundaria (esperado < .30)	Diferencia entre las dos mayores cargas factoriales (esperado > .20) ^a	Cumplimiento de la regla 40, 30, 20 ^b
2	.646	.103	.543	Sí
3	.620	-.048	.572	Sí
5	.415	-.137	.278	Sí
7	.672	.142	.530	Sí
8	.418	.245	.173*	No*
9	.701	.159	.542	Sí
11	.936	-.056	.880	Sí
12	.506	-.095	.411	Sí
13	.654	-.046	.608	Sí
14	.788	.094	.694	Sí
15	.709	-.165	.544	Sí
17	.814	.021	.793	Sí
18	.495	.165	.330	Sí
19	.781	-.128	.653	Sí
20	.943	-.042	.901	Sí
21	.655	-.083	.572	Sí
23	.849	-.185	.664	Sí
24	.818	-.060	.758	Sí
25	.534	.179	.355	Sí
27	.800	.239	.561	Sí
28	.736	.128	.608	Sí

a = Un * indica incumplimiento del valor esperado

b = Cada * indica incumplimiento de alguna regla



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN INVESTIGACIÓN

Título del Proyecto: Validación de Instrumentos para evaluar síntomas vinculados con el trauma psicológico

Patrocinante: Facultad de Psicología, Universidad de Talca

Sr./Sra./Srta.:

El propósito de este documento es entregarle toda la información necesaria para que Ud. pueda **decidir libremente si desea participar en la investigación** que se le ha explicado verbalmente, y que a continuación se describe en forma resumida. Recuerde que debe firmar 2 copias, una es para usted y la otra para el/la investigador/a:

¿Quiénes están realizando esta investigación?

La presente Investigación se enmarca en los Proyectos de Memoria para optar al Título de Psicólogo/a de los/as siguientes estudiantes: Constanza Adam, Moira Alvarado, Sebastián Bravo, Marcia Castro, Nicole Delaunoy, Javiera Díaz y Juan Carlos Navarro, quienes cuentan con la supervisión del profesor de la Facultad de Psicología, Dr. Marcelo Leiva Bianchi, quien guiará las memorias.

¿Cuál es el objetivo de esta investigación?

Queremos evaluar si algunos **instrumentos utilizados para evaluar síntomas de trauma psicológico miden lo que pretenden medir y si son precisos y certeros**. Un **trauma** es algo **difícil** que nos ha ocurrido en algún momento de la vida, de lo cual **nos cuesta hablar** y que nos produce **malestar** hasta el día de hoy. Para evaluarlo existen instrumentos que no siempre están adaptados al contexto local. Eso es lo que se realizará en esta investigación.

¿Qué vamos a hacer?

Al participar en esta investigación, le solicitaremos a usted que responda tests de auto-reporte breves que evalúan síntomas de trauma psicológico. El tiempo estimado que tardan las personas en responder a estos tests es de aproximadamente 30 minutos.

¿Cuáles son los beneficios de participar?

Esta investigación permitirá determinar si los Instrumentos utilizados para evaluar síntomas de trauma psicológico son precisos y certeros. Además, se podrá contar con instrumentos adaptados. y validados en el contexto local. Esto beneficia a las **comunidades de nuestra región** afectadas por eventos que podrían ser traumáticos como **desastres, desempleo, maltrato**, etc.



¿Cuáles son los riesgos de participar?

Los tests contemplan **preguntas** y **temas** relacionados con experiencias difíciles. Por lo tanto, eventualmente podría sentir cierto malestar, similar al malestar que usted puede experimentar cuando conversa sobre estos temas con un familiar, amigo o conocido. En caso de que su malestar le impida seguir participando, **podemos suspender o pausar los tests**. Es más, Ud. **podrá solicitar ayuda al profesor guía** si lo necesita. Es decir, usted podrá recibir apoyo posterior a su participación.

En el caso que **usted requiera derivación** le **facilitaremos** la **información** necesaria para que se contacte con el servicio de salud más adecuado (por ejemplo, Hospital, CESFAM, Red de Centros Clínicos Psicológicos Universitarios). En caso de detectarse una **situación de emergencia** (por ejemplo, riesgo de suicidio), **se le acompañará en la derivación correspondiente para que reciba atención adecuada**.

¿Cuáles son los costos de participar?

Su participación en la investigación **no tiene un costo económico que usted deba asumir**.

¿Qué ocurre con mi información personal?

Para lograr el objetivo planteado al comienzo, se utilizarán los **datos de todas las personas que participen en la investigación, no los de cada una**. Por lo tanto, la **divulgación en medios científicos no incluye ningún dato sensible de quien participe** (por ejemplo, nombre, RUT). Además, los datos obtenidos serán utilizados solo para esta investigación.

Por lo tanto, la **información de tests será almacenada sin nombre en archivos cerrados en la oficina del profesor guía**, quien será el custodio de la información obtenida. Para asegurar esto, se separan las hojas del Consentimiento Informado de los tests. Asimismo la **información digital será guardada en un computador con contraseña conocida solo por el profesor guía**.

Al respecto cabe mencionar que si bien el proceso mantiene los resguardos éticos de confidencialidad, existen límites a ella. **Cuando existe información de que usted tiene intención de hacerse daño a sí mismo o a terceros, será informado tanto a quienes estén involucrados como a su red de apoyo** (por ejemplo, familiares, amigos cercanos).



Al respecto, expongo que:

He sido **informado/a** sobre el estudio a desarrollar, **objetivos, procedimientos, beneficios, riesgos y costos** que su realización pudiese tener, previamente a mi participación y con la descripción necesaria para conocerlas en un nivel suficiente. En este caso, de producirse malestar que no pueda tolerar, **podré dejar de participar inmediatamente y solicitar ayuda posterior** al profesor guía hasta 6 meses después de la encuesta.

He sido también informado/a en forma previa a la encuesta, que los procedimientos que se realicen, no implican un costo que yo deba asumir. **Mi participación no involucra costo económico alguno** que yo deba pagar.

Junto a ello he recibido una **explicación satisfactoria** sobre el **propósito** de la actividad, así como de los **beneficios sociales o comunitarios** que se espera éstos produzcan. Es decir, esta investigación no me beneficia de manera directa.

Estoy en pleno conocimiento que la información obtenida será utilizada con fines de investigación. **No aparecerá ni mi nombre ni mis datos personales en ningún medio de comunicación o difusión científica. Tampoco se me filmará durante los procedimientos.**

Sé que la decisión de participar es absolutamente **voluntaria**. Si no deseo participar o, una vez iniciada, no deseo seguir colaborando, puedo retirarme y ello no implicará ninguna consecuencia negativa para mí. Es decir **puedo revocar o rechazar participar en esta investigación.**

Adicionalmente, el **profesor guía Dr. Marcelo Leiva Bianchi**, ha manifestado su voluntad de **aclarar cualquier duda y entregar apoyo** después de mi participación. Para ello, se me informa que su domicilio es Campus Lircay s/n, el teléfono es 71-2201654 y su email es marcleiva@utalca.cl. Además, quien contestará mis consultas será el mismo profesor guía en el horario comprendido entre las 09:00 y las 18:00 horas, hasta 6 meses después de concluido el estudio.

He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo **firmo libre y voluntariamente, recibiendo** en el acto una **copia** de este documento ya firmado.



ACEPTACIÓN:

He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado.

Yo,(nombre completo), Cédula de Identidad o Pasaporte N°....., de nacionalidad....., mayor de edad, con domicilio en, **ACEPTO**

participar en la investigación denominada: “Validación de instrumentos para evaluar síntomas vinculados con el trauma psicológico”, y **AUTORIZO** al señor Marcelo Leiva Bianchi, profesor guía y a quienes este(a) designe como sus colaboradores directos y cuya identidad consta al pie del presente documento, para realizar el(los) procedimiento(s) requerido(s) por el proyecto de investigación descrito.

Fecha:/...../.....

Hora:

Firma de la persona que consiente

Profesor guía:
Nombre Firma

Co-investigador(a) 1 :
Nombre Firma

Co-investigador(a) 2 :
Nombre Firma

Importante: Estimado/a participante recuerde que la decisión de participar es absolutamente suya. Puede aceptar o rechazar la investigación, e incluso arrepentirse de su primera decisión en el momento que usted estime conveniente. Para eso, podrá comunicarse con el profesor guía y firmar el documento de revocación.



RECHAZO

He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él. Sin embargo, rechazo otorgar mi consentimiento, para lo cual firmo libre y voluntariamente el siguiente documento, recibiendo en el acto copia de este ya firmado.

Yo,(nombre completo), Cédula de Identidad o Pasaporte N°....., de nacionalidad....., mayor de edad, con domicilio en, **RECHAZO**

participar en la investigación denominada: “Validación de instrumentos para evaluar síntomas vinculados con el trauma psicológico”, y **NO AUTORIZO** al señor(a) Marcelo Leiva Bianchi, profesor guía del proyecto y/o a quienes este(a) designe como sus colaboradores directos y cuya identidad consta al pie del presente documento, para realizar el(los) procedimiento(s) requerido(s) por el proyecto de investigación descrito.

Fecha:/...../.....

Hora:

Firma de la persona que rechaza:.....

Profesor guía:
Nombre Firma

Co-investigador(a) 1 :
Nombre Firma

Co-investigador(a) 2 :
Nombre Firma



REVOCACIÓN

He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él. Sin embargo, revoco continuar en esta investigación, para lo cual firmo libre y voluntariamente el siguiente documento, recibiendo en el acto copia de este ya firmado.

Yo,(nombre completo), Cédula de Identidad o Pasaporte N°....., de nacionalidad....., mayor de edad, con domicilio en, **REVOCO** participar en la investigación denominada: “Validación de instrumentos para evaluar síntomas vinculados con el trauma psicológico”, y **NO AUTORIZO** al señor(a) Marcelo Leiva Bianchi, profesor guía del proyecto y/o a quienes este(a) designe como sus colaboradores directos y cuya identidad consta al pie del presente documento, para realizar el(los) procedimiento(s) requerido(s) por el proyecto de investigación descrito.

Fecha:/...../.....

Hora:

Firma de la persona que rechaza:.....

Profesor guía:
Nombre Firma

Co-investigador(a) 1 :
Nombre Firma

Co-investigador(a) 2 :
Nombre Firma

ESCALA DE CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Las siguientes preguntas nos permiten saber cuáles son las **características sociodemográficas**. Para eso, le pido que responda las preguntas que a continuación le leeré. Nos gustaría que respondiera de manera **sincera todas las preguntas**. Tenga la plena seguridad de que la **información** entregada por usted será utilizada de manera **completamente confidencial**. Para participar es imprescindible que usted sea **mayor de 18 años**.

Marque con una **X** según corresponda:

	Masculino	Femenino	Otro				
1. Sexo/género	0	1	2				
	Soltero	Convive	Casado	Separado-Divorciado	Viudo		
2. Estado civil	0	1	2	3	4		
3. Edad	<input style="width: 100%;" type="text"/> años		N° de hijos <input style="width: 100%;" type="text"/>				
	Sin estudios	Ed. básica incompleta	Ed. básica completa	Ed. media incompleta	Ed. media completa	Ed. técnica	Ed. universit.
4. Escolaridad	0	1	2	3	4	5	6
	Indicar nombre de profesión, oficio o actividad						
5. ¿Cuál es su profesión, oficio o actividad?	<input style="width: 100%;" type="text"/>						
	Indicar el número de personas						
6. ¿Cuántas personas viven en su hogar?	<input style="width: 100%;" type="text"/>						
	Menos de \$199.000 pesos	Entre \$200.000 y \$399.000 pesos	Entre \$400.000 y \$599.000 pesos	Entre \$600.000 y \$1.299.000 pesos	Más de \$1.300.000 pesos		
7. Ingreso de su hogar	0	1	2	3	4		
	Desempleado	Estudiante	Trabajo sin Contrato	Trabajo con contrato plazo fijo	Trabajo con contrato plazo indefinido		
8. Actualmente su condición de empleo o actividad es:	0	1	2	3	4		



Nombre encuestador/a

RUT encuestador/a

Dirección encuesta

N° folio

--

**Escala de Acontecimientos Traumáticos en la Infancia
(Childhood Trauma Questionnaire, CTQ-SF)**

Edad:**Sexo:**

Este cuestionario aborda experiencias que pudo tener durante su infancia o adolescencia. Para cada cuestión, marque la casilla que mejor le convenga. Aunque algunas preguntas se refieren a temas íntimos y personales, es importante responder honestamente.

NUNCA (1); RARAMENTE (2); A VECES (3);

A MENUDO (4); CASI SIEMPRE (5)

Cuando era pequeño y/o adolescente:					
1. No tenía suficiente para comer	1	2	3	4	5
2. Me sentía cuidado y protegido	1	2	3	4	5
3. Algunos miembros de mi familia me llamaban “tonto”, “flojo” o “feo”	1	2	3	4	5
4. Mis padres estaban demasiado borrachos o “drogados” para ocuparse de la familia	1	2	3	4	5
5. Alguien de mi familia me hacía sentir importante o especial	1	2	3	4	5
6. Tenía que vestirme con ropa sucia	1	2	3	4	5
7. Me sentía querido	1	2	3	4	5
8. Pensaba que mis padres no querían que hubiera nacido	1	2	3	4	5
9. Me golpeaban tan fuerte que tuve que ir al médico o al hospital	1	2	3	4	5
10. No he querido cambiar de familia	1	2	3	4	5
11. Algún miembro de mi familia me pegaba tan fuerte que me dejaba marcas o moretones	1	2	3	4	5
12. Me castigaban con un cinturón, un palo, una cuerda u otro objeto contundente	1	2	3	4	5
13. Los miembros de mi familia cuidaban unos de otros	1	2	3	4	5
14. Miembros de mi familia me insultaban o decían cosas que me hacían daño	1	2	3	4	5
15. Creo que he sido maltratado físicamente	1	2	3	4	5
16. He tenido una infancia perfecta	1	2	3	4	5
17. Me golpeaban tan fuerte que alguien llegó a notar las marcas (ej. un profesor, un vecino o un médico)	1	2	3	4	5
18. Sentía que alguien de mi familia me odiaba	1	2	3	4	5
19. Los miembros de mi familia se sentían cercanos entre sí	1	2	3	4	5
20. Alguien intentó tocarme o me hizo hacer tocaciones sexuales	1	2	3	4	5
21. Alguien me amenazó con hacerme daño si no hacía algún acto sexual con él o ella	1	2	3	4	5
22. Tenía la mejor familia del mundo	1	2	3	4	5
23. Alguien me obligó a hacer actos sexuales o me hizo ver tales actos	1	2	3	4	5
24. He sido víctima de acoso sexual	1	2	3	4	5
25. Creo que sufrí maltrato psicológico	1	2	3	4	5
26. Había alguien que me llevaba al médico si lo necesitaba	1	2	3	4	5



Nombre encuestador/a

RUT encuestador/a

Dirección encuesta

N° folio

27. Pienso que han abusado de mi sexualmente	1	2	3	4	5
28. Mi familia era una fuente de seguridad y apoyo	1	2	3	4	5

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN
