



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**Validación inicial del “Childhood Trauma Questionnaire-Short Form” versión
española en Chile**

ANA PAULA DOMÍNGUEZ SILOS

Profesor Guía: Alex Behn Berliner, PhD

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de
Chile para optar al grado académico de Magíster en Psicología Clínica

Junio, 2018
Santiago, Chile



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**Validación inicial del “Childhood Trauma Questionnaire-Short Form” versión
española en Chile**

ANA PAULA DOMÍNGUEZ SILOS

Profesor Guía: Alex Behn Berliner, PhD

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile para optar al grado académico de Magíster en Psicología Clínica

A Dios.

A mis padres, Rolando y Cape.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, Rolando y Cape,

por apoyarme y confiar en cada una de mis decisiones.

A mis hermanos, Mariana, Rolando y José Pablo,

por siempre estar, aunque sea a miles de kilómetros de distancia.

A mi psicólogo, Enrique,

por acompañarme y guiarme en este camino, tanto académico como personal.

A mi guía de tesis, Alex,

por la confianza, por compartir su pasión por la investigación y la ayuda desinteresada.

A la Pontificia Universidad Católica de Chile,

por permitirme ser parte de su institución y el conocimiento otorgado.

A Psicomédica Clinical & Research Group,

por abrirme las puertas y su contribución para que este estudio fuera posible.

A CONACYT y COPOCYT,

por confiar en mí para representar a México en el extranjero y por su apoyo económico.

A mis amigos,

por escucharme, distraerme, concentrarme y divertirme a lo largo del proceso.

Índice

| | |
|------------------------------------|----|
| 1. Resumen..... | 7 |
| 2. Introducción..... | 8 |
| 3. Artículo..... | 10 |
| 3.1. Resumen..... | 10 |
| 3.2. Introducción..... | 12 |
| 3.3. Método..... | 18 |
| 3.3.1. Participantes..... | 18 |
| 3.3.2. Instrumentos..... | 18 |
| 3.3.3. Procedimiento..... | 20 |
| 3.3.4. Análisis de datos..... | 20 |
| 3.4. Resultado..... | 22 |
| 3.5. Discusión..... | 27 |
| 3.6. Referencias..... | 31 |
| 4. Anexos..... | 38 |
| 4.1. Consentimiento informado..... | 38 |
| 4.2. Instrumentos..... | 40 |

Índice de Tablas

| | |
|---|----|
| 1. Tabla 1: <i>Características demográficas de los pacientes</i> | 18 |
| 2. Tabla 2: <i>Índices de bondad de ajuste para la solución de modelo de un factor y cinco factores</i> | 23 |
| 3. Tabla 3: <i>Medias, Desviaciones Estándar, Carga Factorial</i> | 23 |
| 4. Tabla 4: <i>Correlaciones entre las escalas del CTQ-SF</i> | 25 |
| 5. Tabla 5: <i>Correlaciones Kendall's τ entre las escalas del CTQ-SF y el instrumento Marshall</i> | 26 |
| 6. Tabla 6: <i>Correlaciones Test Re-Test por escalas</i> | 27 |
| 7. Tabla 7: <i>Resultados de la validación actual en comparación con validaciones previas</i> | 29 |

Resumen

En los últimos años la evidencia ha demostrado la relevancia que tienen las experiencias adversas tempranas, tanto en la salud física como mental de las personas. Los hallazgos han señalado que la presencia de estas experiencias repercute en el desarrollo, la complejidad y la gravedad de ciertas patologías. Por ello resulta relevante continuar investigando en torno a las experiencias de adversidad temprana, para lo cual se requiere disponer de instrumentación confiable y válida.

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar si el funcionamiento psicométrico del “Childhood Trauma Questionnaire-Short Form” (CTQ-SF), instrumento para medir eventos adversos tempranos, el cual ha sido validado y traducido en España (Hernández, et al, 2012) se mantiene en una muestra de población chilena. La muestra estuvo conformada por 280 pacientes, asistentes a un centro de atención ambulatorio en Santiago de Chile, que fueron invitados a participar voluntariamente en la investigación. Los participantes completaron los instrumentos CTQ-SF y Marshall, y 20 de ellos completaron nuevamente los instrumentos en un intervalo de tres meses aproximadamente (test-re-test). Posterior a la recogida de datos, se realizó un análisis factorial confirmatorio para examinar la estructura factorial del instrumento y las correlaciones de las subescalas de ambos instrumentos fueron calculadas con Kendall t . El CTQ-SF versión española aplicado en Chile, mostró propiedades psicométricas adecuadas y una buena adaptación del modelo de cinco factores. Por todo lo anterior, se concluye que los resultados obtenidos en el estudio proporcionan un soporte inicial para la confiabilidad y validez del CTQ-SF validación española en una población chilena.

Palabras clave: validación, instrumento, trauma, negligencia, abuso.

Introducción

Resulta de gran interés, dar cuenta de la relevancia de las experiencias adversas tempranas (EAT). En base a la literatura, las EAT se constituyen como un factor predictor de enfermedades mentales como; depresión, trastorno bipolar, abuso de sustancias, trastorno de estrés-post traumático y enfermedades de salud física: diabetes, enfermedad cardiovascular y asma, entre otras (Nemeroff, 2016). Por ello resulta necesario disponer de la instrumentación adecuada para, por un lado, explorar la incidencia de las EAT y por otro lado investigar en torno a la relación existente entre las EAT y su impacto negativo tanto en la salud física como mental.

Se han utilizado diversos instrumentos para medir las EAT. Algunos fueron ideados para explorar sólo una categoría de trauma infantil, como el abuso sexual, mientras que otros se centran en varios tipos de trauma como, por ejemplo: el abuso físico, abuso verbal o psicológico, ser testigo de violencia interpersonal, negligencia física, negligencia emocional y separación de cuidadores significativos (Roy & Perry, 2004). Dentro del estudio comparativo que realizaron Roy y Perry (2004) para determinar cuál era el mejor instrumento para medir trauma infantil, concluyeron que, de los 21 instrumentos revisados, el Cuestionario de Trauma Infantil (CTQ) (Fink, Bernstein, Handelsman, Foote & Lovejoy, 1995) destacaba por tener características favorables; como la evaluación de múltiples tipos de trauma y la presentación de informes sobre las propiedades psicométricas. Asimismo, los autores de la traducción y validación del CTQ-SF en España, afirman que el CTQ-SF (Bernstein & Fink, 1998; Bernstein et al., 2003), es el instrumento “Gold-Standard” para la evaluación retrospectiva del maltrato infantil (Hernández et al., 2013).

Teniendo en cuenta lo anterior, sería relevante poder disponer de un instrumento como el mencionado arriba en Chile, teniendo en cuenta la relevancia y el impacto de las experiencias adversas tempranas, en la salud de las personas. Por lo anterior, el presente estudio tiene el propósito de determinar si la versión española mantiene propiedades de confiabilidad, estructura factorial y validez cuando se utiliza en una muestra chilena y de ser así, si requiere de adaptación cultural o no.

Así los objetivos de esta investigación son los siguientes: 1) evaluar si se replica la estructura factorial teórica por medio de una análisis factorial

confirmatorio;2) analizar el alpha de Cronbach para examinar la consistencia interna de los ítems del instrumento para cada escala; 3) realizar una estimación de correlaciones entre el CTQ-SF, versión española y el Marshall para explorar la validez convergente del instrumento; y, 4) realizar una estimación de la correlación entre las dos aplicaciones del CTQ-SF versión española al mismo sujeto, es decir test-re test, para explorar la confiabilidad.

El presente informe presenta un artículo estructurado de acuerdo con los aspectos formales de la revista científica *Terapia Psicológica*. El artículo inicia con una breve introducción al problema de investigación, posteriormente se presenta el método utilizado para recoger y analizar los datos, así como los resultados obtenidos. Por último, se presenta una discusión sobre las implicancias que los resultados tienen para la validación del instrumento y la práctica clínica. En los anexos se incorpora el consentimiento informado de los participantes y *Childhood Trauma Questionnaire-Simple Form*, en su versión en español.

Validación inicial del “Childhood Trauma Questionnaire-Short Form” versión española en Chile

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar si, el funcionamiento psicométrico del “Childhood Trauma Questionnaire-Short Form” (CTQ-SF), instrumento para medir eventos adversos tempranos, que ha sido validado y traducido en España (Hernández et al.,2012), se mantiene en una muestra de pacientes chilenos. La muestra estuvo conformada por 280 pacientes, que fueron invitados a participar voluntariamente en la investigación, completando los instrumentos CTQ-SF y Marshall para examinar la validez convergente. A su vez, 20 de ellos completaron nuevamente los instrumentos en un intervalo de tres meses aproximadamente para evaluar la estabilidad temporal del instrumento (test-re-test). Posteriormente, se realizó un análisis factorial confirmatorio y las correlaciones de las subescalas de ambos instrumentos fueron calculadas con Kendall t . El CTQ-SF versión española aplicado en Chile mostró propiedades psicométricas adecuadas y una buena adaptación del modelo de cinco factores. Se concluye que los resultados obtenidos en el estudio proporcionan soporte inicial para la confiabilidad y validez del CTQ-SF español en una población chilena.

Palabras Claves: validación, instrumento, trauma, negligencia, abuso.

Abstract

The objective of this study was to evaluate the psychometric properties of the Spanish version of the "Childhood Trauma Questionnaire - Short Form" (CTQ-SF; Hernández et al., 2012), an instrument to measure early adverse events, in a sample of Chilean patients. The sample consisted of 280 clinical patients, who participated in the research, completing the CTQ-SF and Marshall trauma questionnaire to assess convergent validity. Additionally, 20 of them completed the instruments after approximately three months to examine temporal stability of the instrument. Afterwards, a confirmatory factorial analysis was performed and the correlations of the subscales of both instruments were calculated using Kendall's τ . The CTQ-SF Spanish version in Chile showed adequate psychometric properties and a good replication of the five-factor model. It is concluded that the results obtained in the study are compatible with the reliability and validity of the Spanish CTQ-SF in a Chilean population.

Keywords: validation, instrument, trauma, negligence, abuse.

Introducción

Resulta imprescindible, en base a la literatura, dar cuenta de la relevancia de las experiencias adversas tempranas (EAT), las cuales se constituyen como un factor predictor de enfermedades mentales como; depresión, trastorno bipolar, abuso de sustancias, trastorno de estrés-post traumático y enfermedades de salud como: diabetes, enfermedad cardiovascular y asma, entre otras (Nemeroff, 2016). Asimismo, la evidencia ha demostrado la importancia de las EAT en una serie de marcadores clínicos. Algunos de ellos son: la interacción estable entre estrés temprano y genes relacionados con vulnerabilidad a la depresión (Hornung & Heim, 2015); niveles citogenéticos en depresión relacionados con EAT (Grosse et al., 2016); estrés en la infancia y procesos inflamatorios en pacientes adultos con depresión (Danese et al., 2009); efectos adversos de EAT salud general a largo plazo (Widom, DuMont, & Czaja, 2007); déficits en el funcionamiento de la amígdala y el hipocampo en pacientes adultos con EAT (Hanson et al., 2015) y aumento de riesgo de psicopatología adulta en pacientes con EAT, entre otros. (Weil et al., 2004).

También las investigaciones indican que los individuos clínicamente deprimidos generalmente reportan dificultades más severas en la infancia que aquellos que no sufren de depresión (Mandelli, Petrelli, & Serretti, 2015). Por otro lado, los autores (Heim y Nemeroff, 2001; Baumeister et al., 2016) hallaron que las experiencias adversas tempranas pueden ser asociadas a cambios neurobiológicos en niños y adultos, y estos pueden subyacer el aumento del riesgo de la psicopatología. Una de las experiencias adversas tempranas más estudiadas, tiene que ver con el “trauma interpersonal” que está dentro de las categorías de trauma psicológico que proponen Fink, Bernstein, Handelsman, Foote & Lovejoy, 1995. Estas categorías son:

trauma a causa de desastres naturales o accidentales como terremotos o incendios, catástrofes sociales (guerra), traumas médicos o catástrofes personales (violación, agresión física o presencia de violencia), conceptualizando a esta última como “trauma interpersonal”.

El CTQ-SF, permite evaluar retrospectivamente los traumas interpersonales desde la infancia, entre ellos, está considerado el maltrato infantil. Éste se define como todas las formas de abuso físico, maltratos emocionales, abusos sexuales, el abandono, el trato negligente o la explotación comercial o de otro tipo que resulte un daño real o potencial a la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad de un niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder (Krug, Mercy, Dahlberg & Zwi, 2002).

Por otro lado, los autores del CTQ-SF, proporcionan las siguientes definiciones de los tipos de maltrato infantil. El abuso sexual se definió como el contacto o conducta sexual entre un niño menor de 18 años y un adulto o una persona mayor. El abuso físico se definió como aquellas agresiones corporales a un niño por un adulto o persona mayor, que representan un riesgo de o resultó en una lesión. El abuso emocional se definió como, aquellas agresiones verbales al sentido de valía o bienestar de un niño o cualquier conducta humillante o degradante dirigida hacia un niño por un adulto o una persona mayor. El descuido físico se definió como aquellos actos por parte de los cuidadores, que no satisfagan las necesidades físicas básicas del niño, incluidos alimentos, vivienda, ropa, seguridad y atención médica "(la supervisión deficiente de los padres también se incluyó en esta definición si pone en peligro la seguridad de los niños). La negligencia emocional se definió como aquella incapacidad de los cuidadores para satisfacer las necesidades emocionales y psicológicas básicas

de los niños, que incluyen amor, pertenencia, cuidado y apoyo (Bernstein & Fink, 1998).

En este sentido, un meta análisis realizado por Nanni y colaboradores (2012) concluyó que el maltrato infantil, predice una situación desfavorable en el curso de la depresión y resultado del tratamiento para el mismo. En comparación con individuos que no han sido maltratados, aquellos con antecedentes de maltrato infantil, correrían mayor riesgo de cumplir con los criterios de un episodio depresivo en cualquier momento de la vida, como también son más propensos de sufrir vulnerabilidades cognitivas y biológicas asociadas a una mayor sensibilidad al estrés, lo que a su vez, podría predisponerlos a un curso desfavorable de enfermedad y resultado del tratamiento (Nanni, Uher y Danese, 2012).

Existe una gran incertidumbre en torno a las estimaciones, frecuencia y gravedad del maltrato infantil en todo el mundo. Además, gran parte de la violencia contra los niños sigue siendo en gran medida oculta y no se denuncia por temor y estigma a la aceptación social de este tipo de violencia (Pinheiro, 2006). A nivel mundial, la prevalencia del abuso sexual infantil varía del 2% al 62%, y algunas de estas variaciones se explican por una serie de factores metodológicos como la definición del abuso, el método de recolección de datos y el tipo de muestra evaluada (Andrews, Corry , Slade , Issakidis & Swanston, 2004). En los países de ingresos económicos altos, la prevalencia anual del abuso físico varía del 4% al 16%, y aproximadamente el 10% de los niños son descuidados o abusados emocionalmente (Gilbert et al. 2009). El 80 por ciento de este maltrato es cometido por los padres o cuidadores, y algunos de los factores para que los padres abusen de sus hijos son los siguientes: la pobreza, los problemas de salud mental, el bajo rendimiento educativo,

el abuso de alcohol y drogas, haber sido maltratado de niño y la ruptura familiar o violencia entre otros miembros de la familia (Butchart, Phinney, Kahane , Mian & Furniss, 2006).

Gerdner and Allgulander (2009) afirman que los recuerdos de maltrato deberían de ser evaluados con instrumentos válidos y confiables que cumplan con los siguientes requisitos: facilidad de aplicación, administración ética y no intrusiva, validación conceptual, evaluación de tipos relevantes de maltrato y sensibilidad para el maltrato severo. En cuanto a la muestra que se debe seleccionar para validar un instrumento, la evidencia muestra que los estudios más relevantes son los que delimitan claramente la población con base en los objetivos del estudio. Las poblaciones deben situarse claramente en torno a sus características de contenido, lugar y en el tiempo (Frank & Widaman, 1995).

El Cuestionario de Trauma Infantil-Versión Corta (CTQ-SF) es el instrumento más utilizado e investigado para medir diversas formas de maltrato infantil en adultos (Bernstein et al., 2003). En comparación con las entrevistas y las escalas de auto-reporte disponibles, el CTQ- SF, no se dirige exclusivamente al abuso sexual y físico, sino que evalúa cinco tipos de maltrato de una manera comprensiva (Spinhoven & Penninx, 2014). Esto lo constituye en un instrumento que se puede utilizar de manera amplia para fines científicos y/o clínicos en el ámbito de las pesquisas de adversidad y maltrato temprano.

El instrumento “Childhood Trauma Questionnaire” (CTQ) fue desarrollado por el psicólogo David P. Bernstain para proporcionar una evaluación breve, confiable y válida de una amplia gama de experiencias traumáticas en la infancia (Bernstain, 1994). El cuestionario consta de 25 ítems clínicos y 3 ítems de validez, los cuales

evalúan 5 escalas clínicas: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligencia emocional y negligencia física. Ha sido traducido en varios idiomas como: italiano (Innamorati et al., 2016), alemán (Bader, Schafer, Schenkel, Nissen & Schwander, 2007), noruego (Fosse & Holen, 2002, 2006, 2007), turco (Ucok & Bikmaz, 2007), francés (Paquette, Laporte, Bigras & Zoccolillo, 2004), portugués (Grassi-Oliveira, Stein & Pezzi, 2006), creolé haitiano (Martsolf, 2004) y holandés (Thombs, Bernstein, Lobbestael & Arntz, 2009). La versión española ha sido validada por Hernández y colaboradores (2013), y es ésta la que se utilizará en el presente estudio con el fin de determinar si una adaptación cultural resulta necesaria.

La versión española del CTQ-SF se validó con una población de 185 mujeres, pacientes hospitalizadas y pacientes ambulatorias, de varios centros de salud mental del hospital psiquiátrico de Reus, España. Para examinar la consistencia interna del CTQ-SF, los coeficientes alpha de *Cronbach*, fueron calculados en el total de la muestra, y éstos oscilaron desde 0.66 en negligencia emocional a 0.94 en abuso sexual. La media y la desviación estándar también fueron calculadas para describir los ítems del CTQ-SF en una población clínica. Las correlaciones entre las escalas del CTQ-SF fueron examinadas con *t* de Kendall y variaron de 0.29 a 0.50. El análisis factorial confirmatorio (AFC) fue elaborado con el software EQS 6 (Bentler, 2006) para analizar la validación estructural de los 5 factores del CTQ-SF propuestos por Bernstein et al. (2003). Los resultados del AFC respaldaron la estructura de los 5 factores propuesta por Bernstein et al. (2003). Hernández et al. (2013) proponen que estudios futuros deberían examinar la fiabilidad test-retest y la validez convergente del CTQ-SF español, utilizando datos corroborantes. En los estudios realizados por Paivio & Cramer (2004), los hallazgos incluyeron consistencia interna y fiabilidad test-re-test

,en todas las dimensiones de abuso y negligencia antes y después de aproximadamente 3 meses de tratamiento, para el problema de dependencia de sustancias. Además, el CTQ demostró sensibilidad y especificidad, en comparación con evaluaciones basadas en entrevistas clínicas. Así como también mostró ser resistente a los sesgos de notificación debido a los estados de ánimo transitorios (Christine, Stein, McCrearyp, & Forde, 2001).

En resumen, el cuestionario sobre el trauma infantil (CTQ) es una herramienta internacionalmente aceptada para la evaluación de la exposición al maltrato en la niñez (Bernstein et al., 2003) y varios estudios utilizan este instrumento en diferentes países (Grassi-Oliveira et al. 2014). Por lo tanto, el CTQ-SF se ha convertido en el cuestionario de auto informe más utilizado para la investigación de diferentes formas de abuso y abandono durante la infancia (Bernstein et al., 1994; Pietrini, Lelli, Verardi, Silvestri y Faravelli, 2010; Teicher & Parigger, 2015) y es una herramienta más confiable en comparación con otros métodos de evaluación, como las observaciones del personal y los informes de los padres (Polanczyk et al., 2009).

Método

Participantes

Los participantes fueron 280 pacientes, 204 mujeres y 76 hombres, todos ellos consultantes de un centro de atención ambulatoria en salud mental en Santiago de Chile, entre 18 y 74 años, con una media de 39,84 (13,70). La Tabla 1 muestra las características descriptivas de la muestra. Ésta fue definida para garantizar el máximo poder estadístico posible para los análisis, acercándose a las normas sugeridas en la literatura (Floyd y Widaman, 1995, Fabrigar Et al., 1999). Todos los pacientes mayores a 18 fueron invitados a participar siendo este el único criterio de exclusión.

Tabla 1: *Características demográficas de los pacientes.*

| Muestra | N | Edad | Género |
|-----------------------|----------|---------------------|---|
| Pacientes Clínicos | 280 | M=39.84 DS=13.70 | Hombres= 76 (27%) Mujeres= 204 (73%) |

Instrumentos

Childhood Trauma Questionnaire- Short Form (CTQ-SF; Bernstein & Fink, 1998). El CTQ-SF es un instrumento de auto reporte de 28 ítems, para adultos y adolescentes, que evalúa retrospectivamente eventos de negligencia y abuso infantil. El CTQ-SF fue desarrollado en una primera versión de 70 ítems, por Bernstein et al (1994). La longitud de la escala fue reducida de 70 a 28 ítems, basado en un análisis factorial exploratorio y confirmatorio. El CTQ-SF evalúa 5 tipos de maltrato: abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligencia emocional, y negligencia física.

Cada escala es representada por 5 ítems que son valorados con 5 puntos en una escala tipo Likert, que va de *casi nunca es verdad* a *casi siempre es verdad*. Tres ítems adicionales componen la escala para detectar respuestas socialmente aceptadas o reportes de trauma falsos o negativos. Los coeficientes de la consistencia interna de la versión en inglés tienen un rango de 0.84 a 0.89 en abuso emocional, 0.81 a 0.69 en abuso físico, 0.92 a 0.95 en abuso sexual, 0.85 a 0.91 en negligencia emocional y 0.61 a 0.78 en negligencia física (Bernstein et al., 2003). La estructura factorial de los 5 elementos del CTQ-SF se mantuvo tanto en la muestra clínica como en la no referenciada. Los resultados del análisis confirmatorio factorial indicaron una buena y aceptable adaptación del modelo de los 5 factores. El CTQ-SF fue traducido al español y re-traducido por habladores nativos bilingües español e inglés. Un grupo de PhD y maestros en psicología y psiquiatría, revisaron la traducción y la re-traducción hasta conseguir que no hubieran discrepancias, y así acordaron la versión final en español. Los coeficientes de la consistencia interna de esta versión tienen un rango de 0.87 en abuso emocional, 0.88 en abuso físico, 0.94 en abuso sexual, 0.83 en negligencia emocional y 0.66 en negligencia física (Hernández et al., 2012). A esta versión española, se le realizaron adaptaciones lingüísticas en cuatro ítems (3,4,19,24) para que fueran comprensibles para la muestra chilena, corroborando, por expertos en el tema, que no afectaran el significado del ítem.

Escala de Trauma de Marshall (Marshall, Lin, Simpson, Vermes, & Liebowitz, 2000). La Escala de Trauma de Marshall (Marshall et al.2000) es un cuestionario que determina el recuerdo anamnóstico de la ocurrencia de maltrato durante la infancia. Esta escala es un instrumento breve y de fácil aplicación cuya

validez externa ha sido confirmada por Cuneo et al. (2005) obteniendo un coeficiente de correlación de Pearson de 0.88 con la Entrevista de Antecedentes Traumáticos EAT (Perry & Herman, 1992). La escala evalúa la presencia (puntaje=1) o ausencia (puntaje=0) de EAT a través de siete ítems: 1) Separación traumática del padre, madre o cuidador por más de un mes 2) Experiencia de haber sufrido castigo físico importante 3) Haber quedado con daño físico después de haber sido castigado 4) Haber presenciado violencia física entre los padres o cuidador 5) Abuso de alcohol o drogas por algún miembro de la familia 6) Contacto sexual forzado por algún pariente 7) Contacto sexual forzado con un no familiar.

Procedimiento

Todos los pacientes mayores de 18 años asistentes al centro de atención ambulatorio en Santiago de Chile fueron invitados a participar en el estudio, antes de que entraran a su cita médica. De aceptar a participar se les pedía que leyeran y firmaran el consentimiento informado, una vez habiendo cumplido este requisito se les otorgaba el cuestionario CTQ-SF y Marshall para que fueran respondidos de manera de auto reporte. Con los pacientes que marcaron en el consentimiento informado que no tenían problema en volver a ser contactados para una segunda aplicación (Test-Retest), se realizó el mismo procedimiento tres meses después. El estudio fue aprobado por el Comité de Seguridad de la Investigación Científica de la Pontificia Universidad Católica de Chile y por el Comité de Ética de Psicomédica.

Análisis de Datos

Para estimar las propiedades psicométricas del CTQ-SF versión española, se hicieron cuatro tipos de análisis de datos. En primer lugar, se realizó un análisis factorial confirmatorio para evaluar si se replicaba la estructura factorial del CTQ-SF versión española utilizando el software Mplus 7 (Muthén & Muthén, 1998-2011). Las soluciones factoriales se analizaron con respecto a los siguientes índices de ajuste del modelo: (1) Índice de Tucker y Lewis (TLI), (2) Índice de ajuste comparativo (CFI) y (3) Raíz Cuadrada del Error (RMSEA). Estos índices de ajuste se han propuesto como confiables para analizar soluciones de factores usando AFC (Schreiber et al., 2010). Para estimar el ajuste del modelo usando estos índices, utilizamos los niveles de corte propuestos por Hu y Bentler (2009): (TLI > 0.95 CFI > 0.95, and RMSEA < 0.06).

En segundo lugar, se calculó la confiabilidad usando el coeficiente alfa de *Cronbach*, para examinar la consistencia interna de los ítems del instrumento para cada escala, en donde se utilizó el software SPSS. Este coeficiente se utiliza para evaluar el grado de homogeneidad entre los ítems y si los ítems de la misma escala están evaluando el concepto en común. Como regla general, para considerar si un instrumento tiene una buena consistencia interna el valor de alpha debe ser mayor o igual a 0.70 (Cohen, 1992). También se calculó la media y la desviación estándar para describir los ítems del instrumento.

Como tercer análisis, se calculó la validez convergente del instrumento usando la correlación t de Kendall entre las escalas del CTQ-SF y la escala de Marshall en su totalidad. De igual manera se encontró pertinente analizar las correlaciones entre las distintas escalas del CTQ-SF y los ítems del Marshall que evalúan directamente el contenido de las escalas.

Por último, se estimó la correlación entre las dos aplicaciones del CTQ-SF versión española al mismo sujeto, es decir test-re-test, para explorar la estabilidad temporal del CTQ-SF. La submuestra fue seleccionada de manera aleatoria, sin embargo, se observó una pérdida muestral del 50% de una muestra inicial seleccionada de 40 pacientes.

Resultados

Análisis factorial confirmatorio (AFC)

Antes de empezar el análisis factorial, se aplicó la prueba Kolmogorov-Smirnov para comprobar si las variables se distribuyen de forma normal. Los resultados del test indicaron que la muestra no se comporta de manera normal. Se utilizaron, por lo tanto, procedimientos de estimación como MLR.

La solución de estructura de un factor y de cinco factores fue probada y comprobada con los diferentes índices de ajuste propuestos en la literatura de AFC (Schreiber et al., 2006). La tabla 2, presenta parámetros de ajuste para un modelo adaptado para la solución de un factor y de cinco factores. Como se puede ver, la solución de un factor reporta índices de ajuste relativamente bajos, siendo los valores en CFI y TLI menores al 0.95 que es lo esperado y los índices del RMSEA están debajo del límite 0.06, mientras que la solución de cinco factores reporta índices dentro de lo deseado, siendo los valores en CFI y TLI próximos al 0.95 y el índice de RMSA sobre el límite de 0.06. De esta manera, se comprueba que el modelo de 5 factores es el que tiene mejor adaptación y la estructura factorial propuesta por los autores y validada en estudio previos se confirma en la muestra local.

Tabla 2: *Índices de bondad de ajuste para la solución de modelo de un factor y cinco factores.*

| Modelo | CFI | TLI | RMSEA |
|----------------------------|------------|------------|--------------|
| Solución de cinco factores | 0.926 | 0.916 | 0.052 |
| Solución de un factor | 0.548 | 0.507 | 0.126 |

CFI, índice de ajuste comparativo; TLI, Índice de Tucker y Lewis; RMSA, Raíz Cuadrada del Error.

Confiabilidad

La media, desviación estándar, y la carga factorial de las escalas e ítems del CTQ-SF están reportados en la Tabla 3. El coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach osciló entre 0.65 en negligencia física a 0.94 en abuso sexual. Se añadió la carga factorial de la muestra más grande de Bernstein (2003), en modo de comparación con la carga factorial obtenida en el estudio. Todos los ítems obtuvieron una carga factorial mayor o igual a 0.40 con la excepción del ítem 1 (0.37) y 4 (0.35).

Tabla 3: *Medias, Desviaciones Estándar, Carga Factorial.*

| Ítem | Media (DS) | Carga Factorial (Chile, 2018) (Bernstain, 2003) N: 625 | |
|---------------------------------|-------------------|---|-----|
| Abuso emocional (α .84) | 10.5 (4.9) | | |
| 3 | 2.2 (1.2) | .69 | .69 |

| | | | |
|---------------------------------------|------------|-----|-----|
| 8 | 1.8 (1.2) | .60 | .70 |
| 14 | 2.2 (1.2) | .85 | .83 |
| 18 | 1.8 (1.1) | .71 | .82 |
| 25 | 2.6 (1.4) | .76 | .83 |
| Abuso físico (α .88) | 7.8 (4.2) | | |
| 9 | 1.2 (0.7) | .65 | .63 |
| 11 | 1.6 (1.1) | .88 | .78 |
| 12 | 1.9 (1.2) | .82 | .66 |
| 15 | 1.8 (1.2) | .89 | .87 |
| 17 | 1.3 (0.8) | .65 | .72 |
| Abuso sexual (α .94) | 7.5 (4.6) | | |
| 20 | 1.6 (1.1) | .88 | .90 |
| 21 | 1.3 (0.9) | .85 | .73 |
| 23 | 1.4 (0.9) | .90 | .90 |
| 24 | 1.6 (1.1) | .84 | .93 |
| 27 | 1.6 (1.1) | .88 | .92 |
| Negligencia emocional (α .83) | 19.7 (4.6) | | |
| 5 (R) | 3.8 (1.3) | .67 | .79 |
| 7 (R) | 4.1 (1.1) | .79 | .47 |
| 13 (R) | 4.0 (1.2) | .55 | .83 |

| | | | |
|---------------------------------------|-----------|-----|-----|
| 19 (R) | 3.8 (1.2) | .63 | .81 |
| 28 (R) | 3.9 (1.2) | .81 | .81 |
| Negligencia física (α .65) | 7.6 (3.2) | | |
| 1 | 1.7 (1.2) | .37 | .40 |
| 2 (R) | 1.9 (1.2) | .76 | .60 |
| 4 | 1.3 (0.8) | .35 | .51 |
| 6 | 1.2 (0.7) | .40 | .42 |
| 26 (R) | 1.6 (1.0) | .64 | .66 |

*(R): Ítem reversible

Validez del instrumento

Se estimó la correlación entre las escalas del instrumento las cuales se muestran en la siguiente tabla 4. Las cinco escalas mostraron una correlación significativa. Siendo la escala de abuso sexual la que muestra correlaciones más bajas con las otras cuatro escalas.

Tabla 4. *Correlaciones entre las escalas del CTQ-SF*

| | AE | AF | AS | NE | NF |
|----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| AE | - | .431** | .224** | .507** | .406** |
| AF | | - | .217** | .343** | .327** |
| AS | | | - | .211** | .293** |
| NE | | | | - | .473** |

*AE: Abuso Emocional, AF: Abuso Físico: Abuso Sexual, NE: Negligencia Emocional, NF: Negligencia Física.

La validez convergente del CTQ-SF fue examinada con relación al Marshall, un instrumento que mide exposición a adversidad temprana. Una alta correlación entre ambos instrumentos indicaría que el CTQ-SF es válido para medir el constructo de exposición a adversidad temprana. Las correlaciones entre las escalas del CTQ-SF y el Marshall total se muestran en la tabla 5, como también las subescalas del Marshall que fueron definidas de manera *ad hoc* en base a los ítems del Marshall que cubren ítems de las escalas CTQ-SF.

Tabla 5. *Correlaciones Kendall's t entre las escalas del CTQ-SF y el instrumento Marshall*

| | AE | AF | AS | NE | NF |
|---------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Marshall Total | .445** | .453** | .410** | .395** | .453** |
| Marshall/Abuso Sexual | | .219** | .670** | .230** | .251** |
| Marshall/Abuso Físico | | .593** | .183** | .319** | .301** |
| Marshall/ Negligencia Emocional | | .275** | .175** | .321** | .339** |
| Marshall/Negligencia física | | .202** | .171** | .190** | .292** |

*AE: Abuso Emocional, AF: Abuso Físico: Abuso Sexual, NE: Negligencia Emocional, NF: Negligencia Física.

Se puede observar que las correlaciones específicas entre el CTQ-SF y el Marshall son por lo general bajas. Cabe destacar que el Marshall es un instrumento muy breve, que se utiliza como tamizaje general, y que por lo tanto mantiene una variabilidad reducida, lo que puede reducir la correlación.

Estabilidad test/re- test

Se realizó una correlación entre las escalas de la primera y la segunda aplicación del test, los resultados (tabla 6) indican que cada escala se correlacionó de manera fuerte y significativa, lo que indica la estabilidad temporal del instrumento. Por lo que, a pesar de haberse hecho dos aplicaciones en un intervalo de tiempo de 3 meses, las respuestas son similares, lo que nos habla de la confiabilidad del instrumento.

Tabla 6: *Correlaciones Test Re-Test por escalas.*

| | AE** | AF** | AS** | NE** | NF** |
|-----|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| AE* | .698** | | | | |
| AF* | | .966** | | | |
| AS* | | | .721** | | |
| NE* | | | | .730** | |
| NF* | | | | | .500 |

*Primera aplicación

**Segunda aplicación

Discusión

Los resultados del presente estudio confirman la confiabilidad y validez que tiene el CTQ-SF versión española en la población chilena. La adaptación del CTQ-SF versión española (Hernández, et al., 2012) en la población chilena mostró propiedades psicométricas adecuadas y una buena adaptación de la estructura de cinco factores en

una muestra clínica chilena. Los promedios de las escalas CTQ-SF versión española en la muestra chilena fue similar a la aplicación española.

Los resultados del análisis factorial confirmatorio afirman la estructura de cinco factores propuesta por Bernstein et al., (2003) y por lo mismo, no resulta necesario hacer alguna modificación ante este modelo, confirmando los resultados de estudios previos (Scher et al.,2001; Thombs et al.,2009; Spinhoven et al.,2014).

En ambas versiones (española e inglés) del CTQ-SF, la escala de negligencia física mostró las cargas de factores más bajas en el AFC (Bernstein et al., 2003; Hernández et al., 2012). Este resultado y la baja consistencia interna de esta escala indican que este factor es el menos homogéneo.

Respecto de la validez convergente, el instrumento utilizado resultó no ser el más conveniente, al ser una prueba que se utiliza como tamizaje inicial es breve y no cubre las 5 escalas que se utilizan en el CTQ-SF. Para futuros estudios los siguientes instrumentos podrían ser considerados para examinar la validez convergente: “Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure” (MACE) (Teicher & Parigger, 2015) y “The childhood experience of care and abuse questionnaire” (CECA.Q) (Bifulco et al., 2015).

A pesar de que la muestra propuesta para el análisis test re-test presentó una pérdida de un 50%, debido a que el segundo contacto con los pacientes se complejizó, se pudieron encontrar correlaciones significativas. Este hecho, constituye un aporte para la validación del instrumento en la traducción española, aunque aún resulta necesario replicar el estudio con una muestra test-re-test más amplia para determinar con mayor confianza que el instrumento posee estabilidad temporal.

En torno a la escala de “negligencia física” se puede hipotetizar que, debido a ser la escala con menor consistencia interna, esto disminuye la correlación de la escala consigo misma en el test-re-test. Aun así, futuras investigaciones deberían dar cuenta de por qué la escala “negligencia física” tiene una correlación menor a las otras escalas en el test-re-test.

Los tres ítems de validez (10,16 y 22) que componen la prueba, no fueron incluidos en el estudio de validación, es por eso futuras investigaciones y uso clínico del instrumento deberían tomar en cuenta la puntuación de los ítems para incluir o no a un sujeto a la investigación.

Como se puede ver en la tabla 6, cuando comparamos nuestros resultados con los resultados de Bernstein et al. (2003) y Hernández et al. (2013), se puede observar que los valores reportados son similares en los tres estudios. Comparando el estudio de Hernández et al., 2013, es importante resaltar que la muestra obtenida en el presente estudio fue mayor y no se limitó únicamente a pacientes femeninos, lo que aporta mayor riqueza a la investigación. Asimismo, el presente estudio evaluó la confiabilidad test-re-test, siendo estas contribuciones importantes en la validación del test en el idioma español.

Tabla 6: *Resultados de la validación actual en comparación con validaciones previas*

| Validación | N | Consistencia Interna (Alpha de Cronbach) | | | | | Test-Retest |
|------------|---|--|----|----|----|----|-------------|
| | | AE | AF | AS | NE | NF | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|------------------------|--|-------------------|----------------|----------------|----------------|-------------------|----|
| Bernstein et al., 2003 | 1399 pacientes clínicos 579 pacientes no-clínicos | 0.84 a 0.89 | 0.81 a 0.86 | 0.92 a 0.95 | 0.85 a 0.91 | 0.61 a 0.78 | Si |
| Hernández et al., 2013 | 185 pacientes clínicos | 0.87 | 0.88 | 0.94 | 0.83 | 0.66 | - |
| Domínguez., 2018 | 280 pacientes clínicos | 0.84 | 0.88 | 0.94 | 0.83 | 0.65 | Si |

*AE: Abuso Emocional, AF: Abuso Físico: Abuso Sexual, NE: Negligencia Emocional, NF: Negligencia Física.

*El rango en Bernstein et al., 2003 es de las 4 muestras que se utilizaron en el estudio.

Como principales limitaciones del estudio cabe mencionar que la muestra fue sólo clínica, siendo importante que estudios futuros se puedan realizar con una muestra comparativa clínica y no-clínica. De igual manera, aunque la muestra obtenida fue mayor al estudio de Hernández et al., (2013), se propone hacer un estudio con muestras similares a la validación original de Bernstein et al., (2003). Del mismo modo, a pesar de que la muestra fue adecuada para el análisis, futuros estudios deberían de obtener una muestra de género más homogénea, ya que un 73% de la muestra fue femenina.

En resumen, el CTQ-SF español en la población chilena mostró una consistencia interna adecuada. Además, la estructura de cinco factores de la versión original se replicó en una muestra clínica, por lo que los resultados de este estudio

proporcionan un soporte inicial para la confiabilidad y validez del CTQ-SF español en Chile.

Por último, la validación de este instrumento constituye un gran aporte a la evaluación, diagnóstico y tratamiento en el ámbito clínico. Así como, se convierte en una herramienta investigativa que puede ser utilizada en futuros estudios, con el fin de proporcionar información relevante sobre las experiencias adversas tempranas y su impacto en la salud física y mental.

Referencias

Andrews G, Corry J, Slade T, Issakidis C, Swanston H. (2004) Child sexual abuse.

In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL, editors. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Geneva: World Health Organization. pp. 1851–1940.

Bader, K., Schafer, V., Schenkel, M., Nissen, L., & Schwander, J. (2007). Adverse childhood experiences associated with sleep in primary insomnia. *Journal of Sleep Research, 16*(3), 285–296

Baumeister, D., Akhtar, R., Ciufolini, S., Pariante, C.M., Mondelli, V., (2016). Childhood trauma and adulthood inflammation: a meta-analysis of peripheral C-reactive protein, interleukin-6 and tumour necrosis factor-alpha. *Mol. Psychiatry* 21, 642–649.

Bentler, P. M. (2006). *EQS 6 Structural Equations Program Manual*. Encino, CA: Multivariate Software Inc.

Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report (CTQ)*. San Antonio, TX: NCS Pearson, Inc

Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & 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.

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.
[https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
- Christine, D. S., Stein, B., McCreary, D. R., & Forde, D. R. (2001). in a Community Sample : Psychometric Properties and Normative Data, *14*(4).
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
[doi:10.1037/0033-2909.112.1.155](https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155)
- Cuneo, C., González, I., Jara, M., Palomares, R., Cruz, C., & Florenzano, R. (2005). Validación Externa de la Escala de Trauma de Marshall External validation of the Trauma Scale Marshall. En R. Florenzano, K. Weil, C. Carvajal, & C. Cruz (Eds.), *Trauma infanto-juvenil y psicopatología adulta* (p. 145). Universidad de los Andes. <http://doi.org/10.13140>
- Danese, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Milne, B. J., Polanczyk, G., Pariante, C. M., ... & Caspi, A. (2009). Adverse childhood experiences and adult risk factors for age-related disease: depression, inflammation, and clustering of metabolic risk markers. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 163(12), 1135-1143.
- Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., Maccallum, R. C., & Strahan, E. J. (1999). Evaluating the Use of Exploratory Factor Analysis in Psychological Research. *Psychological Methods*, 4(3), 272–299. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.4.3.272>
- Fink, L. A., Bernstein, D., Handelsman, L., Foote, J., & Lovejoy, M. (1995). Initial reliability and validity of the childhood trauma interview: A. *The American Journal of Psychiatry Sep*, 152(9). <https://doi.org/10.1176/ajp.152.9.1329>
- Floyd, F.J., Widaman, K.F., 1995. Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychol. Assess.* 7, 286–299.

- Fosse, G. K., & Holen, A. (2002). Childhood environment of adult psychiatric outpatients in Norway having been bullied in school. *Child Abuse and Neglect*, 26(2), 129–137. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(01\)00312-X](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(01)00312-X)
- Frank, J., & Widaman, K. F. (1995). Factor Analysis in the Development and Refinement of Clinical Assessment Instruments, 7(3), 286–299.
- 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. <https://doi.org/10.1080/08039480802514366>
- Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, et al. (2009) Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 373: 68–81.
- Grassi-Oliveira, R., Stein, L. M., & Pezzi, J. C. (2006). Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Revista de Saude Publica*, 40(2), 249–255. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000200010>
- Grosse, L., Ambrée, O., Jörgens, S., Jawahar, M. C., Singhal, G., Stacey, D., ... & Baune, B. T. (2016). Cytokine levels in major depression are related to childhood trauma but not to recent stressors. *Psychoneuroendocrinology*, 73.
- Hanson, J. L., Nacewicz, B. M., Sutterer, M. J., Cayo, A. A., Schaefer, S. M., Rudolph, K. D., ... & Davidson, R. J. (2015). Behavioral problems after early life stress: contributions of the hippocampus and amygdala. *Biological psychiatry*, 77(4), 314-323.

- Heim, C., & Nemeroff, C. B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: Preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry*, 49(12), 1023–1039. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01157-X](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01157-X)
- Hernández, A., Gallardo-Pujol, D., Pereda, N., Arntz, A., Bernstein, D.P., Gaviria, A.M., Labad, A., Valero, J., Gutierrez-Zotes, J.A. (2012). *Initial Validation of the Spanish Childhood Trauma Questionnaire-Short Form*. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(7), 1498–1518. <https://doi.org/10.1177/0886260512468240>
- Hornung, O. P., & Heim, C. M. (2015). *Gene–environment interactions and intermediate phenotypes: Early trauma and depression*. Programming HPA-axis by early life experience: Mechanisms of stress susceptibility and adaptation, 16.
- Hu, L.T., and Bentler, P.M. (2009) Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives, *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6:1, 1-55, DOI: 10.1080/10705519909540118
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.08.044>
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The World Report on Violence - Krug, Mercy, Dahlberg, Zwi (2002), 360

- Mandelli, L., Petrelli, C., & Serretti, A. (2015). *The role of specific early trauma in adult depression: a meta-analysis of published literature*. *Childhood trauma and adult depression*. *European Psychiatry*, 30(6), 665-680.
- Marshall, R. D., Lin, S. H., Simpson, H. B., Vermes, D., & Liebowitz, M. (2000). Childhood Trauma and Dissociative Symptoms in Panic Disorder. *Am. J. Psychiatry*, 157, 451–453.
- Martsof, D. S. (2004). Childhood maltreatment and mental and physical health in Haitian adults. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(4), 293–299. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04054.x>
- Muthén, L. K., and Muthén, B. O. (1998-2011). *Mplus User's Guide*, Sixth Edn. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Nanni, V., Uher, R., & Danese, A. (2012). Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*.
- Nemeroff, C. B. (2016). Paradise Lost: The Neurobiological and Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect. *Neuron*, 89(5), 892–909. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2016.01.019>
- Paivio, S. C., & Cramer, K. M. (2004). Factor structure and reliability of the Childhood Trauma Questionnaire in a Canadian undergraduate student sample. *Child Abuse and Neglect*, 28(8), 889–904. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.01.01>
- Paquette, D., Laporte, L., Bigras, M., & Zoccolillo, M. (2004). Validation de la version française du CTQ et prévalence de l'histoire de maltraitance. *Santé Mentale Au Québec*, 29(1), 201. <https://doi.org/10.7202/008831ar>

- Pietrini, F., Lelli, L., Verardi, A., Silvestri, C., & Faravelli, C. (2010). Retrospective assessment of childhood trauma: Review of the instruments. *Rivista di Psichiatria*, 45(1), 7–16.
- Pinheiro PS (2006) World report on violence against children. New York: United Nations.
- Polanczyk, G., Caspi, A., Williams, B., Price, T. S., Danese, A., Sugden, K., Uher, R., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2009). Protective effect of CRHR1 gene variants on the development of adult depression following childhood maltreatment: Replication and extension. *Archives of General Psychiatry*, 66(9), 978–985.
- Roy, C. A., & Perry, J. C. (2004). *Instruments for the Assessment of Childhood Trauma in Adults*. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(5), 343–351. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000126701.23121.fa>
- Scher, C. D., Stein, M. B., Asmundson, G. J. G., McCreary, D. R., & Forde, D. R. (2001). The Childhood Trauma Questionnaire in a community sample: Psychometric properties and normative data. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 843–857. doi:10.1023/A:1013058625719 Spinhoven,
- Schreiber, J. B., Nora, A., Stage, F. K., Barlow, E. A., and King, J. (2010) Reporting Structural Equation Modeling and Confirmatory Factor Analysis Results: A Review, *The Journal of Educational Research*, 99:6, 323-338, DOI: 10.3200/JOER.99.6.323-338
- Spinhoven, P., & Penninx, B. (2014). *Childhood trauma questionnaire: Factor structure, measurement invariance, and validity across emotional disorders*. *Psychological Assessment*, 26(3), 717–729. <https://doi.org/10.1037/pas0000002>

- Teicher, M. H., & Parigger, A. (2015). The 'Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure' (MACE) scale for the retrospective assessment of abuse and neglect during development. *PLOS ONE*, 10(2), e0117423.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.03.001>
- Ucok, A., & Bikmaz, S. (2007). The effects of childhood trauma in patients with first-episode schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(5), 371–377
- 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.
- Widom, C. S., DuMont, K., & Czaja, S. J. (2007). *A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up*. *Archives of general psychiatry*, 64 (1), 49-56.

Anexos

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Validación Inicial del “Childhood Trauma Questionnaire-Simple Form” (CTQ-SF) versión española en Chile.

Ana Paula Domínguez Silos

Usted ha sido invitado a participar en el estudio “Validación Inicial del “Childhood Trauma Questionnaire-Simple Form” (CTQ-SF) versión española en Chile” Ana Paula Domínguez Silos, Estudiante de Magister de la Universidad Católica de Chile. El objeto de esta carta es ayudarlo a tomar la decisión de participar en la presente investigación.

¿Cuál es el propósito de esta investigación?

El objetivo de este estudio es validar en Chile, un instrumento que evalúe experiencias de trauma que pudo haber vivenciado en su infancia.

¿En qué consiste su participación?

Participará en la investigación completando dos cuestionarios, sobre experiencias tempranas que pudo haber vivenciado durante su infancia. El primero consistirá de 28 preguntas y el segundo de 7 preguntas, ambos con la misma temática.

¿Cuánto durará su participación?

Usted contestará ambos cuestionarios, aplicados por el investigador principal, los cuales tardan en completarse un máximo de 20 minutos. Estos cuestionarios serán completados antes de pasar a su hora médica; en un box en las mismas instalaciones. Existirán dos instancias de evaluación, en donde la participación será la misma y en el mismo lugar, de consentirlo, usted podría ser contactado 2 meses después para una segunda aplicación, siendo esto solo una posibilidad ya que, no necesariamente será contactado.

¿Qué riesgos corre al participar?

Algunas de las preguntas que se le realizará podrían ocasionar en usted recuerdos de experiencias que puedan ocasionar sensación de estrés o angustia, si es así por favor hágale saber al investigador sobre lo que sucede y si es necesario se suspenderá la aplicación.

¿Qué beneficios puede tener su participación?

Su participación en la investigación es de gran importancia para los investigadores y profesionales de la Salud en Chile, al estar participando estaría beneficiando a la población que consulta como usted, a que con este nuevo instrumento ayude a los profesionales a identificar la complejidad de patologías y de tal manera proporcionar un mejor plan de trabajo a la población consultante.

¿Qué pasa con la información y datos que usted entregue?

Los investigadores mantendrán CONFIDENCIALIDAD con respecto a cualquier información obtenida en este estudio, estos datos serán para uso exclusivo de esta investigación y una vez terminado el análisis, los datos serán destruidos. Le recordamos que la información que usted suministre en este cuestionario es de carácter confidencial y se realizará de forma desidentificada.

¿Es obligación participar? ¿Puede arrepentirse después de participar?

Usted NO está obligado de ninguna manera a participar en este estudio. Si accede a participar, puede dejar de hacerlo en cualquier momento sin repercusión alguna.

¿A quién puede contactar para saber más de este estudio o si le surgen dudas?

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede contactar a Ana Paula Domínguez, estudiante de Magister en Psicología Clínica de la Universidad Católica de Chile. Su teléfono es el +56 9 45622233 y su email es apdominguez@uc.cl. Si usted tiene alguna consulta o preocupación respecto a sus derechos como participante de este estudio, puede contactar al Comité Ético Científico de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades. Presidenta: María Elena Gronemeyer. Contacto: eticadeinvestigacion@uc.cl
HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER ESTA DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, HACER PREGUNTAS ACERCA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, Y ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO.

Firma del/la Participante

Fecha

Nombre del/la Participante

Firma del la Investigador/Investigadora

Fecha

(Firmas en duplicado: una copia para el participante y otra para el investigador)

Consiento a ser contactado nuevamente para una segunda aplicación del instrumento:

Si ___ No ___

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

Edad:

Sexo:

| Instrucciones: 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. | | | | | |
|---|--------------|------------------|----------------|-----------------|---------------------|
| Cuando era pequeño y/o adolescente: | Nunca | Raramente | A veces | A menudo | Casi siempre |
| 1.No tenía suficiente para comer | | | | | |
| 2.Me sentía cuidado y protegido | | | | | |
| 3. Algunos miembros de mi familia me llamaban “tonto”, “flojo” o “feo” | | | | | |
| 4. Mis padres estaban demasiado borrachos o “drogados” para ocuparse de la familia | | | | | |
| 5. Alguien de mi familia me hacía sentir importante o especial | | | | | |
| 6. Tenía que vestirme con ropa sucia | | | | | |
| 7. Me sentía querido | | | | | |
| 8. Pensaba que mis padres no querían que hubiera nacido | | | | | |

| | | | | | |
|---|--------------|------------------|----------------|-----------------|---------------------|
| 9. Me golpeaban tan fuerte que tuve que ir al médico o al hospital | | | | | |
| 10. No he querido cambiar de familia | | | | | |
| 11. Algún miembro de mi familia me pegaba tan fuerte que me dejaba marcas o moretones | | | | | |
| 12. Me castigaban con un cinturón, un palo, una cuerda u otro objeto contundente | | | | | |
| 13. Los miembros de mi familia cuidaban unos de otros | | | | | |
| 14. Miembros de mi familia me insultaban o decían cosas que me hacían daño | | | | | |
| 15. Creo que he sido maltratado físicamente | | | | | |
| Cuando era pequeño y/o adolescente: | Nunca | Raramente | A veces | A menudo | Casi siempre |
| 16. He tenido una infancia perfecta | | | | | |
| 17. Me golpeaban tan fuerte que alguien llegó a notar las marcas (ej. un profesor, un vecino o un médico) | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 18. Sentía que alguien de mi familia me odiaba | | | | | |
| 19. Los miembros de mi familia se sentían cercanos entre sí | | | | | |
| 20. Alguien intentó tocarme o me hizo hacer tocaciones sexuales | | | | | |
| 21. Alguien me amenazó con hacerme daño si no hacía algún acto sexual con él o ella | | | | | |
| 22. Tenía la mejor familia del mundo | | | | | |
| 23. Alguien me obligó a hacer actos sexuales o me hizo ver tales actos | | | | | |
| 24. He sido víctima de acoso sexual | | | | | |
| 25. Creo que sufrí maltrato psicológico | | | | | |
| 26. Había alguien que me llevaba al médico si lo necesitaba | | | | | |
| 27. Pienso que han abusado de mi sexualmente | | | | | |
| 28. Mi familia era una fuente de seguridad y apoyo | | | | | |

| Escala de Trauma: Marshall | SI | NO |
|---|-----------|-----------|
| Separación traumática del padre, madre o cuidador principal por más de un mes | | |
| Experiencia de haber sufrido castigo físico importante | | |
| Haber quedado con daño físico después de haber sido castigado | | |
| Haber presenciado violencia física entre los padres o cuidador | | |
| Abuso de alcohol o drogas por algún miembro de la familia | | |
| Contacto sexual forzado por algún pariente | | |
| Contacto sexual forzado con un no-familiar | | |