

ANÁLISIS DE LAS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL CUESTIONARIO DE
TRAUMA INFANTIL (CTQ-SF) EN UNA MUESTRA DE ADULTOS COLOMBIANOS

Félix David García Algarín

Universidad Antonio Nariño

Facultad de Psicología

Bogotá, D.C.

2017

ANÁLISIS DE LAS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL CUESTIONARIO DE
TRAUMA INFANTIL (CTQ-SF) EN UNA MUESTRA DE ADULTOS COLOMBIANOS

Félix David García Algarín

Carlos González Cifuentes

Docente Asesor

Universidad Antonio Nariño

Facultad de Psicología

Bogotá, D.C.

2017

Agradecimientos

Este proyecto es el resultado del apoyo de mi familia y sus ánimos para siempre esforzarme en cumplir mis objetivos y de la labor de los docentes de la Universidad Antonio Nariño quienes me exigieron el máximo posible durante estos cinco años de carrera, permitiéndome conseguir logros como estudiante, como persona y como profesional.

Resumen

La presente investigación muestra resultados del análisis de las propiedades psicométricas del Cuestionario de Trauma Infantil en población adulta de la ciudad de Bogotá, Colombia. Para tal fin, 454 personas de la ciudad de Bogotá, de 18 años en adelante, participaron respondiendo el cuestionario. De entrada, se resalta la relevancia de trabajar con instrumentos de medición estandarizados en el contexto colombiano o, en mayor medida, latinoamericano. Además, se hace mención a la dificultad de trabajar con el término ‘trauma’ y se propone en su lugar el término ‘eventos traumáticos’. A partir de análisis psicométricos, la solución factorial reconoce, en efecto, cinco factores del instrumento que corresponden a los cinco factores propuestos por Bernstein (1997) al desarrollar al CTQ: Negligencia Emocional, Negligencia Física, Abuso Sexual, Abuso Físico, Abuso Emocional. Dichos resultados del análisis factorial indican que los ítems 4, 11 y 18, deben eliminarse o replantearse debido a que no miden el constructo que deberían en el caso de la muestra colombiana. A partir de los estudios realizados, el coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach del CTQ-SF es de 0.907 lo que permite afirmar, en conclusión, que el CTQ-SF es un instrumento confiable para su uso en este contexto.

Palabras clave: Análisis, instrumento estandarizado, propiedades psicométricas, eventos traumáticos, trauma.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	7
DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	9
PREGUNTA PROBLEMA	9
OBJETIVOS	10
OBJETIVO GENERAL.....	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
JUSTIFICACIÓN.....	11
MARCO TEÓRICO	13
QUÉ ES EL TRAUMA.....	13
VIOLENCIA	17
CONDUCTAS PARENTALES	20
CONSECUENCIAS EN LA ADULTEZ DE EVENTOS TRAUMÁTICOS EN LA INFANCIA	25
PRUEBAS PARA EVALUAR EL TEPT	27
METODOLOGÍA.....	28
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	31
PROCEDIMIENTO	33
CRONOGRAMA Y RECURSOS NECESARIOS	35
RESULTADOS	35
CONCLUSIÓN	50
DISCUSIÓN.....	52
RECOMENDACIONES.....	54
REFERENCIAS	55
ANEXOS	62

Introducción

Este proyecto de investigación tiene como objetivo la identificación de las propiedades psicométricas del Cuestionario de Trauma Infantil en su versión corta (CTQ-SF) en población colombiana. Para identificar las propiedades psicométricas del CTQ-SF, el proyecto se divide, en su marco conceptual, en: ‘trauma’ según diversos autores, los ejes teóricos de la prueba y su relevancia ante las definiciones propuestas por la ley en materia de eventos traumáticos en menores de 18 años. Además, se identifican las secuelas en la adultez como respuesta a la exposición durante la niñez a un evento traumático.

Cada tema se trata con el detalle requerido para la identificación de las propiedades psicométricas del instrumento en el contexto colombiano; sin embargo, sin perder el objetivo, se limita información según su relevancia con el tema, de tal manera que permita la aplicación del instrumento basado en una problemática social como la violencia infantil.

Por último, en este proyecto se identifican las pruebas psicológicas que miden constructos similares al presentado CTQ-SF y posteriormente se presentan resultados de los análisis estadísticos realizados con la población trabajada y las propiedades psicométricas del cuestionario.

Planteamiento del Problema

Descripción del Problema

El adecuado proceso de validación y obtención de datos normativo, poblaciones y baremos debe hacerse para cada contexto étnico y cultural (Kerlinger y Lee, 2002) con el fin obtener resultados científicamente válidos y confiables; así mismo, los constructos como eventos traumáticos, TEPT o trauma, son de carácter y trabajo clínico por lo que requieren para su interpretación y aplicación individual la obtención ya mencionada de datos válidos y confiables.

En Colombia no hay una prueba estandarizada que ayude a medir las historias de eventos traumáticos durante la infancia en población adulta, por lo que es menester realizar la validación del Cuestionario de Trauma Infantil en su versión corta, para poder tener una herramienta factible en el estudio de la exposición a eventos traumáticos antes de los 18 años y así poder realizar intervenciones en estos casos y prevenir el desarrollo en la adultez de trastornos asociados a los eventos traumáticos.

Los eventos traumáticos corresponden, dentro del marco de la violencia, a un problema de salud pública en Colombia ya que son situaciones que afectan negativamente el bienestar de los individuos y la población en general y puede analizarse desde su magnitud y letalidad (Paniagua, 2013); es por esto que, según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) para el año 2017 y para los meses enero-agosto encontró, en materia de violencia intrafamiliar contra niños, niñas y adolescentes, 7837 casos, un 7% del total de casos que se presentaron para dicho periodo de tiempo sin contar casos de violencia ocurrida directamente contra niños y adolescentes durante ese mismo periodo de tiempo (9449), expresan la presencia alarmante de estos casos en población colombiana que puede desencadenar dificultades psicológicas a lo largo de la vida de la persona expuesta a estos eventos traumáticos.

El CTQ-SF se encuentra en estrecha relación con la ley colombiana. Por un lado, el instrumento tiene cinco ejes teóricos que son: Abuso emocional, Negligencia Emocional, Abuso Sexual, Abuso Físico y Negligencia Física (Bernstein et. al. 1997), a lo que, en Colombia, desde el 2006 se mantiene en vigencia la ley 1098 de noviembre 8, por la cual se expide el Código de Infancia y Adolescencia para garantizar el ejercicio de los derechos de los niños, niñas y adolescentes; según el Código de Infancia y Adolescencia (2006), en su artículo 18, se entiende por violencia infantil a:

“toda forma de perjuicio, castigo, humillación o abuso físico o psicológico, descuido, omisión o trato negligente, malos tratos o explotación sexual, incluidos los actos sexuales abusivos y la violación y en general toda forma de violencia o agresión sobre el niño, la niña o adolescente por parte de sus padres, tutores o cualquier otra persona en general.” P. 7.

A lo anterior se le adiciona, según efectos de la relación existente entre el CTQ-SF y la ley colombiana, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2013) que realiza una taxonomía de las razones de la violencia infantil en la que incluye: Intolerancia, alcoholismo y consumo de sustancias, abandono, intento de abuso sexual y acciones de corrección y castigo.

En este orden de ideas, Colombia, socialmente, hace parte del objeto de estudio del CTQ-SF pero la prueba carece de fiabilidad en población colombiana. Los datos de la realidad que vive el país pueden estudiarse a cabalidad con el CTQ, por lo que su fiabilidad supone el primer paso para el desarrollo de nuevas prácticas en materia de historias de trauma en la adultez y prevención en futuras generaciones.

Delimitación del Problema

Inicialmente, en la versión española del CTQ-SF se asoció el instrumento con los estilos de crianza parental, pues, como se verá más adelante, corresponde en casos específicos a la construcción de historias de trauma en la infancia y adolescencia.

Personas adultas que tienen historias de maltrato y negligencia en la infancia, pueden verse afectadas en diversos aspectos de su vida cotidiana y a lo largo de su ciclo vital, se podrían identificar síntomas referentes a trastornos de ansiedad, conductas autodestructivas y baja autoestima (Pereda, 2010), entre otros. La relación entre el CTQ-SF y las historias de maltrato y negligencia pueden entrelazarse directamente a los síntomas con situaciones específicas y así estudiar a profundidad los orígenes de la sintomatología del trauma en adultos.

La dimensión de la violencia se conforma de cuatro componentes: Los padres maltratadores (puede, dentro del contexto actual, hacer referencia a los ‘cuidadores’), los niños maltratados, la familia y la sociedad (Gómez, 1988). A nivel social, la familia da un lugar con relación a los demás y en relaciones donde impera la violencia puede desarrollarse un patrón intergeneracional de la violencia (Bandura, 1996 citado en Carrasco, 2006) que debe ser tratado debido a los índices de maltrato y violencia que se presentan actualmente.

Así mismo, la ausencia de un estudio de propiedades psicométricas del CTQ-SF en Colombia impide, de manera determinante, el estudio científico de aquellos eventos traumáticos que existen en el contexto colombiano.

Pregunta problema

En este orden de ideas surge el siguiente interrogante, correspondiente al desarrollo del análisis de las propiedades psicométricas del Cuestionario de Trauma Infantil como primer paso

para el estudio de los eventos traumáticos: ¿Cuáles son las propiedades psicométricas del CTQ-SF en una muestra adulta colombiana?

Objetivos

Objetivo General

- Analizar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Trauma Infantil (CTQ-SF) en una muestra de adultos de la ciudad de Bogotá, Colombia.

Objetivos Específicos

- Identificar la estructura y la validez factorial del CTQ-SF en una muestra adulta colombiana.
- Realizar pruebas de validez de constructo por medio de validez divergente y convergente con la Escala de Ansiedad de Zung, Escala de Estrés Percibido y el Inventario de Afrontamiento Ante Situaciones Estresantes (CISS-SF).
- Determinar la confiabilidad del CTQ-SF en población Colombiana.
- Determinar la validez de contenido del CTQ-SF en una muestra de adultos colombianos.

Justificación

La falta de instrumentos adecuadamente estandarizados y validados para el contexto colombiano, supone una dificultad para todo investigador del área social (González, 2009) por lo que el estudio de las propiedades psicométricas del CTQ-SF supone el esfuerzo por facilitar el acceso al estudio de constructos relevantes en el ámbito social tal como lo son los eventos traumáticos.

El estudio de las propiedades psicométricas del cuestionario de Trauma Infantil en su versión corta tiene importancia a nivel disciplinar, profesional, comunitario e institucional. La temática de eventos traumáticos necesita seguirse estudiando debido a que los actuales abordajes terapéuticos enfatizan la sintomatología actual ensombreciendo las vulnerabilidades históricas de los individuos. Para la psicología, esta investigación aportará conocimiento científico en el estudio de eventos traumáticos y sus posibles consecuencias en población adulta en el contexto colombiano, por lo que posteriores investigaciones bajo el concepto principal de eventos traumáticos pueden tener un soporte teórico y empírico que les permita contar con un instrumento validado en este contexto.

Desde la clínica, una vez identificado el comportamiento psicométrico del CTQ-SF, la implementación de nuevos modelos de intervención y prevención en adultos de síntomas enraizados a la exposición a eventos traumáticos en la niñez generaría un refuerzo procedimental en el abordaje integral de estos pacientes. A nivel general y contextual, con el CTQ-SF, se podrán generar modelos de promoción y prevención en materia de violencia infantil.

La Universidad Antonio Nariño en su grupo de investigación Esperanza y Vida, con enfoque en psicología clínica, en conjunto con Colciencias en su proyecto estratégico ‘Análisis

de Nuevos Factores Genéticos, Epigenéticos y Psicosociales de Riesgo para Trastorno Depresivo Mayor (TDM) en una Muestra de Sujetos Colombianos’, requiere del estudio de propiedades psicométricas del Cuestionario de Trauma Infantil ya que podrá identificar nuevos factores de riesgo enraizados a los eventos traumáticos para el TDM en población adulta colombiana que a su vez servirá para reconocer los factores que lo originan para futuros tratamientos.

Marco Teórico

El término ‘trauma’ conlleva una dificultad práctica y teórica a la hora de estudiar sus agentes causales, pues estos son inciertos; sin embargo, existe una sintomatología del trauma, que, como se explica en párrafos posteriores, tiene mayor relación con el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).

Autores definen el trauma como, a grandes rasgos, un evento peligroso y repentino que abruma los recursos físicos, psicológicos y económicos de las personas y comunidades (Figley, 1985 citado en Gaborit, 2006) dándole a dicho concepto un carácter social e individual; sin embargo, dicho término ha tenido una evolución práctica y gramatical, pues si bien en la definición de Figley se considera como un evento estresante en sí, otros autores, desde 1919, fecha en la que aparece el término definido por primera vez en la literatura en psicología, lo consideran como el resultado más que como la exposición *per se*.

Qué es el trauma

En este orden de ideas, el trauma es un término utilizado, en medicina, para definir el daño intencional, o no, producido al organismo debido a su brusca exposición a fuentes o concentraciones de energía mecánica, química, térmica, eléctrica o radiante que sobrepasan su margen de tolerancia, o a la ausencia de elementos esenciales para la vida como el calor y el oxígeno (Robertson, 1983, citado en Neira & Tisminetzky, 2010); por otro lado, en psicología la definición de trauma no se distancia mucho pues en 1919 Pierre Janet propone la primera definición de trauma en la literatura psicológica con base en sus estudios sobre la histeria, que parte de definir el trauma como el resultado de la exposición a un acontecimiento estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona (Salvador, 2009);

ambas definiciones parten de un punto convergente al hablar de trauma: se sobrepasa el nivel de exposición, en el cuerpo (o individuo, en sentido no reduccionista del término ‘cuerpo’), el nivel de tolerancia al mismo, siendo la exposición mayor al mínimo soportado posible. En un primer momento se habla de una exposición a nivel fisiológico y externo (temperatura, golpes, oxígeno) y en un segundo lugar se tienen en cuenta condiciones psicológicas que afectan al individuo en algún punto de su vida cuyos síntomas perduran en el tiempo.

Es menester aclarar que, los términos ‘trauma’, ‘trauma psíquico’ o ‘trauma psicológico’ se encuentran en controversia debido a la raíz psicoanalítica imperante (Moreno, 2004); por esta raíz se deviene un término ‘neutral’ y con mayores facilidades de trabajo. Este término, incluso visto en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR y DSM-V) es el denominado Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). La razón de dejar, en psicología de la salud, de trabajar con el término trauma la da Moreno (2004) cuando afirma:

“La controversia sobre la conveniencia de utilizar el concepto de trauma en salud mental se ha basado en la dificultad por contestar a dos preguntas fundamentales: qué características deben tener los agentes causales del trauma y cómo identificar las manifestaciones de su existencia.” P. 255.

Es por esto que el trastorno de estrés postraumático, como criterio general, sí posee agentes causales y recursos de identificación de su existencia. Primero, se entiende el TEPT como una respuesta de todo mamífero a situaciones estresantes, vinculadas al funcionamiento filogenético (Moreno, 2004). En segundo lugar, el TEPT es la respuesta última a un proceso de presentación a un evento traumático, en sentido de ‘choque’ o ‘golpe’, dentro del que se incluye implicaciones a nivel cognitivo que repercuten en lo físico; así, a efectos de este proyecto, en

lugar de ‘trauma’ se hace mención al TEPT, como existencia, o a eventos traumáticos, como agente causal.

El TEPT, como último escalón en el proceso de presentación del individuo a un evento traumático, supone, primero, la presentación del estímulo. En un segundo lugar, debe haber recuerdos, sueños, malestar psicológico intenso o respuestas fisiológicas al recordar el estímulo, acompañados de evitación constante de estímulos relacionados con el acontecimiento (Crespo, 2012), esto, de la mano de alteraciones del estado de ánimo y cognición del individuo que causan un malestar clínicamente significativo en la persona.

Estos eventos traumáticos pueden ocurrir en cualquier momento de la vida de una persona. Cuando los eventos traumáticos ocurren en la infancia su impacto puede ser dramáticamente significativo ya que no va a afectar a un ser humano biológica, psicológica y socialmente maduro sino a un ser humano en fase de desarrollo que requiere ciertas condiciones de estabilidad y protección (López, 2008), por lo que llegaría a ser más propenso a desarrollar problemas conductuales y psicológicos sin un tratamiento adecuado.

Eventos traumáticos en la infancia

Para identificar la relación existente entre la infancia y los eventos traumáticos, en este proyecto se trabajará con la definición de ‘evento traumático’ provista por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, por sus siglas en inglés) donde se define según su criterio diagnóstico. En el DSM (APA, 2013) se hace mención a:

“exposición o amenaza de muerte, de ser herido gravemente o de ser abusado sexualmente, en una o más de estas formas: Experiencia directa; ser testigo, en persona,

de un evento ocurrido a otro; saber que el evento le ocurrió a un familiar cercano o a un amigo; experimentar exposición repetitiva o extrema a estímulos aversivos del evento traumático” P. 271.

Estos actos violentos suceden con mucha frecuencia no solo en Colombia sino en todo el mundo. La vivencia de eventos traumáticos durante etapas críticas del desarrollo afecta directamente a la maduración de estructuras cerebrales y de sistemas neurobiológicos esenciales (Borja, 2009) por lo que en la adultez se ha evidenciado dificultades en la memoria, procesamiento emocional, percepción del dolor, reconocimiento de la ira y el miedo (Raine, 2001, citado en Borja, 2009) que, grosso modo, supone una predisposición a desarrollar, en la adultez, conductas violentas y de replicación de los eventos traumáticos vividos en la infancia.

La violencia en la infancia tiene una prevalencia alta en Colombia pero no es el único tipo de evento traumático que puede ocurrir durante la misma. Los eventos traumáticos caracterizados en este proyecto se derivarán de la conceptualización de Bernstein et al. (1997) dentro de los que se incluye el abuso físico y emocional como parte de la violencia; además, se incluye la negligencia emocional y física como consecuencia de conductas parentales negativas y el abuso sexual infantil; sin embargo, existe otro tipo de evento traumático que necesita líneas en este proyecto por su carácter imprevisible e incontrolable: estos son los desastres naturales, que pueden considerarse eventos traumáticos que el hombre no tiene forma alguna de controlar (Torres, Martínez, 2013) por lo que su impacto en etapas tempranas del desarrollo pueden involucrar problemas en las relaciones sociales, desarrollo emocional y desarrollo cognitivo (UNICEF, 2008); además, los desastres naturales, dentro del marco de la definición de ‘evento traumático’, puede desencadenar otro tipo de eventos, tales como abandono por muerte de padres

o tutores y abuso físico o psicológico, así como abuso sexual y explotación infantil (UNICEF, 2008) enraizadas a las condiciones de vida y condiciones situacionales después del evento.

Violencia

Como se hizo mención en párrafos anteriores, la prevalencia de la violencia en el contexto colombiano puede llegar a tener cifras alarmantes. Por una parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, en Organización Panamericana de la Salud, 2002) define la violencia como:

“El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.” P. 5.

Ahora bien, como variante, la violencia infantil se produce cuando la violencia afecta a niños, niñas y adolescentes menores de 18 años y es ejercida por los padres o cuidadores (UNICEF, 2009); además de los cuidadores, puede darse el caso donde sea algún conocido o persona que sean cercanas a la familia del niño. Una característica de los niños víctimas de maltrato es que son perpetuadores del maltrato lo que conlleva a la formación de ambientes familiares violentos, agresiones físicas y verbales (Briceño, Durán, Blanco, Zorro, 2015) permitiendo que las cifras recientes puedan ir en aumento sin un plan de acción determinado a interrumpir estos patrones de violencia.

Abuso Físico

Es necesario hablar del maltrato ya que hay que distinguirlo de palabras como ‘abuso’ y ‘violencia’ pues si bien guardan relación, las tres marcan un proceso de interacción entre un

individuo y otro. Primero, la palabra ‘abuso’, *per se*, se puede considerar un paso previo a la violencia. La Real Academia Española (2014) define el ‘abuso’ como “hacer objeto de trato deshonesto a una persona de menor experiencia, fuerza o poder” que haría parte de la violencia debido a su carácter intencional y a su vez, ambas constituyen parte importante del maltrato pues este último es, a nivel general, toda forma de tratar mal a alguien de palabra u obra. Se puede distinguir en la relación abuso-violencia-maltrato un proceso de victimización a una persona (en caso de este proyecto, a un niño) en donde se tienen diversos factores: el trato injusto por las condiciones de la persona, la intencionalidad del hecho y el marco relacional donde sucede el evento.

Sin embargo, a la palabra ‘abuso’ cuando se le agrega el adjetivo ‘físico’ constituye el factor activo de un tipo de maltrato físico que la UNICEF (2009) define como “toda agresión que puede o no tener como resultado una lesión física, producto de un castigo único o repetido, con magnitudes y características variables”. De Paúl, Pérez, Paz, Mocoroa (2002) definen el abuso físico como “cualquier conducta no accidental llevada a cabo por los padres o cuidadores, que provoca daño físico o enfermedad en un niño menor de 15 años”; ambas definiciones, aunque implícitamente, convergen en la intencionalidad de un acto coercitivo sobre un menor pero De Paúl, para efectos de este proyecto, involucra directamente a los padres o cuidadores, variable que puede suscitar la creación de una repetición de la conducta en el tiempo y aumento de intensidad cuyo resultado implica la delimitación de ambientes familiares problemáticos. Sin embargo, la definición que se utilizará en esta investigación es la propuesta por Bernstein et al. (1997) en la que se define el abuso físico como ‘un atentado corporal sobre un menor por parte de un adulto o persona mayor que posee un riesgo o termina en una lesión’ ya que esta definición fue la propuesta por el mismo autor que desarrolló el CTQ y cuya definición trae inmersa la

especificación de golpes y lesiones para diferenciarlo de lo que sería abuso emocional o negligencia emocional, como se verá en párrafos posteriores.

Abuso emocional

Dentro de la violencia también existe otro tipo de abuso: el abuso emocional, o maltrato psicológico, que Gómez (2006) lo define como un “ataque realizado por un adulto sobre el desarrollo de la personalidad y de la competencia social del niño mediante un patrón de conducta psicológicamente destructivo y que se manifiesta mediante cinco formas: rechazar, aislar, aterrorizar, ignorar y corromper” por lo que sus efectos en el desarrollo del niño pueden ser de mayor complejidad ya que este tipo de abuso se considera el más frecuente y “el empleo cotidiano de frases desvalorizantes y humillantes suele provocar trastornos en el funcionamiento intelectual y emocional del/la niño/a, lastimar su orgullo, su propia estimación, su imagen” (Jiménez, Donoso, Sánchez, Morales, Jumbo, 2005) por lo que se podría considerar al maltrato psicológico un enemigo silencioso que puede llegar a ser tan peligroso como cualquier otro tipo de abuso ya que, al no haber evidencia visible como en casos de abuso físico, su percepción y descubrimiento refiere mayor dificultad en su tratamiento.

El estudio de este tipo de abuso, conocido también como maltrato psicológico, parte de su carácter horizontal e indefinido; es decir, primero, De Paúl et al (2002) lo define como “la hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono, y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro o confinamiento) por parte de cualquier miembro del grupo familiar” ;sin embargo, Barrancos (2009) distinguirá un factor determinante en la concepción de lo considerado como abuso psicológico pues lo considera como un proceso continuo dañino y no como un evento único. La

característica longitudinal de este tipo de abuso va de acuerdo a que a diferencia del maltrato físico o abuso sexual, el abusador es generalmente el cuidador principal (Gómez, 2006) o con quien la víctima tenga más interacción en su diario vivir.

En síntesis, Bernstein et al. (1997), al desarrollar el CTQ, define el maltrato psicológico como “todo ataque verbal sobre el sentido de bienestar o autoestima de un niño o todo comportamiento humillante y discriminatorio a un niño por un adulto o persona mayor”. En dicha definición se amplía el rango de posibles victimarios; es decir, Bernstein no adjudica a la víctima a su círculo familiar sino que también incluye, implícitamente, el ambiente social y espacio educativo, lugares donde el niño, acorde a su edad, interactúa con personas mayores como profesores, niños mayores y vecinos; sin embargo, existe una serie de características conductuales que pueden desencadenar una serie de eventos traumáticos que demarcan la relación padre-hijo ya que los padres son el primer contacto de una persona con la sociedad.

Conductas parentales

En este orden de ideas, y como concepto general, se denomina ‘conducta parental’ a todo comportamiento que padres y madres tienen durante la interacción con sus hijos (Ramírez, 2005, citado en Guerrero, 2015). Estas conductas difieren de las demás en el sentido que su objetivo es el de socializar al niño, criarlo y proporcionarle cuidados físicos (Guerrero, 2015) así como el de proporcionarle un bienestar emocional. Dentro de las conductas parentales negativas, y que según Bernstein et al. (1997), son motivo de impacto emocional fuerte que pueden constituir un evento traumático en la infancia son: La negligencia física y la negligencia emocional.

Negligencia física

Hasta ahora se ha visto que dentro de los eventos traumáticos, excepto en casos de desastres naturales, existe una intencionalidad que marca el hecho y Lago (2006) propone esta misma intencionalidad como característica principal de la negligencia, afirmando que:

“en la negligencia hay un conocimiento previo por parte del cuidador de una situación de peligro y poder tomar una medida de protección o prevención oportuna que mitigue o elimine el riesgo al que está expuesto el niño. Es así como surge la negligencia física con la intencionalidad en no tomar medida o precipitar a los eventos” P. 32.

Cabe resaltar que no debe tomarse el término negligencia, en todos los casos, como la negación deliberada y maliciosa de los cuidadores para atender a los niños ya que también puede deberse a variables de instrucción o ignorancia de los cuidadores (Loredo et al., 2010) o a variables económicas de determinados ambientes socio-demográficos. Siguiendo los factores a los que un niño víctima de negligencia física está expuesto, tenemos según Loredo et al. (2010):

- Hambre permanente.
- Apariencia desaliñada.
- Falta de higiene.
- Vestidos inapropiados.
- Carencia de supervisión.
- Necesidades médicas ignoradas.

Si bien es cierto que las características anteriores deben ser atendidas en los niños víctima de negligencia, también es cierto que van en contra de lo promulgado por el código de infancia y

adolescencia (2006); es por esto que en este proyecto se entiende la negligencia física como la falla de los responsables de los niños en suplir las necesidades básicas (Bernstein et al. 1997) esto incluye ropa, comida, vivienda, educación y salud debido a una pobre supervisión parental sin causa específica que puede variar de niño en niño.

Negligencia emocional

Los niños deben tener acceso a comida, vivienda y estabilidad, pero existe otro tipo de negligencia que puede presenciarse a pesar de que los derechos básicos se les hagan valer; este tipo de negligencia es la negligencia emocional que es la que mantiene la estabilidad entre las necesidades físicas y emocionales ya que se relacionan entre sí. Con respecto a estas últimas, Lago (2006) afirma que:

“Ocurre cuando ante una necesidad de apoyo emocional el niño encuentra un cuidador incapaz de brindarle apoyo en este campo, es indiferente ante la percepción de las situaciones por parte de los niños, los rechaza o es indiferente. Por esta situación el niño se encuentra frecuentemente expuesto a situaciones de peligro, por lo que no se debe olvidar que requiere seguridad emocional y no solo física” P. 37.

En este tipo de negligencia el término de mayor relevancia corresponde a la emocionalidad como punto de partida del adecuado desarrollo del niño. Este desarrollo tiene que ver con el afecto, la atención, la interacción, y la aceptación de juegos y vigilancia (Sanín, 2013) que en edades tempranas se reflejan en adultos funcionales en sus relaciones sociales, laborales y familiares.

En el CTQ se entiende por negligencia emocional a la falla en suplir las necesidades básicas emocionales como amor, autoestima, apoyo, sentido y ánimo (Bernstein et al. 1997),

factores que pueden relacionarse a eventos traumáticos con características, similar al resto, longitudinales que con el tiempo pueden agravarse hasta afectar al adulto.

Abuso sexual

Las cifras de abuso sexual infantil son alarmantes en sociedades como la colombiana. El abuso sexual infantil ha sido considerado uno de los más grande problemas de salud pública que tienen que afrontar los niños y jóvenes (MacMillan, 1998, citado en Pereda, 2007) ya que se pueden observar cifras de más de En Colombia, en regencia del Código de Infancia y Adolescencia (2006), basado en la Constitución Política, el abuso sexual es una forma de maltrato de la que los niños y jóvenes tienen que ser protegidos; por eso Barney y Céspedes (2006) consideran que el abuso sexual por sus implicaciones sobre la dignidad de la persona, la genealogía familiar, los efectos morales, sociales y psicológicos merece un estudio aparte. Asimismo, a la caracterización de ‘abuso’, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (Llave, 2012) afirma:

“Se le llama “abuso” precisamente porque existe una relación desigual entre quienes participan de esta interacción, estando la persona abusadora, en una posición de autoridad y poder que se utiliza para someter al niño, niña o adolescente a las actividades sexuales.” P. 18.

En efecto, la relación desigual entre el abusador y la víctima puede ser de distintas maneras. El maremágnum de maneras que se pueden encontrar de ASI se pueden agrupar en dos grandes categorías: Abuso sexual infantil con contacto físico y sin contacto físico.

El abuso sexual infantil con contacto físico implica según Llave (2012):

“(a) Contactos bucales en zonas genitales u otras vinculadas a la actividad sexual y que suelen estar cubiertas por la ropa (pecho, vientre, pelvis y glúteos). Estos contactos pueden incluir besos y otras formas de gratificación oral como lamer o morder. (b) Caricias, frotamientos o tocamientos de las zonas del cuerpo ya señaladas, con la finalidad de excitarse o explorar el cuerpo del o la menor de edad. Esto incluye la estimulación de los órganos sexuales del niño o niña. Igualmente, los frotamientos que la persona abusadora efectúa “como por descuido”, o aprovechando situaciones en donde el cuerpo de la o el menor de edad es accesible, por ejemplo al pasar por un lugar estrecho, cuando se está en el microbús, cuando se comparte la misma cama, y aprovechando situaciones de expresión de afecto. (c) Realización del acto sexual o coito, lo cual se denomina violación sexual. Esto puede darse mediante la penetración del pene en la vagina o en el ano. Incluye también la penetración con otras partes del cuerpo (los dedos) o con objetos. El denominado sexo oral también se ha definido como una modalidad de violación sexual.” P. 19.

Por otro lado, en cuestiones de ASI sin contacto físico encontramos que son constituyentes de este aspectos como el espiar a niños cuando se visten, masturbarse ante el menor, obligarlo a ver pornografía, incitar al menor a que toque los genitales del adulto e incitar a la sexualidad del menor mediante conversaciones e imágenes de contenido sexual (Llave, 2012).

El ASI tiene consecuencias sintomatológicas de ansiedad-depresión con cambios en la autoestima y percepción negativa de sí mismo (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2011). Si bien es cierto que existe un cambio comportamental significativo en las víctimas de ASI, las consecuencias a largo plazo suelen ser más inciertas ya que estas pueden aparecer en cualquier

momento de la vida de una persona y mientras más tiempo se espere una vez presentado el ASI será de mayor complejidad la asociación entre el estímulo y la respuesta. A largo plazo, las víctimas adultas de ASI pueden desarrollar secuelas a lo largo de su vida. Las víctimas pueden generar conductas hipocondríacas, fobias sexuales, aislamiento social o conductas suicidas (Echeburúa y De Corral, 2006) que son consideradas secuelas a largo plazo ya que pueden ocurrir en cualquier momento de la vida adulta de la persona.

Así, Bernstein et al. (1997) propone una definición de Abuso Sexual Infantil con la que se entenderá este proyecto que es ‘contacto sexual entre un menor de 17 años y un adulto o persona mayor que el niño, por lo menos cinco años mayor’ que delimita la acción a contacto sexual entre personas de diferente rango de edad sin ahondar en variables coercitivas, contextuales o violentas entre ambas partes pero que, cabe resaltar, se deben tener en cuenta, por ejemplo, en estudios clínicos.

Consecuencias en la adultez de eventos traumáticos en la infancia

Los eventos traumáticos conllevan una sintomatología que puede acompañar a las personas durante toda su vida o bien desarrollar nuevos trastornos y complicaciones conductuales. Entre estos síntomas se referencia al estrés agudo como respuesta a un evento que a su vez puede influir en la presencia y desarrollo de embotamiento emocional, despersonalización y amnesia cognitiva (Echeburúa y de Corral, 2007) que dificulta el proceso de recordar detalles del evento traumático con implicaciones a nivel terapéutico y de tratamiento del trauma.

Se encuentra dentro de las personas que han sido expuestas a eventos traumáticos que hay conductas de evitación, re-experimentación del suceso, activación fisiológica (estados de

hipervigilancia, temblores, sudoración, movimientos estereotipados, entre otros) y aplanamiento afectivo (Echeburúa y de Corral 2007) que se expresa en la ausencia de respuestas afectivas con pares y en determinadas situaciones cuyo contexto implican expresión emocional (por ejemplo un evento familiar o una reunión de amigos). Sin embargo, las consecuencias de los eventos traumáticos en la edad adulta pueden variar según el tipo de evento y el nivel de exposición (Bados, García, Fusté, 2015). En casos de abuso sexual estas consecuencias a nivel general pueden determinarse a largo y corto plazo (Echeburúa y De Corral, 2006); es decir, los aspectos de la vida de los individuos que pueden verse afectados después de la exposición del individuo a un evento traumático como el abuso sexual son a nivel emocional, relacional, funcional y sexual (Pereda, 2010) con dificultades en adultos para mantener relaciones sentimentales o conseguir pareja y mantener un trabajo fijo.

Se ha encontrado que, además, en el desarrollo de trastorno límite de personalidad (TLP), existe una variabilidad entre el apego temprano, factores biológicos y una base traumática que no se pueden ver de manera excluyentes sino en un modelo integrador (Mosquera, González, 2011) lo que quiere decir que, como objeto de estudio, las consecuencias de eventos traumáticos pueden estudiarse junto a otras variables que si bien no son excluyentes, pueden dar un sustento empírico al desarrollo de trastornos de la personalidad.

Por otro lado, hay evidencia que demuestra que los eventos traumáticos son un factor de riesgo para el surgimiento de Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) (Frías, Palma, Horta, Bonet, 2013). Esta relación entre el TOC y el TEPT sugieren profundizar en el tema con un nuevo criterio diagnóstico: El Trastorno Obsesivo Compulsivo Posttraumático (Frías et al., 2013); esto último denota la necesidad de estudiar a profundidad los factores de riesgo de los eventos

traumáticos en población adulta y que pueden verse, en un futuro, mayor cantidad de correlaciones entre el TEPT y otros trastornos psicológicos.

Pruebas para evaluar el TEPT

La relevancia de la descripción de las propiedades psicométricas del CTQ-SF en población colombiana, y en mayor medida, en población hispanohablante, responde a que el constructo de eventos traumáticos no posee tantas adaptaciones en español como pruebas hay. Asimismo, cabe resaltar que el constructo trabajado en muchos casos suele ser el TEPT y no los eventos traumáticos, identificando ya los síntomas después de la presentación de un evento traumático y no las historias de trauma a nivel de prevención primaria.

Tabla 1. *Algunos instrumentos de evaluación de eventos traumáticos y TEPT.*

Nombre, autor	Contenido	Adaptación al Español
Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático: Propiedades Psicométricas. (Echeburúa et al. 1997)	Entrevista 17 ítems 5 síntomas asociados	Bobes et al, 2000.
Cuestionario de Experiencias Traumáticas. TQ. (Davidson et al. 1997)	Cuestionario 44 ítems (criterios A, B, C y D, del DSM-IV)	Bobes et al, 2000.
Posttraumatic Stress Diagnostic Scale. PDS. (Foa, 1995).	Cuestionario 49 ítems (Criterios A, B, C, D, E y F, del DSM-IV)	No

Modified PTSD Sympton Scale Self-Report. MPSS-SR (Falsseti et al., 1993)	Escala autoaplicada 17 ítems (criterios B, C y D, del DSM-IV) Frecuencia y nivel de angustia.	No
Traumatic Life Events interview. TLEI. (Kubany, 1995).	Cuestionario 16 acontecimientos traumáticos + no especificado	No

Tabla tomada y modificada de Crespo y Gómez (2003), pp. 46-47.

La relevancia de trabajar con instrumentos de medición adaptados en materia de eventos traumáticos radica en la ausencia de instrumentos, como se muestra en la tabla 1., de medición de historias de trauma en la infancia y adolescencia específicamente. Algunos de los instrumentos sin adaptación en español son aquellos que indagan por la temática de eventos traumáticos más que por síntomas del TEPT y se hace necesario realizar estas adaptaciones y de demás pruebas en español, ya que los resultados y el comportamiento estadístico de un instrumento cambiará de acuerdo a la población diana.

Metodología

Tipo de Investigación

El presente estudio es de corte transversal, de alcance descriptivo y la investigación es un estudio instrumental ya que se conoce bajo este nombre a todos los estudios encaminados al desarrollo de pruebas y aparatos, incluyendo tanto el diseño (o adaptación) como el estudio de las propiedades psicométricas de los mismos (León y Montero, 2007).

Participantes

León y Montero (1993) proponen que para un intervalo de confianza del 95%, una muestra de 400 personas es capaz de representar una población infinita o desconocida, por lo que se seleccionó una muestra no probabilística con un tamaño muestral de 454 calculado a partir del tamaño poblacional estimado para Bogotá D.C que para el año 2017 fuera de 8.080.734 total de ciudadanos (DANE, 2017)

De los 454 participantes, 111 son hombres (24,4%) y 343 son mujeres (75,6%) del estudio ‘Análisis de Nuevos Factores Genéticos, Epigenéticos y Psicosociales de Riesgo para Trastorno Depresivo Mayor (TDM) en una Muestra de Sujetos Colombianos’ con una media de edad de 23,56. La participación en la investigación fue anónima y voluntaria y el análisis de la información recolectada se centró en el análisis de las propiedades psicométricas del CTQ-SF en población adulta colombiana.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de la población

		Edad	Estrato
N	Válido	454	454
	Perdidos	0	0
Media		23,56	3
Mediana		20,00	3,00
Moda		19	3
Desviación estándar		8,429	,769
Mínimo		18	1
Máximo		65	5

La muestra se distribuye en los estratos 2 y 3 con una medida de 2,64. Las edades oscilan entre los 18 años y 65 años con un promedio de 23 años. La muestra fue tomada en la ciudad de Bogotá, Colombia (Tabla 2).

Tabla 3. Frecuencias de sexo de la población.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Masculino	111	24,4
	Femenino	343	75,6
	Total	454	100,0

La participación femenina sobresale con un 75.6% del total de la muestra en comparación con un 24,4% de la participación masculina (Tabla 2).

Tabla 4. Escolaridad de la población

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Primaria Incompleta	3	,7
	Primaria	4	,9
	Bachillerato Incompleto	6	1,3
	Bachillerato	333	73,3
	Técnico	52	11,5
	Universitario	43	9,5
	Postgrado	13	2,9
	Total	454	100,0

La población muestreada en su mayoría está conformada por bachilleres (73.3%). Hay participación variada entre niveles educativos. Existen sujetos en la muestra de nivel de postgrado (2.9%) y con primaria incompleta (0.7%) así como técnicos (11.5%) y universitarios (9.5%).

Tabla 5. Ocupación de la población muestreada

	Frecuencia	Porcentaje
Válido Estudiante	384	84,6
Empleado	39	8,6
Desempleado	10	2,2
Pensionado	5	1,1
Otro	1	,2
Estudiante y empleado	15	3,3
Total	454	100,0

La ocupación de los participantes se concentra con un 84.6% dentro de la categoría ‘estudiante’. Los empleados (8.6%) y estudiantes conforman una categoría extra cuando son dos actividades que actualmente la persona realiza; esta categoría conforma el 3.3% de la muestra.

Fuentes de Información

Instrumentos

La versión original del **Cuestionario de Trauma Infantil** es un inventario de 70 ítems, que provee de manera breve y relativa señales de experiencia de maltrato antes de la edad de 18

años; se evalúa experiencias auto-reportadas de abuso y negligencia en la adolescencia y niñez. La mayoría de los ítems se encuentran en términos comportamentales mientras que otros toman supuestos subjetivos (Bernstein et. al., 1997) que indaga la percepción de abuso que tenga el participante.

En su versión corta, al instrumento, se le agregaron tres ítems que componen la escala de minimización para detectar respuestas socialmente deseables o reportes falsos-negativos de trauma (Hernández et al., 2012). Los ítems están evaluados en una escala tipo Likert de 5 puntos con preguntas dentro de los rangos “Nunca” a “Muy Frecuentemente”. La escala tiene 5 factores que son: Abuso emocional, Negligencia Emocional, Abuso Sexual, Abuso Físico y Negligencia Física. (Bernstein, et. al., 1997).

El CTQ-SF está validado en español por Hernández et. al. (2012) y en su versión original por Bernstein et. al. (2003). En su versión española, el CTQ arrojó un alfa de Cronbach de 0.87 para la categoría de Abuso Emocional; 0.88 para Abuso Físico; 0.94 para Abuso Sexual; 0.83 para Negligencia Emocional; 0.66 para Negligencia Física (Hernández et al., 2012) lo que demuestra que el CTQ-SF es un instrumento confiable en la medición de este constructo.

Por otro lado, en su versión original, el CTQ denotó un alfa de Cronbach de 0.95 para la categoría de Abuso Emocional; 0.94 para Negligencia Emocional; 0.91 para Abuso Sexual; 0.90 para Abuso Físico; 0.81 para Negligencia Física (Bernstein et al. 1997) comportándose de una manera excelente en la mayoría de los factores (George y Mallery, 2003).

La **Escala de Estrés Percibido** (PSS, por sus siglas en inglés; Cohen et al., 1983, citado en Remor, 2006) es un instrumento de auto-reporte que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes y consiste en 14 ítems con una escala de 5 puntos. La PSS-10, versión

corta del PSS, puede obtenerse del total de ítems de la escala. Los puntajes de la PSS-10 son obtenidos reinvirtiendo los puntajes de los cuatro ítems positivos (6, 7, 8, 9) y después se suman todos los 10 ítems (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 14); un mayor puntaje en la escala supone un mayor nivel de estrés percibido durante el último mes (Remor, 2006).

El Inventario de Afrontamiento ante Situaciones Estresantes (CISS, por sus siglas en inglés) es un inventario, originalmente de 48 ítems, que distingue entre tres estrategias básicas de afrontamiento con 16 ítems por escala: Orientado a las tareas, orientado a la emoción y evitativo (Endler y Parker, 1990, citados en Brands et al., 2014). Los ítems están puntuados en una escala de 5 puntos tipo Likert. Los puntajes de los ítems se obtienen por escala; un mayor puntaje en una escala supone una mayor tendencia a utilizar esa estrategia de afrontamiento (Brands et al., 2014).

La **Escala de Ansiedad de Zung** (Zung, 1971) es un instrumento conformado por 20 informes o relatos cuya valoración hace parte de una entrevista por el evaluador en el que las preguntas deben corresponder a un tiempo mayor a una semana. Los ítems son calificados de 1 a 4 acorde a la intensidad, duración y frecuencia del síntoma. La escala muestra que un puntaje bajo es directamente proporcional a la inexistencia de ansiedad.

Procedimiento

Debido a que no hay un manejo de variables independientes que describan un experimento, se describe el estudio del procedimiento de las fases del proyecto.

Primera Fase: Tareas Iniciales del Investigador

Como inicio de este proyecto, un primer momento demarcó el establecimiento de un estado del arte y recolección de información sobre datos estadísticos de eventos traumáticos en

población colombiana; luego se realizó la organización de dicha información por medio de una pregunta problema, generando así los objetivos respectivos de la investigación.

Segunda Fase: Revisión Artículos Originales

En esta fase se hizo una revisión bibliográfica en aras de la consecución de los artículos del cuestionario original de Bernstein et al. (1994) y posteriormente se tuvo acceso a la versión española del CTQ-SF publicado por Hernández et al. (2012).

Tercera Fase: Prueba Original CTQ-SF, versión española (2012)

Vía correo electrónico se contactó a la Dra. Ana Hernández para solicitar el CTQ-SF en español con fecha 10/04/17 y con respuesta fechada el día 05/05/17 por la misma autora de la versión española. Se realizó la solicitud, además, en Pearson Inc. USA de una re-licencia de la prueba para su uso autorizado y verificado.

Cuarta Fase: Solicitud Base de Datos

Se solicita la base de datos producto de las respuestas de los cuestionarios al Dr. Forero, líder del proyecto de investigación de ‘Análisis de Nuevos Factores Genéticos, Epigenéticos y Psicosociales de Riesgo para Trastorno Depresivo Mayor (TDM) en una Muestra de Sujetos Colombianos’ con las variables: Edad, género, estrato y nivel educativo para su posterior análisis.

Quinta Fase: Análisis de Datos y Resultados

Por último, se realiza el análisis de datos por medio del paquete estadístico SPSS (por sus siglas en inglés) y se analiza la estructura factorial, consistencia interna y validez convergente y divergente de la prueba aplicada a la población diana.

Cronograma y Recursos Necesarios

	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Agosto 2017	<p>Contacto Proyecto de Colciencias para solicitar la base de datos.</p>	<p>Análisis de la base de datos</p>		
Septiembre 2017	<p>Datos estadísticos analizados</p>	<p>Desarrollo de conclusiones</p>	<p>Desarrollo de discusión y recomendaciones</p>	
Octubre 2017	<p>Entrega asesor avances</p>	<p>al Correcciones de preparación para entrega.</p>		<p>Entrega de proyecto segundo semestre 2017-2</p>

Resultados

La población evaluada estuvo conformada por 454 personas que reportaron o no exposición a eventos traumáticos en su niñez y adolescencia. A nivel de evaluación de propiedades psicométricas de un instrumento, el CTQ-SF no fue modificado en ningún ítem ya que se cuenta con la versión en español validada; sin embargo, el cuestionario fue presentado a jueces expertos con el objetivo de determinar la validez de contenido del mismo con un nivel de acuerdo de 0.211, un puntaje bajo de acuerdo bajo, pues las calificaciones de los expertos evaluadores difieren en ciertos aspectos, como se verá más adelante.

Tabla 6. Prueba de KMO y Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,907
Prueba de esfericidad de Aprox. Chi-cuadrado		5243,770
Bartlett	Gl	300
	Sig.	,001

La prueba de KMO y Bartlett arrojó un resultado de 0.907, lo que indica que el nivel factorial del Cuestionario de Trauma Infantil Versión Corta es alto, por lo que existe una fuerte correlación entre los grupos del mismo (Abuso Sexual, Negligencia Emocional, Negligencia Física, Abuso Emocional y Abuso Físico).

Asimismo, la prueba de KMO y Bartlett reconoce la distinción de 5 factores en el CTQ-SF; sin embargo, los ítems 4, 11 y 18, en población colombiana no miden los constructos adecuadamente ya que no son registrados por lo que no se pudo replicar la estructura factorial del instrumento como se evidencia en la tabla 6.

Tabla 7. Matriz de factor rotado^a

	Factor				
	1	2	3	4	5
ITEM24 Alguien me acoso sexualmente.	,864	,176	,146	,101	,052
ITEM27 Creo que fui abusado sexualmente.	,832	,164	,062	,142	-,004
ITEM20 Alguien intento tocarme de una manera sexual o trato que me tocara a mí mismo.	,791	,211	,120	,149	-,010
ITEM23 Trataron de obligarme a hacer algo sexual o ver cosas sobre sexo.	,762	,100	,082	,124	,112

ITEM21 Me amenazaron con lastimarme o decir mentiras sobre mí, si no hacía algo sexual.	,747	,087	,107	,125	,140
ITEM25 Creo que fui abusado emocionalmente.	,554	,204	,352	,206	,159
ITEM7 Me sentí amado.	,086	,735	,249	,072	,154
ITEM2 Sabía que había alguien que me cuidara y protegiera.	,209	,639	-,063	,105	,074
ITEM5 Había alguien en mi familia que me ayudó a sentirme que yo era importante o especial.	,060	,615	,157	,000	,087
ITEM19 Las personas de mi familia eran unidas.	,072	,566	,303	,108	,082
ITEM28 Mi familia fue una fuente de fuerza y apoyo.	,156	,559	,198	,136	,035
ITEM26 Hubo alguien que me llevara al médico cuando lo necesité.	,102	,555	,032	,140	,147
ITEM13 Las personas de mi familia cuidaban unas de otras.	,162	,506	,123	,137	,081
ITEM18 Sentí que alguien en mi familia me odiaba.	,149	,340	,327	,339	,169
ITEM14 Personas en mi familia me dijeron cosas que me hirieron o me ofendieron.	,128	,249	,729	,115	,099
ITEM3 Personas en mi familia me llamaron con calificativos como “estúpido (a)”, “perezoso (a)” o “feo (a)”.	,130	,175	,669	,108	,229

ITEM12 Fui castigado con un cinturón, un palo, una cuerda o algún otro objeto que me lastimara.	,151	,084	,560	,259	,024
ITEM8 Pensé que mis padres preferían que nunca hubiera nacido.	,109	,326	,480	,211	,126
ITEM17 Fui golpeado tan fuerte, que fue notado por alguien como un profesor, un vecino o un médico.	,196	,185	,241	,659	,036
ITEM15 Creo que fui maltratado/abusado físicamente.	,373	,206	,308	,596	,125
ITEM9 Alguien de mi familia me golpeo tan fuerte que tuve que consultar un médico o ir al hospital.	,188	,195	,101	,593	,280
ITEM11 Alguien en mi familia me golpeó tanto que me dejó con moretones o marcas.	,132	,064	,509	,558	,024
ITEM6 Tuve que usar ropa sucia.	,055	,073	,108	,111	,738
ITEM1 No tuve suficiente para comer.	,132	,236	,055	,076	,305
ITEM4 Mis padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidar de la familia.	,032	,165	,119	,051	,279

Método de extracción: factorización de eje principal.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.^a

a. La rotación ha convergido en 6 iteraciones.

Así mismo, retomando la clasificación de Gordon (1994) de utilizar como criterio general de carga factorial valores de 0.4, los ítems 4 y 8 deben replantearse. Con significancia ≥ 0.4 , el ítem 4 no es significativo en ningún factor, por lo que no es representado en la tabla lo que

implica una medición errónea del constructo de negligencia física; además, el ítem 11 tampoco denota relación con el constructo a medir de abuso físico ya que lo incluye también en la medición de abuso emocional. Por último, el ítem 18 guarda una relación significativa, pero baja con significancia 0.3 en tres factores (abuso físico, abuso emocional y negligencia emocional) por lo que es necesario extraerlos del cuestionario en población colombiana.

Así mismo, se propone la solución factorial como se muestra en la tabla siguiente en la que se eliminan los ítems 4, 11 y 18.

Tabla 8. Matriz de factor rotado^a

	Factor				
	Abuso Sexual	Negligencia Emocional	Abuso Emocional	Abuso Físico	Negligencia Física
	1	2	3	4	5
ITEM24 Alguien me acoso sexualmente.	0,866	0,178	0,151	0,102	0,017
ITEM27 Creo que fui abusado sexualmente.	0,828	0,164	0,066	0,137	0,026
ITEM20 Alguien intento tocarme de una manera sexual o trato que me tocara a mi mismo.	0,792	0,211	0,124	0,146	-0,008
ITEM23 Trataron de obligarme a hacer algo sexual o ver cosas sobre sexo.	0,763	0,097	0,085	0,114	0,113

ITEM21 Me amenazaron con lastimarme o decir mentiras sobre mí, si no hacía algo sexual.	0,749	0,080	0,113	0,103	0,179
ITEM25 Creo que fui abusado emocionalmente.	0,560	0,201	0,363	0,182	0,125
ITEM7 Me sentí amado.	0,085	0,732	0,263	0,063	0,154
ITEM2 Sabía que había alguien que me cuidara y protegiera.	0,211	0,630	-0,056	0,085	0,117
ITEM5 Había alguien en mi familia que me ayudó a sentirme que yo era importante o especial.	0,060	0,612	0,164	-0,014	0,107
ITEM19 Las personas de mi familia eran unidas.	0,076	0,566	0,315	0,112	0,018
ITEM28 Mi familia fue una fuente de fuerza y apoyo.	0,154	0,565	0,207	0,147	0,008
ITEM26 Hubo alguien que me llevara al médico cuando lo necesité.	0,097	0,560	0,047	0,160	0,128
ITEM13 Las personas de mi familia cuidaban unas de otras.	0,167	0,508	0,127	0,118	0,080
ITEM14 Personas en mi familia me dijeron cosas que me hirieron o me ofendieron.	0,126	0,235	0,760	0,108	0,058

ITEM3 Personas en mi familia me llamaron con calificativos como “estúpido (a)”, “perezoso (a)” o “feo (a)”.	0,130	0,167	0,679	0,079	0,238
ITEM12 Fui castigado con un cinturón, un palo, una cuerda o algún otro objeto que me lastimara.	0,161	0,096	0,541	0,215	0,021
ITEM8 Pensé que mis padres preferían que nunca hubiera nacido.	0,116	0,315	0,495	0,192	0,097
ITEM17 Fui golpeado tan fuerte, que fue notado por alguien como un profesor, un vecino o un médico.	0,196	0,181	0,261	0,697	0,011
ITEM9 Alguien de mi familia me golpeo tan fuerte que tuve que consultar un médico o ir al hospital.	0,196	0,188	0,138	0,568	0,259
ITEM15 Creo que fui maltratado/abusado físicamente.	0,379	0,200	0,326	0,560	0,165
ITEM6 Tuve que usar ropa sucia.	0,051	0,093	0,156	0,140	0,540
ITEM1 No tuve suficiente para comer.	0,125	0,229	0,056	0,039	0,454

Al extraer los ítems señalados, la estructura factorial converge en 5 factores; sin embargo, los ítems no corresponden a los factores a los que teóricamente hacen parte.

A los 28 ítems del CTQ-SF se le extrajo el Alfa de Cronbach como inicio del análisis de confiabilidad de la prueba. El CTQ-SF denotó un Alfa de Cronbach de 0.907 que sugiere una confiabilidad alta del instrumento en la población que se aplicó. Además, según la solución factorial obtenida, al extraerse los ítems 4, 11 y 18 en la tabla 9 se muestra el valor del alfa obtenido en la tabla 9 con un valor de 0,899. Así mismo, si se elimina cada uno de los ítems el Alfa de Cronbach se mantiene ≥ 0.9 .

Análisis de confiabilidad

Tabla 9. Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,899	,908	25

A cada uno de los cinco factores de la prueba se le extrajo el Alfa de Cronbach obteniendo valores como se muestra a continuación:

Tabla 10. Alfa de Cronbach por factor

Factor	Estadísticas de fiabilidad			
	Alfa de Cronbach	N de elementos	SD	Media
Abuso Emocional	,790	5	3,65	8,67
Abuso Sexual	,901	5	3,05	6,22

Abuso Físico	,788	5	3,14	7,66
Negligencia Emocional	,778	5	3,698	8,91
Negligencia Física	,571	5	2,366	6,83
Reporte Falso Negativo	,422	3	2,331	6,80

Cabe resaltar el puntaje del factor de Reporte Falso-Negativo con un 0,422 lo que indica un valor inaceptable (George y Mallery, 2003) que puede y se recomienda ser extraído del cuestionario.

Tabla 11. Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
No tuve suficiente para comer.	43,61	176,935	,307	,262	,907
Sabía que había alguien que me cuidara y protegiera.	43,59	173,184	,480	,420	,904
Personas en mi familia me llamaron con calificativos como “estúpido (a)”, “perezoso (a)” o “feo (a)”.	42,87	167,545	,541	,495	,903
Mis padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidar de la familia.	43,93	181,277	,239	,158	,907

Había alguien en mi familia que me ayudó a sentirme que yo era importante o especial.	43,34	171,941	,455	,411	,905
Tuve que usar ropa sucia.	43,93	180,713	,306	,276	,907
Me sentí amado.	43,56	170,445	,630	,579	,902
Pensé que mis padres preferían que nunca hubiera nacido.	43,66	172,041	,551	,419	,903
Alguien de mi familia me golpeo tan fuerte que tuve que consultar un médico o ir al hospital.	43,95	178,232	,481	,451	,905
No había nada que quisiera cambiar de mi familia.	41,90	180,144	,081	,060	,916
Alguien en mi familia me golpeó tanto que me dejó con moretones o marcas.	43,46	170,912	,515	,517	,903
Fui castigado con un cinturón, un palo, una cuerda o algún otro objeto que me lastimara.	42,77	170,272	,465	,395	,905
Las personas de mi familia cuidaban unas de otras.	43,08	168,650	,499	,352	,904
Personas en mi familia me dijeron cosas que me hirieron o me ofendieron.	42,91	166,944	,581	,535	,902
Creo que fui maltratado/abusado físicamente.	43,76	170,622	,648	,602	,901

Tuve una infancia muy agradable.	43,35	166,933	,676	,557	,900
Fui golpeado tan fuerte, que fue notado por alguien como un profesor, un vecino o un médico.	43,83	174,652	,524	,492	,904
Sentí que alguien en mi familia me odiaba.	43,64	171,351	,565	,414	,903
Las personas de mi familia eran unidas.	43,10	168,709	,569	,507	,902
Alguien intento tocarme de una manera sexual o trato que me tocara a mi mismo.	43,72	172,337	,557	,703	,903
Me amenazaron con lastimarme o decir mentiras sobre mí, si no hacía algo sexual.	43,94	177,222	,490	,592	,905
Tuve la mejor familia del mundo.	43,22	168,126	,615	,533	,901
Trataron de obligarme a hacer algo sexual o ver cosas sobre sexo.	43,88	176,316	,483	,635	,904
Alguien me acoso sexualmente.	43,78	172,899	,573	,769	,903
Creo que fui abusado emocionalmente.	43,68	169,617	,627	,589	,901
Hubo alguien que me llevara al médico cuando lo necesité.	43,55	172,544	,465	,385	,904
Creo que fui abusado sexualmente.	43,90	175,045	,524	,715	,904

Mi familia fue una fuente de fuerza y apoyo.	43,46	169,962	,544	,422	,903
--	-------	---------	------	------	------

Juicio de Expertos

El análisis de juicio de expertos se calculó por medio de la W de Kendall para k sujetos.

Tabla 12. W de Kendall acuerdo inter-jueces

N	10
W de Kendall ^a	,211
Chi-cuadrado	69,484
gl	33
Sig. asintótica	,001

a. Coeficiente de concordancia de Kendall

La prueba W de Kendall arrojó un acuerdo interjueces de 0.211, indicando un nivel bajo de acuerdo pero no por eso se niega la existencia de la relación entre los mismos.

Tabla 13. Estadísticos Acuerdo Interjueces

	N		Media	Moda	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
	Válido	Perdidos					
Item3	10	0	3,80	4	,422	3	4
Item8	10	0	3,10	4	1,101	1	4
Item14	10	0	3,80	4	,422	3	4
Item18	10	0	3,40	4	1,075	1	4
Item25	10	0	3,50	4	,707	2	4

Abuso Emocional	10	0	3,60	4	,516	3	4
Item9	10	0	3,90	4	,316	3	4
Item11	10	0	3,60	4	,699	2	4
Item12	10	0	4,00	4	,000	4	4
Item15	10	0	3,50	4	,707	2	4
Item17	10	0	3,80	4	,422	3	4
Abuso Físico	10	0	3,70	4	,675	2	4
Item20	10	0	3,90	4	,316	3	4
Item21	10	0	3,90	4	,316	3	4
Item23	10	0	3,90	4	,316	3	4
Item24	10	0	4,00	4	,000	4	4
Item27	10	0	3,60	4	,516	3	4
Abuso Sexual	10	0	3,80	4	,422	3	4
Item1	10	0	3,30	4	,823	2	4
Item2	10	0	3,30	4	1,059	1	4
Item4	10	0	3,50	4	,850	2	4
Item6	10	0	3,20	4	1,135	1	4
Item26	10	0	3,30	4	1,059	1	4
Negligencia Física	10	0	3,40	4	,843	2	4
Item5	10	0	3,60	4	,843	2	4
Item7	10	0	3,60	4	,843	2	4
Item13	10	0	3,70	4	,675	2	4
Item19	10	0	3,30	4	1,059	1	4

Item28	10	0	3,70	4	,675	2	4
Negligencia Emocional	10	0	3,30	4	,823	2	4
Item10	10	0	3,30	4	1,160	1	4
Item16	10	0	3,30	4	1,160	1	4
Item22	10	0	3,20	4	1,135	1	4
Reporte Falso-negativo	10	0	2,90	4	1,287	1	4

La categoría de suficiencia de la categoría Reporte Falso-Negativo tiene una media menor a 3, por lo que se evidencia en el acuerdo interjueces que los ítems de esta categoría miden algún aspecto de la dimensión, pero no corresponden con la dimensión total.

Correlaciones

Los subgrupos del CTQ-SF se contrastaron con la Escala de Ansiedad de Zung (Zung, 1971); sin embargo, la escala de Ansiedad de Zung, al medir un constructo diferente, se espera que su correlación sea baja.

También se contrastaron los subgrupos del CTQ-SF con la escala de Estrés Percibido y los subgrupos del Inventario de Afrontamiento Ante Situaciones Estresantes-Versión Breve (CISS-21) que indicaron también una correlación negativa y baja entre subgrupos.

Tabla 14. Correlación de Pearson de la Escala de Ansiedad de Zung y el CTQ-SF.

CISS-21

		Escala de Ansiedad de Zung	Escala de Estrés Percibido	Orientado al Problema	Orientado a la Emoción	Evitativo
Abuso Físico	Pearson	,253**	,225**	-,073	,182**	,036
CTQ-SF	Sig.	,001	,001	,122	,001	,446
	N	454	454	454	454	454
Abuso Emocional	Pearson	,397**	,367**	-,149	,354**	,058
CTQ-SF	Sig.	,001	,001	,001	,001	,218
	N	454	454	454	454	454
Abuso Sexual	Pearson	,189	,168	-,048	,139	,062
CTQ-SF	Sig.	,001	,001	,304	,003	,185
	N	454	454	454	454	454
Negligencia Física	Pearson	,243**	,177**	-,075	,116	-,069
CTQ-SF	Sig.	,001	,001	,110	,014	,139
	N	454	454	454	454	454
Negligencia Emocional	Pearson	,297**	,287**	-,146**	,183**	-,100
CTQ-SF	Sig.	,001	,001	,002	,001	,033
	N	454	454	454	454	454

Se encontró que el factor Abuso Emocional del CTQ-SF tiene correlación moderada con el test de Ansiedad de Zung, la escala de estrés Percibido y con el subgrupo Orientado a la Emoción del CISS-21 lo que puede esperarse de constructos relacionados a nivel de eventos traumáticos y emociones.

Conclusión

El CTQ-SF muestra una apropiada estructura factorial y confiabilidad alta en la población trabajada; sin embargo, los ítems 4, 11 y 18, por su dificultad en la medición de los constructos que deberían medir, deben ser extraídos en la aplicación en población colombiana.

La confiabilidad de la prueba, medida por el coeficiente Alfa de Cronbach denotó un 0.907; sin embargo, se realizó el análisis extrayendo los ítems problemáticos y el Alfa de Cronbach denotó un valor de 0.899. La estructura factorial demarcó 5 subgrupos, el mismo que la prueba estudiada por Hernández et. al (2012).

La carga factorial de la prueba, en sus 28 ítems totales, cumple con un grado alto de significancia debido a que los puntajes son mayores de 0.30; la validez divergente del CTQ-SF con el CISS-21, Test de Ansiedad de Zung y la Escala de Estrés percibido, al medir constructos distintos, arrojó como resultados que hay una relación baja. Cabe resaltar, que aunque la relación entre los subgrupos del CTQ-SF con las demás pruebas sea baja, no dejan de estar relacionados; es decir, en el CTQ-SF, al igual que las pruebas contrastadas, se miden constructos similares relacionados, por ejemplo, en la correlación de 0.397 entre la Escala de Ansiedad de Zung y el subgrupo Abuso Emocional del CTQ, pero la baja relación entre los mismos valida los objetivos de cada prueba ya que corresponden a constructos relaciones pero diferentes.

Algunos jueces expertos señalan que los ítems 11 y 18 no concuerdan con las definiciones propuestas por los autores y que por consiguiente la medición de su constructo no es clara a nivel investigativo. A nivel clínico, los jueces expertos señalan que el ítem 4 posee una dificultad en que, primero, no hay una medición de frecuencia explícita en el ítem; segundo, el

ítem debería cambiarse, sugieren, debido a que hace mención a los dos padres, por lo que habría que realizar un ítem para la madre y otro para el padre.

En la versión española, el CTQ arrojó un alfa de Cronbach de 0.87 para la categoría de Abuso Emocional; 0.88 para Abuso Físico; 0.94 para Abuso Sexual; 0.83 para Negligencia Emocional; 0.66 para Negligencia Física (Hernández et al., 2012) lo que demuestra que el CTQ-SF es un instrumento confiable en la medición de este constructo; sin embargo, el análisis factorial arrojó, en esta investigación, un alfa de Cronbach de 0,79 para la categoría de Abuso Emocional; 0,78 para Abuso Físico; 0,91 para Abuso Sexual; 0,79 para Negligencia Emocional y 0,571 para Negligencia Física lo que indica que deben replantearse ciertos ítems que en los análisis son confundidos dentro de otros factores.

Uno de los principales hallazgos de esta investigación es la disminución de los valores de los coeficientes de confiabilidad en esta población con respecto a los coeficientes obtenidos en la versión española debido a que esta disminución puede deberse a variables culturales o políticas del contexto donde se aplicaron los instrumentos.

La disminución de estos valores, soportan el análisis de la confusión factorial que existe entre ítems, pues si bien la solución factorial se logra con valores ≥ 0.4 , si se hiciera dicha solución con valores de ≥ 0.3 , aún habrían ítems, aparte de los mencionados anteriormente, que marcarían en otros factores en los que teóricamente no están adscritos.

Discusión

El objetivo general de este estudio instrumental fue el de analizar las propiedades psicométricas del CTQ-SF en población colombiana. Para esto se realizaron diversos análisis estadístico en una muestra de 454 personas extraída de la ciudad de Bogotá-Colombia. Estos análisis determinaron la validez y la confiabilidad del CTQ-SF en dicha población.

Para empezar, la prueba consta de cinco factores (Abuso Emocional, Abuso Sexual, Abuso Físico, Negligencia Emocional y Negligencia Física) dentro de los que los ítems 11 y 4 no muestran significancia en ningún factor y el ítem 18 muestra una significancia moderada en aproximadamente tres factores, por lo que es necesario extraer o modificar estos ítems en población colombiana.

Además, los análisis de confiabilidad del CTQ-SF en la muestra colombiana denotan los Alfa de Cronbach por factores: Abuso Emocional= 0,79; Abuso Físico= 0,78; Abuso Sexual= 0,91; Negligencia Emocional= 0,77; Negligencia Física= 0,57; resultados que, mantienen un nivel de confiabilidad alto tal como la versión española cuyos Alfa de Cronbach fueron: Abuso emocional= 0,87; Abuso Físico= 0,88; Abuso Sexual= 0,94; Negligencia Emocional= 0,83; Negligencia Física= 0,66 (Hernández et al., 2012) y según estos resultados se evidencia una disminución en sus valores por cada factor.

La disminución de valores puede deberse al hecho de la presente dificultad gramatical de los ítems 4, 11 y 18 y de los análisis factoriales que no corresponden con la estructura factorial propuesta por Hernández et al. (2012).

Cabe resaltar que el factor de Negligencia Física pasó de un nivel cuestionable ($\alpha=0,66$) a pobre ($\alpha=0,57$) (George y Mallery, 2003) por lo que sus ítems requieren modificaciones posteriores en próximos estudios que identifiquen si existe una mejora o desmejora en dicho factor.

Por lo anterior se hizo necesario realizar una propuesta de solución factorial para el contexto colombiano en cada factor lo que permitió identificar más apropiadamente los ítems que realmente están midiendo el constructo para el que están realizados en esta población.

El CTQ-SF es una prueba válida y confiable en la medición de eventos traumáticos e historias de trauma en la niñez en personas adultas de Colombia y la solución factorial indica que hay ítems que realmente miden el constructo por lo que la utilización de esta prueba ayudaría en gran medida a futuras investigaciones.

Cabe resaltar la relevancia de este estudio instrumental para la promoción de más estudios de validación en Colombia y en mayor medida en Latinoamérica ya que se evidencia que el estudio de constructos psicológicos con pruebas de validación extranjera diferirá en los resultados ya que, como afirma Anastasi (1998) las pruebas e instrumentos psicológicos no poseen características universales.

Recomendaciones

Los resultados del juicio de expertos y los análisis factoriales señalan que, en un contexto como el colombiano, parece que se esté asociando la palabra ‘abuso’ con ‘abuso sexual’, necesariamente. Asimismo, cargan ítems de manera que se confunde ‘negligencia emocional’ con ‘negligencia física’; sin embargo, los ítems que tienen cabida dentro de otro factor no evidencian separación entre constructos, pues siguen haciendo parte del factor asociado inicialmente.

A efectos de estos resultados, se recomienda, en futuros estudios, revisar la redacción pues los ítems pueden llegar a no ser claros en población de Colombia. Así, la revisión de la redacción de los ítems debe ir con el objetivo de readaptar la prueba para Colombia, o en su defecto, para Latinoamérica.

Dicha readaptación debe conllevar el proceso de traducción directa e inversa y pasar de nuevo por el juicio de profesionales a nivel clínico e investigativo quienes ayudarán a determinar la validez de contenido de la prueba.

Los resultados indican que el CTQ-SF, en población colombiana, es un instrumento confiable en la evaluación de historias de trauma en la niñez y adolescencia de personas adultas pero la dificultad que presentan los ítems 4, 11 y 18 no replica la estructura factorial del instrumento. Así, una de las limitaciones sería que, si bien el tamaño muestral es amplio y soportado por los coeficientes KMO y Barlett, la muestra seleccionada de manera no probabilística es de una sola zona del país; así, un estudio que contemple las diferencias regionales puede ayudar a la readaptación del CTQ-SF.

Referencias

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson
- Anastasi, A., Urbina, S., (1998). *Tests Psicológicos*. Prentice Hall, 2da Edición, México.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5 ed.) Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bados, A; García-Grau, E; Fusté, A; (2015). *Predictores de la inmovilidad tónica ante eventos traumáticos*. Anales de Psicología, 31 782-790. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16741429004>
- Barbosa Pacheco, J T; Quarti Irigaray, T; Werlang, B; Tiellet Nunes, M L; de Lima Argimon, I I; (2014). *Childhood Maltreatment and Psychological Adjustment: A Systematic Review*. Psicologia: Reflexão e Crítica, 27() 815-824. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18832649022>
- Barney, G., Céspedes, J. (2006) Abuso Sexual Infantil. Sociedad Colombiana de Pediatría. Año 5, módulo 3 (33-41) Disponible en: https://scp.com.co/precop-old/precop_files/modulo_5_vin_3/31-41%20Negligencia%20o%20descuido.pdf
- Barrancos, M. (2009) Abuso Emocional: El Enemigo Invisible (1st ed.) Buenos Aires: Ed. Lulú.
- Bernstein, D., Ahluvalia, T., Pogge, D., Handelsman, L. (1997) Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an Adolescent Psychiatric Population. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 36(3):340-348.

- Borja, K; Ostrosky-Solís, F; (2009). Los eventos traumáticos tempranos y su relación con la psicopatía criminal. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 4(1) 160-169. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179314913009>
- Brands, I., Kohler, S., Stapert, S., Wade, D., van Heugten, C. (2014) Psychometric Properties of the Coping inventory for Stressful Situations (CISS) in Patients With Acquired Brain Injury. *Psychological Assessment*, Vol. 26, No. 3, 848–856. DOI: 10.1037/a0036275
- Briceño, G., Durán, M., Blanco, G., Zorro, S. (2015) Epidemiología de los Casos de Maltrato Infantil en la Organización Sanitas en Bogotá. *Rev. Médica Sanitas* 18 (1) pp. 21-28.
- Carrasco, M. & González, J. (2006). Aspectos conceptuales de la agresión: definición y modelos explicativos. *Acción Psicológica*, 4(2), 7-38. doi:10.5944/ap.4.2.478
- Crespo, M., Mar, M. (2003). Propuesta de un Inventario Para la Evaluación y Diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 3(3). 41-57. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v23n1/original2.pdf>
- Crespo, M; Gómez, M M; (2012). *La Evaluación del Estrés Postraumático: Presentación de la Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP)*. Accésit de la XVIII edición del Premio de Psicología Aplicada “Rafael Burgaleta” 2011. *Clínica y Salud*, 23(1) 25-41. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180623381002>
- De Paúl, J., Pérez, A., Pedro, M., Alday, N., Mocoroa, I. (2002) Recuerdos de Maltrato Infantil en Maltratadores y Potencial de Maltrato en Víctimas de Maltrato Físico y Abuso Sexual. *Psicothema*. Vol. 14, (1) pp. 53-62. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/686.pdf>

- Echeburúa, E. & Guerricaechevarría, C. (2011) *Tratamiento Psicológico De Las Víctimas De Abuso Sexual Infantil Intrafamiliar: Un Enfoque Integrador*, Behavioral Psychology / Psicología Conductua 19(2), pp. 469-48. Disponible en:
<http://www.ehu.eus/echeburua/pdfs/ASI.pdf>
- Echeburúa, E., De Corral, P., Amor, P., Zubizarreta, I., Sarasua, B. (1997) Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático: Propiedades Psicométricas. Análisis y Modificación de Conducta, 23(90). 503-526. Disponible en:
<http://www.ehu.eus/echeburua/pdfs/7-egs.pdf>
- Echeburúa, E.; Del Corral, P. (2006) Secuelas Emocionales en Víctimas de Abuso Sexual en la Infancia. Cuadernos Medicina Forense; 12 (43-44):75-82.
- Frías Ibáñez, Á; Palma Sevillano, C; Horta Llovet, A; Bonet Álvarez, J; (2013). Eventos traumáticos en pacientes con trastorno obsesivo- compulsivo: implicaciones etiopatogénicas, nosológicas y terapéuticas.. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 33() 595-601. Recuperado de
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265028372009>
- Gaborit, M. (2006) Desastres y Trauma Psicológico. Pensamiento Psicológico, Vol.2, N°7, 2006, pp. 15-39. Recuperado de:
<http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/39/114>
- Gómez, M. (2006). Maltrato Psicológico. Cuadernos de Medicina Forense 12 (43-44) 103-116. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn43-44/08.pdf>
- Gómez, S; (1988). Maltrato infantil: Un problema multifacético. Revista Latinoamericana de Psicología, 20() 149-161. Recuperado de
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80520201>

- González, C., (2009). Propiedades Psicométricas de la Escala de Desesperanza de Beck en una Muestra Bogotana. *Psychologia: Avances de la Disciplina*. 3 (2), 17-30.
- Guerrero, B. & Alva, E. A. (2015). Conductas parentales: efectos del tipo de interacción y edad de los infantes. *Revista de Psicología*, 24(2), 1-16. Recuperado de:
<http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2016.38172>
- Hernandez, A., Gallardo-Pujol, D., Pereda, N., Arntz, A., Bernstein, D. P., Gaviria, A., Labad, A., Valero, J., Gutiérrez-Zotes, J. Initial Validation of the Spanish Childhood Trauma Questionnaire-Short Form. *Journal of Interpersonal Violence*. 28(7), pp. 1498 – 1518.
Recuperado de DOI: <https://doi.org/10.1177/0886260512468240>
- Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2013) Comportamiento de la Violencia Intrafamiliar, Colombia 2013.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF). Boletines estadísticos mensuales. 2017. Página web, disponible en:
<http://www.medicinalegal.gov.co/web/dispositivos-moviles/boletines-estadisticos-mensuales>
- Jiménez, L., & Donoso, P., & Sánchez, I., & Morales, S., & Jumbo, I. (2005). INCIDENCIA DEL MALTRATO FÍSICO Y PSICOLÓGICO INFANTIL EN EL RENDIMIENTO DE LOS/LAS ESTUDIANTES/AS. *Universitas, Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, (2), 43-61. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476150821003>

Kerlinger, F., & Lee, H. (2002). *Investigación del Comportamiento: Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*. Mc Graw Hill, Cuarta Edición, México.

Lago, G. (2006). Negligencia o Descuido. Programa de Educación Continua en Pediatría. Año 5, módulo 3. Recuperado de: https://scp.com.co/precop-old/precop_files/modulo_5_vin_3/31-41%20Negligencia%20o%20descuido.pdf

León, O.G. y Montero, I. (1993). *Diseño de investigaciones. Introducción a la lógica de investigación en psicología y educación*. Madrid: McGraw Hill.

Ley 1098. Código de Infancia y Adolescencia. Bogotá, Colombia. Noviembre 8 de 2006.

Llave, T. (2012). *Abuso Sexual: Estadísticas Para la Reflexión y Pautas Para la Prevención*. Corporación Nuevo Milenio: Perú.

López, C. (2008) *Las Reacciones Postraumáticas en la Infancia y Adolescencia Maltratada: El Trauma Complejo*. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* Vol. 13, N.º 3, pp. 159-174 Disponible en: [http://www.aepp.net/arc/\(2\)%202008\(3\).L%C3%B3pez%20Soler%20\(2008.RPPC\).%20Reacciones%20postraum%C3%A1ticas%20en%20la%20infancia%20maltratada.pdf](http://www.aepp.net/arc/(2)%202008(3).L%C3%B3pez%20Soler%20(2008.RPPC).%20Reacciones%20postraum%C3%A1ticas%20en%20la%20infancia%20maltratada.pdf)

Loredo Abdalá, A., & Trejo Hernández, J., & García Piña, C., & Portillo González, A., & Capistrán Guadalajara, A., & Carballo Herrera, R., & Mendoza Rojas, O., & Hernández Roque, A., & Alcántar Escalera, M., & Saucedo García, J., & Ramos Lira, L., & Llata Romero, M., & Sotelo Morales, M., & Martín Martín, V. (2010). *Maltrato infantil: Una acción interdisciplinaria e interinstitucional en México*. Comisión Nacional para el Estudio y la Atención Integral al Niño Maltratado. Primera parte. *Salud Mental*, 33 (3), 281-290.

MARTÍNEZ, G S; (2008). El maltrato infantil: mecanismos subyacentes. Avances en Psicología Latinoamericana, 26(1) 171-179. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79926205>

Montero, I., & León, O. (2007) A Guide for Naming Research Studies in Psychology. International Journal of Clinical and Health Psychology. Vol. 7, No. 3, pp. 847-862.

Moreno, F. (2004). Reflexiones sobre el trauma psicológico y la violencia política: De las guerras centroamericanas de los 80 al 11 de marzo de 2004. Clínica y Salud, 15(3) 253-271. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180617834002.pdf>

Mosquera, D. & González, A. (2013) DEL APEGO TEMPRANO A LOS SÍNTOMAS DEL TRASTORNO LIMITE DE PERSONALIDAD. Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia, 3(3). Pp 1-35. Documento en línea, disponible en: http://www.psicociencias.com/pdf_noticias/Apego_y_TLP.pdf

Neira, J., Tisminetzky, G. (2010). Atención Inicial de Pacientes Traumatizados. Fundación Pedro Luis Rivero: Buenos Aires, Argentina.

Pereda Beltran, N; (2010). Consecuencias Psicológicas A Largo Plazo Del Abuso Sexual Infantil. Papeles Del Psicólogo, 31(2)191-201. Recuperado De <Http://www.redalyc.org/articulo.oa?Id=77813509005>

R. Paniagua. ¿Qué es un Problema de Salud Pública? Universidad de Antioquia. Marzo, 2013.

Remor E. (2006) Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). Span J Psychol;9:86- 93. <http://doi.org/wj3>.

- Salvador, M. (2009). El Trauma Psicológico: Un Proceso Neurofisiológico con Consecuencias Psicológicas. *Revista de psicoterapia*, ISSN 1130-5142, Vol. 20, N°. 80, págs. 5-16.
- Sanín, A. (2013) Abandono Infantil: Estado de la Cuestión. *Rev. Textos y Sentidos*. No. 7. Enero. Recuperado de:
<http://biblioteca.ucp.edu.co/OJS/index.php/textosysentidos/article/view/810/770>
- Torres-Valentín, M., & Martínez-Taboas, A., & Sayers-Montalvo, S., & Padilla, L. (2013). Eventos traumáticos en estudiantes de medicina y psicología clínica en Puerto Rico. *Interamerican Journal of Psychology*, 47 (1), 101-110. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28426980012>
- UNICEF (2008). *Derechos de la Niñez en Emergencias y Desastres*. UNICEF Oficina Regional para América Latina y el Caribe. ISBN: 978-92-806-4399-2
- UNICEF (2009). *Maltrato Infantil: Una Dolorosa Realidad Puertas Adentro*. ISSN 1816-7527
Recuperado de: [https://www.unicef.org/lac/Boletin-Desafios9-CEPAL-UNICEF\(1\).pdf](https://www.unicef.org/lac/Boletin-Desafios9-CEPAL-UNICEF(1).pdf)
- Wright, K., Asmundson, G., McCreary, D., Scher, C., Hami, S., Stein M. (2001) Factorial Validity Of The Childhood Trauma Questionnaire In Men And Women. *Depression And Anxiety* 13:179–183.
- Zung, W. (1971) A Rating Instrument For Anxiety Disorders. *Psychosomatics* vol 12 (6) pp. 371-379.

Anexos

PLANILLA JUICIO DE EXPERTOS

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento CUESTIONARIO DE TRAUMA INFANTIL VERSIÓN CORTA (CTQ-SF) (Hernández et al., 2011) que hace parte de la investigación “**Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Trauma Infantil (CTQ-SF) en Población Adulta Colombiana.**”

La evaluación de los instrumentos es de gran relevancia para lograr que sean válidos y que los resultados obtenidos a partir de éstos sean utilizados eficientemente; aportando tanto al área investigativa de la psicología como a sus aplicaciones. Agradecemos su valiosa colaboración.

Nombre: _____

Apellidos: _____

Profesión: _____

Mayor Grado Alcanzado: _____

Cargo Actual: _____

Institución: _____

Objetivo de la investigación: Analizar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Trauma Infantil (CTQ-SF) en adultos de la ciudad de Bogotá, Colombia.

Objetivo del juicio de expertos: Determinar la validez de contenido de la prueba CTQ-SF en población adulta de la ciudad de Bogotá, Colombia.

Objetivo de la prueba: Evaluar en personas adultas experiencias de trauma en la niñez y adolescencia.

De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	INDICADOR
SUFICIENCIA Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de esta.	1. No cumple con el criterio.	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión.
	2. Bajo nivel.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión pero no corresponden con la dimensión total.
	3. Moderado nivel.	Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente.
	4. Alto nivel.	Los ítems son suficientes.

<p>CLARIDAD</p> <p>El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. No cumple con el criterio. 2. Bajo nivel. 3. Moderado nivel. 4. Alto nivel. 	<p>El ítem no es claro.</p> <p>El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo a su significado o por ordenación de las mismas.</p> <p>Se requiere una modificación muy específica e algunos de los términos del ítem.</p> <p>El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.</p>
<p>COHERENCIA</p> <p>El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. No cumple con el criterio. 2. Bajo nivel. 3. Moderado nivel. 4. Alto nivel. 	<p>El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.</p> <p>El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión.</p> <p>El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo.</p> <p>El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.</p>
<p>RELEVANCIA</p> <p>El ítem es esencial o importante; es decir, debe ser incluido.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. No cumple con el criterio. 2. Bajo nivel. 3. Moderado nivel. 4. Alto nivel. 	<p>El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.</p> <p>El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide.</p> <p>El ítem es relativamente importante.</p> <p>El ítem es muy relevante y debe ser incluido.</p>

Marque de 1 a 4 los siguientes ítems según corresponda:

*Los ítems marcados son de puntuación invertida.

DIMENSION	#	ÍTEM	SUFICIENTIA	COHERENCIA	RELEVANCIA	CLARIDAD	OBSERVACIONES
(Bernstein et al. 1997)							

ABUSO EMOCIONAL “Todo ataque verbal sobre el sentido de bienestar o valor [autoestima] de un niño o todo comportamiento humillante y discriminatorio a un niño por un adulto o persona mayor”	3	Personas en mi familia me llamaron con calificativos como “estúpido (a)”, “perezoso (a)” o “feo (a)”.					
	8	Pensé que mis padres preferían que nunca hubiera nacido.					
	1 4	Personas en mi familia me dijeron cosas que me hirieron o me ofendieron					
	1 8	Sentí que alguien en mi familia me odiaba.					
	2 5	Creo que fui abusado emocionalmente.					
ABUSO FÍSICO “Un atentado corporal sobre un	9	Alguien de mi familia me golpeo tan fuerte que tuve que consultar un médico o ir al hospital.					
	1 1	Alguien en mi familia me golpeó tanto que me dejó con moretones					

menor por parte de un adulto o persona mayor que posee un riesgo o termina en una lesión”		o marcas.					
	1 2	Fui castigado con un cinturón, un palo, una cuerda o algún otro objeto que me lastimara.					
	1 5	Creo que fui maltratado/abusado físicamente.					
	1 7	Fui golpeado tan fuerte, que fue notado por alguien como un profesor, un vecino o un médico.					
ABUSO SEXUAL “contacto sexual entre un menor de 17 años y un adulto o persona mayor que el niño, por lo menos cinco años mayor”	2 0	Alguien intento tocarme de una manera sexual o trato que me tocara a mi mismo.					
	2 1	Me amenazaron con lastimarme o decir mentiras sobre mí, si no hacía algo sexual.					
	2 3	Trataron de obligarme a hacer algo sexual o ver cosas sobre					

		sexo.					
	2 4	Alguien me acosó sexualmente.					
	2 7	Creo que fui abusado sexualmente.					
NEGLIGEN CIA FÍSICA	1	No tuve suficiente para comer.	“la falla de los responsables de los niños en suplir las necesidades básicas”				
	2	Sabía que había alguien que me cuidara y protegiera.*					
	4	Mis padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidar de la familia.					
	6	Tuve que usar ropa sucia.					
	2 6	Hubo alguien que me llevara al médico cuando lo necesité.*					
NEGLIGEN CIA EMOCION AL	5	Había alguien en mi familia que me ayudó a sentirme que yo era importante o especial.*	“la falla en				
	7	Me sentí					

<p>suplir las necesidades básicas emocionales como amor, autoestima, apoyo, sentido y ánimo”</p>		amado.*					
	1 3	Las personas de mi familia cuidaban unas de otras.*					
	1 9	Las personas de mi familia eran unidas.*					
	2 8	Mi familia fue una fuente de fuerza y apoyo.*					
<p>REPORTE FALSO-NEGATIVO DE TRAUMA (Hernández et al., 2012) “Ítems para detectar reportes negativos de trauma”</p>	1 0	No había nada que quisiera cambiar de mi familia.					
	1 6	Tuve una infancia muy agradable.					
	2 2	Tuve la mejor familia del mundo.					