



Facultad de Medicina



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
“RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”

Validez y confiabilidad del Inventario de Trauma Temprano en una muestra de pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA
QUE PRESENTA:

MELISSA FLORES FRANCO

Tutor Teórico
Dr. Ilyamín Merlín García

Tutor Metodológico
Ing. José Francisco Cortés Sotres

Ciudad de México, Julio 2016.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

<u>ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS</u>	3
<u>RESUMEN</u>	5
<u>MARCO TEÓRICO</u>	6
Trauma.....	6
Trauma temprano.....	7
Trauma temprano y sus consecuencias la salud mental.....	10
Diagnóstico de las consecuencias del trauma en la clasificación actual.....	15
<u>ANTECEDENTES</u>	22
Instrumentos para evaluación del trauma.....	22
EL INVENTARIO DE TRAUMA TEMPRANO	27
<u>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u>	29
<u>JUSTIFICACIÓN</u>	30
<u>OBJETIVOS</u>	31
Objetivo General.....	31
Objetivos Específicos.....	31
<u>HIPÓTESIS</u>	33
<u>MATERIAL Y MÉTODOS</u>	33
Tipo de estudio.....	33
Participantes.....	34
Variables.....	36
Escala e instrumento de evaluación.....	37
FORMATO DE DATOS CLÍNICOS DEMOGRÁFICOS	37
Procedimiento.....	44
Análisis estadístico.....	44
Consideraciones éticas.....	45
<u>RESULTADOS</u>	47
Variables sociodemográficas.....	47
Inventario de Trauma Temprano	51
<u>Dominio I - Eventos Traumáticos</u>	51
<u>Dominio II – Abuso Físico</u>	56
<u>Dominio III – Abuso Emocional</u>	58
<u>Dominio IV – Abuso Sexual</u>	60
Índice de Severidad del Trauma Temprano	63
Cuestionario de Trauma en la Infancia (CTQ)	66
Validez Concurrente.....	68
<u>DISCUSIÓN</u>	70
<u>CONCLUSIONES</u>	73
BIBLIOGRAFÍA	74

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1. Distribución de la muestra por fase y género.....	47
Tabla 2. Distribución de la muestra por fase y estatus marital.....	48
Tabla 3. Distribución de la muestra por fase y ocupación.....	49
Tabla 4. Distribución de la muestra por fase y años de escolaridad.....	49
Tabla 5. Distribución de la muestra por diagnóstico y comorbilidad.....	50
Tabla 6. Prevalencia e Impacto del Dominio I- Eventos Traumáticos.....	52
Gráfico 1. Gráfico de sedimentación.....	53
Tabla 6.1 Porcentaje de varianza y varianza acumulada.....	54
Tabla 6.2 Estructura factorial.....	55
Tabla 7. Prevalencia e Impacto del Dominio II- Abuso Físico.....	56
Tabla 7.1 Porcentaje de la varianza.....	57
Tabla 7.2 Carga factorial.....	57
Tabla 8. Prevalencia e Impacto del Dominio III- Abuso Emocional.....	58
Tabla 8.1. Porcentaje de la varianza.....	59
Tabla 8.2 Carga factorial.....	59
Tabla 9. Prevalencia e Impacto del Dominio- Abuso Sexual.....	60
Gráfico 2. Gráfico de sedimentación.....	61
Tabla 9.1. Porcentaje de la varianza.....	62
Tabla 9.2. Carga factorial.....	62
Tabla 10. Índice de severidad del Trauma Temprano por dominio y grupo de edades.....	63
Gráfico 3. Índice de severidad del Índice de severidad del Trauma Temprano para el dominio de Eventos Traumáticos.....	64
Gráfico 4. Índice de severidad del Trauma Temprano para el dominio de Abuso Físico.....	64
Gráfico 5. Índice de severidad del Trauma Temprano para el dominio de Abuso Emocional.....	65
Gráfico 6. Índice de severidad del Trauma Temprano para el dominio de Abuso Sexual.....	65
Tabla 11. Estructura factorial del Cuestionario de Trauma en la Infancia.....	66

Tabla 11.1. Porcentaje de la varianza.....	66
Tabla 11.2 Media de los factores.....	68
Tabla 11.3. Validez concurrente entre el Inventario de Trauma Temprano y la Escala de Trauma.....	69

RESUMEN.

El concepto de Trauma Temprano implica la exposición a eventos estresantes, potencialmente traumáticos, durante la infancia, niñez y adolescencia. Incluye cualquier acto violento, que involucra una acción u omisión que provoque un daño físico o psicológico a un menor, experiencias incidentales, el uso intencional de la fuerza o el poder, de hecho o como amenaza, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, alteraciones en el desarrollo o privaciones. Las experiencias de Trauma Temprano se han asociado con comorbilidades médicas y psiquiátricas.

En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, realizada en población urbana mexicana entre el año 2001 y 2002, se observó que al menos un 68% de la población adulta en México ha estado expuesta al menos a un suceso estresante al menos una vez en su vida, un 20.4 % ha sido testigo de violencia doméstica en su infancia y un 18.3% fue víctima de violencia física grave por parte de los padres o cuidadores durante la infancia.

OBJETIVO: Determinar la validez y confiabilidad del Inventario de Trauma Temprano (ITT) en una muestra de pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz". Además determinar la consistencia interna, validez de constructo, la frecuencia de respuesta e impacto para cada evento del ITT, determinar el índice de Severidad del Trauma Temprano y calcularlo por grupo de edades, así como determinar la consistencia interna, validez de constructo y validez convergente del Cuestionario de Trauma Temprano (CTQ) con el ITT.

MÉTODO: se realizó un estudio observacional, analítico y transversal, en dos fases. La Fase I se incluyeron 50 pacientes con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor (TDM); en la Fase II 65 pacientes con diagnóstico de TDM, TEPT y TAG según el DSM-IV-TR. Se eligieron pacientes de ambos sexos de 18 a 65 años. Se excluyeron aquellos que no aceptaron participar en el estudio, con síntomas psicóticos y con presencia o antecedente de cualquier trastorno psiquiátrico secundario.

RESULTADOS: El ITT y sus cuatro dominios mostraron adecuadas propiedades psicométricas. El dominio de Eventos Traumáticos tuvo una consistencia interna Alpha de Cronbach de $\alpha=0.539$. El dominio de Abuso Físico tuvo un Alpha de Cronbach de $\alpha=0.841$, el dominio de Abuso Emocional de $\alpha=0.798$ y el cuarto dominio de Abuso Sexual de $\alpha=0.652$. La Validez de constructo y consistencia interna del CTQ tuvo una Alpha de Cronbach de $\alpha=0.944$, la validez concurrente entre el ITT y el CTQ reportó una $r=0.689$.

CONCLUSIONES: El Inventario de Trauma Temprano es un instrumento recomendado para nuestra población, no sólo por sus propiedades psicométricas, por la utilidad clínica que éste representa para el clínico y para el paciente, con el fin de realizar una entrevista integral para un tratamiento y pronóstico adecuado.

MARCO TEÓRICO.

Trauma.

La palabra *trauma* proviene del griego “herida”. De manera original se utilizó éste término para hacer connotación “a una herida física y, paralelamente, a una herida psíquica, que puede ocurrir posterior a un evento traumático”. La palabra *trauma* se ha empleado de diversas maneras: haciendo referencia a (1) un *evento traumático*, incluyendo la experiencia individual durante la exposición a un estrés; o (2) la respuesta del *individuo*, la cual puede ser peritraumática (cuando ocurre durante el evento o inmediatamente después) o postraumática (cuando ocurre semanas, meses o años después).¹

En relación a la primera acepción, los eventos traumáticos se pueden clasificar de distintas formas. En 1991, Terr los categorizó como eventos “Tipo I” y “Tipo II”.² Los primeros hacen referencia a eventos traumáticos únicos, inesperados, como un accidente, un desastre natural, un ataque terrorista o un episodio único de abuso sexual; los eventos “Tipo II”, también conocidos como trauma complejo o trauma repetitivo, serían un abuso recurrente, violencia intrafamiliar, violencia social, guerras o genocidios. Se estima que este tipo de trauma puede ser más prevalente de que hasta ahora se ha reportado, llegando a presentarse hasta en 1 de cada 7 a 10 niños. Usualmente ocurre de manera acumulativa e involucra una traición en las relaciones con los cuidadores primarios, ya que comúnmente es realizada por una persona conocida o cercana a la víctima. Además, no solo se asocia a un mayor riesgo de desarrollo de trastorno por estrés postraumático, en comparación con el trauma “Tipo I” (33-75% vs. 10-20% de riesgo, respectivamente), sino también involucra o altera el desarrollo psicobiológico y socioemocional cuando llega a ocurrir durante periodos

críticos del desarrollo. Por ello, estos eventos se consideran “complejos”, poniendo al individuo en riesgo no sólo de desarrollar episodios recurrentes de ansiedad, sino además los predispone a fracturas en su desarrollo psicobiológico respecto a la integridad de su cuerpo, el desarrollo de una identidad saludable y una personalidad coherente, con apego seguro, que les permita tener la capacidad de mantener relaciones saludables y recíprocas.

El momento en que ocurre el trauma, más comúnmente durante el desarrollo en la infancia, precisamente en los momentos en que la autorregulación y autodefinición se establecen, distinguen este tipo de trauma de los demás. Por lo tanto, el trauma complejo involucra no sólo el impacto del miedo, sino también y fundamentalmente, una violación de y amenaza de un nuevo y emergente, frágil e inmaduro *self*. Como consecuencia, el trauma complejo deja al niño incapaz de autorregularse (controlar sus emociones, cogniciones, creencias, intenciones y acciones), para poder alcanzar un nivel de autointegridad (el sentir y creer que es único, entero, coherente y valioso como persona) o para poder tener relaciones interpersonales como un recurso de cuidado y confianza que puedan apoyar esta autorregulación y autointegridad.³

Trauma temprano.

Este concepto implica la exposición a eventos estresantes, potencialmente traumáticos, durante la infancia, niñez y adolescencia. Incluye cualquier acto violento, que involucra una acción u omisión que provoque un daño físico o psicológico a un menor, el uso intencional de la fuerza o el poder, de hecho o como amenaza, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, alteraciones en el desarrollo o privaciones. También incluye experiencias incidentales

tales como accidentes, exposición a desastres naturales, la pérdida de un ser querido, problemas de salud graves, entre otros.

La forma más frecuente y más estudiada de trauma temprano es la exposición al maltrato infantil, que constituye un importante problema de salud pública y bienestar social a nivel mundial.⁴ Se calcula que cada año alrededor de 4 a 16% de los niños son abusados físicamente y uno de cada diez sufre descuido o es maltratado psicológicamente. Además, entre el 5% y el 10% de las niñas y hasta un 5% de los niños están expuestos al abuso sexual por penetración, y hasta tres veces más a cualquier otro tipo de abuso sexual.⁵

La Organización Mundial de la Salud ha definido que: *“el abuso o maltrato de menores abarca toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”*.⁶ Un abuso sexual se define como “el contacto físico o conducta entre un niño menor de 18 años de edad con una persona de mayor edad o adulta”. Abuso físico se define como “agresiones físicas en un niño por un adulto o una persona mayor que trae consigo un riesgo o resulta en daño”. Abuso emocional se define como “agresión verbal hacia el valor o bienestar de un niño, o cualquier humillación o conducta devaluadora hacia el niño de parte de un adulto o una persona mayor a él”. Negligencia física se define como “la falla en los cuidadores para proveer las necesidades físicas básicas del niño, incluyendo alimentos, ropa, seguridad, protección y cuidados de salud (pobre supervisión parental también se incluye en esta definición si pone en riesgo la seguridad del niño)”. Negligencia emocional se define como “la falla en los cuidadores para cumplir con las

necesidades básicas emocionales y psicológicas, incluyendo amor, pertenencia, apoyo y cuidado”.

En nuestro país, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) propone la siguiente definición: *“Todo acto u omisión encaminado a hacer daño aún sin esta intención pero que perjudique el desarrollo normal del menor”*.⁷

Por su parte, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), define a los niños maltratados como: *“Los menores de edad que enfrentan y sufren ocasional o habitualmente, violencia física, emocional o ambas, ejecutadas por actos de acción u omisión, pero siempre en forma intencional, no accidental, por padres, tutores, custodios o personas responsables de ellos”*.⁸

Finalmente, la Norma Oficial Mexicana “NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres”, en define la violencia familiar como: *“Acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder –en función del sexo, la edad y la condición física- en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono”*.⁹

En nuestro país no se conoce la prevalencia de niños con maltrato infantil. Los estudios que existen sólo muestran facetas parciales de este problema, por lo que es necesario establecer estrategias de investigación adecuadas para su detección.¹⁰

En 1993 la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal informó que el abuso sexual ocupaba el segundo lugar de los delitos notificados en esta institución; la incidencia fue de 24.1%, del cual casi el total (23.9%) correspondía a agresiones que habían sido perpetradas hacia menores de 13 años.¹¹

De manera similar, en una encuesta realizada en nuestro país, se encontró que el 18% de la población reportó haber sido golpeada por sus padres.¹² En otro estudio

epidemiológico realizado en la población de cuatro ciudades de México se reportó que entre 14 y 21% de los adolescentes afirmaron haber recibido golpes durante la infancia por parte de alguno de sus padres.¹³

La Organización Mundial de la Salud (OMS) subdivide a la violencia interpersonal en dos categorías: la violencia familiar y de pareja, que suele ocurrir en el hogar; y la violencia comunitaria, la cual suele ocurrir fuera del hogar por personas que pueden tener o no alguna relación con sus víctimas. Otras formas de violencia constituyen la del crimen organizado y los efectos a la exposición a los desastres naturales o los producidos por el hombre.¹⁴

Trauma temprano y sus consecuencias la salud mental.

Se han encontrado consecuencias a largo plazo en personas con antecedente de abuso en la infancia, incluyendo un mayor riesgo de violencia y delincuencia, depresión en la adultez e intento suicida. Asimismo, se han asociado conductas de riesgo como el consumo de nicotina y alcohol, además de factores de riesgo para desarrollar otras enfermedades como obesidad, pobre función inmune, menarca temprana¹⁵, enfermedad isquémica cardíaca¹⁶ y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC¹⁷³).

Específicamente en relación a la salud mental, se ha reportado una relación entre las experiencias adversas en la infancia y los trastornos psiquiátricos en condiciones diversas tales como el trastorno depresivo mayor, el trastorno límite de la personalidad, los trastornos de ansiedad o del espectro de la esquizofrenia¹⁸.

El maltrato a diferentes edades durante la infancia afecta el desarrollo de diversas regiones cerebrales, afectando el desarrollo de sistemas sensoriales y neuroendocrinos. Efectos en el riesgo, el inicio, la gravedad o cronicidad de los

trastornos han sido reportados para diferentes tipos de eventos traumáticos, incluyendo trauma en general, trauma interpersonal, pérdida o negligencia parental o abuso verbal o físico.

Dos modelos que se han usado para explicar las secuelas del trauma temprano son el *modelo de efectos generales* y el *modelo de efectos diferenciales*. El *modelo de efectos generales*, postula que el abuso sexual, físico y emocional en la infancia predisponen a problemas generales en el funcionamiento emocional y conductual, descartando que un solo tipo de abuso esté asociado a un resultado específico; mientras que el *modelo de efectos diferenciales*, propone que algunos tipos específicos de abuso en la infancia están asociados con resultados específicos en la adultez.

Siguiendo la línea del modelo de efectos diferenciales, se realizó un estudio que apoya el hecho de que el abuso sexual en la infancia predispone a conductas sexuales de riesgo (porcentaje de episodios de sexo sin protección en los últimos tres meses y número de parejas sexuales en la vida), más que el abuso físico y emocional; el abuso físico en la infancia predispone a conductas agresivas, más que el abuso sexual y emocional; y el abuso emocional predispone a la desregulación emocional más que otros tipos de abuso (sexual y físico). Estos resultados sugieren que hay una relación específica entre tipos de trauma en la infancia y el desarrollo de conductas y emociones mal adaptativas.¹⁹

Algunas teorías que intentan explicar la relación trauma-psicopatología son muy específicas, esto es, se enfocan en una sola causa, tal como la teoría del apego de Bowlby,²⁰ en donde la pérdida de la madre y la separación interpersonal temprana conllevan al desarrollo de una depresión por medio de estilos de apego mal adaptativos.

Otra teoría, con un enfoque general del trauma al trastorno, es la teoría de diátesis estrés de Rosenthal (1970), la cual postula que el ambiente, por medio de las experiencias traumáticas, facilitan el inicio de psicopatología solamente si existe una predisposición genética (diátesis).

Dienes et al,²¹ postulan el modelo de sensibilización-estrés, el cual sugiere que el estrés en la edad temprana disminuye el umbral para la reactividad al estrés, incrementando el riesgo para presentar un trastorno al exponerse al estrés en la edad adulta. Lo anterior mostró evidencia en un estudio realizado en pacientes con trastorno bipolar, encontrando que los participantes con trauma temprano grave presentaban recaídas luego de haber sido sometidos a bajos niveles de estrés, en comparación con sujetos con trauma leve o sin antecedente de éste.

Por otra parte, el trauma temprano en humanos está asociado a una sensibilización de la respuesta neuroendocrina al estrés, resistencia a los glucocorticoides, aumento en la actividad del factor liberador de corticotropina (CRF o CRH), activación inmune y una reducción en el volumen hipocampal. Estos cambios neuroendocrinos predisponen al inicio de una depresión como respuesta al estrés, por una falla en el circuito neuronal de las emociones, en el eje neuroendocrino y autónomo.

Por otra parte, existe evidencia que sugiere que los cambios en la metilación del ADN en el hipocampo humano y de ratas son disparados por el maltrato en etapas tempranas de la infancia, y que un evento de metilación del ADN en una célula totipotencial en etapas tempranas de la vida permanece hasta la adultez.³ Se ha reportado, incluso, que el ser de sexo femenino y tener predisposición genética interfiere en la respuesta al estrés e incrementa la vulnerabilidad para desarrollar una depresión relacionada al trauma temprano²²; y se ha encontrado que el riesgo de tener

una depresión aumenta según el número de eventos adversos vividos en la infancia.^{23,24}

Los resultados de Banducci y Senn²⁵, apoyan la teoría dinámica del trauma de Finkelhor y Browne²⁶, en la cual postulan que la conducta sexual puede ser resultado únicamente del trauma sexual. La sexualización traumática, en la cual las emociones y conductas de un niño son forjadas y reforzadas de una manera inadecuada, está asociada únicamente con el abuso sexual, debido a que las personas abusadas tienden a asociar la conducta sexual con el afecto o recompensa, o aprenden a usar el sexo para satisfacer sus necesidades. Las víctimas de abuso sexual, tienen una probabilidad tres veces mayor de presentar trastornos psiquiátricos en comparación con la población general.²⁷

En un estudio realizado por Beitchman²⁸, se evaluaron las consecuencias a corto y largo plazo del abuso sexual en los niños, encontrando como efectos asociados a corto plazo en adolescentes y adultos la insatisfacción sexual, homosexualidad y un aumento en el riesgo en revictimización. La depresión y la ideación o conducta suicida también parecieron estar asociados en víctimas de abuso sexual al comprarlos con grupos de controles sanos y de pacientes psiquiátricos sin antecedente de abuso. Las consecuencias que parecen tener un efecto más duradero en los niños son: la frecuencia y duración del abuso, el uso de fuerza, violencia o penetración y una relación íntima con el perpetrador.

En 1992, Beitchman et al²⁹, estudiaron los efectos a largo plazo en niños con antecedente de abuso, encontrando que un mayor daño a largo plazo está asociado con el abuso de parte del padre o padrastro y con la penetración. Nuevamente se encontraron asociaciones con disfunción sexual, homosexualidad, depresión y

tendencia a la revictimización, así como ansiedad, miedo e ideación suicida. Se asociaron con mayor daño o mayor impacto, el uso de fuerza o amenaza de fuerza.

Según un estudio realizado por Briere, Hodges y Godbout,³⁰ la exposición acumulada a diferentes tipos de trauma interpersonal está asociada con una conducta de evitación disfuncional, esto secundario a un estrés postraumático y una capacidad reducida de regulación afectiva. Con base en esta pobre capacidad de regular las emociones, los individuos con antecedente de trauma recurren al suicidio, al consumo de sustancias, la disociación y a un comportamiento mal adaptativo con el fin de reducir el malestar emocional percibido; esto puede ser evidenciado en la relación del trastorno límite de la personalidad (desregulación afectiva, comportamiento suicida, consumo de sustancias, disociaciones) con el antecedente de trauma interpersonal.

Cutajar³¹ relacionó el abuso sexual en la infancia y el uso de servicios médicos psiquiátricos, encontrando una mayor búsqueda de atención en pacientes con antecedente de abuso sexual en la infancia, confirmando que éste es un factor de riesgo importante para desarrollar depresión, ansiedad, psicosis, consumo de sustancias y trastornos de la personalidad, siendo diagnosticado el trastorno límite de la personalidad siete veces más frecuente en mujeres que en hombres.

En México existen estudios que sugieren que principalmente la disfunción familiar (psicopatología parental, abuso y violencia) está asociada con el inicio de psicopatología afectiva, ansiosa, uso de sustancias y trastornos externalizados a lo largo de la infancia, la adolescencia y la adultez, tanto por el ambiente (capacidad reducida de crianza y ambientes caóticos impredecibles) como por la carga genética.³² Se ha relacionado en la población mexicana, que ciertos eventos traumáticos son específicos para cada secuela, tal como la muerte de los padres a trastornos de

ansiedad, enfermedad física a trastornos de ansiedad y de conducta y conducta criminal parental a trastornos de consumo de sustancias o de conducta.³³

Diagnóstico de las consecuencias del trauma en la clasificación actual.

En la última publicación del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM 5),³⁴ el trastorno por estrés postraumático se ubicó en el capítulo de los Trastornos Traumáticos y Relacionados al Estrés, de la manera siguiente:

Trastorno por Estrés Postraumático.

Los criterios se aplican a adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años y requieren de:

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza;

B. Presencia de síntomas de intrusión asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s);

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s);

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s);

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s);

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

En la clasificación actual se consideran las especificaciones de:

- Con síntomas disociativos (despersonalización y/o desrealización);
- Con expresión retardada.

El Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) ha sido encontrado en 20 a 70% de los niños con abuso sexual. Terr ha propuesto que el TEPT posterior a un abuso sexual es más comúnmente asociado a síntomas disociativos que el TEPT causado por otro evento traumático único.² En los niños traumatizados sexualmente en múltiples ocasiones se ha encontrado impulsividad, conducta pobremente controlada y malestar emocional significativo. Usualmente, estos niños presentan baja autoestima y un sentido persistente de ser dañados por los demás o de ser responsables del abuso. La prevalencia de pacientes asintomáticos varía del 21 al 49%. Un estudio encontró que el 30% de los niños que inicialmente estaban asintomáticos, presentaron síntomas 18 meses después.

Al igual que otros trastornos mentales, los pacientes con TEPT suelen presentar como mínimo un trastorno psiquiátrico adicional. Los hallazgos epidemiológicos en Estados Unidos indican que el 80% de los pacientes con TEPT experimentan durante toda la vida, de forma continua, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad o abuso/dependencia de sustancias.

Algunas características que pueden influir en el tratamiento de los pacientes con TEPT son la impulsividad y la autodestrucción. Se debe siempre evaluar la ideación suicida, intentos suicidas anteriores y factores de riesgo de suicidio como depresión y abuso de sustancias.

Las tasas de prevalencia de abuso/dependencia del alcohol durante toda la vida en hombres y mujeres con TEPT son del 52% y 28%, respectivamente, mientras que las tasas correspondientes de abuso/dependencia de otras sustancias es del 35% y 27%, respectivamente.

Existe evidencia de que las personas con antecedente de trauma corren un mayor riesgo de desarrollar enfermedades médicas. En comparación con personas no traumatizadas, los sobrevivientes de trama refieren más síntomas médicos, utilizan más los servicios médicos, tienen un mayor número de enfermedades diagnosticadas y tienen una mortalidad más elevada.

Algunos factores de riesgo relacionados con el desarrollo de psicopatología posterior a un abuso son la historia personal y de abusos previos, los estresores relacionados al abuso, los estresores posteriores al evento y los "factores mediadores".

Historia personal. Incluye aspectos como la calidad de la relación en la familia previa al evento de abuso, si hay antecedentes de haber sido víctima de negligencia emocional, abuso psicológico, abuso físico, exposición a violencia intrafamiliar, separación de los padres, exposición a psicopatología paterna o consumo de sustancias en los padres.

Factores relacionados al abuso. Las siguientes características de la experiencia están asociadas a un pobre pronóstico: la cercanía del abusador, la duración y frecuencia del abuso, si hubo penetración genital y coerción o amenazas. Existen otras variables que se han relacionado al pronóstico, pero no existe evidencia clara o la evidencia es inconsistente: edad, sexo, número de perpetradores, denigración de la víctima o el hecho de que el agresor solicite confidencialidad sobre el abuso.

Eventos subsecuentes al abuso. Están relacionados al desarrollo de psicopatología eventos como: pobre apoyo de parte de los padres y dar testimonio del evento.

Factores mediadores. Estos se refieren a la actitud del niño hacia él mismo y hacia otros, y su manera de afrontar la situación. Algunos factores relacionados al desarrollo de psicopatología son: autoconcepto negativo, culpa y un locus de control externo. Algunos mecanismos de defensa se han relacionado con psicopatología, como la supresión, la negación y la evitación del perpetrador, la disociación, el desapego y la fantasía, la conversión y la somatización, el *acting-out* y la externalización, la ingesta de etanol y el consumo de otras sustancias, y la repetición-compulsión, recreación y reversibilidad de la victimización.

Epidemiología del trastorno de estrés postraumático. Se ha estimado que sólo una de cada cuatro personas desarrolla TEPT después de un suceso traumático. La prevalencia anual de TEPT en la población general de Estados Unidos es de 7.8% y se estima que el 8% de la población mundial desarrollará este trastorno en algún momento de su vida.

En un estudio de Norris³⁵, realizado en cuatro áreas urbanas del sudeste de Estados Unidos, el 69% de los adultos indicó que había experimentado uno o más acontecimientos traumáticos a lo largo de su vida. En una investigación nacional en Estados Unidos de Norteamérica, entre mujeres víctimas de actos criminales, comprobando que el 69% habían sido agredidas al menos una vez en la vida.³⁶ Breslau, Davis, Andreski y Peterson³⁷, reportaron que en una población relativamente joven, asegurada y con un buen nivel educativo, existía una prevalencia del 39% de exposición a un evento traumático.

Afortunadamente no todas las personas expuestas a acontecimientos traumáticos van a desarrollar TEPT. En el mismo estudio de Breslau, Davis, Andreski y Peterson, aproximadamente el 25% de los individuos expuestos a un suceso traumático desarrollaron TEPT. Norris³⁰ reportó una tasa al momento de la evaluación del 5%, mientras que Resnick *et al*³¹ reportaron una tasa al momento de la evaluación de TEPT en mujeres del 9%, junto con una tasa a lo largo de toda la vida del 12%. En el National Comorbidity Survey de Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes y Nelson (1995) se comprobó que el TEPT afectaba al 8% de la población adulta en algún momento de su vida. En 1992, el National Women's Study de Kilpatrick, Edmonds y Seymour, reportó que el 13% de las mujeres norteamericanas ha experimentado una violación consumada en algún momento de su vida y casi un tercio de ellas desarrollaron TEPT posteriormente, como consecuencia del suceso.

En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica³⁸, realizada en población urbana mexicana entre el año 2001 y 2002, se observó que al menos un 68% de la población adulta en México ha estado expuesta al menos a un suceso estresante al menos una vez en su vida. El 20% dijo haber experimentado al menos un suceso, 15% dos eventos y 33% tres o más. Se reportó que una de cada cuatro personas había experimentado la muerte repentina o inesperada de un familiar o amigo cercano (26.9%), así como algún atraco en el que fue amenazada con un arma (24.6%). Una de cada cinco (21.4%) ha tenido algún accidente. Además, una parte de la población ha sido testigo de violencia doméstica en su infancia (20.3%) y víctima de violencia física grave por parte de los padres o cuidadores durante la infancia (18.3%). El 16.3% de la población mexicana ha sido testigo de la muerte o lesiones de una persona, 13.7% experimentó algún desastre natural o provocado por el hombre. Una de cada diez personas ha sufrido alguna enfermedad grave, 7.4% ha sido apaleado por una persona

ajena a la familia, 6% ha sido apaleado por su pareja y 5.4% reportó haber experimentado abuso sexual. Destacó que las mujeres presentan prevalencias estadísticamente más elevadas de abuso sexual, violencia física por parte de la pareja, violación, persecución y acoso. A su vez, los hombres experimentaron más atracos con arma, así como accidentes. En cuanto a exposición según la etapa del desarrollo, se observó que el haber causado lesiones a otros ocurre con mayor frecuencia en la adolescencia, mientras que el sufrir la muerte de un familiar cercano ocurre a lo largo de la vida. La experiencia de acoso tiene su inicio alrededor de los 15 años de edad, siendo más frecuente antes de los 30 años y ocurre en menor proporción hasta los 40 años. Los accidentes graves ocurren con mayor frecuencia en la adolescencia, los atracos o amenazas con armas ocurren en todas las edades, aunque empiezan a ser más frecuentes en la adolescencia. El evento que tiene una aparición más temprana es el haber sido testigo de violencia doméstica, con frecuencia amplia entre los 5 y los 10 años de edad, con menor incidencia entre los 10 y 20 años de edad. El ser víctima de violencia por parte de los padres mostró una distribución similar, pero la aparición de los nuevos casos fue poco probable después de los 17 años de edad. Los niños y los adolescentes están más expuestos a la violación sexual, este evento tiene su aparición en las dos primeras décadas de la vida, con pocos nuevos casos después de los 20 años. El abuso sexual ocurre también por primera vez en edades tempranas, con reportes a partir de los cinco años de edad; el índice de nuevos casos sigue apareciendo hasta los 25 años, con un segundo periodo con menos casos nuevos hasta poco después de los 30 años y poca incidencia después de ésta edad.

En México, la prevalencia total del trastorno por estrés postraumático es del 2.6% a lo largo de la vida, 0.6% en los últimos 12 meses y 0.2% en el último mes, siendo mayor en el grupo poblacional de mujeres, con una prevalencia a lo largo de la

vida de 3.3% en comparación con 1.9% para los hombres.³⁹ Las prevalencias más elevadas fueron las asociadas a la persecución o acoso, la violación, el secuestro, el abuso sexual y el haber sido víctima de violencia de parte de los padres. Esto es de suma importancia, ya que al evaluar el impacto social según el grado de dificultad en la vida diaria en el hogar, trabajo, relaciones interpersonales y vida social, las personas con diagnóstico de TEPT reportaron un índice de dificultad moderado en estas áreas.

ANTECEDENTES.

En el contexto del lo anteriormente expuesto, es evidente la relevancia del estudio del trauma como un aspecto fundamental en la comprensión de las consecuencias que este tiene en el ámbito de la psicopatología.

El propósito principal del presente trabajo es validar un instrumento para la evaluación de la historia de trauma experimentado durante etapas tempranas de la vida, para lo cual se realizó una revisión de la literatura con el propósito de conocer los instrumentos hasta ahora desarrollados y aplicados para el estudio del trauma en distintas poblaciones, con el propósito de tener elementos para elegir de entre ellos el instrumento con mejores propiedades para su aplicación en la práctica clínica y de investigación.

A continuación se describen descripción los instrumentos encontrados, con la presentación de sus características y aplicaciones.

Instrumentos para evaluación del trauma.

En la investigación clínica es común el empleo de una entrevista diagnóstica estructurada con el fin de conocer en detalle la sintomatología derivada de las experiencias traumáticas, lo que brinda una mayor precisión diagnóstica. Algunas de las entrevistas diagnósticas disponibles y sus propiedades psicométricas son las siguientes:

- *Entrevista Clínica Estructurada para DSM (SCID)*. Se trata de la entrevista más usada para evaluar los trastornos psiquiátricos. Consta de módulos separados para las categorías diagnósticas más comunes. Es económica en cuanto a tiempo

requerido. Para abordar el contexto del trauma, se recomienda emplear los módulos de trastornos de ansiedad, trastornos afectivos y trastornos por abuso de sustancias, así como el cribado de psicosis. El módulo de TEPT de la SCID es sensible y fiable desde un punto de vista clínico. La confiabilidad del instrumento ha sido reportada en varios estudios, entre ellos, Lobbestael et al. (2010), reportó una kappa de 0.70 en una población de 151 sujetos⁴⁰; Zanarini et al. (2000) reportó una kappa de .88 y .78 en dos estudios de 2741 y 5242 sujetos, respectivamente, ambos para la versión DSM-IV.

- *Entrevista para Trastornos de Ansiedad, Revisado (ADIS-R)*. Este cuestionario fue desarrollado por DiNardo y Barlow en 1986⁴³. Se trata de una entrevista diagnóstica estructurada que se centra principalmente en los síntomas de ansiedad y los trastornos afectivos. Utiliza un procedimiento Likert para la calificación de los síntomas. Existen dos estudios psicométricos de la escala que produjeron resultados contradictorios.

- *Entrevista para TEPT (PTSD-I)*. Esta escala de Watson et al. (1991) produce puntuaciones dicotómicas y continuas. Se ha reportado una confiabilidad test-retest de 0.95 y una consistencia interna alfa de 0.92, una sensibilidad 0.89, especificidad 0.94 y coeficiente kappa 0.82⁴⁴. Este cuestionario es autoaplicable, pero tiene como desventaja que no permite a los clínicos realizar puntuaciones por sí mismos.

- *Entrevista Estructurada para TEPT (SI-PTSD)*. Esta escala fue desarrollada por Davidson, Smith y Kudler en 1989.⁴⁵ Produce medidas dicotómicas y continuas de los síntomas de TEPT. El clínico utiliza escalas Likert de 5 puntos para

calificar los síntomas y el foco recae en la intensidad de éstos. La entrevista incluye preguntas iniciales de sondeo y preguntas de seguimiento para facilitar una comprensión más plena de las experiencias sintomáticas del paciente. En un estudio de veteranos de guerra del sexo masculino, se constató una sensibilidad de 0.96 y una especificidad de 0.80.⁴⁶

- *Escala para el TEPT Administrada por el Clínico (CAPS-1)*. Desarrollada por el National Center for PTSD y diseñada para ser utilizada por clínicos.⁴⁷ Consta de 30 ítems, valora la totalidad de los 17 síntomas de TEPT, así como una amplia gama de síntomas asociados frecuentemente a este trastorno. También contiene puntuaciones para el funcionamiento social y ocupaciones y una valoración de la validez de las respuestas del paciente. Al igual que la PTSD-I y la SI- PTSD, la CAPS genera puntuaciones tanto dicotómicas como continuas. Dos características únicas de esta escala son que contiene puntuaciones separadas para la frecuencia y la intensidad de cada síntoma y que posee preguntas de sondeo y valores de escala entroncados con el comportamiento. Requiere de aproximadamente una hora para su aplicación. Se ha reportado con una sensibilidad del 84%, 95% de especificidad, 89% de eficiencia y un valor kappa de 0.78 frente al SCID.

- *Entrevista de Escala Sintomática para TEPT (PSS-I)*. La PSS-I fue desarrollada por Foa, Riggs, Dancu y Rothbaum.⁴⁸ Incluye los 17 criterios diagnósticos de TEPT y cuenta con escalas de puntuación Likert para cada criterio. Puede servir como una medida continua o dicotómica de TEPT y su administración requiere un tiempo aproximado de 20 minutos. Se reportó una sensibilidad diagnóstica de 0.88 y una especificidad de 0.96.

Existen también instrumentos autoaplicables. Ellos ofrecen la ventaja de una mayor economía en el tiempo de aplicación, lo que los hace prácticos en su uso clínico y de investigación. A continuación se describen los instrumentos encontrados:

- *Escala de Impacto del Acontecimiento, Revisada (IES-R)*. Fue desarrollada por Horowitz, Wilner y Álvarez,^{49,50} y revisada en 1997 por Weiss y Marmar para incorporar los síntomas de sobresalto exagerado del TEPT⁵¹. Aún se necesita más información sobre la confiabilidad y validez de la versión validada.

- *Escala de TEPT relacionado con combate, de Mississippi*. Es una escala de 35 ítems diseñada para medir el TEPT relacionado con la guerra. Se diseñó en base a criterios del DSM-III. Tiene excelentes propiedades psicométricas, un valor alfa de 0.94 y una confiabilidad test-retest de 0.97, una sensibilidad de 0.93 y especificidad de 0.89.⁵²

- *Subescala de TEPT de Keane del MMPI-2*. Esta escala deriva originalmente del formulario R del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI). Consta de 46 ítems extraídos del MMPI-2. Tiene una consistencia interna de 0.85-0.87 y una confiabilidad test-retest 0.86-0.89.⁵³

- *Inventario de Estrés Postraumático de Penn.* Es un cuestionario de 26 ítems desarrollado por Hammerberg.⁵⁴ Se han estudiado sus propiedades psicométricas en poblaciones con traumas múltiples y su especificidad es comparable a la de la Escala de Mississippi.

- *Escala Diagnóstica Postraumática* (PTDS). Fue desarrollada por Foa *et al.*⁵⁵, derivada directamente de los criterios del DSM y consta de 17 preguntas. Además, el paciente valora en una escala de 4 puntos la frecuencia de cada uno de los 17 síntomas de TEPT que ha experimentado en los últimos días y al final el paciente puntúa si ha tenido deterioro en nueve áreas de funcionamiento vital. Esta escala se ha validado en diferentes poblaciones como veteranos de guerra, víctimas de accidentes, sobrevivientes de una agresión sexual o no sexual y sobrevivientes de otros eventos traumáticos. Tiene un coeficiente alfa de 0.92 y confiabilidad test-retest respecto a la intensidad de los síntomas de 0.83.

- *Lista de verificación para TEPT* (PCL). Fue creada por investigadores del National Center for PTSD en Boston y está disponible en dos versiones, una para civiles y otra para personal militar.⁵⁶ Consta de los 17 ítems incluidos en los criterios diagnósticos del DSM, calificados en una escala Likert de 5 puntos. La correlación con la CAPS se reportó en 0.929 y su especificidad diagnóstica en 0.90 en comparación con la misma escala.

- *Lista de Verificación de Síntomas de Los Ángeles* (LASC). Se compone de 43 ítems calificados en escala Likert y ha sido estudiada en diversos tipos de poblaciones, hombres y mujeres, adultos y adolescentes y con diversos tipos de traumas. Destaca por su manera continua o dicotómica de calificarse, la inclusión de múltiples características asociadas al TEPT, signos de malestar y problemas funcionales. King *et al.* reportaron una sensibilidad del 0.74, una especificidad de 0.77 y

una tasa global de acierto del 76% en comparación con el diagnóstico establecido por el SCID.⁵⁷

EL INVENTARIO DE TRAUMA TEMPRANO.

El Inventario de Trauma Temprano (ETI, por sus siglas en inglés) fue diseñado en base a una necesidad para poder evaluar de manera confiable el trauma en la infancia para fines clínicos y de investigación. Se establecieron cuatro dominios de los eventos traumáticos en la infancia: trauma general, abuso físico, emocional y sexual. Para poder identificar los eventos relevantes en cada dominio, existe una descripción detallada para cada uno; el abuso físico se describió como un contacto físico o confinado, con intención de herir o matar; abuso emocional se describió como comunicación verbal con el fin de humillar o denigrar a la víctima; el abuso sexual se describió como comentarios o contacto sexual no deseados realizados para beneficio del perpetrador con fines de dominar o denigrar a la víctima; los eventos generales incluyen un amplio rango de eventos traumáticos que suelen ser secundarios a eventos del azar, o eventos realizados por un extraño.

Se creó una lista de eventos traumáticos para cada dominio en base a experiencia clínica, una revisión de los instrumentos existentes y en literatura clínica sobre trauma temprano. Estos eventos traumáticos fueron tomados como la base para el desarrollo de esta escala. La presencia de los eventos en la escala no se considera una representación de la definición de abuso, sin embargo, para fines de investigación, esta escala puede ser una herramienta útil para el desarrollo de un criterio operacional para abuso.

En el año 2000 se validó esta escala en Estados Unidos, al presentar altos niveles de validez interevaluador, test-retest, consistencia interna y validez por comparación con otros instrumentos que evalúen trauma temprano y constructos relacionados, como el TEPT y síntomas disociativos. Mostró validez convergente con el Checklist of Traumatic Events (CLTE).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Como se describe previamente, las experiencias traumáticas pueden tener un papel crucial en el desarrollo de psicopatología, que se puede manifestar en forma de distintos trastornos psiquiátricos. En particular, el trauma temprano, se ha asociado con un mayor riesgo de desarrollar trastornos afectivos, de ansiedad, por consumo de sustancias o de la personalidad en la edad adulta.

Aunque existen muchos instrumentos para la evaluación del trauma, la mayoría de ellos están diseñados para estudiar eventos traumáticos únicos y para investigar el trastorno de estrés postraumático.

Teniendo en cuenta que las experiencias traumáticas pueden presentarse en cualquier momento de la vida y de forma repetitiva, además de tener consecuencias a largo plazo o de forma diferida a su ocurrencia, es fundamental contar con instrumentos que permitan su evaluación. El único instrumento que se ha traducido al español y ha sido validado en la población mexicana es el CTQ, el cual, aunque tiene propiedades psicométricas adecuadas, es un instrumento autoaplicable, lo cual podría producir una reducción en la sensibilidad para detectar los eventos, además de no ser suficientemente exhaustivo, pues se incluyen un limitado número de posibles eventos, lo que hace necesario contar con un instrumento más amplio y aplicado por el clínico.

JUSTIFICACIÓN.

El trauma temprano se reconoce cada vez con más frecuencia y distintas expresiones de maltrato se presentan en todas las poblaciones de mundo, incluyendo la de nuestro país.

El trauma temprano se ha relacionado con distintas consecuencias psicopatológicas, incluyendo al trastorno depresivo mayor, trastornos de ansiedad, disociación, el trastornos de estrés postraumático, consumo de sustancias y otros trastornos, tanto en edades tempranas como a largo plazo, llegando a afectar en la salud mental y general durante la edad adulta.

A pesar de la importancia, el trauma temprano no es evaluado de forma confiable y sistemática, además, los instrumentos disponibles para nuestra población no son específicos para evaluar esta condición, y el único instrumento con esta característica, es limitado en cuanto a número de eventos evaluados, además de ser autoaplicable. Este tipo de instrumento, aunque ofrecen la ventaja de su comodidad en la aplicación y respuesta, limita al clínico en cuanto a la evaluación directa.

Por otro lado, una entrevista directa para eventos traumáticos, permite al clínico establecer una mejor relación con el paciente, así como mejorar la precisión de la información obtenida.

Finalmente, el poder evaluar la gravedad y el significado de diversas experiencias traumáticas tempranas en un individuo, permitiría estudiar este fenómeno en distintas poblaciones y patologías y realizar comparaciones de relevancia clínica.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿El Inventario de Trauma Temprano mostrará validez y confiabilidad en la evaluación de pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”?

OBJETIVOS.

Objetivo General.

- Determinar la validez y confiabilidad del Inventario de Trauma Temprano, en una muestra de pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

Objetivos Específicos.

- Determinar la consistencia interna del Inventario de Trauma Temprano de Bremner, en su versión al Español, en una muestra de pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” (fase I y II).
- Determinar la validez de constructo del Inventario de Trauma Temprano de Bremner, en su versión al Español, en una muestra de pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” (fase I y II).

- Determinar la frecuencia de respuesta para cada evento del Inventario de Trauma Temprano (fase I y II).
- Determinar el impacto de cada evento traumático del Inventario de Trauma Temprano (fase I y II).
- Determinar el Índice de Severidad del Trauma Temprano (Fase II).
- Calcular el Índice de Severidad del Trauma por grupo de edades (Fase II).
- Determinar la consistencia interna del Cuestionario de Trauma Temprano (CTQ) (Fase II).
- Determinar la validez de constructo del Cuestionario de Trauma Temprano (CTQ) (Fase II).
- Establecer la validez convergente del Inventario de Trauma Temprano con el Cuestionario de Trauma Temprano (CTQ) (Fase II).

HIPÓTESIS.

Por el tipo de estudio no se plantean hipótesis específicas, salvo las inherentes a los procedimientos estadísticos empleados

MATERIAL Y MÉTODOS.

Tipo de estudio.

De acuerdo a la Asociación de Facultades de Medicina de Canadá, por su diseño, este estudio es:

- Observacional.
- Analítico.
- Transversal.

De acuerdo a la clasificación de Feinstein, se trata de un estudio de proceso metodológico el cual tiene como objetivo el estudio de los instrumentos de medición.

Participantes.

El estudio se realizó en dos fases: en la primera fase se incluyeron pacientes, de entre 18 y 65 años de edad, con diagnóstico de trastorno depresivo mayor, episodio moderado a grave (sin síntomas psicóticos), del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

Para la segunda fase, se incluyeron pacientes de entre 18 y 65 años de edad, con diagnóstico de trastorno depresivo mayor (sin síntomas psicóticos), trastorno de estrés postraumático y trastorno de ansiedad generalizada, del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

Los participantes cumplieron con los siguientes criterios de selección

Inclusión (fase I):

- Edad entre 18 y 65 años.
- Que aceptaron participar en el estudio.
- Sujetos con diagnóstico de trastorno depresivo mayor moderado a grave, según los criterios del DSM-IV-TR

Exclusión (fase I):

- Presencia o antecedente de cualquier trastorno psiquiátrico secundario (otra médica o consumo de sustancias).
- Síntomas psicóticos de cualquier origen.
- Que no aceptaron participar.

Eliminación (fase I):

- Que no concluyeron las evaluaciones.
- Que desistieron de su participación.

Inclusión (fase II):

- Edad entre 18 y 65 años.
- Que aceptaron participar en el estudio.
- Sujetos con diagnóstico de trastorno de estrés postraumático, según los criterios del DSM-IV-TR.
- Sujetos con diagnóstico de trastorno depresivo mayor, episodio único leve, según los criterios del DSM-IV-TR.
- Sujetos con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada, según los criterios del DSM-IV-TR.

Exclusión (fase II):

- Presencia o antecedente de cualquier trastorno psiquiátrico secundario (otra médica o consumo de sustancias).
- Síntomas psicóticos de cualquier origen.
- Que no aceptaron participar.

Eliminación (fase II):

- Que no concluyeron las evaluaciones.
- Que desistieron de su participación.

Variables.

Las variables que se consideran en el estudio son las generadas por el Inventario de Trauma Temprano de Bremner:

Inventario de Trauma Temprano	Escala	Unidad o Categorías
Dominios		
Eventos Traumáticos	Dimensional	<ul style="list-style-type: none">• Numero de Eventos
Abuso Físico	Dimensional	<ul style="list-style-type: none">• Número de Eventos
Abuso Emocional	Dimensional	<ul style="list-style-type: none">• Número de Eventos
Abuso Sexual	Dimensional	<ul style="list-style-type: none">• Número de Eventos
Impacto de los Eventos	Categórica	<ul style="list-style-type: none">• Alto: Impacto Extremadamente Negativo (valor -3) y Moderadamente Negativo (valor -2)• Bajo Impacto con valores del (-2 a 3)
Índice de Severidad del Trauma Temprano	Dimensional	<ul style="list-style-type: none">• Producto de la duración por la frecuencia del impacto en cada etapa del desarrollo

La variable para el cálculo de la validez concurrente es la puntuación obtenida en la Escala de Trauma Temprano, La cual es Dimensional.

A continuación se enlistan las variables sociodemográficas contenidas en el estudio y su tipo.

Sociodemográficas.

Variable	Escala	Unidad o Categorías
Sexo del paciente	Nominal	<ul style="list-style-type: none">• Hombre• Mujer
Edad del paciente	Ordinal	<ul style="list-style-type: none">• Años
Estatus Marital	Nominal	<ul style="list-style-type: none">• Con Pareja• Sin Pareja
Ocupación del paciente	Nominal	<ul style="list-style-type: none">• Desempleado• Trabajo remunerado• Trabajo no remunerado• No trabaja pero es remunerado
Escolaridad del paciente	Ordinal	<ul style="list-style-type: none">• Grado Máximo de Estudios

Escalas e instrumento de evaluación.

FORMATO DE DATOS CLÍNICOS DEMOGRÁFICOS

El diseño del formato de datos clínicos demográfico se compone de 2 áreas principales, las cuales contienen diversos reactivos donde se registraron las principales características sociodemográficas del paciente. Para el registro de este formato se requirió realizar un interrogatorio dirigido al paciente o familiar responsable, el cual debió tener contacto directo y conocer los eventos importantes de la vida del paciente.

En la primera sección se incluyó la edad del paciente al momento que se realizó el estudio, fecha de nacimiento, género, estado civil, escolaridad, ocupación, religión, nivel socioeconómico asignado, presencia de diagnóstico psiquiátrico comórbido, presencia de otros diagnósticos comórbidos no psiquiátricos, conducta suicida y la puntuación de la Escala de Funcionamiento Global.

Por último se encuentra la sección de “consumo de sustancias” la cual se compone de una tabla donde se establece el tipo de sustancia, la edad de inicio y si el consumo fue correspondiente a un patrón de abuso o no, ya que se ha demostrado que los pacientes expuestos a estresores, tienen mayor riesgo de iniciar el consumo de alguna sustancia psicoactiva⁴.

CUESTIONARIO DE TRAUMA EN LA INFANCIA (CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE-CTQ)

Es un cuestionario en su versión corta validado al español en el año 2013, con la participación de 185 pacientes del género femenino 96 internos y 89 externos, encontrándose adecuadas propiedades psicométricas. Se efectuó análisis factorial confirmatorio para reproducir la estructura original de la versión en inglés utilizando una estructura de 5 factores, los cuales incluyen violencia emocional, física, sexual y negligencia emocional y física. El coeficiente alfa de Cronbach entre los dominios varía entre 0.66 para negligencia emocional y 0.94 para abuso sexual. Es un cuestionario autoaplicable que consiste en 28 preguntas de los 5 factores previamente mencionados, es breve y su duración aproximada es menor a 10 minutos.

INVENTARIO DE TRAUMA TEMPRANO

El ITT es una entrevista de 56 ítems que evalúa las experiencias traumáticas previas a la edad de 18 años en cuatro dominios: eventos traumáticos, abuso físico, abuso emocional y abuso sexual. Esta escala usualmente se administra en aproximadamente 45 minutos.⁵⁸

Cada dominio cuenta con una introducción con una pregunta abierta en la cual se pregunta de manera general acerca de sus experiencias en relación a un dominio específico, y se les permite contar su experiencia en sus propias palabras. Posterior a esta pregunta inicial, se les pregunta una serie de preguntas estructuradas para cada dominio (24 para eventos traumáticos, 9 para abuso físico, 8 para abuso emocional y 15 para abuso sexual). Según una respuesta positiva, se preguntan datos acerca de la frecuencia, la duración y el perpetrador.

El ITT evalúa la frecuencia de las experiencias traumáticas para cada ítem en diferentes periodos del desarrollo o periodos académicos. También evalúa la edad de inicio del abuso y cuando se detuvo, el perpetrador del abuso y el impacto del evento en el individuo al momento.

Con la información de duración y frecuencia de los eventos se determina un Índice de Gravedad del Trauma Temprano (ETI Childhood Trauma Severity Index). Existen índices para cada dominio, los cuales se suman para obtener un índice combinado. El propósito de este índice es para tener una variable continua de abuso

que pueda ser útil para fines clínicos y de investigación. El índice se obtiene al multiplicar la frecuencia en que cada evento se realizó por los años de duración, luego sumando el total de los cuatro dominios.

Confiabilidad entre evaluadores. Se evaluó mediante el coeficiente de correlación intraclass (ICC), mostrando un alto nivel de acuerdo entre los evaluadores, con un ICC=0.99, F=157.44, df=10.11, $p < 0.0001$. También hubo un alto nivel de acuerdo en los dominios individuales, incluyendo abuso físico, con un ICC=0.97; F=59.63, df=10.11, $P < 0.0001$; emocional, con ICC=0.97, F=78.49, df=10.11, $p < 0.0001$; y abuso sexual, con un ICC=0.99, F=1.055; df=10.11, $p < 0.0001$; así como para el trauma general, con un ICC=0.94, F=31.18; df=10.11, $p < 0,0001$.

Confiabilidad prueba-reaplicación de la prueba (test-retest). Se evaluó mediante la correlación de Pearson. Hubo un alto grado de acuerdo entre prueba y prueba en las puntuaciones del Índice de Severidad, con una $r=0.91$, df=9, $p < 0.001$. Para los dominios individuales también hubo un alto nivel de acuerdo entre prueba y prueba de abuso físico, con una $r=0.97$, df=9, $p < 0.001$; abuso emocional con $r=0.98$; df= 9, $p < 0.001$; y abuso sexual con $r=0.99$, df=9, $p < 0.001$; con los niveles más bajos para trauma general, con $r=0.51$, df=9, $p=0.13$.

Consistencia interna. El coeficiente alfa de Cronbach en conjunto fue de 0.95. El coeficiente alfa de Cronbach para el dominio abuso físico fue 0.86 ($p < 0.05$), para el dominio abuso emocional 0.92 ($p < 0.05$), para el dominio abuso sexual 0.92 ($p < 0.05$) y para el dominio de eventos traumáticos (trauma general) 0.74 ($p < 0.05$).

La correlación de la puntuación de cada dominio con la puntuación total con Pearson fue alta, con valores de $r=0.55$ a 0.68 . Abuso emocional tuvo una alta correlación con el total, de 0.53 a 0.68 . Para abuso sexual hubo una fuerte asociación con la puntuación total, con valores de r 0.50 a 0.78 . Los eventos traumáticos generales mostraron asociaciones más débiles con la puntuación total, con valores de r de más de 0.4 sólo para “una enfermedad graves en la infancia, enfermedad grave de uno de los padres, divorcio/separación de los padres, ser testigo de violencia y alcoholismo familiar/abuso de sustancias. También hubo correlaciones significativas entre las puntuaciones de dominio individuales de abuso emocional y físico, con $r=0.76$, $df=128$, $p<0.0001$, abuso emocional y sexual, con $r=0.64$, $df=128$, $p<0.0001$; y abuso físico y sexual, con $r=0.63$, $df=128$, $p<0.0001$.

La validez convergente de un instrumento se determina mediante la comparación del nuevo instrumento con otra medida del mismo constructo.

Para la validez convergente del ITT se realizó una correlación de éste con la puntuación obtenida en la *Lista de Verificación de Eventos Traumáticos* (CLTE), que evalúa una serie de eventos traumáticos como el abuso físico y sexual. Las puntuaciones en el dominio de abuso físico, sexual y eventos generales de trauma en el ITT se compararon con los de la CLTE. Hubo una correlación significativa entre la puntuación total del ITT y la puntuación en la CLTE, con $r=0.63$, $df=11$, $p=0.02$. La puntuación en el dominio de abuso físico del ITT se correlacionó significativamente con el componente físico abuso del CLTE, con $r=0.61$, $df=12$, $p=0.03$; y la puntuación en el dominio de abuso sexual del ITT se correlacionó con el componente de abuso sexual de la CLTE, $r=0.58$, $df=12$, $p=0.04$.

Las evaluaciones de los otros eventos traumáticos por los dos instrumentos también estaban relacionados, incluyendo ser testigo de violencia familiar ($r=0.73$, $df=12$, $p=0.0045$) y pérdida de miembros de la familia ($r=0.59$, $df=12$, $p=.03$).

La puntuación en el ITT se correlacionó con otras medidas de sintomatología psiquiátrica relacionada con el trauma, incluyendo trastorno de estrés postraumático, medida por el *Escala Civil de Missisipi*, con una $r=0.78$, $df=36$, $p=0,0001$.

Se midió correlación con sintomatología psiquiátrica general, medida con el *Inventario Breve de Síntomas* (BSI), encontrando una $r=0,83$, $df=39$, $p=0.0001$.

Se comparó con medidas de estados disociativos, mediante la *Escala de Síntomas Disociativos Aplicada por el Clínico* (CADSS), encontrándose una $r=0.56$, $df=38$, $p=0.0002$; así como con la *Escala de Experiencias disociativas* (DES), reportándose una $r=0.56$, $df=25$, $p=0.003$. Hubo correlaciones significativas entre los dominios del ITT y las medidas de disociación y sintomatología psiquiátrica general.

Finalmente, se apreció la validez mediante la evaluación de riesgo relativo (odds ratio) de TEPT tras la exposición a eventos traumáticos, evaluado por el ITT. Se encontraron odds ratios alto, lo que sugiere que la exposición a la variable de interés se asoció con mayor riesgo de trastorno de estrés postraumático. Todos los elementos de abuso físico se asociaron con un mayor riesgo de trastorno de estrés postraumático. Ser golpeado, pateado, quemado con agua caliente o con un cigarrillo y ser asfixiado se asociaron con las probabilidades más altas. Todos los elementos de abuso emocional se asociaron con un mayor riesgo de trastorno de estrés postraumático. Muchos elementos de abuso sexual se asociaron con un mayor riesgo, con los odds ratios más altos para el verse obligados a realizar sexo oral a otra persona, tener relaciones sexuales genitales en contra de su voluntad y ser obligados a ver actos sexuales. De los eventos traumáticos generales, los reactivos de tener un familiar con

enfermedad mental, muerte o enfermedad/lesión grave de un hermano, ser víctima de asalto, lesiones/enfermedad de los padres, enfermedades graves, muerte de un amigo y el alcoholismo familiar/abuso de sustancias, se asociaron con un aumento de riesgo significativo para el TEPT

Además, la validez del ITT se examinó mediante la comparación de las puntuaciones de ITT en los pacientes con trastorno de estrés postraumático comparados con grupos control. Las puntuaciones de ITT fueron más altas para pacientes con TEPT ($M=2,752$, $SD=1,866$) que para los controles ($M=406$, $SD=932$), lo que indica que el ITT es sensible para la identificación de poblaciones traumatizadas.

Procedimiento.

Fase I.

- Se aplicó la versión en español del Inventario de Trauma Temprano (ITT) a una muestra de Pacientes con Trastorno Depresivo Mayor.

Fase II.

- El investigador principal contactó directamente al paciente en el Servicio de Consulta Externa (Clínica de Género y Psiquiatría General) y área de Hospitalización, para la autorización de ingreso al estudio y para recabar la firma del **consentimiento informado (Anexo 1)**.
- Se aplicó la versión en español del Inventario de Trauma Temprano (ITT).
- Se aplicó la versión en español del Cuestionario de Trauma Temprano (CTQ).
- Se construyó una base de datos con la información recabada de los pacientes.
- Se realizó el análisis estadístico y el reporte de los resultados.

Análisis estadístico.

Para la descripción de las características demográficas y clínicas se utilizaron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y medias y desviaciones estándar (D.E.) para las variables continuas.

Para el proceso de validación del Instrumento se determinó la consistencia interna por medio del coeficiente Alpha de Cronbach, la validez de constructo se efectuó por medio de análisis factorial con rotación varimax.

La validez concurrente se determinó por medio del coeficiente de correlación de Pearson.

Consideraciones éticas.

Se considera una investigación con riesgo mínimo ya que se recolectaron datos directamente de los pacientes por medio de escalas autoaplicables y aplicadas por el entrevistador.

A todos los sujetos, sin excepción, se les informó verbalmente sobre los procedimientos a llevar a cabo y los motivos del estudio; y se solicitó su consentimiento por escrito para su participación, respetando su confidencialidad y conformidad para reportar los resultados.

El contenido del **consentimiento informado (Anexo 1)** entregado a los sujetos constituyó la justificación y los objetivos de la investigación, los procedimientos o consignas a seguir durante la investigación, la garantía de recibir aclaración a cualquier pregunta y duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación, la libertad de retirar su consentimiento en

cualquier momento, así como de recibir atención en el servicio de Atención Psiquiátrica Continua en caso de que lo requiriesen.

En relación a la confidencialidad, a cada uno de los sujetos que aceptaron participar se les asignó un código numérico, por lo que su nombre y datos generales quedaron bajo el resguardo de los investigadores del estudio y no aparecieron en ninguno de los reportes de la investigación.

RESULTADOS.

Variables sociodemográficas.

Las dos fases del estudio dieron un total de 115 participantes, la Tabla 1 reporta los resultados por fase, género y media de edad. La primera fase estuvo conformada por 50 sujetos, 16 de ellos del género masculino (media de edad de 30.3 ± 8.0 años) y 34 del género femenino (media de edad de 35.4 ± 9.0). En la segunda fase participaron 65 sujetos, 4 del género masculino (media de edad de 23.5 ± 6.4) y 61 del género femenino (media de edad de 34.6 ± 12.2).

Tabla 1. Distribución de la muestra por fase y género

Fase	Género	N	Media	DStd	F	Sig.
Fase I	Masculino	16	30.3	8.0	3.760	0.058
	Femenino	34	35.4	9.0		
	Total	50	33.7	8.9		
Fase II	Masculino	4	23.5	6.4	3.236	0.077
	Femenino	61	34.6	12.2		
	Total	65	34.0	12.2		

La Tabla 2 reporta el estatus marital de la muestra. En la Fase I, el 25% (n=4) de los hombres tenían pareja y el 75% (n=12) reportó no tener pareja, mientras que para las mujeres el 55.9% (n=19) tenía pareja y el 44.1% (n=19) no tenía pareja. En la Fase II, el 75% (n=3) de los hombres tenían pareja y el 25% (n=1) reportó no tener pareja, mientras que para las mujeres el 54.1% (n=33) tenían pareja y el 45.9 % (n=28) no

tenía pareja. En total de la muestra un 48.6% (n=56) no tenía pareja y un 51.3% (n=59) tenía pareja.

Tabla 2. Distribución de la muestra por fase y estatus marital

Fase	Género	Sin Pareja	Con Pareja	Total
Fase I	Masculino	12	4	16
	Femenino	15	19	34
Fase II	Masculino	1	3	4
	Femenino	28	33	61
Total		56	59	115

En la Tabla 3 se muestra la distribución de la muestra por fase y ocupación. En total de la muestra el 33% (n=38) eran empleados, el 50% (n=58) se dedicaba al hogar y el 16.5% (n=19) no tenía empleo. En la Fase I, el 6.25% (n=1) del género masculino era desempleado, el 56.2% (n=9) se dedicaba al hogar y el 37.5% (n=6) no tenían empleo, mientras que para las mujeres el 73.5% (n=25) se dedicaba al hogar y el 26% (n=9) no tenían empleo. En la Fase II, el 75% (n=3) del género masculino tenía empleo y el 25% (n=1) se dedicaba al hogar, mientras que para las mujeres el 55.7% (n=34) eran empleadas, el 37.7% (n=23) se dedicaba al hogar y un 6.5% (n=4) eran desempleadas.

Tabla 3. Distribución de la muestra por fase y ocupación

Fase	Género	Empleado	Hogar	Sin Empleo	Total
Fase I	Masculino	1	9	6	16
	Femenino		25	9	34
Fase II	Masculino	3	1		4
	Femenino	34	23	4	61
Total		38	58	19	115

La Tabla 4 reporta la distribución de la muestra por fase y años de escolaridad. En la Fase I los hombres (n=16) tuvieron una media de 11.8 ± 3.0 años de escolaridad, mientras que las mujeres (n=34) tuvieron una media de 12.7 ± 3.4 años de escolaridad. En la Fase II los hombres (n=4) tuvieron una media de 10.0 ± 1.4 años de escolaridad y las mujeres (n=61) presentaron una media de 10.4 ± 3.2 años de escolaridad.

Tabla 4. Distribución de la muestra por fase y años de escolaridad

Fase	Género	N	Media	DStd
Fase I	Masculino	16	11.8	3.0
	Femenino	34	12.7	3.4
Fase II	Masculino	4	10.0	1.4
	Femenino	61	10.4	3.2

La Tabla 5 muestra la distribución de la muestra por diagnóstico y comorbilidad. En la Fase I, el 100% (n=50) de la muestra tuvo diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor (TDM), de estos un 32% (n=16) eran hombres y 68% (n=34) mujeres. En la Fase II, un

93.8% de la muestra tuvo diagnóstico principal de TDM, el 100% (n=4) de los hombres tuvo diagnóstico de TDM, mientras que un 93.4% (n=57) de las mujeres tuvo diagnóstico de TDM.

En cuanto a comorbilidad reportada en la Fase II, un 30.8% (n=20) del total de la muestra presentó diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) únicamente presente en mujeres; un 26.2% (n=17) presentó diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) únicamente en mujeres. El 29.2% (n=19) tuvo diagnóstico comórbido de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), siendo un 5.2% (n=1) en hombres y un 94.7% (n=18) en mujeres. El 7.7% (n=5) de la muestra total presentó además diagnóstico de Trastorno por Uso de Sustancias (TUS), el 40% (n=2) en hombres y el 60% (n=3) en mujeres. Un 18.5% (n=12) de la muestra total tuvo diagnóstico comórbido de Disfunción Sexual (DIS), siendo presente únicamente en el género femenino, así mismo un 12.3% (n=8) de la muestra con diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria (ALIM) estando solamente presente en las mujeres.

Tabla 5. Distribución de la muestra por diagnóstico y comorbilidad

Fase	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	N	%	n	%
Fase I						
TDM	16		34		50	
Fase II						
TDM	4	100.0%	57	93.4%	61	93.8%
Comorbilidad						
TAG			20	32.8%	20	30.8%
TEPT			17	27.9%	17	26.2%
TLP	1	25.0%	18	29.5%	19	29.2%
SUS	2	50.0%	3	4.9%	5	7.7%
DIS			12	19.7%	12	18.5%
ALIM			8	13.1%	8	12.3%

Inventario de Trauma Temprano.

Validez de Constructo y Consistencia Interna.

Dominio I - Eventos Traumáticos

La determinación de las propiedades psicométricas del Inventario de Trauma Temprano se realizó para cada uno de los dominios de la escala. En la Tabla 6 se describe el total de los ítems del primer dominio (Eventos Traumáticos) según la frecuencia de reporte y el impacto subjetivo de los mismos. El más frecuente fue el ítem 16 "¿Alguien en su familia tuvo consumo de drogas o alcohol?" en un 47.8% (n=55), seguido del ítem 13 "¿Fue testigo de violencia hacia alguien, incluyendo algún miembro de su familia?" en un 44.3% (n=51), el ítem 12 "¿Vivió el divorcio o separación de sus padres?" en un 26.1% (n=30), el ítem 5 "¿Vivió la muerte de alguno de sus padres o de algún adulto cercano?" en un 26.1% (n=30) y el ítem 17 "¿Alguna vez sufrió un asalto?" en un 20% (n=23).

El mayor impacto traumático se reportó en el ítem 13 "¿Fue testigo de violencia hacia alguien, incluyendo algún miembro de su familia?", seguido del ítem 16 "¿Alguien de su familia tuvo consumo de drogas o de alcohol?", del ítem 5 "¿Vivió la muerte de alguno de sus padres o de algún adulto cercano?", ítem 12 "¿Vivió el divorcio o separación de sus padres?" y del ítem 17 "¿Alguna vez sufrió un asalto?".

En esta muestra nadie reportó haber estado expuesto al ítem 19 "¿Alguna vez trabajó en un empleo estresante? (policía, bombero, custodio, servicio médico de emergencias)", al ítem 21 "¿Estuvo en combate/guerra?" ni al ítem 24 "(Si estuvo casado) ¿Vivió la Muerte de su cónyuge?".

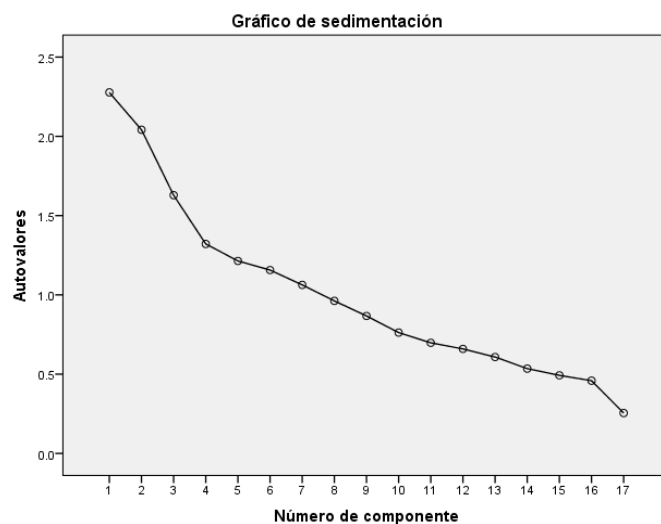
Tabla 6. Prevalencia e Impacto del Dominio I Eventos Traumáticos

Ítem	n	Impacto		%
		Alto	Bajo	
1 ¿Estuvo en un desastre natural?	17	8	9	14.8 %
2 ¿Estuvo involucrado en un accidente grave?	7	4	3	6.1%
3 ¿Sufrió alguna herida o lesión grave?	21	13	8	18.3 %
4 ¿Padeció alguna enfermedad grave?	15	8	7	13.0 %
5 ¿Vivió la muerte de alguno de sus padres o de algún adulto cercano?	30	22	8	26.1 %
6 ¿Vivió alguna enfermedad grave de alguno de sus padres o de algún adulto cercano?	17	13	4	14.8 %
7 ¿Murió alguno de sus hermanos?	3	2	1	2.6%
8 ¿Vivió alguna enfermedad grave de algún hermano?	9	9	0	7.8%
9 ¿Vivió la muerte de un amigo?	15	14	1	13.0 %
10 ¿Vivió la herida o lesión grave de algún amigo?	2	2	0	1.7%
11 ¿Fue testigo de la muerte o lesión grave de alguna persona?	15	8	7	13.0 %
12 ¿Vivió el divorcio o separación de sus padres?	30	19	11	26.1 %
13 ¿Fue testigo de violencia hacia alguien, incluyendo algún miembro de su familia?	51	45	6	44.3 %
14 ¿Alguien en su familia tuvo algún padecimiento psiquiátrico/mental o alguna "crisis"?	9	6	3	7.8%
15 ¿Tuvo alguna otra experiencia estresante?	14	10	4	12.2 %
16 ¿Alguien de su familia tuvo consumo de drogas o alcohol?	55	36	19	47.8 %
17 ¿Alguna vez sufrió un asalto?	23	16	7	20.0 %
18 ¿Fue víctima de robo a mano armada (pistola o cuchillo)?	13	11	2	11.3 %
19 ¿Alguna vez trabajó en un empleo estresante? (policía, bombero, custodio, servicio médico de emergencias)	0			
20 ¿Alguna vez fue secuestrado o fue rehén?	1	1	0	0.9%
21 ¿Estuvo en combate/guerra?	0			
22 ¿Alguna vez vivió la muerte de algún hijo?	1	1	0	0.9%

23	¿Alguna vez tuvo usted (o su pareja) un aborto involuntario?	7	5	2	6.1%
24	(Si estuvo casado) ¿Vivió la Muerte de su cónyuge?	0			

Se utilizaron solo aquellos ítems con frecuencias superiores a cinco para el análisis factorial, efectuándose éste con 17 ítems, en el análisis del gráfico de sedimentación (Gráfico 1) se observó que mostraba una tendencia lineal descendente a 45° y la pendiente mayor se encontraba en los cinco primeros factores. Con base a lo anterior se procedió a efectuar el análisis con cinco factores.

Gráfico 1. Gráfico de sedimentación



En la tabla 6.1 se aprecia como los cinco factores mostraron una varianza explicada acumulada del 49.9 %. El primer factor mostró una varianza del 11.4%, seguido del factor 2 con una varianza del 10.4%, el tercer factor con una varianza del 9.8%, cuarto factor con una varianza de 9.6% y el quinto factor con una varianza de 8.7%.

Tabla 6.1 Porcentaje de varianza y varianza acumulada

Factor	% de varianza	% acumulado
1	11.4	11.4
2	10.4	21.8
3	9.8	31.6
4	9.6	41.2
5	8.7	49.9

La estructura factorial encontrada se reporta en la Tabla 6.2. En la siguiente tabla se incluyen los ítems del primer dominio dentro de los cinco factores: asalto, enfermedad de familiares, accidentes y sus consecuencias, desastres o muerte de alguien cercano y violencia intrafamiliar. Dentro del dominio de Asalto, el ítem 17 "¿Alguna vez sufrió un asalto?" es el que mayor correlación presenta seguido del ítem 18 "¿Fue víctima de robo a mano armada?". En el segundo dominio de Enfermedad de familiares, el ítem 14 "¿Alguien en su familia tuvo algún padecimiento psiquiátrico/mental o alguna "crisis"?" y el ítem 8 "¿Vivió alguna enfermedad grave de algún hermano?" son los que muestran mayor correlación. En el tercer dominio Accidentes y sus consecuencias, tuvieron una mayor correlación los ítems 2 y 3. En el cuarto dominio Desastres o Muerte de alguien cercano mostraron una mayor correlación los ítems 1 y 23, mientras que en el quinto y último dominio Violencia intrafamiliar la mayor correlación se presentó con el ítem 9 y 16. La consistencia interna Alpha de Cronbach fue de =0.539.

Tabla 6.2 Estructura factorial

Ítem	Asalto Enfermedad de Familiares Accidentes y sus consecuencias Desastres o Muerte de alguien cercano Violencia Intrafamiliar
17 ¿Alguna vez sufrió un asalto?	.855
18 ¿Fue víctima de robo a mano armada (pistola o cuchillo)?	.840
14 ¿Alguien en su familia tuvo algún padecimiento psiquiátrico/mental o alguna "crisis"?	.693
8 ¿Vivió alguna enfermedad grave de algún hermano?	.665
6 ¿Vivió alguna enfermedad grave de alguno de sus padres o de algún adulto cercano?	.509
2 ¿Estuvo involucrado en un accidente grave?	.666
11 ¿Fue testigo de la muerte o lesión grave de alguna persona?	.495
3 ¿Sufrió alguna herida o lesión grave?	.545
15 ¿Tuvo alguna otra experiencia estresante?	.585
23 ¿Alguna vez tuvo usted (o su pareja) un aborto involuntario?	.584
1 ¿Estuvo en un desastre natural?	.660
4 ¿Padeció alguna enfermedad grave?	.374
5 ¿Vivió la muerte de alguno de sus padres o de algún adulto cercano?	.346
9 ¿Vivió la muerte de un amigo?	- .621
16 ¿Alguien de su familia tuvo consumo de drogas o alcohol?	.515
13 ¿Fue testigo de violencia hacia alguien, incluyendo algún miembro de su familia?	.494
12 ¿Vivió el divorcio o separación de sus padres?	.536

Dominio II – Abuso Físico

Respecto al segundo dominio del Inventario de Trauma Temprano, Abuso Físico, en la Tabla 7 se describe el total de los ítems de ese dominio según la frecuencia de reporte y el impacto de los mismos. El más frecuente fue el ítem 29 “¿Alguna vez lo golpearon con algún objeto como un cinturón, un matamoscas, una regla o un palo?” reportado en un 55.7% (n=64), seguido del ítem 25 “¿Alguna vez le dieron nalgadas?” en un 53.9% (n=62), posteriormente el ítem 26 “¿Alguna vez lo cachetearon/abofetearon?” en un 49.6% (n=57), ítem 28 “¿Alguna vez recibió/ le dieron un puñetazo o patada?” reportado en un 47.0% (n=54) y del ítem 30 “¿Alguna vez le aventaron objetos?” en un 40.0% (n=46).

Los ítems reportados con mayor impacto fueron los ítems 25 y 29, ambos reportados como las experiencias más prevalentes en la muestra, seguidos de los ítems 26 y 28.

Tabla 7. Prevalencia e Impacto del Dominio II- Abuso Físico

Ítem	n	Impacto		%
		Alto	Bajo	
25 ¿Alguna vez le dieron nalgadas?	62	57	5	53.9 %
26 ¿Alguna vez lo cachetearon/abofetearon?	57	53	4	49.6 %
27 ¿Alguna vez fue quemado con agua caliente, un cigarro o con alguna otra cosa?	38	36	2	33.0 %
28 ¿Alguna vez recibió/le dieron un puñetazo o patada?	54	53	1	47.0 %
29 ¿Alguna vez lo golpearon con algún objeto como un cinturón, un matamoscas, una regla o un palo?	64	57	7	55.7 %
30 ¿Alguna vez le aventaron objetos? ¿Qué objetos?	46	41	5	40.0 %
31 ¿Alguna vez lo intentaron ahogar/estrangular?	36	33	3	31.3 %
32 ¿Alguna vez le dieron un puñetazo o lo zarandearon?	36	30	6	31.3 %
33 ¿Alguna vez lo dejaron amarrado o encerrado en un closet?	40	29	11	34.8 %

Este dominio mostró que un solo un factor explicaba el 44.8% de la varianza (Tabla 7.1).

Tabla 7.1 Porcentaje de la Varianza

Factor	% de la varianza explicado
1	44.8 %

En la Tabla 7.2 se muestran las carga factorial para este único factor, todos los ítems muestran correlación entre sí, destacando los de mayor correlación el ítem 25 “¿Alguna vez le dieron nalgadas?”, seguido de ítem 26 “¿Alguna vez lo cachetearon/abofetearon?”, del ítem 27 “¿Alguna vez fue quemado con agua caliente, un cigarro o con alguna otra cosa?”. La consistencia interna Alpha de Cronbach fue de =0.841.

Tabla 7.2 Carga factorial

Ítem	Abuso Físico
25 ¿Alguna vez le dieron nalgadas?	.647
26 ¿Alguna vez lo cachetearon/abofetearon?	.745
27 ¿Alguna vez fue quemado con agua caliente, un cigarro o con alguna otra cosa?	.762
28 ¿Alguna vez recibió le dieron un puñetazo o patada?	.695
29 ¿Alguna vez lo golpearon con algún objeto como un cinturón, un matamoscas, una regla o un palo?	.642
30 ¿Alguna vez le aventaron objetos? ¿Qué objetos?	.509
31 ¿Alguna vez lo intentaron ahogar/estrangular?	.664
32 ¿Alguna vez le dieron un puñetazo o lo zarandearon?	.625
33 ¿Alguna vez lo dejaron amarrado o encerrado en un closet?	.675

Dominio III – Abuso Emocional

En la Tabla 8 se muestra la prevalencia e impacto de los ítems del tercer dominio Abuso Emocional, donde se reporta que el ítem más prevalente fue el 37 “¿Le gritaban frecuentemente?” en un 60% (n=69), seguido del ítem 38 “¿Era tratado de forma fría y poco cariñosa casi siempre?” en un 59.1% (n=68) y del ítem 34 “¿Fue humillado o ridiculizado frecuentemente?” reportado en un 49.6% (n=57).

Los ítems reportados de mayor impacto fue el ítem 37, mismo reportado como más prevalente, en segundo lugar el ítem 38, seguido del ítem 34.

Tabla 8. Prevalencia e Impacto del Dominio III- Abuso Emocional

Ítem	n	Impacto		%
		Alto	Bajo	
34 ¿Fue humillado o ridiculizado frecuentemente?	57	48	9	49.6 %
35 ¿Fue ignorado o menospreciado frecuentemente?	38	33	5	33.0 %
36 ¿Le decían que no era bueno frecuentemente?	45	42	3	39.1 %
37 ¿Le gritaban frecuentemente?	69	59	10	60.0 %
38 ¿Era tratado de forma fría y poco cariñosa casi siempre?	68	53	15	59.1 %
39 ¿Sus padres o cuidadores controlaban cosas de su vida (cómo se vestía o qué hacía) que otros niños hacían por su cuenta?	22	20	2	19.1 %
40 ¿Sus padres no le comprendían o no entendían sus necesidades?	46	41	5	40.0 %
41 ¿Sus padres frecuentemente esperaban que usted se comportara o pensara como alguien mayor?	28	22	6	24.3 %

Este dominio mostró que un solo factor explicaba el porcentaje de la varianza (Tabla 8.1).

Tabla 8.1 Porcentaje de la varianza

Factor	% de la varianza explicado
1	41.895%

La siguiente tabla muestra la carga factorial de este único factor. Todos los ítems del dominio muestran una adecuada correlación entre sí, destacando el ítem 38 "¿Era tratado de forma fría y poco cariñosa casi siempre" seguido del ítem 40 "¿Sus padres no le comprendían o no entendían sus necesidades?". La consistencia interna Alpha de Cronbach fue de =0.798.

Tabla 8.2 Carga factorial

	Item	F1
34	¿Fue humillado o ridiculizado frecuentemente?	.689
35	¿Fue ignorado o menospreciado frecuentemente?	.648
36	¿Le decían que no era bueno frecuentemente?	.660
37	¿Le gritaban frecuentemente?	.646
38	¿Era tratado de forma fría y poco cariñosa casi siempre?	.770
39	¿Sus padres o cuidadores controlaban cosas de su vida (cómo se vestía o qué hacía) que otros niños hacían por su cuenta?	.462
40	¿Sus padres no le comprendían o no entendían sus necesidades?	.768
41	¿Sus padres frecuentemente esperaban que usted se comportara o pensara como alguien mayor?	.456

Dominio IV – Abuso Sexual

En la Tabla 9 se indican los ítems del cuarto dominio denominado Abuso Sexual, la cual reporta los ítems más prevalentes y los de mayor impacto. El ítem más reportado en este estudio fue el número 46 “¿Alguna vez le tocaron partes íntimas (los senos, muslos, genitales) de una manera que le asustó o le hizo sentir incómodo?” con un 42.6% (n=49), seguido del ítem 43 “¿Alguna vez alguien le mostró sus partes sexuales?” 30.4% (n=35) y los ítems 42 “Alguna vez le hicieron comentarios sexuales indebidos” y 47 “¿Alguna vez alguien frotó sus genitales en usted?” reportados ambos en un 23.5% de la muestra (n=27).

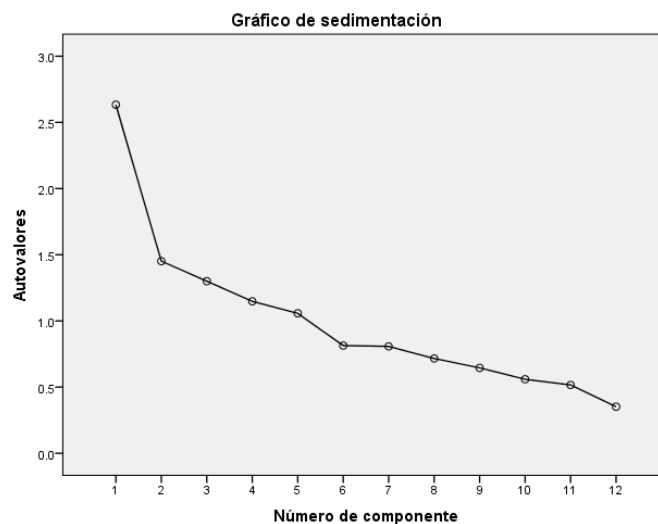
Aquellos ítems de mayor impacto fueron el número 46, 43 y 42.

Tabla 9. Prevalencia e Impacto del Dominio IV- Abuso Sexual

Ítem	n	Impacto		%
		Alto	Bajo	
42 ¿Alguna vez le hicieron comentarios sexuales indebidos?	27	22	5	23.5 %
43 ¿Alguna vez alguien le mostró sus partes sexuales?	35	31	4	30.4 %
44 ¿Alguna vez alguien lo espiaba o miraba cuando se bañaba, se vestía o estaba en el sanitario?	9	6	3	7.8%
45 ¿Alguna vez fue forzado a presenciar actos sexuales, como la masturbación o relaciones sexuales entre otras personas?	6	5	1	5.2%
46 ¿Alguna vez le tocaron partes íntimas (los senos, muslos, genitales) de una manera que le asustó o le hizo sentir incómodo?	49	41	8	42.6 %
47 ¿Alguna vez alguien frotó sus genitales en usted?	27	20	7	23.5 %
48 ¿Alguna vez fue forzado a tocar una parte íntima de otra persona?	15	13	2	13.0 %
49 ¿Alguna vez tuvo relaciones sexuales con alguien en contra de su voluntad?	13	12	1	11.3 %
50 ¿Alguna vez fue obligado a realizar sexo oral con alguien en contra de su voluntad?	5	5	0	4.3%

51	¿Alguna vez alguien le hizo sexo oral en contra de su voluntad?	2	2	0	1.7%
52	¿Alguna vez alguien tuvo sexo anal con usted en contra de su voluntad?	6	5	1	5.2%
53	¿Alguna vez alguien intentó tener algún tipo de relación sexual con usted (oral, anal o genital) en contra de su voluntad, sin lograrlo?	8	8	0	7.0%
54	¿Alguna vez fue forzado a posar desnudo o en poses sexuales?	2	0	2	1.7%
55	¿Alguna vez fue forzado a actos sexuales a cambio de dinero?	0			
56	¿Alguna vez fue obligado a besar a alguien de una manera sexual más que de forma afectiva?	11	10	1	9.6%

Gráfico 2. Gráfico de sedimentación



Se utilizaron solo aquellos ítems con frecuencias superiores a cinco para el análisis factorial, efectuándose éste con 12 ítems, en el análisis del gráfico de sedimentación se observó que mostraba una tendencia lineal descendente a 45° y la pendiente mayor se encontraba en un solo factor. Con base a lo anterior se procedió a efectuar el análisis con un factor que explica el 21.9% de la varianza.

Tabla 9.1 Porcentaje de la varianza

Factor	% de la varianza explicado
1	21.9%

En la siguiente tabla (Tabla 9.2) reporta la carga factorial de los ítems hacia un solo factor. Los ítems con mayor correlación entre sí son los ítems 43 “¿Alguna vez alguien le mostró sus partes sexuales?”, ítem 47 “¿Alguna vez alguien frotó sus genitales en usted?”, seguidos de los ítems 42 y 46. El ítem 44 no mostró carga factorial, por lo que este evento no pertenece al constructo de abuso sexual. La consistencia interna Alpha de Cronbach fue de =0.652.

Tabla 9.2 Carga factorial

Ítem	F1
42 ¿Alguna vez le hicieron comentarios sexuales indebidos?	.603
43 ¿Alguna vez alguien le mostró sus partes sexuales?	.699
44 ¿Alguna vez alguien lo espiaba o miraba cuando se bañaba, se vestía o estaba en el sanitario?	-.004
45 ¿Alguna vez fue forzado a presenciar actos sexuales, como la masturbación o relaciones sexuales entre otras personas?	.236
46 ¿Alguna vez le tocaron partes íntimas (los senos, muslos, genitales) de una manera que le asustó o le hizo sentir incómodo?	.608
47 ¿Alguna vez alguien frotó sus genitales en usted?	.631
48 ¿Alguna vez fue forzado a tocar una parte íntima de otra persona?	.503
49 ¿Alguna vez tuvo relaciones sexuales con alguien en contra de su voluntad?	.349
50 ¿Alguna vez fue obligado a realizar sexo oral con alguien en contra de su voluntad?	.447
52 ¿Alguna vez alguien tuvo sexo anal con usted en contra de su voluntad?	.479
53 ¿Alguna vez alguien intentó tener algún tipo de relación sexual con usted (oral, anal o genital) en contra de su voluntad, sin lograrlo?	.301
56 ¿Alguna vez fue obligado a besar a alguien de una manera sexual más que de forma afectiva?	.250

Índice de Severidad del Trauma Temprano

Para este estudio se decidió realizar el Índice de Severidad del Trauma Temprano, el cual es útil ya que otorga una estimación de la "carga traumática" total de cada evento. Este índice se obtiene al multiplicar la frecuencia de los eventos o ítems por los años de duración, para luego sumar el total entre cada dominio (eventos traumáticos, abuso físico, abuso emocional y abuso sexual). En la Tabla 10, se reporta el índice por dominio y por grupo de edades: preescolar (1-5 años), primaria (6-12 años), secundaria (13-15 años) y preparatoria (16-18 años).

Se puede observar que el índice global para el dominio de Eventos Traumáticos fue de 10.6 ± 19.1 , con un mayor índice en el grupo de primaria (6-12 años) de 6.9 ± 14.9 . El índice global para el dominio de Abuso Físico fue de 199.3 ± 167.3 , con un mayor índice en el grupo de primaria (6-12 años) 114.9 ± 101.6 . En el dominio de Abuso Emocional el índice global fue de 66.2 ± 58.2 , con un mayor índice reportado en el grupo de Primaria (6-12 años) 42.6 ± 40.8 . Por último, en el dominio de Abuso Sexual el índice global fue de 50.5 ± 48.2 con un mayor índice reportado en el grupo de Primaria (6-12 años) 31.8 ± 37.5 .

En los cuatro dominios el mayor índice reportado fue en el mismo grupo de edad, de los 6 a 12 años, tal como se puede ver a continuación en los Gráficos 3-6.

Tabla 10. Índice de severidad del Trauma Temprano por dominio y grupo de edades

Severidad por Dominio		Preescolar (1-5 años)	Primaria (6-12 años)	Secundaria (13-15 años)	Preparatoria (16-18 años)	Global
Eventos Traumáticos	Media	1.1	6.9	1.2	1.4	10.6
	DStd	2.3	14.9	4.3	4.6	19.1
Abuso Físico	Media	26.3	114.9	42.8	15.3	199.3
	DStd	26.6	101.6	61.3	25.9	167.3
Abuso Emocional	Media	9.6	42.6	11.4	2.7	66.2
	DStd	10.0	40.8	25.0	6.6	58.9
Abuso Sexual	Media	7.4	31.8	8.0	3.3	50.5
	DStd	9.3	37.5	23.2	6.2	48.2

Gráfico 3. Índice de severidad del Trauma Temprano para el dominio de Eventos Traumáticos

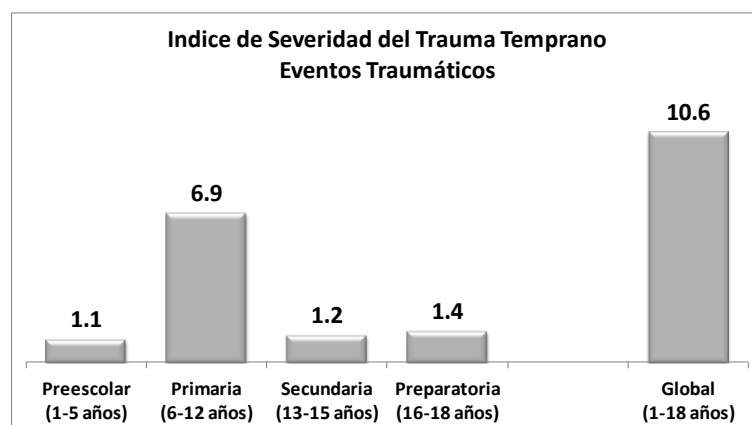


Gráfico 4. Índice de severidad del Trauma Temprano para el dominio de Abuso Físico

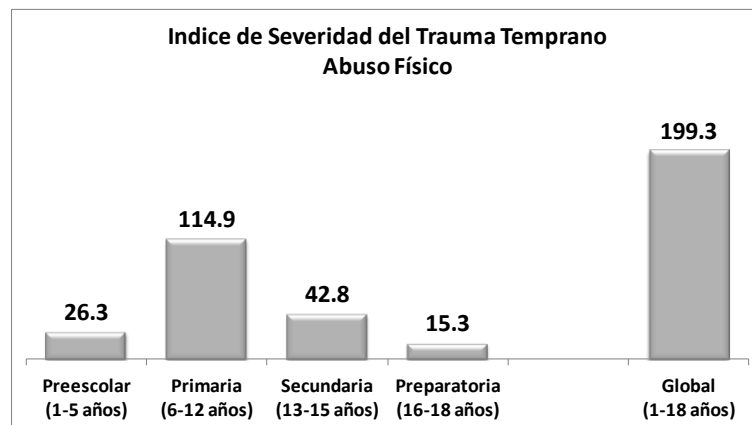


Gráfico 5. Índice de severidad del Trauma Temprano para el dominio de Abuso Emocional

Emocional

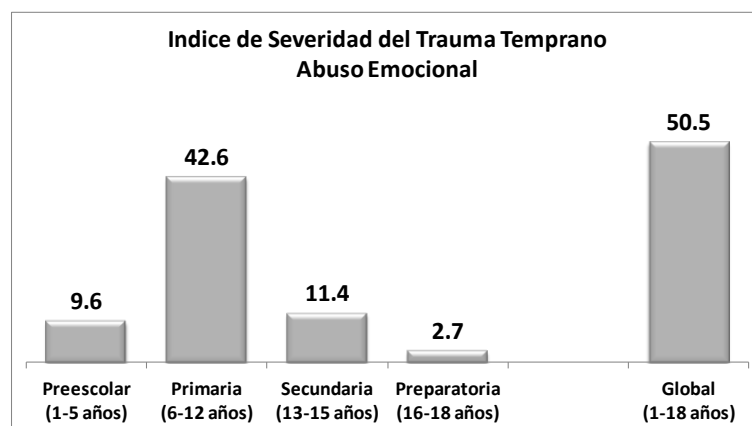
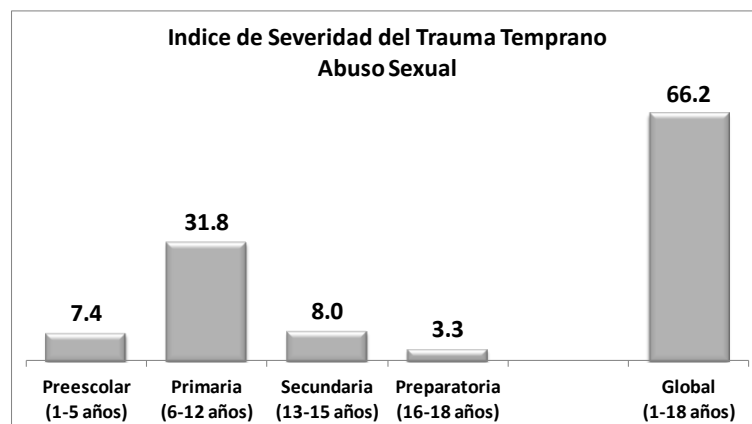


Gráfico 6. Índice de severidad del Trauma Temprano para el dominio de Abuso Sexual



Cuestionario de Trauma en la Infancia (CTQ)
Validez de Constructo y Consistencia Interna.

La estructura factorial encontrada mostró tres factores, los cuales abarcan abuso emocional y físico, negligencia emocional y negligencia. Tal como se reporta en la Tabla 11, los ítems que mayor correlación tuvieron para el factor de abuso emocional y físico, fueron los ítems 20, 21, 24, 15 y 14. Los ítems que mayor correlación tuvieron para el factor de negligencia emocional fueron los ítems 7, 8, 19 y 16, mientras que para el factor de negligencia los ítems que mayor correlación mostraron fueron los ítems 6 y 4.

Tabla 11. Estructura factorial del Cuestionario de Trauma en la Infancia

Ítem		Abuso Emocional y Físico	Negligencia Emocional	Negligencia
14	Familiares me decían cosas hirientes o insultantes.	.656		
3	Algunos en mi familia me decían cosas como "menso(a)", "flojo(a)", o "feo(a)".	.586		
15	Yo creo que abusaron de mí físicamente.	.703		
9	Alguien en mi familia me pegó tan fuerte que hasta tuve que ir al doctor o al hospital.	.694		
11	Algunos en mi familia me pegaban tan fuerte que me dejaron moretones o marcas.	.632		
17	Me pegaban o golpeaban tan fuerte que hasta otras personas como maestros, vecinos o doctores se dieron cuenta.	.615		
12	Me castigaban con un cinturón, una tabla, un cordón o algún otro objeto duro.	.653		
1	No tenía suficiente que comer.	.508		
26	Inverso Había alguien que me llevaba al doctor si yo lo necesitaba.	.587		
20	Alguien trató de tocarme sexualmente o de hacerme tocarlo(a).	.833		

27		Yo creo que abusaron de mí sexualmente.	.571
21		Alguien me amenazó con hacerme daño o decir mentiras acerca de mí si yo no hacía algo sexual con ellos.	.773
24		Alguien me molestaba sexualmente.	.752
23		Alguien trató de hacerme hacer o mirar cosas sexuales.	.602
18		Yo sentía que alguien en mi familia me odiaba.	.430
8		Yo pensaba que mis padres deseaban que yo nunca hubiera nacido.	.738
25		Creo que abusaron de mí emocionalmente.	.509
7	Inverso	Me sentí querido(a).	.743
19	Inverso	Los miembros de mi familia se sentían cerca unos de otros.	.723
28	Inverso	Mi familia fue una fuente de fuerza y apoyo.	.582
13	Inverso	Los miembros de mi familia se cuidaban unos a otros.	.636
5	Inverso	Había alguien en mi familia que me ayudó a sentirme importante o especial.	.696
16	Inverso	Tuve una infancia perfecta.	.722
22	Inverso	Tuve la mejor familia del mundo.	.605
6		Yo tenía que usar ropa sucia.	.705
4		Mis padres estaban muy borrachos o drogados como para cuidar a la familia.	.690
2	Inverso	Yo sabía que había alguien cuidándome y protegiéndome.	.462
10	Inverso	No había nada que yo hubiera querido cambiar en mi familia.	.458

Se realizó el análisis con tres factores para explicar el porcentaje de la varianza (Tabla 11.1). El primer factor de abuso emocional y físico presentó una varianza del 27.6%, el factor de negligencia emocional del 19.5% y el factor de negligencia una varianza del 9.4%.

La consistencia interna Alpha de Cronbach fue de =0.944.

Tabla 11.1. Porcentaje de la varianza

Factor	% de la varianza	% acumulado
Abuso Emocional y Físico	27.677	27.677
Negligencia Emocional	19.588	47.266
Negligencia	9.463	56.729

En la Tabla 11.2, se reportan los tres factores y su media, el factor de abuso emocional y físico con una media reportada de 33.3 ± 13.2 , el segundo factor negligencia emocional reportó una media de 31.8 ± 10.1 , y el factor de negligencia una media de 9.8 ± 3.6

Tabla 11.2 Media de los factores

Factor	Media	DStd
Abuso Emocional y Físico	33.3	13.2
Negligencia Emocional	31.8	10.1
Negligencia	9.8	3.6
Escala Total	74.9	23.7

Validez Concurrente

La validez concurrente entre el Inventario de Trauma Temprano y el Cuestionario de Trauma en la Infancia resultó de $r=0.689$. Esta correlación se considera buena. En la Tabla 11.3, se reporta la correlación de Pearson y la significancia entre los cuatro dominios del Inventario de Trauma Temprano con los tres factores de la Escala de Trauma.

Tabla 11.3. Validez concurrente entre el Inventario de Trauma Temprano y la Escala de Trauma

Inventario de Trauma Temprano	Cuestionario de Trauma Temprano			
Dominio	Abuso Emocional y Físico	Negligencia Emocional	Negligencia	Escala Total
Correlación de Pearson				
Eventos Traumáticos	0.242	0.405	0.304	.0352
Abuso Físico	0.536	0.628	0.365	0.620
Abuso Emocional	0.640	0.539	0.330	0.635
Abuso Sexual	0.595	0.479	0.238	0.570
Inventario Total	0.630	0.655	0.397	0.689
Significancia				
Eventos Traumáticos	0.052	<0.001	0.014	0.004
Abuso Físico	<0.001	<0.001	0.003	<0.001
Abuso Emocional	<0.001	<0.001	0.007	<0.001
Abuso Sexual	<0.001	<0.001	0.056	<0.001
Inventario Total	<0.001	<0.001	0.001	<0.001

DISCUSIÓN.

El objetivo principal de este estudio fue el validar el Inventario de Trauma Temprano en una muestra de pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, ya que en la actualidad en nuestro país no existen instrumentos similares que evalúen los eventos traumáticos en la edad temprana. Se sabe que en nuestro país existe una gran exposición a eventos traumáticos a lo largo de la vida, y se ha considerado que los eventos adversos en edades tempranas tienen gran repercusión sobre la psicopatología y salud de un individuo, lo cual lo hace un problema de salud pública.

Los eventos traumáticos en la infancia representan una pieza importante de lo que forma a un individuo, es por esto que es fundamental el conocer dichas experiencias a detalle. En el día a día de la valoración clínica estos antecedentes suelen pasar desapercibidos, sin embargo tras realizar este estudio es evidente la gran prevalencia de eventos que ocurre en nuestra población, que generalmente involucra al individuo y a su familia, que ocurre en la infancia y adolescencia y generan un gran impacto. Esta aproximación puede permitir al clínico conocer a los pacientes de una manera más estrecha, creando un ambiente de confianza, apoyo y empatía, obteniendo mejores herramientas para beneficio del paciente.

El estudio tuvo una muestra total de 115 participantes, la primera fase estuvo conformada por 50 sujetos, la mayoría del sexo femenino con una edad promedio de 35 años y con pareja, y la segunda fase estuvo conformada por 65 sujetos, la mayoría del sexo femenino con un promedio de 34 años de edad y con pareja. La mayoría de los participantes en ambas fases se dedicaban al hogar y tenía una escolaridad de 10 años.

Se encontró que en la Fase I todos los sujetos tenían diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor, mientras que en la Fase II la mayoría tenía este diagnóstico y otras comorbilidades, principalmente Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno Límite de la Personalidad y Trastorno por Estrés Postraumático.

Los eventos más reportados fueron "¿Le gritaban frecuentemente?" en un 60% (ítem 37), seguido de "¿Era tratado de forma fría y poco cariñosa casi siempre?" en un 59.1% (ítem 38), "¿Alguna vez lo golpearon con algún objeto como un cinturón, un matamoscas, una regla o un palo?" reportado en un 55.7% (ítem 29), seguido de "¿Alguna vez le dieron nalgadas?" en un 53.9% (ítem 25) y "¿Alguien en su familia tuvo consumo de drogas y alcohol?" en un 47.8% (ítem 16).

El Inventario de Trauma Temprano validado previamente en Estados Unidos, hace referencia a un "Índice de Severidad del Trauma", el cual puede obtenerse al multiplicar la frecuencia de los eventos por los años de duración, sin embargo éste no fue considerado a la hora de considerar sus propiedades psicométricas en su versión al inglés. En este estudio se realizó éste índice con el fin de obtener una aproximación clínica más significativa según la experiencia del sujeto, encontrando que en todos los dominios, el mayor índice fue reportado siempre en el mismo periodo de edad, entre los 6 y los 12 años.

En cuanto a las limitaciones del inventario, vale la pena comentar que el tiempo promedio de aplicación es de 80 minutos, lo cual puede llegar a variar según las experiencias vividas y el estado clínico de los sujetos. Es importante tomar en cuenta que en el transcurso de la aplicación, el sujeto puede llegar a experimentar emociones intensas como ansiedad, tristeza y miedo, por lo cual es importante que la entrevista se realice por personal capacitado en el tema de la salud mental. Durante nuestro estudio,

no fue necesaria la intervención por el servicio de Atención Psiquiátrica Continua, así mismo ningún sujeto abandonó su participación una vez ya comenzado el estudio.

Además, existen algunos ítems dentro de cada dominio que no se relacionan entre sí, dando como resultado una baja Alfa de Chronbach, así como aquellos ítems que pueden ser repetitivos “¿Alguna vez fue víctima de un asalto?” y “¿Alguna vez fue víctima de robo a mano armada?”, o que no representan un acontecimiento en sí “¿Fue víctima de algún otro evento estresante?”. En cuanto al ítem “¿Alguna vez trabajo en un empleo estresante (policía, bombero, custodio, servicio médico de urgencias)? No hubo algún sujeto que haya respondido de manera positiva, no hay que olvidar que todos los ítems indagan sobre experiencias previas a los 18 años de edad, lo cual nos hace cuestionar la relevancia de este ítem en nuestra población.

A pesar de sus limitaciones, la traducción y aplicación de este inventario ayuda al clínico a conocer los eventos de los pacientes durante la infancia y la adolescencia y su impacto, y ayuda a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Vale la pena reflexionar sobre las cifras de eventos traumáticos reportadas por los sujetos en este estudio, especialmente la gran prevalencia de eventos en el dominio de violencia física y emocional, con el fin de crear y reforzar medidas de prevención en nuestra población.

CONCLUSIONES.

Se realizó la validez del Inventario de Trauma Temprano en su versión al español en una muestra de 115 pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

El Inventario de Trauma Temprano y sus cuatro dominios mostraron adecuadas propiedades psicométricas. El primer dominio de eventos traumáticos tuvo una consistencia interna Alpha de Cronbach de $\alpha=0.539$. El dominio de abuso físico tuvo un Alpha de Cronbach de $\alpha=0.841$, el dominio de abuso emocional de $\alpha=0.798$. y el cuarto dominio de abuso sexual de $\alpha=0.652$.

Se realizó además la Validez de constructo y consistencia interna con el Cuestionario de Trauma en la Infancia (CTQ), presentando una Alpha de Cronbach de $\alpha=0.944$, mientras que la validez concurrente entre el Inventario de Trauma Temprano y el Cuestionario de Trauma en la Infancia con reportó una $r=0.689$.

El Inventario de Trauma Temprano es un instrumento recomendado para nuestra población, no sólo por sus propiedades psicométricas, por la utilidad clínica que éste representa para el clínico y para el paciente, con el fin de realizar una entrevista integral para un tratamiento y pronóstico adecuado.

BIBLIOGRAFÍA.

- ¹ Foa, Edna B. Tratamiento del estrés postraumático. 1era ed. España: Editorial Ariel, S.A.; 2003.
- ² Terr LC. Childhood traumas: and outline and overview. American Journal of Psychiatry. 1991; 148 (1): 10-20.
- ³ Courtois A., Christine. Treating Complex Traumatic Stress Disorders an evidence-based guide. 1era ed. Nueva York, Estados Unidos: The Guilford Press; 2009.
- ⁴ Gilbert R, Spatz C, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Lancet 2009; 373: 68–81.
- ⁵ Hayden E, Klein D. Outcome of dysthymic disorder at 5-year followup: The effect of familial psychopathology, early adversity, personality, comorbidity, and chronic stress. Am J Psychiatry 2001;158:1864-1870.
- ⁶ OMS. Informe de la reunión consultiva sobre el maltrato de menores. Ginebra. 2000.
- ⁷ Loredó 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 Garc. 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 2010, 33 (3): 281-290.
- ⁸ Santana-Tavira R, Sánchez-Ahedo R, Herrera-Basto E. El maltrato infantil: un problema mundial. Salud pública de México 1998; 40(1): 1-8.
- ⁹ Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Diario Oficial de la Federación, 16 de abril de 2009.
- ¹⁰ Villatoro J, Quiroz N, Gutiérrez M, Díaz M, et al. ¿Cómo educamos a nuestros/as hijos/as? Encuesta de maltrato infantil y factores asociados 2006. Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM). México, D. F.
- ¹¹ Aguilar AM. Maltrato a menores. En: El maltrato a los niños y sus repercusiones educativas. Memorias del 2do. Simposio Interdisciplinario e Internacional. México. D.F.: Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil, 1992:192-200.
- ¹² Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Ramos L, et al. Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. Salud Pub Mex 2005;47:8-22.
- ¹³ MacMillan H, Fleming J, Trocmé N, Boyle M, et al. Prevalence of child physical and sexual abuse in the community. JAMA 1997; 278:131-135.
- ¹⁴ World Health Organization. World report on violence and health. Ginebra, Switzerland: WHO; 2002:346.
- ¹⁵ Goodwin RD, Stein MB: Association between childhood trauma and physical disorders among adults in the United States. Psychol Med 2004, 34(3):509–520
- ¹⁶ Dong M, Giles WH, Feitti VJ, Dube SR, Williams JE, Chapman DP, Anda RF. Insights into causal pathways for ischemic heart disease : adverse childhood experiences study. Circulation 2004; 110 (13) : 1761-1766.

-
- ¹⁷ Springer KW: Childhood physical abuse and midlife physical health: testing a multi-pathway life course model. *Soc Sci Med* 2009, 69(1):138–146.
- ¹⁸ Pietrek, Christian et al. Childhood adversities in relation to psychiatric disorders. *Psychiatry Research*. 2013 ; (206) : 103-110.
- ¹⁹ Banducci, A. The impact of childhood abuse on inpatient substance users: specific links with risky sex, aggression, and emotion dysregulation. *Child Abuse & Neglect*. 2014; (38): 928-938.
- ²⁰ Bowlby J. *Attachment and loss*, vol. 1. New York: Basic Books; 1969.
- ²¹ Dienes K. The stress sensitization hypothesis: Understanding the course of bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2006; (95): 43-39.
- ²² Heim C. The link between childhood trauma and depression: insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology*. 2008; (33): 693-710.
- ²³ Chapman D, Whitfield C, Felitti V, Dube S, Edwards V, Anda R. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of affective disorders*. 2004; (82): 217-225.
- ²⁴ Clark C, Caldwell T, Power C, Stansfeld S. Does the influence of childhood adversity on psychopathology persist across the lifecourse? A 45- year prospective epidemiologic study. *Ann Epidemiol*. 2010; (20): 385-394.
- ²⁵ Senn T, Carey M. Child maltreatment and women’s adult sexual risk behavior: Childhood sexual abuse as a unique risk factor. *Child Maltreat*. 2010; (4): 324-335.
- ²⁶ Finkelhor D, Browne A. The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1985; (55): 530-541.
- ²⁷ Cutajar M, Mullen P, Ogloff J, Thomas S, Wells D, Spataro J. Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child abuse & neglect*. 2010; (34): 813-822.
- ²⁸ Beitchman, J. A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*. 1991; (15): 537-556.
- ²⁹ Beitchman, J. A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*. 1992; (16): 101-118.
- ³⁰ Briere J, Hodges M, Godbout M. Traumatic stress, Affect dysregulation, and Dysfunctional Avoidance: A Structural Equation Model. *Journal of traumatic stress*. 2010; (23): 767-774.
- ³¹ Cutajar, M. et al. Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse & Neglect*. 2010 ; (34): 813-822.
- ³² Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME. Chronic childhood adversity and onset of psychopathology during three life stages: Childhood, adolescence and adulthood. *Journal of Psychiatric Research*. 2010; (44): 732-740.
- ³³ Benjet C, Borges G, Méndez, E, Fleiz C, Medina-Mora ME. The association of chronic adversity with psychiatric disorder and disorder severity in adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011; (20): 459-468.
- ³⁴ American Psychiatry Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Amer Psychiatric Pub Incorporated; 2013:991. Available at: <http://books.google.com/books?id=ElbMlwEACAAJ&pgis=1>. Accessed November 02, 2014.
- ³⁵ Norris, F. Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1992; 60(3): 409-418.

-
- ³⁶ Resnick H. Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1993; 61(6): 984-991.
- ³⁷ Breslau, N. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry*. 1991; 48(3): 216-222.
- ³⁸ Borges-Guimaraes G, Lara C, Ramos-lira L, Fleiz-bautista C. Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. 2005;47(1).
- ³⁹ Medina-Mora ME. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México.2003; (26): 1-16.
- ⁴⁰ Lobbestael J, Leurgans M, Arntz A. Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID II). *Clin Psychol Psychother* 2010.
- ⁴¹ Zanarini MC, Frankenburg FR. Attainment and maintenance of reliability of axis I and axis II disorders over the course of a longitudinal study. *Comprehensive Psych* 2001 Sep-Oct 42(5):369-374.
- ⁴² Zanarini MC, Skodol AE, Bender D, Dolan R, Sanislow C, Schaefer E, Morey LC, Grilo CM, Shea MT, McGlashan TH, Gunderson JG. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: reliability of axis I and II diagnoses. *J Personal Disord* 2000;14(4):291-9.
- ⁴³ Barlow DH, Blanchard EB, Vermilyea JA, Vermilyea BB, DiNardo PA. Generalized anxiety and generalized anxiety disorder: description and reconceptualization. *Am J Psychiatry* 1986; 143 (1):40-4.
- ⁴⁴ Watson CG, Juba MP, Manifold V, Kucala T, Anderson PE. The PTSD interview: rationale, description, reliability, and concurrent validity of a DSM-III-based technique. *J Clin Psychol* 1991;47 (2): 179-88.
- ⁴⁵ Davidson J, Smith R, Kudler H. Validity and reliability of the DSM-III criteria for posttraumatic stress disorder. Experience with a structured interview. *J Nerv Ment Dis* 1989 Jun;177(6):336-41.
- ⁴⁶ Davidson JR, Kudler HS, Saunders WB, Smith RD. Symptom and comorbidity patterns in World War II and Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Compr Psychiatry* 1990;31(2):162-70.
- ⁴⁷ Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Gusman FD, Charney DS, Keane TM. The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *J Trauma Stress* 1995;8 (1): 75-90.
- ⁴⁸ Foa EB, Tolin DF. Comparison of the PTSD Symptom Scale-Interview Version and the Clinician-Administered PTSD scale. *J Trauma Stress* 2000;13(2):181-91.
- ⁴⁹ Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med* 1979;41(3):209-18.
- ⁵⁰ Watson CG, Juba MP, Manifold V, Kucala T, Anderson PE. The PTSD interview: rationale, description, reliability, and concurrent validity of a DSM-III-based technique. *J Clin Psychol*. 1991; 47 (2): 179-88.
- ⁵¹ Tichenor V, Marmar CR, Weiss DS, Metzler TJ, Ronfeldt HM. The relationship of peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: findings in female Vietnam theater veterans. *J Consult Clin Psychol*. 1996 Oct;64(5):1054-9.
- ⁵² Keane TM, Caddell JM, Taylor KL. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity. *J Consult Clin Psychol* 1988;56(1):85-90.

⁵³ Keane TM, Malloy PF, Fairbank JA. Empirical development of an MMPI subscale for the assessment of combat-related posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol* 1984; 52 (5): 888-891.

⁵⁴ Hammarberg M. Penn Inventory for Posttraumatic Stress Disorder: Psychometric properties. *Psychological Assessment* 1992; 4(1): 67-76.

⁵⁵ Foa E, Cashman L, Jaycox L, Perry K. The validation of a self-report measure of PTSD: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment* 1997; 9 : 445-451.

⁵⁶ Blanchard EB, Jones-Alexander J, Buckley TC, Forneris CA. Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behav Res Ther* 1996; 34 (8): 669-673.

⁵⁷ King LA, King DW, Leskin GAlan, Foy DW. *The Los Angeles Symptom Checklist: a self-report measure of posttraumatic stress disorder*. *Assessment* 1995; 2 : 1-17.

⁵⁸ Bremner JD, Vermetten E, Mazure CM. Development and preliminary psychometric properties of an instrument for the measurement of childhood trauma: the Early Trauma Inventory. *Depress. Anxiety* 2000; 12(1):1-12

54. Feinstein AR. *Clinical epidemiology. The architecture of clinical research*. Philadelphia: WB Sanders; 1985.

55. *Research Designs*. AFMC Primer on Population Health, The Association of Faculties of Medicine of Canada Public Health Educators' Network. <http://phprimer.afmc.ca/Part2MethodsStudyingHealth/Chapter5AssessingEvidenceAndInformation/Researchdesigns> (Acceso Enero 19, 2015). License: Creative Commons BY-NC-SA

ANEXOS.

Consentimiento informado (Anexo 1).



Título de la Investigación

“Validez y confiabilidad del Inventario de Trauma Temprano”

Número de folio del interesado: _____

Le estamos ofreciendo **participar de forma voluntaria** en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; este estudio requiere de su consentimiento voluntario. Lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en preguntar todo aquello que no entienda claramente.

Programa a efectuar:

El objetivo es estudiar por medio de escalas y entrevistas a un grupo de pacientes. Nos interesa estudiar fenómenos psiquiátricos relacionados al trauma en la infancia.

Para el estudio, requerimos de su cooperación con el objeto de contar con la mayor cantidad posible de información.

Procedimientos del estudio:

Si usted acepta participar en este estudio, sólo contestará un cuestionario y el entrevistador aplicará una entrevista estructurada más. La realización de estas escalas y la entrevista tiene un riesgo mínimo para usted.

1.- Se le pedirá su cooperación para contestar las escalas.

2.- No se le cobrará ningún recargo económico por la realización de las evaluaciones relacionadas con esta investigación.

3.- **Su participación es voluntaria y previa consulta con los investigadores asignados, podrá retirarse del estudio en el momento que lo desee sin que esto afecte su atención y tratamiento en esta Institución.**

4.- ***Es posible que al contestar las escalas usted presente síntomas de ansiedad relacionados a la evocación de alguna experiencia adversa, en caso de llegar a requerir Atención Psiquiátrica Continua, el costo de la atención se cubrirá por parte de la institución por medio de su registro en el sistema como “Paciente en protocolo” y se dará por concluida su participación en el estudio.***

Ventajas Posibles

1.- Las evaluaciones realizadas en este estudio permitirán conocer mejor la naturaleza de los fenómenos psiquiátricos.

2.- Usted podrá discutir con el responsable del estudio sobre los hallazgos de las entrevistas y estudios que se le realicen.

3.- Indirectamente usted contribuirá en el conocimiento sobre la naturaleza y evolución de estos fenómenos.

4.- **El beneficio directo para usted será valorar y conocer a profundidad la relación entre sus síntomas psiquiátricos y eventos traumáticos.**

Confidencialidad

Los datos obtenidos a partir de estas entrevistas son confidenciales. Se asignará un código a los expedientes, por lo que su nombre no aparecerá en ninguno de los reportes o artículos científicos que se elaboren con la información obtenida.

Disposiciones Generales

Hoja de Datos Clínicos Demográficos (Anexo 2).

Folio: _____

Nombre: _____ Iniciales: _____

Área de servicio: _____

Edad al momento del estudio: _____ Sexo: Masculino (0) Femenino (1)

Estado Civil: (0) Con pareja (1) Sin pareja

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Escolaridad (en años): _____

DD MM AA

Ocupación: (0) Desempleado (2) Trabajo no remunerado
(1) Trabajo remunerado (3) No trabaja pero es remunerado

Religión: (0) No práctica (4) Testigo Jehová (8) Budista (9)
1) Católica (5) Mormona (9) Musulmana
(2) Cristiana (6) Pentateuco (10) Otras
(3) Evangelista (7) Judía

Nivel socioeconómico asignado: _____

Presencia de diagnóstico psiquiátrico comórbido: (0) Si (1) No

Especifique _____

Presencia de otros diagnósticos comórbidos no psiquiátricos: (0) Si (1) No

Especifique _____

Antecedentes de uso y abuso de sustancias

SUSTANCIA	EDAD DE INICIO	No utiliza	Abuso
Alcohol		0	1
Opioides		0	1

Marihuana		0	1
Sedantes		0	1
Cocaína		0	1
Alucinógenos		0	1
Solventes/volátiles		0	1
Anfetaminas		0	1
Otras		0	1

Tratamiento durante el episodio índice:

(0) Antipsicóticos (2) Estabilizadores del estado de ánimo (4) Antiparkinsonianos
 (1) Benzodiacepinas (3) Antidepresivos (5) Otros

Número de internamientos: _____

Conducta suicida: (0) Con conducta suicida (1) Sin conducta suicida

GAF (Escala de Funcionamiento Global): _____

Inventario de Trauma Temprano (Anexo 3).