UNIVERSIDAD DE TALCA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

EVIDENCIA INICIAL DE VALIDEZ Y FIABILIDAD DE LOS ÍTEMS DEL ICD-TQ QUE CONFORMAN LA VERSIÓN FINAL DEL CUESTIONARIO INTERNACIONAL DE TRAUMA (ITQ) EN ADULTOS DE LA REGIÓN DEL MAULE, CHILE.

Memoria

para optar al Título de Psicólogo Mención Clínica

Alumna:

Constanza Belén Moreno Garrido

Profesor Guía:

Dr. Andrés Fresno Rodríguez

TALCA,

Diciembre del 2020.

CONSTANCIA

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

UNIVERSIDAD DE TALCA * DIRECCIÓN * SISTEMA DE BIBLIOTECAS

UNIVERSIDAD DE TALCA * PROCESOS TÉCNICOS * SISTEMA DE BIBLIOTECAS

Talca, 2022

Agradecimientos:

Entrar a estudiar psicología fue la mejor decisión que pude haber tomado, aún recuerdo que a mis 16 años decidí que esta carrera era para mí. No queda más que agradecer todos estos años de aprendizaje, esfuerzo y perseverancia, que me llevaron hasta acá.

Durante todo este proceso confirmé mi vocación, mis ganas de querer luchar por mis sueños y aspiraciones.

El camino fue duro, me tocó difícil, pero nunca me di por vencida, porque sabía que lo lograría.

Con este trabajo dejo plasmado el compromiso para lograr lo que uno se propone.

En primer lugar, quiero agradecer a mi familia, a mi madre, María, que nunca dudó de mis capacidades y estuvo a mi lado en todo el proceso, a mi padre, Nelson, que me apoyó en todo lo que pudo. A mis hermanas, Karen y Pamela, que siempre me preguntaban cómo iba, me brindaban palabras de ánimo, recalcando siempre que yo podía con lo que me propusiese. A mi sobrina, Rafaella, por alegrar mis días. A mi pareja, Diego, por su paciencia y compañerismo, por acompañarme y apoyarme en todo. A mis amigas, que más de una vez me subieron el ánimo y me levantaron cuando pensé que ya no podía. Y a todos aquellos que me apoyaron y acompañaron en este camino.

Por último, quiero agradecer a mi profesor, Andrés Fresno, por todo el tiempo y trabajo que me dedicó, por no dejarme sola y por inspirarme al estudio del trauma.

Gracias a cada uno de ustedes por creer en mí.

Estoy feliz porque estoy cumpliendo mis sueños.

Constanza Moreno Garrido

Resumen

El Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPTC) se incluyó recientemente en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), en su última versión. Este trastorno se puede desarrollar cuando las personas han estado expuestas a múltiples, repetidas y/o prolongadas situaciones potencialmente traumáticas.

Con la intención de evaluar las características principales del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPTC) de la CIE-11, se desarrolló el "Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ)". Actualmente, en Chile no hay estudios que evalúen las caracteristicas psicométricas de la ITQ, traducida al español.

Este estudio tiene el objetivo de aportar evidencia sobre la fiabilidad y la validez del cuestionario ITQ, a partir de los ítems de la versión ICD-TQ, en una muestra de 105 adultos chilenos (51.4% mujeres, edad promedio de 24 años).

Los resultados indicaron que el grado de fiabilidad del cuestionario resultó en una buena consistencia interna para la escala TEPT y AAO. El análisis de validez de constructo indicó que el modelo de seis factores de primer orden correlacionados era el modelo que mejor ajustaba. Respecto a la validez convergente, se evidenció asociaciones fuertes entre la sintomatología y el diagnóstico de posible TEPT y TEPTC evaluado mediante la ITQ y los resultados del PCL-5. Y, por último, en cuanto a la validez divergente se observó una asociación moderada solo entre el TEPTC y el Trastorno Límite de Personalidad (TLP).

En síntesis, se aprecia que la escala ITQ presenta evidencia adecuada de fiabilidad y validez en una muestra no clínica de adultos chilenos.

Palabras claves: Trauma, Trastorno de Estrés Postraumático, Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ), Trastorno de Personalidad Límite.

Índice

I. Introducción 7

II. Discusión bibliográfica

2.1 Evento Traumático 9

2.2 Respuesta Traumática 11

2.3 Trastorno de Estrés Postraumático 13

2.4 Trastorno de Estrés Postraumático Complejo 16

2.5 Prevalencias de TEPT y TEPTC 21

2.6 Evaluación de TEPTC 22

III. Planteamiento del problema 25

IV. Objetivos

4.1 Objetivo general 26

4.2 Objetivos específicos 26

V. Hipótesis 26

VI. Metodología

6.1 Tipo y diseño de investigación 27

6.2 Participantes 27

6.3 Variables e instrumentos

6.3.1 Encuesta sociodemográfica 28

6.3.2 Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ) 28

6.3.3 Listado de eventos traumáticos del cuestionario (LEC-5) 30

6.3.4 PTSD Checklist (PCL-5) 30

6.3.5 Examen internacional de los trastornos de la personalidad (I.P.D.E) 31

6.4 Procedimiento 32

6.5 Plan de análisis 33

VII. Resultados

7.1 Resultados descriptivos 35

7.2 Confiabilidad 37

7.3 Validez de constructo 37

7.4 Validez convergente 39

7.5 Validez divergente 41

VIII. Discusión 41

IX. Referencias 48

X. Anexos

Anexo 1. Encuesta sociodemográfica 62

Anexo 2. Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ) de la CIE-11 63

Anexo 3. Listado de Eventos Traumáticos del Cuestionario (LEC-5) 66

Anexo 4. PTSD Checklist (PCL-5) 67

Anexo 5. Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (I.P.D.E) 69

Anexo 6. Consentimiento informado 70

Anexo 7. Modelos para el AFC 74

I. Introducción

La 11° versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) ha incluido el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPTC) como dos diagnósticos relacionados pero distintos, bajo la categoría "Trastornos específicamente asociados con el estrés" (Hyland, Karatzias, Shevlin, Cloitre y Ben-Ezra, 2020). El TEPTC se incluyó como un nuevo trastorno relacionado con el trauma que podría desarrollarse después de experimentar traumatización más compleja (Brewin, 2020).

Ambos trastornos requieren la exposición a un evento de naturaleza traumática para la consideración de los diagnósticos, aunque es más probable que TEPTC se desarrolle luego de la exposición a eventos traumáticos múltiples y/o prolongados, particularmente aquellos que ocurren durante el desarrollo temprano (Cloitre et al., 2019). No obstante, la formulación de TEPT y TEPTC como dos trastornos distintos está respaldada por diferencias en los factores de riesgo, en los niveles de deterioro funcional, y potencialmente, en el curso y duración del tratamiento (Karatzias et al., 2016).

El TEPTC está compuesto por la triada sintomática de TEPT, es decir, síntomas de reexperimentación, evitación e hipervigilancia, más la sintomatología de "Alteraciones en la Autorregulación (AAO)", que incluye desregulación afectiva , autoconcepto negativo y alteraciones en las relaciones, sumado a un malestar clínicamente significativo (Cloitre et al., 2018).

En diversos estudios de análisis factorial confirmatorio, se han probado diversos modelos que intentan capturar la estructura sintomática y la validez factorial del TEPTC, propuesto por la CIE-11. En la mayoría de los estudios, el modelo de dos factores de segundo orden presentó el mejor ajuste a los datos en muestras clínicas (Cloitre et al., 2018; Hyland et

al., 2017) y no clínicas (Cloitre et al., 2018; Somma, Maffei, Borroni, Gialdi y Fossati, 2019). Sin embargo, no todos los estudios replicaron estos hallazgos, por ejemplo, en una muestra general de adultos se evidenció que el modelo de seis factores de primer orden correlacionados fue el modelo que mejor ajustó (Ho et al., 2019). Lo mismo se observó en una muestra no clínica de adultos alemanes (Böttche et al., 2018) y en una muestra de población general de Lituania (Kazlauskas et al., 2020).

De acuerdo a las comorbilidades que presenta este nuevo constructo, la relación entre TEPT, TEPTC y TLP ha sido objeto de investigación y controversia durante mucho tiempo. Los tres trastornos comparten ciertas similitudes en los factores etiológicos, como el trauma temprano, especialmente con el abuso sexual infantil, así como la superposición significativa de algunos síntomas (Knefel, Tran y Lueger-Schuster, 2016), sin embargo, el grupo de trabajo de la CIE-11 restringió el diagnóstico de TEPT a los síntomas centrales y específicos de trauma, para evitar la superposición con otros trastornos y para reducir las tasas de comorbilidad (Brewin, Lanius, Novac, Schnyder y Galea, 2009).

A partir de esta nueva propuesta se han publicado diversos estudios que buscan entregar apoyo empírico para la validez de constructo de TEPT y TEPTC de la CIE-11, en población general y clínica (Hyland et al., 2020). También, se han creado diversos cuestionarios que intentan medir este nuevo constructo. Recientemente se publicó la última versión del instrumento “Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ)”, el cual es una medida de autoinforme diseñada para capturar los diagnósticos de TEPT y TEPTC de la CIE-11 (Hyland et al., 2020). La ITQ se ha adaptado a varios idiomas, incluido el español, dando cuenta de sus características psicométricas. No obstante, en la actualidad no se han descrito las propiedades psicométricas de este instrumento en muestras de adultos jóvenes hispanoparlantes.

La ITQ es el primer instrumento diseñado que ha permitido su utilización en la práctica clínica, en la investigación, en la efectividad del diagnóstico y tratamiento de TEPT y TEPTC de la CIE-11 (Cloitre et al., 2018). Debido a esto, es relevante contar con este instrumento adaptado y validado en población hispanoparlante.

Por su parte, en Chile solo se cuenta con los datos de un estudio que exploró las características psicométricas de una versión anterior de la ITQ (Rojas y Trejo, 2018). Por esta razón, se hace relevante aportar evidencia preliminar de las características psicométricas del instrumento, en su versión final, adaptado al español, con el propósito de ser utilizado como complemento en contextos clínicos, además de aportar conocimiento en el contexto de la investigación.

II. Discusión bibliográfica

2.1 Evento Traumático

Los eventos traumáticos se pueden entender como cualquier situación que pone en peligro la integridad física y/o psicológica de una persona suponiendo un daño en el sentimiento de seguridad de esta (Echeburúa, Corral, y Amor, 2014). Dichos eventos pueden asociarse a síntomas de desajuste psicológico, alterando el funcionamiento psicosocial de los involucrados. Además, se ha evidenciado que la exposición a estos eventos aumenta el riesgo de desarrollar problemas psicopatológicos, como trastornos relacionados al trauma y al estrés (Saccinto, 2014). Asimismo, estos eventos repercuten negativamente en el sistema de creencias del individuo, acerca de su bienestar y supervivencia en el mundo y la manera en que experimentan y perciben sus relaciones interpersonales (Bentolila, 2008).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) categoriza como evento potencialmente traumático cualquier exposición a muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, el que pudo haber sido experimentado directamente por el sujeto, o haber sido testigo directo del evento(s) ocurrido a otros, o haber tenido conocimiento de que el evento(s) traumático(s) le ocurrió a personas cercanas, o por exposición repetida a detalles del evento(s) traumático(s) (American Psychiatric Association, APA, 2014). Por su parte, la CIE-11 describe el evento traumático como la exposición a experiencias vitales normales y/o a experiencias sumamente estresantes de naturaleza amenazante y horribles de las que resulta difícil o imposible escapar (World Health Organization, WHO, 2019).

Entre los principales tipos de eventos potencialmente traumáticos, se puede encontrar el abuso infantil, la violencia interpersonal y los desastres naturales (Briere y Scott, 2014). Estos eventos también se pueden clasificar en: desastres naturales, violencia interpersonal, muertes y accidente o enfermedad (Frans, 2003).

En cuanto a la prevalencia de eventos traumáticos, en un estudio de 24 países, llevado a cabo por la OMS, se encontró que el 70.4% de las personas habrían experimentado al menos un evento traumático en su vida, y un 52.3% habría experimentado dos o más eventos traumáticos a lo largo de su desarrollo vital (Benjet et al., 2016). Por su parte, en una muestra de adultos chilenos, se reportó que aproximadamente un 40% de las personas se verían expuestos a una situación potencialmente traumática a lo largo de su vida (Accatino, Figueroa, Cortés y Sorensen, 2016).

Como se ha mencionado, los eventos potencialmente traumáticos influyen en la vida de quienes lo vivencian, los que pueden ser clasificados en trauma simple o complejo. El trauma simple se refiere a la vivencia de un evento traumático, que puede provocar sintomatología

relacionada al estrés y trauma, sin embargo, si es tratada rápidamente, y si las necesidades de seguridad y apoyo son satisfechas a tiempo, se ha demostrado que pueden tienen mejor pronóstico (Tufnell, 2009). El trauma complejo, por su parte, se puede entender como la experimentación de múltiples, prolongadas y/o repetitivas exposiciones a eventos traumáticos, donde la naturaleza de estos resulta invasivo e interpersonal, como, por ejemplo, el maltrato infantil, la negligencia, la violencia intrafamiliar, entre otros. La traumatización crónica puede generarse cuando los sucesos traumáticos son prolongados en el tiempo, cronificando la sintomatología, o cuando un individuo se expone a experiencias traumáticas en diversos momentos de la trayectoria vital, lo cual deviene en una acumulación de traumas (Martínez y Casares, 2016).

Se ha evidenciado, además, que las personas que han experimentado traumas crónicos y de carácter interpersonal manifiestan sintomatología más compleja. Estos pacientes, además de presentar la tríada sintomática de TEPT, presentan dificultades interpersonales, alteraciones en la autorregulación, síntomas disociativos, entre otros (Bisson et al., 2017; Cloitre et al., 2009).

La evidencia ha indicado que el trauma complejo a temprana edad es un factor de riesgo para el desarrollo de TEPTC, sin embargo, no es necesariamente un requisito (Hyland et al., 2017), de hecho, los datos demuestran que otros tipos de exposición a eventos traumáticos en la edad adulta también pueden conducir al desarrollo del trastorno (Liddell et al., 2019).

2.2 Respuesta Traumática

Al experimentar un evento potencialmente traumático, se puede esperar que los individuos presenten una serie de respuestas o reacciones a nivel psicológico, fisiológico y

comportamental. Las respuestas ante un evento traumático pueden depender de diversos factores, como los internos y externos, los factores protectores y de riesgo preexistentes, el tipo de evento, las características de la experiencia, las capacidades que se posean, la amenaza percibida, las características del contexto posterior al evento y las respuestas de afrontamiento del individuo (Brewin y Burgess, 2014; Luxenberg, Spinazzola y van der Kolk, 2001).

Afortunadamente, la mayoría de las personas que han experimentado algún evento potencialmente traumático a lo largo de sus vidas logran recuperarse con el paso del tiempo, desarrollándose con normalidad a pesar de haber vivido situaciones conflictivas desde su niñez (Cicchetthi y Luthar, 2000). En relación a esto, la evidencia apunta a que, aproximadamente, un 85% de las personas que vivencian alguna experiencia traumática a lo largo de su vida se recupera normalmente, sin desarrollar ningún tipo de trastorno psicopatológico (Bonanno, 2004). A esta capacidad de poder afrontar las adversidades de la vida, a pesar de haber vivenciado eventos traumáticos, se le puede denominar resiliencia (Uriarte, 2005).

Sin embargo, una cierta porción de las personas que vivencia un evento potencialmente traumático manifiesta reacciones que conforman un conjunto de síntomas relacionados con el estrés (López-Soler, 2008). Existe evidencia que señala que una prolongada exposición a eventos traumáticos se asocia con presencia de sintomatología psiquiátrica. El efecto del trauma puede desencadenar, en algunas ocasiones, síntomas específicos de TEPT y, en otras, la exposición crónica a eventos traumáticos puede devenir en la aparición de síntomas afectivos e interpersonales, lo que aumenta la aparición de otras psicopatologías, como depresión, trastorno de ansiedad, trastorno de pánico, abuso de sustancias, entre otros (Viola, Schiavon, Renner, y Grassi-Oliveira, 2011).

2.3 Trastorno de Estrés Postraumático

Se ha reportado que del total de personas que experimentan algún evento potencialmente traumático, solo un número reducido desarrolla algún trastorno mental asociado a ese evento. Entre los trastornos más comúnmente asociados a eventos traumáticos se encuentran el TEPT y el TEPTC (Hyland et al., 2020).

El TEPT es el cuadro clínico asociado a eventos potencialmente traumáticos y abarca, por una parte, la respuesta al estrés, y por otra, el trauma. Este trastorno se introdujo por primera vez en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III), en el año 1980, siendo un factor decisivo para esto, la guerra de Vietnam (Paris, 2002). Por otra parte, la CIE, elaborada por la OMS en 1992, en su novena versión, incluye los síntomas de TEPT bajo la categoría de "Reacción aguda ante gran tensión" (Andrades, 2006).

Actualmente, existen dos definiciones y descripciones de TEPT en los manuales DMS-5 y en la CIE-11. En el DSM-5 se describe TEPT por 20 síntomas contenidos en 4 grupos: Intrusión (5 síntomas), Evitación (2 síntomas), Alteración negativa del ánimo y de la cognición (7 síntomas) y Alteración en la reactividad (6 síntomas). En cambio, en la CIE-11, TEPT es presentado por 6 síntomas en 3 grupos: Reexperimentación (2 síntomas), Evitación (2 síntomas) e Hipervigilancia (2 síntomas), más deterioro funcional (Hyland, Shevlin, Fyvie y Karatzias, 2018).

De acuerdo al DSM-5, el diagnóstico de TEPT se cumple cuando la persona ha sido expuesta a algún evento potencialmente traumático, y ha presentado 1 o más síntomas de intrusión, 1 o más síntomas de evitación, 2 o más síntomas de alteración negativa del ánimo y de la cognición, y 2 o más síntomas de alteración de la reactividad. Además, la duración de las alteraciones es superior a un mes, causando malestar significativo en la vida de la persona, y

estas alteraciones no se pueden atribuir a efectos fisiológicos por alguna sustancia o a otra afección médica (APA, 2014). Por otra parte, la CIE-11 propone que, para el diagnóstico de TEPT se requiere la exposición a un evento o a una serie de eventos extremadamente amenazadores y horribles, donde la persona experimente síntomas de intrusión, evitación e hipervigilancia. Los síntomas deben persistir durante al menos varias semanas, causando deterioro significativo en áreas importantes de funcionamiento de la persona (WHO, 2019).

Como se ha dicho anteriormente, la identificación de un evento potencialmente traumático al que la persona ha estado expuesta es una condición necesaria para el diagnóstico de TEPT en ambos manuales, no obstante, la evidencia muestra que solo una porción de individuos expuestos a un mismo evento potencialmente traumático desarrolla TEPT, lo que indica que el trauma, aunque sea una condición necesaria para el diagnóstico, es insuficiente por sí solo para su desarrollo (Paris, 2002).

De acuerdo a lo anterior, se han realizado diversos estudios para evaluar la estructura interna de TEPT en ambos manuales. Varios estudios han apoyado el modelo latente de cuatro factores de TEPT del DSM-5 (Fresno et al., 2020; Miller et al., 2013). Una revisión reciente de las investigaciones de análisis factorial confirmatorio que comparan los modelos de TEPT del DSM-IV y el DSM-5 concluyeron que el modelo del DSM-5 representa un buen ajuste, sin embargo, los estudios que analizaron modelos de cinco, seis y siete factores también mostraron buenos ajustes (Armour et al., 2015). Por su parte, en una muestra de estudiantes universitarios chilenos, se probaron modelos de cuatro, cinco, seis y siete factores, donde todos presentaron un índice de buen ajuste (Fresno et al., 2020), similar al reportado en otras investigaciones (Armour et al., 2015; Boysan et al., 2017; Wang et al., 2015).

Al mismo tiempo, los estudios que buscan medir la estructura interna del TEPT propuesto por la CIE-11, por medio de análisis factorial confirmatorio, han evidenciado que el modelo de tres factores se ajusta perfectamente, por sobre los modelos de uno y dos factores (Hansen, Hyland, Armour, Shevlin y Elklit, 2015; La Greca, Danzi y Chan, 2017; Tay, Rees, Chen, Kareth y Dilove, 2015). En una revisión sistemática se demostró que, a pesar de los pocos estudios que prueban los modelos de TEPT de la CIE-11 y del DSM-5 en las mismas poblaciones, parece sugerir que el modelo que propone la CIE-11 resulta en un mejor ajuste que el modelo que propone el DSM-5 (Hansen et al., 2017).

A pesar de que no todas las personas expuestas a eventos potencialmente traumáticos desarrollan TEPT, se ha evidenciado que este trastorno es común en algunos contextos, por ejemplo, en diversos estudios realizados a veteranos de guerra se ha podido evidenciar que existe un impacto psicológico negativo en dicha población, lo que conlleva a que la mayoría presente sintomatología psiquiátrica, siendo TEPT el diagnóstico más común (Possemato et al., 2017). También, se ha evidenciado que es frecuente encontrar sintomatología de TEPT en niños y niñas expuestos a maltrato y violencia infantil a temprana edad (Arriagada y Ramírez, 2019; Price, Connor y Allen, 2017).

Numerosos estudios sugieren que los trastornos relacionados con el estrés son altamente comórbidos con otros problemas. En diversas investigaciones se encontró que sólo el 21% de los pacientes diagnosticados con TEPT no reunían demás síntomas para cumplir otro diagnóstico psicológico ni psiquiátrico, el 79% restante cumplía con criterios para un segundo diagnóstico y, dentro de este porcentaje, el 44% reunía criterios para un tercer trastorno. Los diagnósticos más comunes y comórbidos eran: depresión mayor, trastorno de ansiedad, abuso de sustancias o alcohol, trastornos somatomorfos y trastornos en el eje II (Bentolila, 2008).

En relación a la formulación de TEPT del DSM-5, se ha evidenciado que muchos de los síntomas incluidos como criterios se superponen con otros trastornos, como el trastorno de ansiedad generalizada y depresión, lo que puede aumentar la tasa de comorbilidad (Brewin et al., 2017). En cambio, la formulación de TEPT de la CIE-11 posee un umbral diagnóstico más específico y un perfil de síntomas más estricto, lo que se puede atribuir a tasas más bajas (Hyland et al., 2018). En un estudio aplicado a niños, niñas y adolescentes en condición de acogida, se encontró que las tasas de comorbilidades entre TEPT, depresión mayor y trastorno de ansiedad generalizada (TAG) fueron las siguientes: la comorbilidad entre TEPT del DSM-5 y depresión mayor fue del 62.5%, por otro lado, entre TEPT de la CIE-11 y depresión mayor fue de 54.5%. La comorbilidad entre TEPT del DSM-5 y TAG fue de 45.8%, y entre TEPT de la CIE-11 y TAG, de 40.9% (Bruckmann, Haselgruber, Sölva y Lueger-Schuster, 2020).

2.4 Trastorno de Estrés Postraumático Complejo

La inclusión del TEPTC ha causado una gran controversia, debate y desacuerdo dentro de la comunidad académica del trauma por varios años (Ford, 2020). No obstante, recientemente la OMS, a través de la CIE-11, lo ha reconocido como un trastorno psiquiátrico distinto de TEPT, bajo la categoría “Trastornos específicamente asociados con el estrés” (Hyland et al., 2020).

El concepto de TEPTC fue utilizado por primera vez por Herman (1992) con la finalidad de proporcionar un diagnóstico más completo para aquellas personas sobrevivientes a múltiples, repetidas y/o prolongadas situaciones potencialmente traumáticas, cuya sintomatología se diferencia con la de TEPT.

Este constructo no fue incorporado en el DSM-IV, sin embargo, se incorporó un trastorno denominado DESNOS (Trastorno de estrés extremo no especificado), aplicándose como un TEPT más severo. A su vez, tampoco fue considerado como un diagnóstico distinto de TEPT en el DSM-5, debido a que no se contó con suficiente información que lo respaldara (Jarero, 2014).

Por otra parte, en el año 2012, el grupo de trabajo de la CIE-11 hizo una revisión sobre una incorporación diagnóstica que se realizó en la CIE-10, denominada "Cambios duraderos de personalidad después de la experiencia catastrófica (EPCACE)", como una forma de TEPTC. Este diagnóstico se clasificó, primeramente, como un trastorno de personalidad, luego se reubicó en la categoría de "Estrés y trastornos traumáticos". Esta última reubicación contribuyó a que los problemas relacionados con el trauma ya no se consideraran "duraderos", sino como un conjunto de síntomas que tienen potencial de cambio (Karatzias y Levendosky, 2019).

El grupo de trabajo de la CIE-11 mantuvo las tres categorías de problemas de EPCACE (el afecto, el yo y las relaciones), y revisó los hallazgos de los ensayos para la cuarta edición del DSM y la encuesta de consenso de médicos expertos en TEPTC, con el objetivo de identificar sintomatología que se asocia con formas prolongadas, duraderas y repetidas de trauma. Los síntomas identificados en esa revisión se organizaron en la descripción narrativa propuesta por la CIE-11 para el TEPTC (Karatzias y Levendosky, 2019).

Este trastorno incluye seis síntomas organizados en los tres grupos sintomáticos de TEPT: Reexperimentación en el aquí y en el ahora (RE), Evitación (EV) y Sensación actual de amenaza o hipervigilancia (AM), más seis síntomas de "Alteraciones en la Autorregulación (AAO)", el que presenta, también, tres grupos de síntomas: Desregulación afectiva (DA), Autoconcepto negativo (AN) y Alteraciones en las relaciones (AR), además de 6 síntomas de

alteraciones en la funcionalidad de la persona (Cloitre et al, 2018). Las perturbaciones de TEPTC están asociadas a formas repetidas o a múltiples exposiciones a eventos potencialmente traumáticos, reflejando una pérdida de recursos emocionales, psicológicos y sociales, en condiciones de adversidad prolongada (Karatzias et al., 2016; Karatzias et al., 2017). Además, TEPTC está conceptualizado como un trastorno clínico más amplio que caracteriza el impacto del trauma en la regulación de las emociones, identidad y dominios interpersonales (Haselgruber, Sölva y Lueger-Schuster, 2019).

Para evaluar el modelo de TEPTC propuesto por la CIE-11, se debía determinar la validez del constructo, por esta razón se utilizó, primeramente, el análisis de clases latentes, con el objetivo de determinar si había distintos grupos de personas expuestas a eventos traumáticos que tenían perfiles de síntomas consistentes con la distinción entre TEPT y TEPTC (Karatzias y Levendosky, 2019). Esta evaluación resultó exitosa (Cloitre et al., 2013), y varios estudios han replicado estos hallazgos (Cloitre et al., 2019; Liddell et al., 2019; Vang, Ben-Ezra y Shevlin, 2019).

La formulación de TEPT y TEPTC como dos trastornos distintos pero relacionados, está respaldada por diferencias en los factores de riesgo, en la fisiología propuesta, en los niveles de deterioro funcional, y potencialmente, en el curso y duración del tratamiento (Karatzias et al., 2016). Diversos autores han descrito que TEPTC, en comparación con TEPT, se asocia con mayor incidencia de trauma infantil y mayores niveles de deterioro funcional (Hyland et al., 2018), sin embargo, también se ha encontrado que la exposición a eventos traumáticos en edad adulta puede conducir al desarrollo de TEPTC (Karatzias y Levendosky, 2019).

De acuerdo a la estructura sintomatológica de TEPTC de la CIE-11, esta se refleja en un modelo multidimensional y jerárquico, que comprende TEPT y AAO como dos factores de

orden superior distintos, lo que ha sido evidenciado por múltiples investigaciones (Brewin et al., 2017; Cloitre et al., 2018). En una investigación realizada a niños de acogida, se les aplicó la ITQ con la ayuda de un psicólogo clínico, y se evidenció que el modelo de orden superior de dos factores fue elegido como el más ajustado, ya que el análisis factorial confirmatorio arrojó un alto CFI (0.988) y TLI (0.984), bajo RMSEA (0.068; 95% *CI*= 0.039-0.095) y BCI (5165.742), lo cual está en línea con hallazgos anteriores (Haselgruber et al., 2019). Además, TEPT y AAO se mostraron altamente correlacionados (r= 0.75, p<0.001). Las estimaciones de fiabilidad compuesta (CR), derivadas de las estimaciones del modelo, indican excelentes niveles de consistencia interna para los puntajes de escala de TEPT (CR=0.86) y AAO (CR=0.91) (Haselgruber et al., 2019). Numerosos estudios que han empleado análisis factorial confirmatorio y análisis de clase latente han proporcionado apoyo empírico para la validez de constructo de TEPT y TEPTC de la CIE-11, lo que demuestra que son dos trastornos relacionados pero distintos (Hyland et al., 2018).

Este constructo ha surgido como una respuesta a una necesidad de describir las dificultades asociadas a la exposición de eventos potencialmente traumáticos, los que son predominantemente de naturaleza interpersonal (Hyland et al., 2017). Por esta razón, la inclusión de TEPTC en la CIE-11 ha sido un avance importante en el campo de la psicotraumatología (Karatzias y Levendosky, 2019).

Se ha mencionado anteriormente que los trastornos relacionados con el estrés son altamente comórbidos con otros trastornos. La mayoría de los sobrevivientes a eventos traumáticos se presentan en la práctica clínica con diversas dificultades como depresión y ansiedad como principal motivo de consulta, más que con síntomas de estrés traumático (Karatzias y Levendosky, 2019). Se ha evidenciado que las personas con diagnóstico de TEPTC

pueden presentar, también, sintomatología ansiosa y depresiva, lo que puede indicar que es probable que los pacientes con esta sintomatología presenten otras formas de psicopatología, debido al alto malestar psicológico del trastorno. En un estudio aplicado a una muestra general de adultos irlandeses se pudo evidenciar que entre los participantes que cumplieron con los requisitos para el diagnóstico de TEPTC de la CIE-11, el 67.1% cumplió con los criterios de depresión y el 49.4% para TAG (Hyland et al., 2020).

Por otra parte, algunas personas que han estado expuestas a eventos traumáticos presentan sintomatología que se superpone con el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), lo que ha causado bastante controversia sobre si TEPTC es solo un TEPT comórbido con TLP, o son trastornos distintos (Karatzias y Levendosky, 2019).

Diversos estudios han puesto su atención en la comorbilidad entre TEPTC y TLP, ya que su sintomatología se solapa con los criterios borderline, apoyando así, la relación entre el trauma temprano, grave y crónico y TLP, ya que una historia de trauma infantil predice un mal pronóstico para pacientes borderline (Valverde, 2012). Algunos autores coinciden en que las tendencias suicidas, la revictimización, las conductas de riesgo, la impulsividad, la inestabilidad afectiva y la labilidad emocional, generadas como respuesta al estrés causado por la exposición a eventos traumáticos, concuerdan con los criterios y características del TLP. Consideran, además, que las personas que han sido diagnosticadas con TEPTC han presentado, en algún momento de sus vidas, criterios para TLP (López-Soler, 2008).

En un estudio realizado en una muestra de adultos sobrevivientes de abuso infantil se pudo evidenciar que la asociación entre TEPTC y TLP podría estar enraizada en los factores de riesgo etiológicos similares, pero no en la interacción psicopatológica de sus síntomas (Knefel et al., 2016). Por su parte, en un estudio realizado en una muestra clínica de adultos

diagnosticados con trastornos psiquiátricos y de personalidad, se encontró que existían relaciones entre la exposición infantil al trauma interpersonal y los síntomas de TEPTC en la edad adulta, las que se presentaban independientemente de los síntomas de TLP (van Dijke, Hopman y Ford, 2018).

Se puede observar, por diversos estudios, que TEPTC y TLP comparten superposición conceptual en el tipo de problemas que se incluye en cada diagnóstico, es decir, dificultades en la regulación del afecto, en el autoconcepto y en las relaciones interpersonales, sin embargo, existen diferencias fenomenológicas importantes en la forma en que los síntomas se manifiestan en cada trastorno, por ejemplo, en pacientes con TLP las dificultades de autoconcepto se reflejan en un sentido inestable de sí mismo, y en pacientes con TEPTC, se reflejan en un sentido negativo persistente de sí mismo. Por su parte, las dificultades en las relaciones interpersonales se caracterizan por patrones cambiantes de interacciones en personas con TLP, en cambio, en pacientes con TEPTC, se refleja en una tendencia persistente a evitar las relaciones, y por último, la desregulación afectiva en TLP se caracteriza por el miedo al abandono y al comportamiento autolesivo o suicida, mientras que en pacientes con TEPTC esta dificultad se reflejaba en la complejidad para mantener el equilibrio emocional (Hyland, Karatzias, Shevlin y Cloitre, 2019).

2.5 Prevalencias de TEPT y TEPTC

De acuerdo a las tasas de prevalencia, un estudio realizado en una muestra que comprendió 1.003 adultos israelís expuestos a trauma evidenció que la prevalencia de TEPT y TEPTC fue de 9.0% y 2.6%, respectivamente. Es importante destacar que el contexto en el cual se llevó a cabo el estudio fue en medio de amenazas terroristas junto con incendios forestales y

urbanos (Ben-Ezra et al., 2018). Por su parte, en población no clínica (*N*= 2.980) se evidenció que la tasa de prevalencia general de TEPT fue de 3.0% y la tasa de prevalencia de TEPTC fue de 1.0% (Hyland et al., 2017). Otro estudio reportó una tasa de prevalencia de TEPT del 4.0% y una prevalencia de TEPTC del 3.3%, en un muestra de población general de EE.UU. (*N*= 1.893) (Karatzias et al., 2017).

La evidencia empírica sugiere que TEPT puede ser más usual que TEPTC en población general, no obstante, las respuestas traumáticas complejas se observan con mayor frecuencia en población clínica (Ben-Ezra et al., 2018). Esto se pudo contrastar en un estudio realizado en Dinamarca a pacientes psiquiátricos, donde se les aplicó la ITQ, encontrando una tasa de prevalencia de 8% para TEPT y 36% para TEPTC (Møller, Augsburger, Elklit, Søgaard y Simonsen, 2020). También, en una muestra danesa de sobrevivientes a agresión sexual, la prevalencia de TEPT fue de 7.8% y la de TEPTC fue de 42.8% (Hyland et al., 2017). También, en una muestra de escoceses en busca de tratamiento se encontró que las tasas de TEPTC (53.1%) fueron sustancialmente más altas que las de TEPT (37%) (Karatzias et al., 2016).

De acuerdo a las diferencias entre género, estudios previos con muestras clínicas y no clínicas han indicado que las mujeres tienen aproximadamente el doble de posibilidades que los hombres de alcanzar el diagnóstico de TEPT y TEPTC de la CIE-11 (Ben-Ezra et al., 2018).

2.6 Evaluación de TEPTC

En un intento por poner en práctica las descripciones narrativas de TEPT y TEPTC de la CIE-11, un grupo de investigadores desarrollaron una medida de autoinforme denominada “Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ)”, con un conjunto definido de criterios diagnósticos. En la ITQ, los ítems de TEPT están influenciados por las investigaciones de

Brewin et al. (2009) y los ítems de AAO se basaron en los resultados del trabajo de campo del DSM-IV (van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday y Spinazzola, 2005) y por consenso entre médicos expertos, quienes identificaron los síntomas más frecuentes y perjudiciales de TEPTC (Cloitre et al., 2011).

La ITQ, como cualquier otro instrumento, ha ido evolucionando y adaptándose con el tiempo. Una de las primeras propuestas de la ITQ es el "Cuestionario de Trauma Complejo (ICD-TQ)", el que comenzó su elaboración en el año 2013. La versión 1.5.1 fue la última versión que se dio a conocer en el año 2016, e incluía 49 ítems. El ICD-TQ está formado por tres dimensiones que evalúan: Presencia de Estrés Postraumático (Parte 1), Presencia de Estrés Postraumático Complejo (Parte 2) y Presencia de Rasgos de Trastorno de Personalidad Limítrofe (Parte 3) (Cloitre et al., 2016). Un estudio realizado a una muestra de adultos en Chile aportó evidencia preliminar del ICD-TQ, traducido al español. El Alpha de Cronbach para la dimensión de TEPT fue de 0.944, para la dimensión de TEPTC fue de 0.954 y para la dimensión de TLP fue de 0.843, indicando una excelente consistencia interna entre los ítems de cada dimensión (Rojas y Trejo, 2018).

Con la intención de disminuir la cantidad de ítems del cuestionario, el instrumento siguió siendo modificado con el paso del tiempo. La versión preliminar de la ITQ incluyó 28 ítems de prueba, de la que múltiples estudios confirman que su estructura latente concreta la distinción entre sintomatología TEPT y AAO, brindando apoyo para la validez factorial, discriminante, concurrente, predictiva y transcultural de TEPT y TEPTC (Brewin et al., 2009; Karatzias et al., 2016; Hyland et al., 2018). Sin embargo, el instrumento se abrevió con el fin de alinearse con el principio organizador de la CIE-11 de que los trastornos deben centrarse en un conjunto

limitado pero central de síntomas. Por esta razón, el cuestionario se abrevió a 12 ítems para evaluar TEPT y AAO, más 6 ítems para evaluar deterioro funcional (Cloitre et al., 2018).

La ITQ actual representa una medida de diagnóstico de TEPT y TEPTC que captura un conjunto limitado de síntomas, el cual utiliza ítems redactados que facilitan la traducción y maximizan la aplicabilidad internacional. Además, incluye un algoritmo de diagnóstico simple y rápido que facilita la aplicación clínica y la investigación (Cloitre et al., 2018). Por esta razón, es de gran relevancia contar con una traducción al español validada, con el fin de evaluar adecuadamente la presencia de TEPT y TEPTC, propuesto por la CIE-11, en países hispanoparlantes.

Se ha reportado, además, que la ITQ es una medida válida de la CIE-11 para evaluar la sintomatología de ambos trastornos, ya que el análisis factorial confirmatorio arrojó que la estructura latente de los 12 ítems de la ITQ captura efectivamente la distinción entre las escalas TEPT y AAO (Cloitre et al., 2018).

En Chile, actualmente no existen investigaciones que den cuenta de las características psicométricas de la ITQ, sin embargo, en un estudio realizado en una muestra general de adultos, se aplicó la versión anterior, el ICD-TQ, traducido al español (Rojas y Trejo, 2018).

En relación a esto último, se hace necesario contar con instrumentos validados que permitan diagnosticar este cuadro clínico, con el fin de detectarlo tempranamente y así, aumentar las probabilidades de tratamiento especializado y adecuado, ya que, en Chile, existe una alta tasa de experiencias traumáticas vividas durante la infancia y la adultez. Se estima que el 62.5% de los cuidadores reconocen que utilizan métodos de disciplina violentos en la crianza de niños, niñas y adolescentes (NNA), donde el 32.5% utiliza métodos de agresión física y un

56.9%, agresión psicológica. Además, un 49.7% de los NNA que viven en hogares o residencias declaran haber presenciado o vivido situaciones de violencia en el último mes (UNICEF, 2020).

De acuerdo a la tasa de experiencias traumáticas en la adultez, el estallido social del 2019 en Chile puede ser considerado como un evento potencialmente traumático producto de las constantes violaciones a los derechos humanos que se vivieron y se siguen viviendo hasta el día de hoy (Madariaga, 2019). Sumado a esto, la pandemia a causa del COVID-19 también puede ser vivida como un evento potencialmente traumático, pudiendo activar respuestas traumáticas en las personas (Huarcaya-Victoria, 2020).

III. Planteamiento del problema

Recientemente, la CIE-11 ha incluido el TEPTC como un trastorno relacionado al trauma distinto de TEPT, a pesar de las diversas controversias entre algunos investigadores y académicos (Ford, 2020). El TEPTC se planteó, primeramente, con el objetivo de proporcionar un diagnóstico que capturara sintomatología más compleja para aquellos individuos que han experimentado múltiples, repetidas y/o prolongadas situaciones potencialmente traumáticas a lo largo de su vida (Herman, 1992).

Este nuevo constructo, de acuerdo a la CIE-11, se puede diagnosticar si una persona está expuesta a algún evento(s) potencialmente traumático(s), cumpliendo con los criterios de TEPT y los síntomas de AAO, además, de deterioro en el funcionamiento (WHO, 2018).

Diversas investigaciones han entregado evidencia sobre la validez de constructo de TEPT y TEPTC de la CIE-11, utilizando distintos tipos de análisis, como el análisis de clase latente, análisis factoriales (Brewin et al., 2017) y análisis de redes (Knefel et al., 2019). La mayoría de estos estudios han utilizado la ITQ para medir los síntomas de TEPT y TEPTC

(Cloitre et al., 2018), sin embargo, en los países hispanoparlantes hay pocas investigaciones que entreguen evidencia sobre las características psicométricas de este cuestionario.

Esta investigación pretende aportar evidencia de fiabilidad y validez de los ítems del ICD-TQ que conforman la versión final de la ITQ, en una muestra no clínica de adultos en Chile.

IV. Objetivos

4.1 Objetivo general

Aportar evidencia sobre la fiabilidad y la validez de la escala conformada por los ítems del ICD-TQ que conforman la versión final de la ITQ, en una muestra no clínica de adultos de la Región del Maule, Chile.

4.2 Objetivos específicos

1. Determinar el grado de fiabilidad del cuestionario ITQ (escala de TEPT y de AAO).
2. Determinar la validez de constructo del cuestionario ITQ.
3. Determinar la validez convergente entre TEPT y TEPTC del cuestionario ITQ y TEPT del cuestionario PCL-5.
4. Determinar la validez divergente entre TEPT, TEPTC y TLP.

V. Hipótesis

H1. Se espera una consistencia interna elevada, sobre 0.80 en el Alpha de Cronbach, para los ítems de la escala TEPT y de la escala AAO de la ITQ.

H2. Se espera que se obtengan indicadores de ajuste adecuado para el modelo de orden superior de dos factores reportado por Cloitre et al., (2018).

H3. Se espera una asociación positiva entre el puntaje y el diagnóstico categorial de la escala ITQ y de la escala PCL-5.

H4. Se espera que no exista asociación estadísticamente significativa entre TEPT, TEPTC y TLP.

VI. Método

6.1 Tipo y diseño de investigación:

La presente investigación es un estudio de tipo cuantitativo y correlacional, debido a que se describen las características psicométricas de fiabilidad y validez del cuestionario ITQ, así como la correlación entre variables de interés. El diseño es transeccional o transversal ya que los datos se recolectaron en un solo momento, en un tiempo único, y su propósito fue describir las variables y analizar su relación (Baptista, Fernández y Hernández, 1998).

6.2 Participantes:

La muestra estuvo conformada por 105 adultos de la Región del Maule, 48.6% hombres (*N*=51) y 51.4% mujeres (*N*=54), con edades comprendidas entre los 18 y los 50 años, con una edad promedio de 24 años (*DE*= 3.67), sin diagnóstico clínico. La muestra inicial era de 107 adultos, sin embargo, quedó en 105 debido a que se perdieron datos de dos participantes.

Esta se trata de una muestra reclutada de un estudio que aportó evidencia sobre las características psicométricas de la versión ICD-TQ, traducida al español (Rojas y Trejo, 2018).

El reclutamiento de los participantes se realizó por medio de redes sociales, seleccionando a las personas por conveniencia, en donde se enviaron los instrumentos y la información de forma personalizada. Es importante destacar que todos los participantes firmaron el consentimiento informado antes de la aplicación de los instrumentos.

6.3 Variables e instrumentos:

6.3.1 Encuesta Sociodemográfica:

Para recopilar información sociodemográfica se utilizó una encuesta ad-hoc (Ver anexo 1) que permitió consignar información como género, edad, estado civil, N° de hijos (en caso de tenerlos) y nivel educacional.

6.3.2 Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ) de la CIE-11:

Para evaluar TEPT y TEPTC de la CIE-11 se utilizaron los ítems equivalentes a la versión actual de la ITQ (Ver anexo 2), extraídos de la versión ICD-TQ, aplicados previamente por Rojas y Trejo (2018). Los ítems están redactados de manera similar a la última versión del instrumento, por lo tanto, se extrajeron aquellos ítems que corresponden a la ITQ desarrollada por Cloitre et al. (2018).

La ITQ es una medida de autoinforme breve y sencilla de 18 ítems, que está validado para evaluar las características principales de TEPT y TEPTC. La ITQ fue desarrollado con los principios organizativos de la CIE-11, según lo propuesto por la OMS (Cloitre et al., 2018).

El cuestionario está formado por dos dimensiones que evalúan sintomatología TEPT (desde P1 hasta P9) y otra que evalúa síntomas de AAO (desde C1 hasta C9), cada apartado tiene 6 preguntas sobre sintomatología más 3 de deterioro funcional, con dos ítems para cada

grupo sintomático (Reexperimentación en el aquí y en el ahora (RE), Evitación (EV), Sensación actual de amenaza o hipervigilancia (AM), Desregulación afectiva (DA), Autoconcepto negativo (AN) y Alteraciones en las relaciones (AR)) (Cloitre et al., 2018).

El instrumento tiene una modalidad de respuesta de tipo Likert de 0 ("nada") a 4 ("extremo"). En el apartado de sintomatología TEPT, las personas deben contestar cuán molestos han sido los síntomas en el último mes, y en el apartado de sintomatología AAO, se les pregunta sobre la forma en la que normalmente se siente, piensa de sí mismo y sobre las relaciones con otros.

El diagnóstico de TEPT requiere la aprobación de al menos 1 síntoma de cada grupo sintomático más deterioro funcional, por su parte, el diagnóstico de TEPTC requiere el diagnóstico de TEPT y al menos 1 síntoma de cada grupo sintomático de AAO, más deterioro funcional (Haselgruber et al., 2019).

Para la puntuación diagnóstica de TEPT, si P1 o P2 ≥2, se cumplen los criterios de reexperimentación en el aquí y el ahora (RE), si P3 o P4 ≥2, se cumplen los criterios de evitación (EV), si P5 o P6 ≥2, se cumplen los criterios de sensación actual de amenaza (AM) y, además, al menos uno de P7, P8 o P9 ≥2, cumple el criterio para deterioro funcional (DF) de TEPT. Si se cumplen los criterios para RE, EV, AM y DF, se cumplen los criterios para el diagnóstico de TEPT.

Para la puntuación diagnóstica de TEPTC, si C1 o C2 ≥2, se cumplen los criterios de desregulación afectiva (DA), sí C3 o C4 ≥2, se cumplen los criterios de autoconcepto negativo (AN), sí C5 o C6 ≥2, se cumplen los criterios de alteraciones en las relaciones (AR) y, además, al menos uno de C7, C8 o C9 ≥2, cumple el criterio para deterioro funcional (DF) de AAO. Si se cumplen los criterios para DA, AN, AR y DF, se cumplen los criterios para el diagnóstico de

AAO. Se obtiene un diagnóstico de TEPTC cuando se cumplen los criterios de TEPT y los de AAO, se obtiene un diagnóstico de TEPT cuando se cumplen sólo los criterios de TEPT y no los de AAO, y no se obtiene ningún diagnóstico cuando no se cumplen los criterios de TEPT, independientemente si se cumplen los criterios de AAO (Cloitre et al., 2018).

6.3.3 Listado de Eventos Traumáticos del Cuestionario (LEC-5):

El "Listado de Eventos Traumáticos del Cuestionario (LEC-5)" (Ver anexo 3), se utilizó para evaluar la presencia de potenciales experiencias traumáticas en la muestra (Blake et al., 1995). El cuestionario comprende una lista de situaciones difíciles o estresantes que a veces les ocurren a las personas. Los participantes debían escoger el evento traumático que les ha causado mayor malestar hasta el momento de la aplicación del instrumento.

En este estudio se utilizó la versión validada por Fresno et al., (2020), que comprende 19 eventos potencialmente traumáticos.

6.3.4 PTSD Checklist (PCL-5):

PTSD Checklist (PCL-5) (Ver anexo 4) fue escogido como uno de los instrumentos para la validación del constructo, comparando sus resultados con el apartado de sintomatología TEPT en la ITQ. Fue publicado por Weathers et al. (2013) y se encuentra adaptada en Chile (Fresno et al., 2020).

El PCL-5 es una medida de autoinforme que permite medir la presencia de Estrés Postraumático basándose, para esto, en los criterios del DSM-5. Consta de una pregunta sobre el evento estresante, seguida por 20 ítems con modalidad de respuesta tipo Likert, donde el participante debe seleccionar si lo vivido le ha molestado "No en absoluto", "Un poco",

“Moderadamente”, “Bastante” y “Extremadamente”, en el último mes (Blevins, Weathers, Davis, Witte y Domino, 2015).

Se puede obtener una puntuación total de gravedad de los síntomas sumando los puntajes de cada uno de los 20 ítems (rango de 0 a 80). Los puntajes de gravedad del grupo de síntomas del DSM-5 se obtienen sumando los ítems dentro de un grupo determinado, es decir, grupo B (ítems del 1 al 5), grupo C (ítems del 6 al 7), grupo D (ítems del 9 al 14) y grupo E (ítems del 15 al 20) (Blevins et al., 2015).

Para el diagnóstico provisional de TEPT se trata como síntoma cada ítem clasificado como 2 (“moderadamente”) o más. Luego, según el DSM-5, se comprueba la presencia de al menos 1 síntoma del grupo B y del grupo C, y 2 síntomas de los grupos D y E (Blevins et al., 2015).

En un estudio llevado a cabo en una muestra de adultos chilenos, se evidenció que el PCL-5 presenta una excelente consistencia interna, con un Alpha de Cronbach de 0.92 en la escala completa y una estructura interna concordante con el modelo de la DSM-5 con buenos indicadores de ajuste (Fresno et al., 2020).

Se utiliza esta escala dado que se ha planteado que los 20 síntomas que la componen permiten incorporar bajo el diagnóstico de TEPT, cuadros que incluyen sintomatología de tipo complejo (Barbieri et al., 2019).

6.3.5 Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (I.P.D.E):

Este instrumento permite diagnosticar trastorno de personalidad limítrofe (TLP) y aborda las dimensiones de “Inestabilidad emocional, tipo impulsivo” e “Inestabilidad emocional, tipo límite (borderline)” con cinco ítems cada dimensión.

El Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (Ve anexo 5) es una versión adaptada al español por López-Ibor, Pérez y Rubio (1996) de la versión original "International Personality Disorder Examination" de Loranger et al. (1994).

La puntuación del I.P.D.E es estandarizada, basándose en que si un rasgo o conducta está ausente (0), es exagerado o acentuado (1), o si cumple el criterio (2). Algunos ítems no pueden ser aplicados para ciertas personas y son puntuados como NA (No Aplicable).

Para el cumplimiento de la dimensión de "Inestabilidad emocional, tipo límite", la puntuación debe ser mayor o igual a 2, y para la dimensión "Inestabilidad emocional, tipo impulsivo", la puntuación debe ser mayor o igual a 3. Por otro lado, para el diagnóstico de TLP, la puntuación se obtiene con la suma de ambas dimensiones, y si es mayor a 2, se cumple el criterio para su diagnóstico (Loranger, Janca y Sartorius, 1997).

Este instrumento se utilizará con el propósito de comparar sus resultados con el cuestionario ITQ, para evaluar la asociación de categorías, lo que nos entregará evidencia divergente entre TLP y TEPTC.

6.4 Procedimiento:

El procedimiento de la aplicación de los instrumentos se realizó por medio de una plataforma en línea creada por Google Docs, en el que se les presentó a los participantes los objetivos del estudio y el consentimiento informado (Ver anexo 6), en donde se dejaban en claro los lineamientos éticos de la investigación, los propósitos académicos e información para contactarse con los evaluadores. También, se puso a disposición de los participantes orientaciones para derivación profesional, en caso de que lo requiera.

Antes de responder los cuestionarios, se les pidió que contestaran una encuesta sociodemográfica con el objetivo de describir la población, y luego el LEC-5, con el propósito de identificar los eventos traumáticos experimentados por los participantes. Los datos obtenidos por la aplicación de los instrumentos se traspasaron a Excel para su posterior análisis en el programa de IMB SPSS Statistics 23 y el programa MPLUS versión 7. Todo lo anterior fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Talca.

De la base de datos del cuestionario ICD-TQ se extrajeron los ítems que correspondían a la nueva versión del instrumento, es decir los 18 ítems que componen la ITQ.

6.5 Plan de análisis:

Para el análisis descriptivo, la estimación de la prevalencia de los trastornos, la fiabilidad y la validez del cuestionario ITQ, se utilizó el programa de IMB SPSS Statistics 23.

La fiabilidad fue determinada a partir del análisis de consistencia interna de los ítems de las escalas de TEPT y AAO, mediante la estimación del Alpha de Cronbach, valor que mientras más cercano es a 1, mejor es el nivel consistencia que presentan los ítems (Abad, Olea, Ponsada y García, 2011).

Para aportar evidencia de validez, se puso a prueba la estructura interna teórica del TEPTC mediante un análisis factorial confirmatorio (AFC). Para esto se probó el nivel de ajuste de 7 modelos (Ver anexo 7). El modelo 1 es un modelo de un solo factor, donde todos los ítems están cargados bajo una única variable latente (TEPTC). El modelo 2 comprende seis factores de primer orden correlacionados (RE, EV, AM, DA, AN, AR). El modelo 3, es un modelo de dos factores (TEPT y AAO), los que cargan directamente los ítems en su respectivo factor. El modelo 4 es un modelo de un factor de segundo orden (TEPTC) y 6 factores de primer orden

(RE, EV, AM, DA, AN, AR). El modelo 5 comprende dos factores de segundo orden correlacionados (TEPTC y AAO) y seis factores de primer orden (RE, EV y AM con TEPT, y DA, AN y AR con AAO). El modelo 6, es un modelo de un factor de primer orden (TEPT) y un factor de segundo orden (AAO) que carga con tres factores de primer orden (DA, AN, AR). Y, por último, el modelo 7 comprende un factor de primer orden (AAO) y un factor de segundo orden (TEPT) que carga con tres factores de primer orden (RE, EV, AM).

Para llevar a cabo el AFC se utilizó el programa MPLUS versión 7, en donde se evaluaron los 7 modelos utilizando el estimador de mínimos cuadrados (WLSMV), debido a que es el método más apropiado para analizar indicadores ordinales en un contexto de AFC (Brown, 2006). Se evaluó el ajuste para cada modelo usando el índice de Ajuste Absoluto (χ^2/gl), el índice de Ajuste Comparativo (CFI), el índice de Tucker-Lewis (TLI) y la media de la raíz Error Cuadrado de Aproximación con 90% de intervalo de confianza (RMSEA 90% CI). El modelo tendrá un ajuste apropiado si los siguientes indicadores están dentro de los siguientes límites: χ^2/gl < 2 o 3, RMSEA ≤ 0.06, TLI ≥ 0.95 y CFI ≥ 0.95. RMSEA es un índice de ajuste absoluto, el que sirve para establecer el grado en que el modelo propuesto reproduce los datos, por su parte, TLI y CFI son índices de ajuste comparativo, los que determinan en qué grado el modelo es mejor y más adecuado que otro modelo (Abad et al., 2011).

Por otro lado, se evalúo la validez convergente de las escalas de la ITQ con el cuestionario PCL-5, por medio de un análisis de correlación y una prueba *t*, además de una prueba de chi-cuadrado (χ^2), utilizando el programa de IMB SPSS Statistics 23. La prueba *t*, permitió estimar si la presencia/ausencia de TEPT y TEPTC permite diferenciar entre puntajes altos y bajos de la PCL-5. Por su parte, el análisis de la validez divergente entre PCL-5, ITQ y

I.P.D.E. se llevó a cabo mediante la prueba de chi-cuadrado (χ^2), utilizando el programa SPSS versión 23.

VII. Resultados

7.1 Resultados descriptivos

Respecto a las experiencias traumáticas se reportó que la totalidad de la muestra ha vivenciado al menos una experiencia traumática a lo largo de su vida. Las experiencias potencialmente traumáticas más frecuentes reportadas por los sujetos fueron: "Desastre natural" (*N*= 35, 33.3%), "Muerte repentina e inesperada de alguien cercano" (*N*= 19, 18.1%) y "Agresión física" (*N*= 11, 10.5%) (Tabla 1).

Tabla 1

Frecuencia por Experiencia Traumática

Evento Traumático	Frecuencia	Porcentaje
Desastre natural	35	33.3%
Muerte repentina e inesperada de alguien cercano	19	18.1%
Agresión física	11	10.5%
Accidente en medio de transporte	6	5.7%
Enfermedad o lesión con riesgo vital	6	5.7%
Muerte repentina y violenta	6	5.7%
Otra experiencia sexual no deseada o incómoda	5	4.8%
Sufrimiento humano grave	5	4.8%
Incendio o explosión	3	2.9%
Accidente grave en el trabajo, hogar o durante una actividad recreativa	2	1.9%
Agresión sexual	2	1.9%
Muerte repentina por accidente	2	1.9%
Agresión con arma	1	1.0%
Situación de combate o zona de guerra	1	1.0%
Maltrato físico o abuso sexual durante la infancia	1	1.0%
Exposición a sustancias tóxicas	0	0.0%
Situación de cautiverio	0	0.0%
Lesiones graves, daños o muerte causada por usted a otra persona	0	0.0%
Cualquier otro evento muy estresante	0	0.0%
Total	105	100.0%

Respecto a la prevalencia de posible TEPT, mediante la aplicación del PCL-5, se observó una prevalencia en la muestra total de 8.6% (2.9% mujeres y 5.7% hombres). La diferencia por género no fue significativa ($\chi^2(1)=1.290$, $p>0.05$). Por su parte, la ITQ indica una prevalencia de posible TEPT de 11.4% (3.8% mujeres y 7.6% hombres). La diferencia por género no fue significativa ($\chi^2(1)=1.776$, $p>0.05$). Y, la prevalencia de posible TEPTC, mediante la aplicación de la ITQ, indica una prevalencia de 7.6% (2.9% mujeres y 4.8% hombres). La diferencia por género tampoco fue significativa ($\chi^2(1)=0.673$, $p>0.05$) (Tabla 2).

Se observa una mayor prevalencia de TEPT al aplicar el cuestionario ITQ en comparación al TEPT reportado mediante la PCL-5 (2.8%).

Tabla 2

Prevalencia de TEPT y TEPTC del cuestionario PCL-5 e ITQ

		Muestra total (*N*, %)	Mujeres (*N*, %)	Hombres (*N*, %)
TEPT PCL5	Sin presencia	96 (91.4%)	51 (48.6%)	45 (42.9%)
	Con presencia	9 (8.6%)	3 (2.9%)	6 (5.7%)
TEPT ITQ	Sin presencia	93 (88.6%)	50 (47.6%)	43 (41.0%)
	Con presencia	12 (11.4%)	4 (3.8%)	8 (7.6%)
TEPTC ITQ	Sin presencia	97 (92.4%)	51 (48.6%)	46 (43.8%)
	Con presencia	8 (7.6%)	3 (2.9%)	5 (4.8%)

7.2 Confiabilidad

El análisis de confiabilidad indicó una excelente consistencia interna para la escala TEPT del PCL-5 (α= 0.963) y para cada subescala: Intrusión (α= 0.904), Evitación (α= 0.919), Alteración negativa del ánimo y de la cognición (α= 0.908) y Alteración de la reactividad (α= 0.905).

Por otro lado, el análisis de confiabilidad indicó una buena consistencia interna para la escala TEPT de la ITQ (α= 0.857) y para la escala AAO de la ITQ (α= 0.868).

7.3 Validez de Constructo

De los siete modelos puestos a prueba, los modelos que presentaron los mejores indicadores de ajuste fueron el Modelo 2 y el Modelo 5. De estos el que presentó el mejor ajuste fue el Modelo 2 (Figura 1), con un CFI y un TLI alto (0.993; 0.988), un RMSEA aceptable (0.065; 90% CI=0.016-0.100), además de tener el valor más bajo de χ^2/gl (1.439) (Tabla 3).

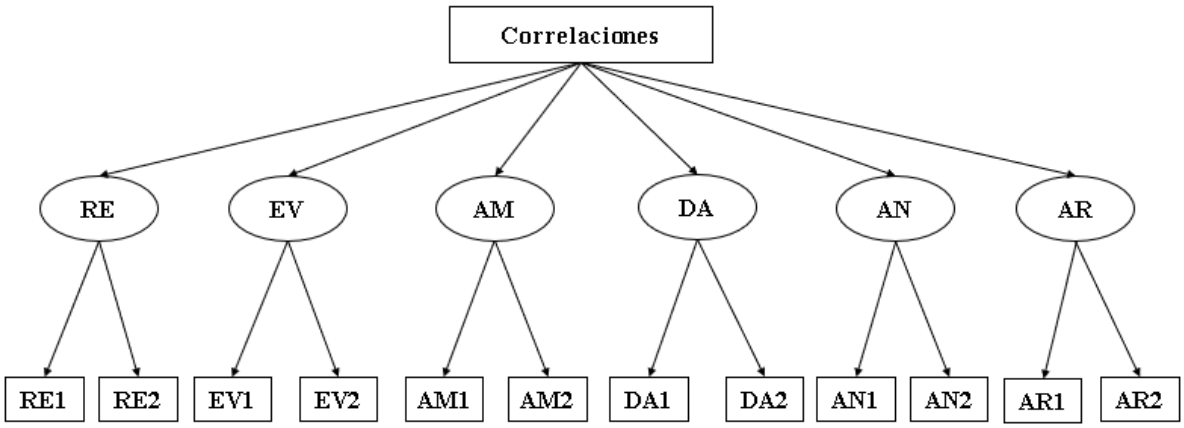


Figura 1. Modelo 2: Seis factores de primer orden correlacionados.

Tabla 3

Análisis factorial confirmatorio de los modelos de TEPTC de la ITQ

Modelos	χ^2	gl	Sig.	χ^2/gl	CFI	TLI	RMSEA (90% *CI*)
M1	212.272	54	0.0000	3.930	0.937	0.923	0.167 (0.144-0.191)
M2	**56.124**	**39**	**0.0372**	**1.439**	**0.993**	**0.988**	**0.065 (0.016-0.100)**
M3	132.247	53	0.0000	2.495	0.968	0.961	0.119 (0.094-0.145)
M4	102.463	48	0.0000	2.134	0.978	0.970	0.104 (0.076-0.132)
M5	74.925	47	0.0059	1.594	0.989	0.984	0.075 (0.041-0.106)
M6	107.002	50	0.0000	2.140	0.977	0.970	0.104 (0.077-0.131)
M7	103.276	50	0.0000	2.065	0.979	0.972	0.101 (0.073-0.128)

De acuerdo a las cargas factoriales del Modelo 2, estimado por máxima verosimilitud, estas oscilan entre 0.642 y 1.039, en donde la carga más baja corresponde al síntoma DA1 (Tabla 4).

Tabla 4

Parámetros estimadores del AFC del Modelo 2.

ÍTEM	RE	EV	AM	DA	AN	AR
RE1	0.922					
RE2	0.848					
EV1		0.941				
EV2		0.888				
AM1			0.722			
AM2			1.039			
DA1				0.642		
DA2				0.764		
AN1					0.970	
AN2					0.974	
AR1						0.952
AR2						0.859

7.4 Validez convergente

Respecto a la correlación entre la escala TEPT de la ITQ y el cuestionario PCL-5 se observa una correlación positiva media (r= 0.705, p<0.05). También, se observa una correlación positiva media entre la escala AAO de la ITQ y el PCL-5 (r= 0.546, p<0.05) (Tabla 5).

Tabla 5

Correlaciones entre escalas y grupos sintomáticos

	TEPT ITQ	AAO ITQ
PCL-5	0.705	0.546
Grupo B	0.597	0.462
Grupo C	0.507	0.356
Grupo D	0.731	0.592
Grupo E	0.618	0.539

Para determinar si las categorías de posible TEPT y posible TEPTC de la ITQ permiten discriminar entre los puntajes altos y bajos del cuestionario PCL-5 se realizó una prueba de

diferencia de medias. Mediante la prueba *t*, se observó que los participantes que podrían estar presentando posible TEPT con la ITQ tenían una media de 0.11 (*SE*=0.03), por su parte, la media de los participantes con posible TEPTC fue de 0.07 (*SE*=0.02). La escala PCL-5 tuvo una media de 30.27 (*SE*=1.50).

Se evidenció que la escala TEPT de la ITQ permitía diferenciar los puntajes en la PCL-5 ($t(104)= -20.310$, $p<0.05$), lo mismo ocurre con el TEPTC ($t(104)= -20.279$, $p<0.05$).

Respecto a las asociaciones entre TEPT y TEPTC de la ITQ y TEPT del PCL-5, el análisis indica que 7.6% de la muestra presenta posible TEPT de la ITQ y del PCL-5, y el 5.7% presenta posible TEPTC de la ITQ y TEPT del PCL-5 (Tabla 6).

Tabla 6

Asociaciones entre TEPT y TEPTC de la ITQ y TEPT del PCL-5

		TEPT PCL-5	
		Sin presencia	Con presencia
TEPT ITQ	Sin presencia	87.6%	1.0%
	Con presencia	3.8%	7.6%
TEPTC ITQ	Sin presencia	89.5%	2.9%
	Con presencia	1.9%	5.7%

Mediante la prueba de chi-cuadrado (χ^2), se analizó la asociación entre TEPT de ambos cuestionarios. Los resultados indican la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre TEPT de ambos instrumentos ($\chi^2(1)=58.349$, $p<0.05$). De acuerdo al grado de asociación entre las variables, se encontró una relación estadísticamente significativa y fuerte (V de Cramer= 0.745, $p<0.05$).

Por otro lado, la prueba de chi-cuadrado (χ^2) entre TEPTC de la ITQ y TEPT del PCL-5 también indica la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre ambas

escalas ($\chi^2(1)=48.762$, $p<0.05$). Respecto al grado de asociación entre las variables, se encontró una relación estadísticamente significativa y fuerte (V de Cramer= 0.681, $p<0.05$).

7.5 Validez divergente

Para poder establecer si existe una asociación entre TEPT y TEPTC con TLP se realizaron pruebas de chi-cuadrado (χ^2). Los resultados indican una asociación estadísticamente significativa entre las escalas TEPT del PCL-5 con TLP ($\chi^2(1)=10.395$, $p<0.05$). De acuerdo al grado de asociación, se encontró una relación moderada (V de Cramer= 0.315, $p<0.05$). Respecto a las asociaciones entre TEPT de la ITQ y TLP los resultados indican que las variables no están asociadas ($\chi^2(1)=4.962$, $p>0.05$). De acuerdo a la asociación entre TEPTC de la ITQ y TLP, se observa una asociación estadísticamente significativa ($\chi^2(1)=13.290$, $p<0.05$), con un grado de asociación moderada (V de Cramer= 0.356, $p<0.05$).

VIII. Discusión

El presente estudio tuvo el objetivo de aportar evidencia sobre la fiabilidad y la validez de los ítems del ICD-TQ que conforman la versión final de la ITQ, en una muestra de población no clínica en Chile.

Al aplicar la escala de los ítems correspondientes al ITQ, se observó que la prevalencia de posible TEPT, para una muestra no clínica, fue de 11.4% y al aplicar el PCL-5, la prevalencia fue de 8.6%. Esta prevalencia es levemente superior a la tasa de prevalencia de TEPT reportada en muestras no clínicas en Chile (Fresno et al., 2020). Esto puede deberse a que la modalidad de la aplicación en línea favoreció que contestaran personas que pudiesen estar presentando sintomatología de TEPT. También, puede deberse a que, en esta muestra, aproximadamente un

20% reportó experiencias traumáticas interpersonales, que tiene mayor potencial traumático que otro tipo de experiencias potencialmente traumáticas (Bisson et al., 2017; Cloitre et al., 2009; Martínez y Casares, 2016).

Al igual que en otras muestras no clínicas donde se ha aplicado la ITQ, se aprecia que el porcentaje de TEPTC (7.6%) es menor que el porcentaje de TEPT (Ben-Ezra et al., 2018; Hyland et al., 2017), lo que es coherente con la literatura ya que, dadas las características de los síntomas de AAO, se espera que estén más presentes en muestras clínicas (Hyland et al., 2017; Karatzias et al., 2016; Møller et al., 2020)

En comparación a otros estudios donde se ha aplicado la ITQ, las tasas de prevalencia reportadas en esta muestra, tanto para TEPT como para TEPTC, es levemente superior, lo que podría explicarse por las mismas razones ya mencionadas respecto a la modalidad de aplicación y a las características de la muestra (Hyland et al., 2017; Karatzias et al., 2017). Otra posible explicación es que en Chile existe una alta tasa de maltrato infantil, pudiendo ser esto un factor de riesgo en el desarrollo de sintomatología asociada al estrés y al trauma (UNICEF, 2020).

En relación a la prevalencia de TEPT del PCL-5, los resultados indican una tasa de prevalencia más baja en comparación a la prevalencia de posible TEPT de la ITQ. De acuerdo a investigaciones previas, se ha puesto en evidencia que el DSM-5, al tener un perfil más amplio de síntomas, minimiza la probabilidad de diagnósticos falsos negativos, por otro lado, la CIE-11, al tener un perfil de síntomas más reducido, minimiza la probabilidad de diagnósticos falsos positivos (Hyland et al., 2017; Hyland et al., 2018), no obstante, los resultados indican lo contrario, ya que según esto, se podría esperar que, por medio de la ITQ, existiese un porcentaje un poco menor de personas con posible presencia de TEPT, en comparación a los resultados del cuestionario PCL-5, sin embargo, las diferencias no deberían ser significativas, debido a que

ambos cuestionarios intentan medir el mismo constructo (Heeke, O'Donald, Stammel y Böttche, 2020; Shevlin et al., 2017).

Respecto a las diferencias por género, se observó que la tasa de prevalencia de posible TEPT, tanto del PCL-5 y de la ITQ, y de posible TEPTC, fue un poco más elevada en hombres que en mujeres, sin embargo, no se presenta una diferencia significativa en cuanto al género. Estos resultados no son consistentes con lo reportado en otros estudios, debido a que diversas investigaciones indican que las mujeres tienen aproximadamente el doble de probabilidades que los hombres de cumplir con el diagnóstico para TEPT y TEPTC de la CIE-11 (Ben-Ezra et al., 2018; Hyland et al., 2017; Karatzias et al., 2016; Palic et al., 2016) lo que también se reporta con la aplicación del PCL-5 (Carvajal, 2002; Fresno et al., 2020).

De acuerdo a la fiabilidad y validez del cuestionario ITQ, se encontró una buena consistencia interna para la escala de TEPT (α= 0.857) y para la escala de AAO (α= 0.868). Los resultados de confiabilidad obtenidos se asemejan a investigaciones actuales que reportan una fiabilidad entre 0.839 y 0.88 para la escala TEPT, y 0.90 para la escala de AAO (Ho et al., 2019; Murphy et al., 2020; Rocha et al., 2020). Respecto a la fiabilidad y validez del PCL-5 se reportó una excelente consistencia interna (α= 0.963), lo que es coherente con otras investigaciones que reportan una Alpha de Cronbach entre 0.92 y 0.95 (Fresno et al., 2020; Hall et al., 2019).

Respecto a la evidencia de validez de constructo, el análisis factorial confirmatorio permitió mostrar que el modelo factorial que mejor representaba la estructura interna de la ITQ para esta muestra fue el Modelo 2 de seis factores de primer orden correlacionados. Estos resultados son consistentes con otros hallazgos en muestras no clínicas, por ejemplo, en una muestra general de adultos chinos (N=314) se reportaron los siguientes indicadores: CFI (0.985), TLI (0.975), RMSEA (0.044; 90% CI=0.023-0.064) (Ho et al., 2019). Lo mismo se

observó en una muestra de adultos alemanes (*N*=341), donde el modelo de seis factores de primer orden arrojó altos puntajes en CFI y TLI (0.97; 0.96) y un bajo RMSEA (0.05; 90% CI=0.04-0.06) (Böttche et al., 2018). En la misma línea, en un muestra de Lituania (*N*=932), este modelo arrojó los siguientes indicadores: CFI (0.953), TLI (0.920), RMSEA (0.074; 90% CI=0.066-0.084) (Kazlauskas et al., 2020). No obstante, otras investigaciones referían que el modelo de dos factores de segundo orden (Modelo 5) era el que mejor ajustaba, reportándose mayormente en población clínica, por ejemplo, en una muestra clínica de adultos británicos (*N*=171) (Hyland et al., 2017), en una muestra de refugiados sirios (*N*=112) (Vallières et al., 2018) y en una muestra de adultos de Lituania (*N*=280) (Kazlauskas, Gegieckaite, Hyland, Zelviene y Cloitre, 2018).

Podría haber algunas explicaciones para estos hallazgos, ya que de acuerdo a investigaciones anteriores se ha demostrado que el modelo de segundo orden ajusta mejor en población clínica (Cloitre et al., 2018; Hyland et al., 2017; Vallières et al., 2018). Por su parte, los modelos de primer orden ajustan mejor en población general, no clínica (Ben-Ezra et al., 2018; Shevlin et al., 2017).

De acuerdo a la validez convergente se evidenció que hay una correlación positiva media entre los puntajes de la escala TEPT y de la escala AAO de la ITQ con el cuestionario PCL-5. Al mismo tiempo, se apreció que la presencia o ausencia de posible TEPT evaluado mediante la ITQ permite discriminar entre posibles puntajes altos y bajos del cuestionario PCL-5, con una asociación elevada. Resultados similares se reportan para la presencia/ausencia de posible TEPTC y los puntajes del PCL-5, con una asociación levemente menor a la ya mencionada.

La asociación entre los puntajes de la escala TEPT, las categorías de posible TEPT y los resultados del PCL-5 indican que se estaría midiendo el mismo constructo de TEPT, lo que se

ha reportado en otras investigaciones (Sele, Hoffart, Baekkelund y Øktedalen, 2020). Por otra parte, se evidencia también una asociación entre la escala AAO, la categoría de posible TEPTC y los resultados de la PCL-5, que son un poco menores en comparación a los resultados de la escala TEPT. Esto es coherente con la conformación del PCL-5 y la decisión de no incorporar TEPTC en el DSM-5, y aumentar el número y diversidad de los síntomas de TEPT en este manual, bajo el argumento que permitiría también incluir casos de TEPT de mayor complejidad como de los de TEPTC (Barbieri et al., 2019).

Respecto a la validez divergente se evidenció una asociación estadísticamente significativa y moderada solo entre TEPT del PCL-5 y TEPTC de la ITQ con el TLP. Respecto a la asociación entre TEPTC y TLP, se podría señalar que es esperable que las personas que han experimentado algún evento potencialmente traumático a lo largo de su vida puedan desarrollar sintomatología de ambos trastornos, de manera comórbida, lo que es coherente con algunas investigaciones que han demostrado que existe una asociación entre ambos trastornos (Knefel et al., 2016; López-Soler, 2008). Sin embargo, el grado de asociación es moderado, lo que podría indicar que, aunque compartan algún nivel de asociación, son trastornos distintos, lo que es consistente con otras investigaciones (Hyland et al., 2019; van Dijke, Hopman y Ford, 2018).

En cuanto a la asociación entre TEPT del PCL-5 y TLP, esto se puede explicar al considerar que la configuración sintomática del DSM-5 incluye síntomas para manifestaciones de TEPT de mayor complejidad (Barbieri et al., 2019), por lo que se podría asociar a los cuadros que presentan las personas con TLP que han vivido experiencias traumáticas.

En síntesis, se aprecia que la escala analizada a partir de la selección de los ítems correspondientes a la versión final de la ITQ (Cloitre et al., 2018) presenta evidencia adecuada de fiabilidad y validez en una muestra no clínica de adultos chilenos. En primer lugar, permite

determinar una posible prevalencia de TEPT y TEPTC. Se observan, buenos niveles de consistencia interna, una estructura factorial acorde a lo reportado en otras investigaciones en población no clínica y, también se aprecia una asociación entre TEPTC y TLP similar a lo reportado en la literatura. Estos resultados permiten señalar que la escala extraída podría ser utilizada para evaluar, como screening inicial, posible TEPT y posible TEPTC en una población no clínica de adultos en Chile, similares a la muestra estudiada. Sin embargo, debe ser utilizada con precaución dado que es necesario evaluar su validez y fiabilidad en muestras clínicas.

En la realización de este estudio se presentaron algunas limitaciones que son importantes de mencionar. La primera fue el tamaño de la muestra utilizada, ya que algunos autores recomiendan un tamaño muestral que pudiese alcanzar los 500 sujetos para poder realizar los análisis psicométricos requeridos (Hong, MacCallum, Widaman y Zhang, 1999). Otra limitación, se refiere a que el estudio se aplicó en una muestra no clínica, por lo tanto, los resultados no son generalizables a población clínica, por lo que es necesario realizar estudios en ese tipo de población.

Otra limitación se refiere a que al tratarse de un cuestionario de autorreporte, pueden presentarse errores de medición asociados a la dificultad de comprensión de los ítems, lo que impide determinar la prevalencia real de TEPT y TEPTC. Cabe mencionar, también, que los ítems utilizados para el estudio fueron extraídos a partir de los ítems de la versión ICD-TQ (Rojas y Trejo, 2018), por lo que no se tiene certeza si la aplicación de esta escala completa pudo afectar en las respuestas de los ítems seleccionados.

Sería interesante, en relación con lo anterior, evaluar las características psicométricas de la ITQ en una muestra más grande y representativa, en población clínica y con la aplicación del cuestionario con los ítems finales.

Para finalizar, es posible afirmar que los ítems del ICD-TQ que conforman la versión final de la ITQ permitieron evaluar la sintomatología de TEPT y TEPTC de manera válida y confiable en esta muestra. Hasta la fecha, este es uno de los primeros estudios que entrega evidencia sobre las características psicométricas de la ITQ en población chilena, lo que significa un aporte al campo del estrés traumático, ya que se trata de una escala que permitiría la evaluación de TEPT y TEPTC como estrategia de screening masivo, como complemento en contextos clínicos y como instrumento de investigación.

Para futuros estudios, se recomienda tener presente que si bien los resultados de la ITQ se asocian a los resultados del PCL-5, la ITQ permite distinguir diferentes configuraciones de TEPT que el PCL-5 no logra distinguir (Hyland et al., 2018). No obstante, sería relevante realizar entrevistas clínicas para corroborar este resultado, incluyendo los modelos de la CIE-11 y del DSM-5.

IX. Referencias

Abad, F., Olea, J., Ponsada, V. y García, C. (2011). *Medición en ciencias sociales y de la salud*, Madrid, España, Editorial Síntesis, S.A.

Accatino, L., Figueroa, R., Cortés, P. y Sorensen, R. (2016). Trauma psicológico en la atención primaria: orientaciones de manejo. *Revista médica de Chile, 144*(5), 643-655.

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5.* Editorial médica panamericana.

Andrades, M. (2016). *Trastorno de estrés postraumático y crecimiento postraumático en niños y adolescentes afectados por el terremoto del año 2010 en Chile* (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.

Armour, C., Tsai, J., Durham, T., Charak, R., Biehn, T., Elhai, J., & Pietrzak, R. (2015). Dimensional structure of DSM-5 posttraumatic stress symptoms: Support for a hybrid Anhedonia and Externalizing Behaviors model. *Journal of Psychiatric Research, 61,* 106–113. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.10.012

Arriagada, J. y Ramírez, M. (2019). *Relación entre síntomas pertenecientes al trastorno de estrés postraumático y maltrato infantil desde el modelo de análisis de redes en una muestra de adultos jóvenes de la Región del Maule* (Tesis de pregrado). Universidad de Talca, Chile.

Baptista, P., Fernández, C. y Hernández, R. (1998). *Metodología de la investigación (1).* México: Mcgraw-hill.

Barbieri, A., Visco-Comandini, F., Fegatelli, D., Schepisi, C., Russo, V., Calò, F., Dessì, A., Cannella, G., & Stellacci, A. (2019). Complex trauma, PTSD and complex PTSD in

African refugees. *European Journal of Psychotraumatology, 10*(1), doi: 10.1080/20008198.2019.1700621

Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Hyland, P., Brewin, C. R., Cloitre, M., Bisson, J., Roberts, N., Lueger-Schuster, B., & Shevlin, M. (2018). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) as per ICD-11 proposals: A population study in Israel. *Depression and anxiety, 35*(3), 264–274. doi: 10.1002/da.22723

Benjet, C., Bromet, E., Karam, E., Kessler, R., McLaughlin, K., Ruscio, A., Shahly, V., Stein, D., Petukhova, M., Hill, E., Alonso, J., Atwoli, L., Bunting, B., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Huang, Y., Lepine, J., Kawakami, N., Kovess-Masfety, V., Medina-Mora, M., Navarro-Mateu, F., Piazza, M., Posada-Villa, J., Scott, K., Shalev, A., Slade, T., ten Have, M., Torres, Y., Viana, M., Zarkov, Z, & Koenen, K. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine, 46(*2), 327-343. doi:10.1017/S0033291715001981

Bentolila, S. (2008). Algunas consideraciones clínicas sobre el impacto traumático de la violencia interpersonal. *Clepios 47: una revista de residentes de salud mental. 14*(3), 100-105.

Bisson, J., Brewin, C., Cloitre, M., Efthymiadou, E., Fyvie, C., Hyland, P., Karatzias, T., Roberts, N., Shevlin, M., & Wilson, D. (2017). Evidence of distinct profiles of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 Trauma Questionnaire (ICD-TQ). *Journal of affective disorders, 207,* 181-187.

Blake, D., Weathers, F., Nagy, L., Kaloupek, D., Gusman, F., Charney, D., & Keane, T. (1995). The development of the clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress, 8*, 75-90.

Blevins, C., Weathers, F., Davis, M., Witte, T., & Domino, J. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for *DSM-5* (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress, 28*, 489-498. doi:10.1002/jts.22059

Bonanno, G. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *American psychologist, 59*(1), 20-28. doi:10.1037 / 0003-066X.59.1.20

Böttche, M., Ehring, T., Krüger-Gottschalk, A., Rau, H., Schäfer, I., Schellong, J., Dyer, A., & Knaevelsrud, C. (2018). Testing the ICD-11 proposal for complex PTSD in trauma-exposed adults: factor structure and symptom profiles. *European Journal of Psychotraumatology, 9*(1). doi: 10.1080/20008198.2018.1512264

Boysan, M., Ozdemir, P., Yilmaz, E., Selvi, Y., Özdemir, O., & Kefeli, M. (2017). Psychometric properties of the Turkish version of the Clinician-Administered PTSD Scale for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (Turkish CAPS–5). *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology, 27*(2), 173–184. doi: 10.1080/24750573.2017.1326746

Brewin, C. (2020). Complex post-traumatic stress disorder. A new diagnosis in ICD-11. *BJPsych Advances, 26*(3), 145-152. doi:10.1192/bja.2019.48

Brewin, C., & Burgess, N. (2014). Contextualisation in the revised dual representation theory of PTSD: A response to Pearson and colleagues. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 45*(1), 217–219. doi: 10.1016/j.jbtep.2013.07.011

Brewin, C., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R., Humayun, A., Josea, L., Kagee, A., Rousseau, C., Somasundaram, D., Suzuki, Y., Wessely, S., Ommeren M., & Reed, G. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosis PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review, 58,* 1-15.

Brewin, C., Lanius, R., Novac, A., Schnyder, U., & Galea, S. (2009). Reformulating PTSD for DSM-V: Life after criterion A. *Journal of Traumatic Stress, 22,* 366–373. doi: 10.1002/jts.20443

Briere, J., & Scott, C. (2014). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment (DSM-5 update).* Sage Publications.

Brown, T. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research.* The Guilford Press.

Bruckmann, P., Haselgruber, A., Sölva, K., & Lueger-Schuster, B. (2020). Comparing rates of ICD-11 and DSM-5 Posttraumatic Stress Disorder in Austrian children and adolescents in foster care: prevalence, comorbidity and predictors. *European Journal of Psychotraumatology, 11*(1). doi: 10.1080 / 20008198.2020.1767988

Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría, 40,* 20-34.

Cloitre, M., Courtois, C., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B., & Green, B. (2011). Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress. 24,* 615–627.

Cloitre, M., Efthymiadou, E., Fyvie, C., Hyland, P., Karatzias, T., Shevlin, M., & Wilson, D. (2016). An inicial psychometric assessment of an ICD-11 based measure of PTSD and complex PTSD (ICD-TQ): Evidence of construct validity. *Journal of anxiety disorders, 44*, 73-79.

Cloitre, M., Garvert, D., Brewin, C., Bryant, R., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed of ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology, 4*(1). doi: 10.3402/ejpt.v4i0.20706

Cloitre, M., Herman, J., Kolk, B., Petkova, E., Pynoos, R., Stolbach, B., & Wang, J. (2009). S developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of traumatic stress, 22*(5), 399-408.

Cloitre, M., Hyland, P., Bisson, J., Brewin, C., Roberts, N., Karatzias, T., & Shevlin, M. (2019). ICD-11 Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in the United States: A Population-Based Study. *Journal of traumatic stress, 33*(6), 833-842.

Cloitre, M., Shevlin M., Brewin, C., Bisson, J., Roberts, N., Maercker, A., Karatzias, T., & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 138*(6), 536-546. doi: 10.1111/acps.12956

Cicchetti, D., & Luthar, S. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and psychopathology, 12*(4), 857-885.

Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. (2014). Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. En V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carrobles (Eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (2ª edic.)* (pp. 290-313). Madrid, España: Pirámide.

Ford, J. (2020). New findings questioning the construct validity of complex posttraumatic stress disorder (cPTSD): let´s take a closer look. *European Journal of Psychotraumatology, 11*(1), 1708145. doi:10.1080 / 20008198.2019.1708145

Frans, O. (2003). *Posttraumatic stress disorder (PTSD) in the general population* (Doctoral dissertation). Acta Universitatis Upsaliensis.

Fresno, A., Arias, V., Núñez, D., Spencer, R., Ramos, N., Espinoza, C., Bravo, P., Arriagada, J., & Brunet, A. (2020). Using exploratory structural equation modeling (esem) to examine the internal structure of posttraumatic stress disorder symptoms. *The Spanish Journal of Psychology, 23*, 1-12. doi:10.1017/SJP.2020.46

Hall, B., Yip, P., Garabiles, M., Lao, C., Chan, E., & Marx, B. (2019). Psychometric validation of the PTSD Checklist-5 among female Filipino migrant workers. *European Journal of Psychotraumatology, 10(*1). doi: 10.1080/20008198.2019.1571378

Hansen, M., Hyland, P., Armour, C., Shevlin, M., & Elklit, A. (2015). Less is more? Assessing the validity of the ICD-11 model of PTSD across multiple trauma samples. *European Journal of Psychotraumatology, 6*(1), 1–11. doi:10.3402/ejpt.v6.28766

Hansen, M., Hyland, P., Karstoft, K., Vaegter, H., Bramsen, R., Nielsen, A., Armour, C., Andersen, S., Høybye, M., Larsen, S., & Andersen, T. (2017). Does size really matter? A multisite study assessing the latent structure of the proposed ICD-11 and DSM-5 diagnostic criteria for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology, 8*(7). doi: 10.1080/20008198.2017.1398002

Haselgruber, A., Sölva, K., & Lueger-Schuster, B. (2019). Validation of ICD-11 PTSD and complex PTSD in foster children using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* doi:10.1111/acps.13100

Heeke, C., O'Donald, A., Stammel, N., & Böttche, M. (2020). Same but different? DSM-5 versus ICD-11 PTSD among traumatized refugees in Germany. *Journal of Psychosomatic Research, 134.* doi: 10.1016/j.jpsychores.2020.110129

Herman, J. (1992). *Trauma and Recovery: The aftermath of violence. From Domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books.

Ho, G., Karatzias, T., Cloitre, M., Chan, A., Bressington, D., Chien, W., Hyland, P., & Shevlin, M. (2019). Translation and validation of the Chinese ICD-11International Trauma Questionnaire (ITQ) for theAssessment of Posttraumatic Stress Disorder(PTSD) and Complex PTSD (CPTSD). *European Journal ofPsychotraumatology, 10*(1). doi: 10.1080/20008198.2019.1608718

Hong, S., MacCallum, R., Widaman, K., & Zhang, S. (1999). Sample size in factor análisis. *Psychological Methods, 4*, 84-99.

Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 37*(2).

Hyland, P., Karatzias, T., Shevlin, M., & Cloitre, M. (2019). Examining the Discriminant Validity of Complex Posttraumatic Stress Disorder and Borderline Personality Disorder Symptoms: Results from a United Kingdom Population Sample. *Journal of Traumatic Stress, 32*(6), 855-863. doi:10.1002/jts.22444

Hyland, P., Karatzias, T., Shevlin, M., Cloitre, M., & Ben-Ezra, M. (2020). A longitudinal study of ICD-11 PTSD and Complex PTSD in the general population of Israel. *Psychiatry Research*. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112871

Hyland, P., Murphy, J., Shevlin, M., Vallières, F., McElroy, E., Elklit, A., Christoffersen, M., & Cloitre, M. (2017). Variation in post-traumatic response: The role of trauma type in

predicting ICD-11 PTSD and CPTSD symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 52,* 727– 736.

Hyland, P., Shevlin, M., Brewin, C., Cloitre, M., Downes, A., Jumbe, S., Karatzias, T., Bisson, J., & Roberts, N. (2017). Validation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 136*(3), 313-322. doi: 10.1111/acps.12771

Hyland, P., Shevlin, M., Fyvie, C., & Karatzias, T. (2018). Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in DSM-5 and ICD-11: Clinical and Behavioral Correlates. *Journal of Traumatic Stress, 31*(2), 174–180. doi:10.1002/jts.22272

Hyland, P., Vallières, F., Cloitre, M., Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Olff, M., Murphy, J., & Shevlin, M. (2020). Trauma, PTSD, and complex PTSD in the Republic of Ireland: prevalence, service use, comorbidity, and risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* doi:10.1007/s00127-020-01912-x

Jarero, I. (2014). Comentarios sobre el Trastorno por Estrés Postraumático Complejo: Perspectivas del DSM-5 y del CIE 11. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación, 6*(1), 1-5.

Karatzias, T., Cloitre, M., Maercker, A., Kazlauskas, E., Shevlin, M., Hyland, P., Bisson, J., Roberts, N., & Brewin, C. (2017). PTSD and Complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in the UK, USA, Germany and Lithuania. European *Journal of Psychotraumatology, 8*(7). doi:10.1080/20008198.2017.1418103

Karatzias, T., & Levendosky, A. (2019). Introduction to the Special Section on Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD): The Evolution of a Disorder. *Journal of Traumatic Stress, 3*(6), p.817-921.

Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., Roberts, N., Bisson, J., Brewin, C., & Cloitre, M. (2016). An initial psychometric assessment of an ICD-11 based measure of PTSD and complex PTSD (ICD-TQ): Evidence of construct validity. *Journal of Anxiety Disorders, 44,* 73–79. doi:10.1016/j.janxdis.2016.10.009

Kazlauskas, E., Gegieckaite, G., Hyland, P., Zelviene, P., & Cloitre, M. (2018). The structure of ICD-11 PTSD and complex PTSD in Lithuanian mental health services. *European Journal of Psychotraumatology, 9*(1). doi: 10.1080/20008198.2017.1414559

Kazlauskas, E., Zelviene, P., Daniunaite, I., Hyland, P., Kvedaraite, M., Shevlin, M., & Cloitre, M. (2020). The structure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD in adolescents exposed to potentially traumatic experiences. *Journal of Affective Disorders, 265.* 169-174. doi: 10.1016/j.jad.2020.01.061

Knefel, M., Lueger-Schuster, B., Bisson, J., Karatzias, T., Kazlauskas, E., & Roberts, N. (2019). A Cross-Cultural Comparison of ICD-11 Complex Posttraumatic Stress Disorder Symptom Networks in Austria, the United Kingdom, and Lithuania. *Jorunal of Traumatic Stress, 33*(1), 41-51. doi:10.1002/jts.22361

Knefel, M., Tran, U., & Lueger-Schuster, B. (2016). The association of posttraumatic stress disorder, complex posttraumatic stress disorder, and borderline personality disorder from a network analytical perspective. *Journal of Anxiety Disorders, 43,* 70-78. doi: 10.1016/j.janxdis.2016.09.002

La Greca, A., Danzi, B., & Chan, S. (2017). DSM-5 and ICD-11 as competing models of PTSD in preadolescent children exposed to natural disaster: Assessing validity and co-occuring symptomatology. *European Journal of Psychotraumatology, 8*(1). doi:10.1080/20008198.2017.1310591

Liddell, B., Nickerson, A., Felmingham, K., Malhi, G., Cheung, J., Den, M., Askovic, M., Coello, M., Aroche, J., & Bryant, R. (2019). Complex posttraumatic stress disorder symptom profiles in traumatized refugees. *Journal of Traumatic Stress, 32*(6). doi: 10.1002/jts.22453

López-Ibor, J., Pérez, A. y Rubio, V. (1996). *Examen Internacional de los trastornos de la personalidad (IPDE): Módulo DSM-IV y CIE-10.* Madrid: Meditor.

López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: El trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 13*(3), 159-174.

Loranger, A., Janca, A., & Sartorius, N. (Eds.) (1997). *The ICD-10 international personality disorder examination (IPDE).* Cambridge: Cambridge University Press.

Loranger, A., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S., Coid, B., Dahl, A., Diekstra, R., Ferguson, B., Jacobsberg, L., Mombour, W., Pull, C., Ono, Y., & Regier, D. (1994). The International Personality Disorder Examination. *Archives of General Psychiatry, 51*(3), 215-224. doi:10.1001/archpsyc.1994.03950030051005

Luxenberg, T., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. (2001). Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS) diagnosis, part one: Assessment. *Directions in psychiatry, 21*(25), 373-392.

Madariaga, C. (2019). El "Estallido social" y la salud mental de la ciudadanía: Una apreciación desde la experiencia PRAIS. *Revista Chilena de Salud Pública, 23*(2), 146-156.

Martínez, I. y Casares, M. (2016). Abordaje integral de la clínica del trauma complejo. Integrated approach to complex trauma clinic. *Clínica, 7*(2), 87-104.

Miller, M., Wolf, E., Kilpatrick, D., Resnick, H., Marx, B., Holowka, D., Keane, T., Rosen, R., & Friedman, M. (2013). The prevalence and latent structure of proposed DSM-5

posttraumatic stress disorder symptoms in U.S. national and veteran samples. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 5*(6), 501–512. doi: 10.1037/a0029730

Møller, L., Augsburger, M., Elklit, A., Søgaard, U., & Simonsen, E. (2020). Traumatic experiences, ICD-11 PTSD, ICD-11 complex PTSD, and the overlap with ICD-10 diagnoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 141*(5), 421-431.

Murphy, D., Shevlin, M., Pearson, E., Greenberg, N., Wessely, S., Busuttil, W., & Karatzias, T. (2020). A validation study of the International Trauma Questionnaire to assess post-traumatic stress disorder in treatment-seeking veterans. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science, 216*(3), 132–137. doi: 10.1192/bjp.2020.9

Palic, S., Zerach, G., Shevlin, M., Zeligman, Z., Elklit, A., & Solomon, Z. (2016). Evidence of complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) across populations with prolonged trauma of varying interpersonal intensity and ages of exposure. *Psychiatry Research, 246*, 692–699. doi: 10.1016/j.psychres.2016.10.062

Paris, J. (2002). Predisposiciones, rasgos de personalidad y trastorno por estrés postraumático. *Revista de Toxicomanías (RET), 31,* 1-10.

Possemato, K., Maisto, S., Wade, M., Barrie, K., Johnson, E., & Ouimette, P. (2017). Natural Course of Co-Occurring PTSD and Alcohol Use Disorder Among Recent Combat Veterans. *Journal of Traumatic Stress, 30*(3), 279–287. doi:10.1002/jts.22192

Price, M., Connor, J., & Allen, H. (2017). The Moderating Effect of Childhood Maltreatment on the Relations Among PTSD Symptoms, Positive Urgency, and Negative Urgency. *Journal of Traumatic Stress, 30*(4), 432–437. doi:10.1002/jts.22198

Rocha, J., Rodrigues, V., Santos, E., Azevedo, I., Machado, S., Almeida, V., Silva, C., Almeida, J. y Cloitre, M. (2020). The first instrument for complex PTSD assessment: psychometric properties of the ICD-11 Trauma Questionnaire. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *42*(2), 185-189. doi: 10.1590/1516-4446-2018-0272

Rojas, F. y Trejo, I. (2018). *Validación preliminar del ICD-11 Cuestionario de Trauma Complejo (ICD-TQ) en adultos de la Región del Maule, Chile* (Tesis de pregrado). Universidad de Talca, Chile.

Saccinto, E. (2014). *Reacciones psicológicas en situaciones de desastre y emergencia: estudio de la vivencia del suceso traumático* (Tesis doctoral). Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna, Universitat Ramon Llull y Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Barcelona.

Sele, P., Hoffart, A., Baekkelund, H., & Øktedalen, T. (2020). Psychometric properties of the International Trauma Questionnaire (ITQ) examined in a Norwegian trauma-exposed clinical sample. *European Journal of Psychotraumatology*, *11*(1). doi: 10.1080/20008198.2020.1796187

Shevlin, M., Hyland, P., Karatzias, T., Fyvie, C., Roberts, N., Bisson, J., Brewin, C., & Cloitre, M. (2017). Alternative models of disorders of traumatic stress based on the new ICD-11 proposals. *Acta psychiatrica Scandinavica*, *135*(5), 419–428. doi: 10.1111/acps.12695

Shevlin, M., Hyland, P., Vallières, F., Bisson, J., Makhashvili, N., Javakhishvili, J., Shpiker, M., & Roberts, B. (2017). A comparison of DSM-5 and ICD-11 PTSD prevalence, comorbidity and disability: An analysis of the Ukrainian Internally Displaced Person's Mental Health Survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *137*(2). doi: 10.1111/acps.12840

Somma, A., Maffei, C., Borroni, S., Gialdi, G., & Fossati, A. (2019). Post Traumatic Reactions as Individual Differences: Latent Structure Analysis ofthe International Trauma Questionnaire in Italian Trauma-Exposed and Non-Trauma Exposed Adults. *Mediterranean Journalof ClinicalPhychology, 7(*1). doi: 10.6092/2282-1619/2019.7.2058

Tay, A., Rees, S., Chen, J., Kareth, M., & Dilove, D. (2015). The structure of post-traumatic stress disorder and complex post-traumatic stress disorder amongst West Papuan refugees. *BMC Psychiatry, 15*(1), 1–17. doi:10.1186/s12888-015-0480-3

Tufnell, G. (2009). Working with children who have trauma-related disorders. *Psychiatry, 8*(8), 319-321.

UNICEF. (2020). *Niños, niñas y adolescentes en Chile 2020.* Santiago, Chile.

Uriarte, J. (2005). La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo. *Revista de psicodidáctica, 10*(2).

Vallières, F., Ceannt, R., Daccache, F., Abou Daher, R., Sleiman, J., Gilmore, B., Byrne, S., Shevlin, M., Murphy, J., & Hyland, P. (2018). ICD-11 PTSD and complex PTSD amongst Syrian refugees in Lebanon: the factor structure and the clinical utility of the International Trauma Questionnaire. *Acta psychiatrica Scandinavica, 138*(6), 547–557. doi: 10.1111/acps.12973

van der Kolk, B., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: the empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *J Trauma Stress, 18*, 389–399.

van Dijke, A., Hopman, J., & Ford, J. (2018). Affect dysregulation, psychoform dissociation, and adult relational fears mediate the relationship between childhood trauma and

complex posttraumatic stress disorder independent of the symptoms of borderline personality disorder, *European Journal of Psychotraumatology, 9*(1). doi: 10.1080/20008198.2017.1400878

Vang, M., Ben-Ezra, M., & Shevlin, M. (2019). Modeling Patterns of Polyvictimization and Their Associations with Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in the Israeli Population. *Journal of Traumatic Stress, 32*(6).

Viola, T., Schiavon, B., Renner, A., & Grassi-Oliveira, R. (2011). Trauma complexo e suas implicações diagnósticas. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, *33*(1), 55-62. doi: 10.1590/S0101-81082011000100010

Wang, L., Zhang, L., Armour, C., Cao, C., Qing, Y., Zhang, J., Liu, P., Zhang, B., Wu, Q., Zhao, Z., & Fan, G. (2015). Assessing the underlying dimensionality of DSM–5 PTSD symptoms in Chinese adolescents surviving the 2008 Wenchuan earthquake. *Journal of Anxiety Disorder*, *31*, 90–97. doi: 10.1016/j.janxdis.2015.02.006

Weathers, F., Litz, B., Keane, T., Palmieri, P., Marx, B., & Schnurr, P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Scale available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov.

World Health Organization. (2018). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision).Recuperado de https://icd.who.int/browse11/l-m/en

World Health Organization. (2019). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (ICD-11). Recuperado https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/

X. Anexos

Anexo 1. Encuesta sociodemográfica.

Encuesta Sociodemográfica

Nombre: _____

Género: 1: Hombre

2: Mujer

Edad: 1: 18 a 21 4: 31 a 35 7: 46 a 50

2: 22 a 25 5: 36 a 40

3: 26 a 30 6: 41 a 45

Estado Civil: 1: Soltero

2: Casado

3: Convive

4: Separado- Divorciado

5: Viudo

N° de Hijos: _____

Nivel Educacional: 1: Sin estudios

2: Enseñanza Básica Incompleta

3: Enseñanza Básica Completa

4: Enseñanza Media Incompleta

5: Enseñanza Media Completa

6: Enseñanza Superior Incompleta

7: Enseñanza Superior Completa

8: Postgrado Incompleto (Diplomado, Magíster, Doctorado)

9: Postgrado Completo (Diplomado, Magíster, Doctorado)

Anexo 2: Cuestionario Internacional de Trauma (ITQ) de la CIE-11, traducido al español.

Cuestionario Internacional de Trauma

Instrucciones: Por favor, indique la experiencia traumática que más le perturba y responda a las siguientes preguntas relacionadas con dicha experiencia.

Breve descripción de la experiencia

_____

¿Cuándo ocurrió la experiencia? (marque una opción)

a. Hace menos de 6 meses
b. Entre 6 y 12 meses atrás
c. Entre 1 y 5 años atrás
d. Entre 5 y 10 años atrás
e. Entre 10 y 20 años atrás
f. Hace más de 20 años

A continuación, se presenta una serie de problemas que las personas a veces informan en respuesta a eventos traumáticos o estresantes de la vida. Por favor, lea atentamente cada pregunta, después marque con un círculo uno de los números de la derecha para indicar cuánto le ha molestado ese problema durante el mes pasado.

	Nada	**Poco**	**Moderada-mente**	**Mucho**	**Extremada-mente**
P1. ¿Tener sueños perturbadores que reproducen parte de la experiencia o están claramente relacionados con la experiencia?	0	1	2	3	4
P2. ¿Tener imágenes o recuerdos intensos que a veces vienen a su mente, en los cuales siente que la experiencia está ocurriendo de nuevo aquí y ahora?	0	1	2	3	4
P3. ¿Evitar pensamientos, sentimientos, sensaciones físicas u otros estímulos internos que le recuerden la experiencia?	0	1	2	3	4
P4. ¿Evitar personas, lugares, conversaciones, objetos, actividades, situaciones u otros estímulos externos que le recuerden la experiencia?	0	1	2	3	4
P5. ¿Estar "súper alerta," vigilante o en guardia?	0	1	2	3	4

P6. ¿Sentirse sobresaltado/a o asustarse fácilmente?	0	1	2	3	4

En el último mes, si ha tenido alguno de los problemas anteriormente mencionados, indique cómo le han afectado:

	Nada	**Poco**	**Moderada-mente**	**Mucho**	**Extremada-mente**
P7. ¿Han afectado sus relaciones interpersonales o a su vida social?	0	1	2	3	4
P8. ¿Han afectado su trabajo o su capacidad para trabajar?	0	1	2	3	4
P9. ¿Han afectado otras áreas importantes de su vida, como la crianza de sus hijos o hijas, su desempeño en la escuela o en la universidad, u otras actividades importantes?	0	1	2	3	4

A continuación, se presentan problemas que a veces experimentan las personas que han sufrido eventos estresantes o traumáticos. Las preguntas se refieren a la forma en que usted normalmente se siente, a la manera habitual en que piensa acerca de sí mismo y el modo en que normalmente se relaciona con los demás.

Conteste cada una de las siguientes preguntas pensando en cuán cierto es cada ítem para usted.

¿Cuán cierto es para usted?	**Nada**	**Poco**	**Moderada-mente**	**Mucho**	**Extremada-mente**
C1. Cuando estoy molesto/a, tardo bastante tiempo en calmarme.	0	1	2	3	4
C2. Me siento desconectado/a emocionalmente o emocionalmente apagado/a	0	1	2	3	4
C3. Me siento como un/a fracasado/a	0	1	2	3	4
C4. Siento que no valgo nada	0	1	2	3	4

C5. Me siento distante o alejado/a de las personas	0	1	2	3	4
C6. Me resulta difícil estar emocionalmente cercano/a la gente.	0	1	2	3	4

En el último mes, si ha tenido alguno de los problemas mencionados respecto a sus emociones, creencias sobre usted mismo o dificultad en sus relaciones, indique cómo le han afectado:

	Nada	**Poco**	**Moderada-mente**	**Mucho**	**Extremada-mente**
C7. ¿Han generado preocupación o malestar sobre sus relaciones o su vida social?	0	1	2	3	4
C8. ¿Han afectado su trabajo o su capacidad para trabajar?	0	1	2	3	4
C9. ¿Han afectado otras áreas importantes de su vida, como la crianza de sus hijos o hijas, su desempeño e n la escuela o en la universidad, u otras actividades importantes?	0	1	2	3	4

Anexo 3. Listado de Eventos Traumáticos del Cuestionario (LEC-5).

Por favor elija, marcando con una X en el casillero correspondiente, el evento traumático **que le ha causado mayor malestar hasta el día de hoy**. En el cuestionario siguiente nos referiremos a este como el "evento índice" o "el peor evento". Usted deberá responder el siguiente cuestionario teniendo en mente exclusivamente este evento.

	Situación	Evento escogido para el estudio
1	**Desastre natural** (por ejemplo; terremoto, inundación, tsunami, huracán, tornado, aluvión)	
2	**Incendio o explosión**	
3	**Accidente en medio de transporte** (ej. accidente de automóvil, de embarcación, de tren, de avión)	
4	**Accidente grave en el trabajo, hogar o durante una actividad recreativa**	
5	**Exposición a sustancias tóxicas** (químicos peligrosos, radiación)	
6	**Agresión física** (por ejemplo, ser atacado, golpeado, pateado, recibir una golpiza)	
7	**Agresión con arma** (por ejemplo, recibir un disparo, haber sido apuñalado, amenazado con un cuchillo, pistola o bomba)	
8	**Agresión sexual** (violación, intento de violación, ser obligado a realizar cualquier acto sexual por la fuerza o la amenaza de sufrir daño)	
9	**Otra experiencia sexual no deseada o incómoda** (en la niñez o en la edad adulta)	
10	**Situación de combate o zona de guerra** (como militar o civil).	
11	**Situación de cautiverio** (por ejemplo, ser secuestrado, raptado, tomado como rehén, prisionero de guerra o prisionero político)	
12	**Enfermedad o lesión con riesgo vital**	
13	**Sufrimiento humano grave**	
14	**Muerte repentina y violenta** (por ejemplo, homicidio, suicidio)	
15	**Muerte repentina por accidente**	
16	**Muerte repentina e inesperada de alguien cercano**	
17	**Lesiones graves, daños o muerte causada por usted a otra persona**	
18	**Maltrato físico o abuso sexual durante la infancia**	
19	**Cualquier otro evento muy estresante:** **Especifique: _____**	

Anexo 4: PTSD Checklist (PCL-5).

Por favor, indique: ¿Cuándo sucedió el evento? (mencione el MES Y AÑO en que ocurrió el evento)

Mes:_____ Año:_____

A continuación, se muestra una lista de "problemas y quejas" que a veces las personas tienen en respuesta a los eventos estresantes o traumáticos. Por favor**, piense en el "evento índice" (o peor evento) que eligió en el cuestionario anterior** y lea cuidadosamente cada una, marcando con una "X" en el casillero correspondiente, para indicar cuánto malestar le han causado, durante **el último mes**, cada uno de los siguientes problemas que se presentan a continuación.

	Problemas y quejas	**(1) No, en absoluto**	**(2) Un poco**	**(3) Moderada-mente**	**(4) Bastante**	**(5) Extrema damente**
1	**¿Sentirse muy mal cuando algo le recordó la experiencia estresante?**					
2	**¿Problemas para recordar partes importantes de la experiencia estresante?**					
3	**¿Pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba?**					
4	**¿Sentirse distanciado o aislado de otras personas?**					
5	**¿Dificultad para conciliar o mantener el sueño?**					
	Problemas y quejas	**(1) No, en absoluto**	**(2) Un poco**	**(3) Moderada-mente**	**(4) Bastante**	**(5) Extrema damente**
6	**¿Tengo dificultad para concentrarme?**					
7	**¿Estoy "súper alerta", vigilante o en guardia?**					
8	**¿Recuerdos repetitivos, perturbadores y no deseados de la experiencia estresante?**					
9	**¿Sueños repetitivos y perturbadores de la experiencia estresante?**					
10	**¿Sentir o actuar repentinamente como si la experiencia estresante estuviera realmente ocurriendo de nuevo (como si usted hubiera vuelto realmente allí, reviviéndolo)?**					
11	**¿Tener intensas reacciones físicas cuando algo le recordó la experiencia estresante (por ejemplo, palpitaciones, dificultad para respirar, sudoración)?**					

12	**¿Evito recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante?**					
13	**¿Evito recordadores externos de la experiencia estresante (por ejemplo, personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones)?**					
14	**¿Tener fuertes creencias negativas sobre sí mismo, otras personas o el mundo (por ejemplo, tener pensamientos como: soy malo, hay algo que está muy mal en mí, no se puede confiar en nadie, el mundo es completamente peligroso)?**					
15	**¿Culparse a sí mismo o a otra persona por la experiencia estresante o por lo que ocurrió después de esta?**					
	Problemas y quejas	**(1) No, en absoluto**	**(2) Un poco**	**(3) Moderada-mente**	**(4) Bastante**	**(5) Extremada mente**
16	**¿Tener fuertes sentimientos negativos como miedo, horror, rabia, culpa o vergüenza?**					
17	**¿Problemas para experimentar sentimientos positivos (como, por ejemplo, no ser capaz de sentir felicidad o sentimientos de amor por personas cercanas)?**					
18	**¿Comportamiento irritable, arranques de rabia o actuar agresivamente?**					
19	**¿Tomar demasiados riesgos o hacer cosas que podrían causarle daño?**					
20	**¿Sentirse nervioso o sobresaltarse fácilmente?**					

Anexo 5: Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (I.P.D.E).

Por favor no omita ningún ítem. Si no está seguro de una respuesta, señale la respuesta (VERDADERO O FALSO) que le parezca más correcta.

Cuando la respuesta sea VERDADERO, marque la letra V. Cuando la respuesta sea FALSO, marque la letra F.

	V	F
1. Muestro mis sentimientos a todo el mundo.		
2. Dejo que los demás tomen decisiones importantes por mí.		
3. Habitualmente me siento tenso o nervioso.		
4. Nunca me han detenido.		
5. Nunca me he autolesionado a propósito, ni he amenazado con suicidarme.		
6. Mis sentimientos son como el tiempo: siempre están cambiando.		
7. No mantengo un plan si no obtengo resultados inmediatamente.		
8. Muchas cosas me parecen peligrosas, y no a la mayoría de la gente.		
9. No pido favores a la gente de la que dependo mucho.		
10. La gente piensa que soy demasiado inflexible o formal.		
11. Me guardo las cosas para mí, incluso cuando estoy con gente		
12. Estoy más interesado en mis pensamientos que en lo que pasa fuera.		
13. Normalmente trato de que la gente haga las cosas a mi manera.		

Anexo 6: Consentimiento Informado.

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TALCA UNIVERSIDAD CHILE

Título del Proyecto: Aplicación Piloto para Validación del ICD-11 Cuestionario De Trauma Complejo (ICD-TQ) en adultos de la Región Del Maule, Chile.

Patrocinante: Facultad de Psicología, Universidad de Talca.

El propósito de este documento es entregarle toda la información necesaria para que Ud. pueda decidir libremente si desea participar en la INVESTIGACIÓN que será explicada a continuación.

Resumen del proyecto:

La siguiente investigación es un proyecto de memoria para obtener el título de psicólogo que tiene el objetivo de implementar una Prueba Piloto para la Validación del CIE-11 Cuestionario de Trauma (ICD-TQ) en Adultos de la Región del Maule, Chile. El proyecto se encuentra a cargo de las Tesistas Francisca Rojas Bermúdez e Ivanna Trejo Ureta, con la supervisión de la Doctora Rosario Spencer Contreras.

¿Qué es el trastorno de estrés postraumático complejo? (TEPTC)

Durante cualquiera de las etapas del desarrollo, el ser humano puede estar expuesto a eventos con un alto riesgo para su integridad física y psíquica, los cuales se pueden presentar como episodios aislados o de forma prolongada. Frente a estos eventos críticos las personas pueden reaccionar de distintas formas, dependiendo de sus características, de su contexto y del tipo de evento. Algunas reacciones esperables son, por ejemplo, estar asustado, triste, ansioso, enojado o irritable, tener dolores musculares, dificultades para dormir, dificultades para concentrarse, etc. y normalmente, dejan de manifestarse luego de 4 a 6 semanas de ocurrido el evento. Sin embargo, en ocasiones en que estos eventos críticos se repiten a lo largo de la vida, la persona puede presentar estas reacciones por un periodo más prolongado de tiempo, incluso años después de haber vivido los eventos. Cuando estas reacciones se manifiestan de manera intensa y crónica, la persona podría estar manifestando un Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPTC). Además de los síntomas o reacciones señaladas antes, la persona con TEPTC puede ver afectada su capacidad para regular sus emociones y sus impulsos, ver alterado el funcionamiento de su pensamiento, atención, memoria y razonamiento, así como la percepción de sí mismo y de los otros. Estas reacciones pueden deteriorar la calidad de vida de la persona y llevarla a sentir un malestar importante y dificultades en su desarrollo personal.

Objetivo del Proyecto:

No todas las personas que han sufrido experiencias traumáticas o críticas de manera crónica o repetida desarrollan TEPTC. Sin embargo, aquellas que lo desarrollan ven gravemente afectado su nivel de bienestar. Por esta razón es muy importante contar con criterios que permitan a los profesionales hacer un diagnóstico acertado, de manera de poder otorgar un tratamiento que resuelva las dificultades de la persona, desarrolladas por el trauma.

El cuestionario en el que estamos trabajando, tiene justamente ese objetivo, permitir realizar una detección de síntomas de TEPTC para elaborar un diagnóstico correcto. Dado que actualmente en Chile no existen cuestionarios que puedan ser usados para este fin, nuestro objetivo es contribuir con el desarrollo de un cuestionario que evalúe TEPTC en adultos.

Procedimiento:

Para realizar la investigación se necesita de la participación de adultos de la Región del Maule, de sexo femenino y masculino que tengan entre 18 y 50 años.

Cada participante deberá completar por medio de esta plataforma online el Cuestionario de Trauma Complejo (ICD-TQ) que ve la presencia de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, además de un cuestionario que evalúa específicamente Trastorno de Estrés Postraumático (PCL-5) (para diferenciarlo del TEPTC) y un cuestionario que evalúa rasgos de personalidad de tipo Límite (I.P.D.E), los cuales podrían parecerse a las reacciones de una persona que presenta TEPTC.

El tiempo de respuesta de estos cuestionarios es de aproximadamente 30 minutos.

Especificaciones:

1. No existen beneficios directos para usted por participar en esta investigación. Sin embargo, para los participantes que requieran información, se les informará en qué rango de síntomas se encuentra (peligro de TEPTC – sospecha de TEPTC – ausencia de TEPTC), vía correo electrónico, con un descriptivo general de lo que implica cada categoría y sugerencias para su abordaje.
2. La participación en el estudio puede ser riesgosa dado los recuerdos de situaciones traumáticas que podrían evocarse con los cuestionarios
3. Los cuestionarios, respondidos en formato online, sólo podrán ser vistos por las investigadoras del proyecto, su acceso será resguardado mediante claves de ingreso al sistema de registro. Luego, las bases de datos elaboradas serán anónimas y sólo se trabajarán datos de manera general. Los análisis de los datos, anónimos, pueden ser publicados en medios científicos.
4. No hay costos asociados a su participación en el proyecto, ni tampoco compensaciones económicas.
5. Se garantiza la confidencialidad en el manejo de los datos. La persona que custodiará los datos es la directora de la Tesis, prof. Rosario Spencer.

En caso de que se presente alguna duda, inquietud o necesidad durante el proceso, puede comunicarse con la Dra. Rosario Spencer Contreras, 712-201657 o rspencer@utalca.cl. Además, dado el carácter sensible de algunas preguntas (eventos estresantes, traumáticos), en caso de requerir orientación para derivación profesional, también puede solicitarla al contacto antes señalado.

Estimado/a participante recuerde que la decisión de participar es absolutamente suya. Puede aceptar o rechazar la investigación, e incluso arrepentirse de su primera decisión en el momento que usted estime conveniente. En caso de arrepentirse, deberá firmar una hoja de revocación, contactándose con la Prof. Spencer al teléfono o correo señalado.

Declaración

He recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la investigación, así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera esta produzca

He sido informado/a sobre las eventuales molestias, incomodidades y riesgos de mi participación en la investigación.

He sido también informado/a que los procedimientos que se realicen no implican un costo que yo deba asumir, es decir, mi participación en el procedimiento no involucra un costo económico alguno que yo deba solventar

Estoy en pleno conocimiento de que la información obtenida será manejada de manera absolutamente confidencial, esto significa que sólo el equipo investigador tendrá acceso a mis datos y nadie más. En caso de que la información obtenida del estudio sea publicada esta se mantendrá anónima, ello significa que no aparecerá ningún dato con el que puedan identificarme en libros, revistas y otros medios de publicidad derivadas de la investigación ya descrita.

Sé que la decisión de participar en esta investigación es absolutamente voluntaria. Si no deseo participar en ella, o una vez iniciada la investigación no deseo seguir colaborando, puedo hacerlo sin problemas y sin tener que dar ninguna explicación. Para esto último solo debo contactar a la prof. Spencer (rspencer@utalca.cl, 712201657) para firmar la hoja de revocación.

Adicionalmente, los/las investigadores/as responsables han manifestado su voluntad de aclarar cualquier duda que me surja, antes, durante y después de mi participación en la actividad. Además, si deseo realizar mis consultas personalmente el domicilio para estos efectos es Campus Lircay s/n, Facultad de Psicología, con el investigador Sra. Rosario Spencer Contreras.

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

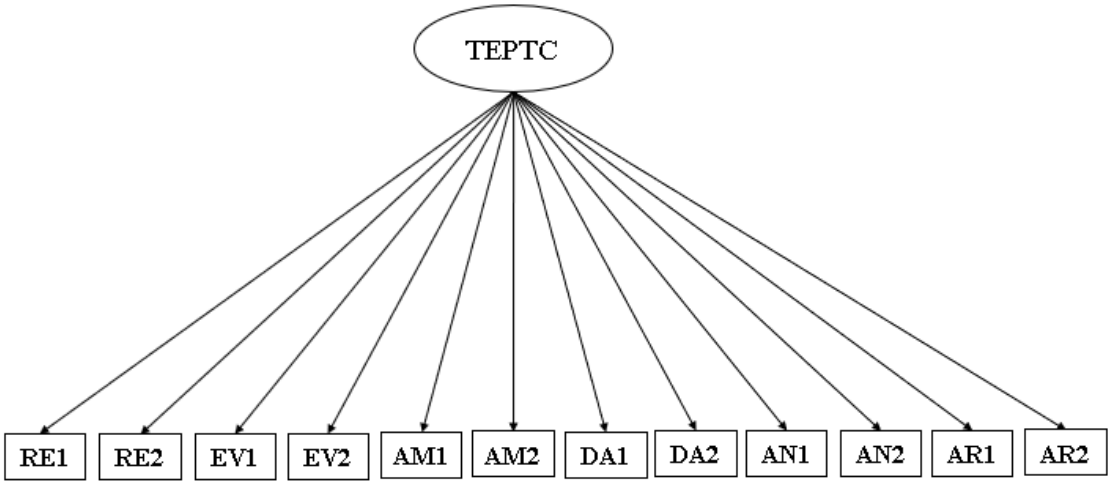
Yo, ... (nombre completo), Cédula de Identidad o Pasaporte N°……., de nacionalidad……, mayor de edad,..... con domicilio en ……, **ACEPTO** participar en la investigación denominada: "……..…", y **AUTORIZO** al señor(a)..... , investigador(a) responsable del proyecto y/o a quienes este(a) designe como sus colaboradores directos y cuya identidad consta al pie del presente documento, para realizar el(los) procedimiento(s) requerido(s) por el proyecto de investigación descrito.

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

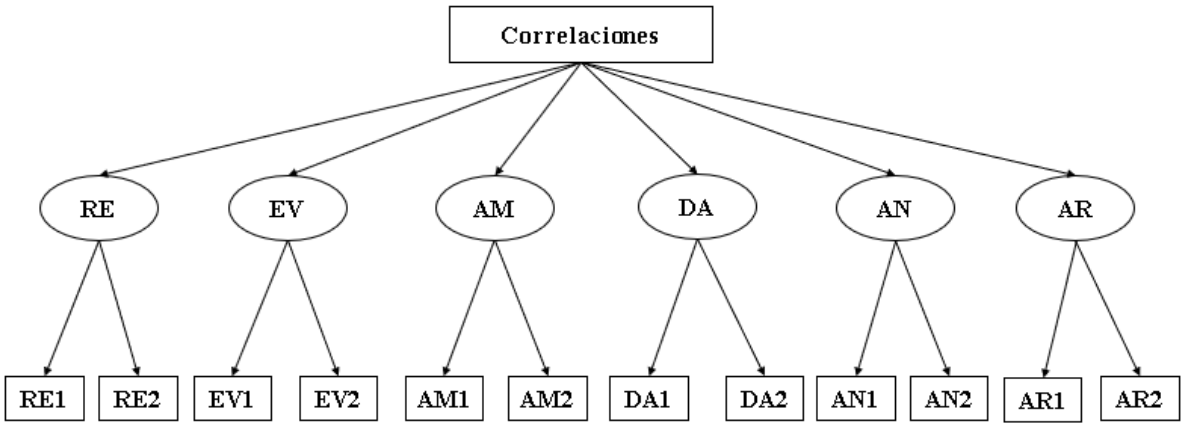
Firma de la persona que consiente: .....

Investigador(a) responsable: .....
Nombre Firma
Co-investigador(a) : .....
Nombre Firma
Co-investigador(a) 2 : .....
Nombre Firma

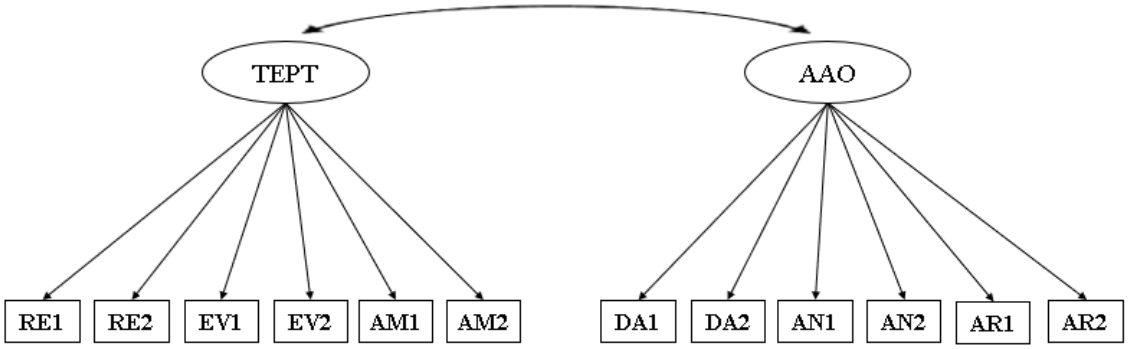
Anexo 7: Modelos para el AFC.



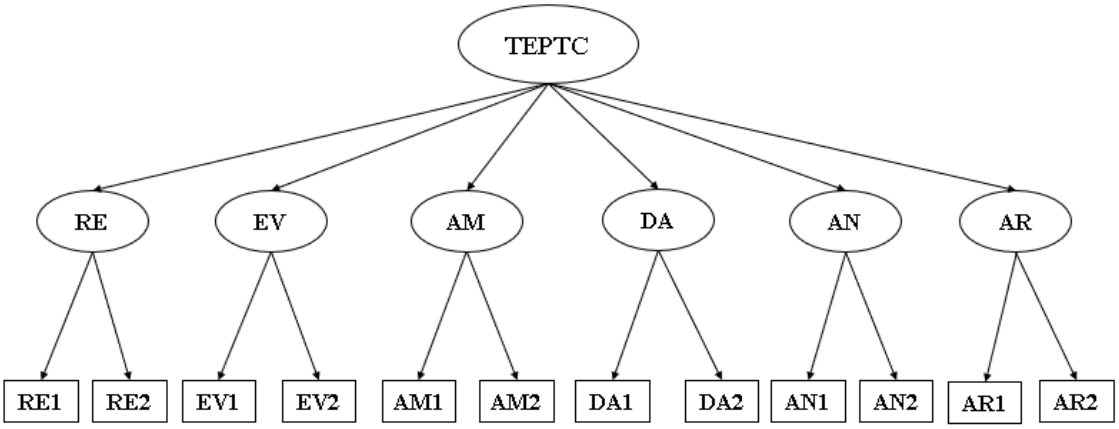
Modelo 1. Modelo unidimensional.



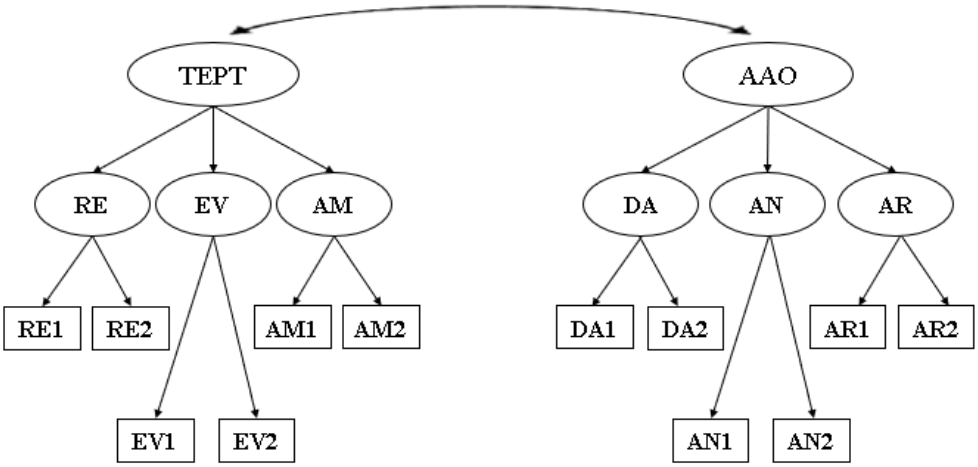
Modelo 2. Modelo de seis factores de primer orden correlacionados.



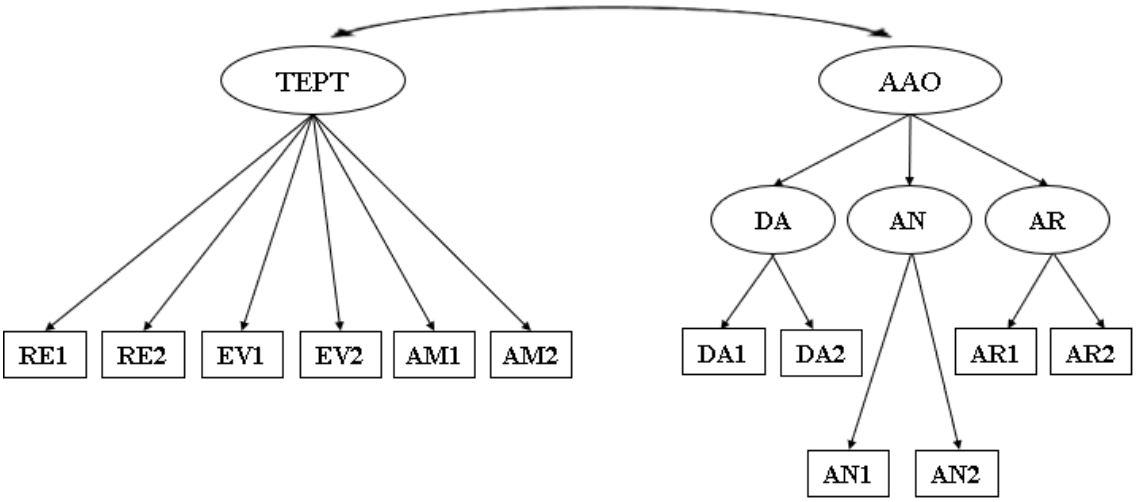
Modelo 3. Modelo de dos factores de primer orden correlacionados.



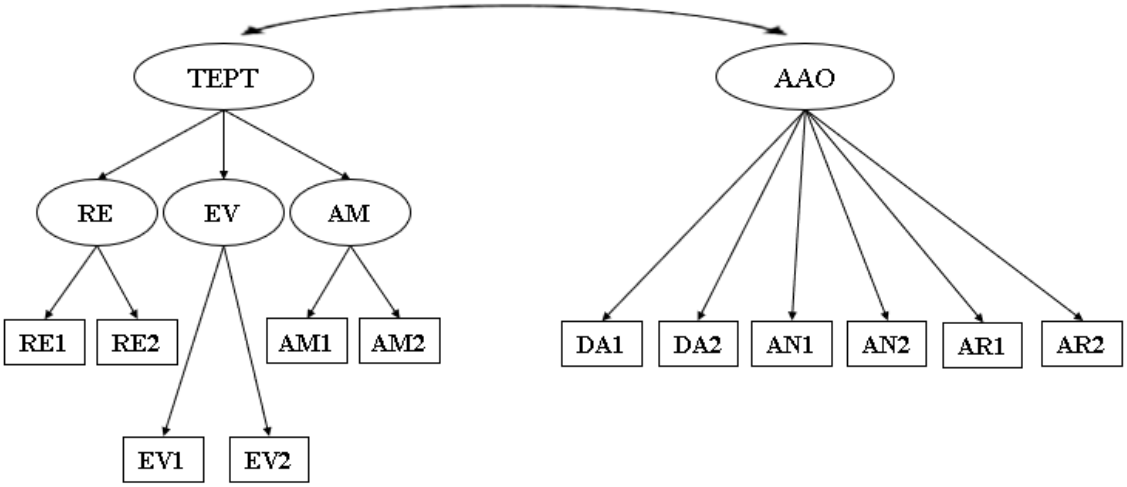
Modelo 4. Modelo de un factor de segundo orden y 6 factores de primer orden.



Modelo 5. Modelo de dos factores de segundo orden correlacionados.



Modelo 6. Modelo de un factor de segundo orden (AAO) con 3 factores de primer orden, y un factor de primer orden, correlacionados.



Modelo 7. Modelo de un factor de segundo orden (TEPT) con 3 factores de primer orden, y un factor de primer orden, correlacionados.