

**Facultad de
Psicología**



**UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA**

Doctorado en Psicología

Relaciones del Maltrato en la Infancia con el trastorno Depresivo Mayor, el Trastorno de Estrés Postraumático y el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo en la vida adulta. Su vinculación con el Apoyo Social Percibido y la Centralidad de los Eventos Traumáticos

Doctoranda: Lic. Gisela Matrángolo

Director: Dr. Hugo Simkin

Codirectora: Dra. Ana Briolotti

Junio 2021

Resumen

El Maltrato en la Infancia (en adelante MI) se constituye como una problemática de amplia relevancia debido a que impacta tanto en la salud como en la educación pública. En primer término, porque genera importantes perturbaciones en el desarrollo físico y psicológico de los niños y, en segundo término, debido a que las secuelas del maltrato afectan el rendimiento académico de los niños facilitando su deserción escolar.

Considerando la relevancia de esta problemática, esta Tesis, intenta aportar al conocimiento de las relaciones entre el Maltrato en la Infancia (en adelante, MI) y el desarrollo de síntomas compatibles con el Trastorno Depresivo Mayor (TDM), el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPTC), considerando el papel del Apoyo Social Percibido y la Centralidad de los Eventos Traumáticos en el desarrollo de esta sintomatología.

El objetivo de este trabajo es determinar si existen relaciones entre el MI, los síntomas de TDM, el TEPT y el TEPTC en la vida adulta evaluando el papel del Apoyo Social Percibido y la Centralidad de los Eventos Traumáticos Bertolotti, en adultos de la República Argentina. Se parte de las siguientes hipótesis: (1) El maltrato en la infancia se relaciona de forma indirecta con el Apoyo Social Percibido (2) El maltrato en la infancia, una alta centralidad de los eventos, un bajo Apoyo Social Percibido se relacionan e incrementa la sintomatología de TDM, TEPT y TEPTC.

Los resultados permiten observar que, en primer lugar, el MI, especialmente el de tipo Negligencia Emocional y en menor medida el de tipo Negligencia Física se encuentran asociados y explican parcialmente la disminución del Apoyo Social Percibido. En segundo lugar, el MI Acumulativo, la centralidad de los eventos y el Apoyo Social Percibido se asocian y explican parcialmente los síntomas de TDM. En tercer lugar, el MI Acumulativo, el Abuso Sexual, las Disfunciones en el Hogar, el Maltrato Emocional Físico, la centralidad de los eventos y el Apoyo Social Percibido se vinculan y explican parcialmente los síntomas de TEPT. En cuarto lugar, el MI Acumulativo, la Negligencia Emocional, la Centralidad de los Eventos Traumáticos y el Apoyo Social Percibido se asocian y explican parcialmente los síntomas de TEPTC. Las relaciones halladas fueron similares a las propuestas por la literatura.

Se concluye, en primer lugar, que el MI se asocia y explica parcialmente a la disminución del Apoyo Social Percibido. En segundo lugar, se concluye que el MI, la Centralidad de los Eventos Traumáticos y la disminución del Apoyo Social Percibido se asocian y contribuyen al desarrollo de síntomas de TDM, TEPT y TEPTC.

Palabras clave: Maltrato en la Infancia, Apoyo Social Percibido, Centralidad de los Eventos Traumáticos, Trastorno depresivo mayor, Trastorno de estrés postraumático, Trastorno de estrés Postraumático complejo.

Agradecimientos

En primer lugar, deseo agradecer a mi director de tesis Dr. Hugo Simkin quien, día a día me orientó y acompañó en mi formación y la elaboración de este trabajo de forma paciente y respetuosa. Agradezco, también a la Dra. Susana Azzollini codirectora de mi Beca Interna Doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, por su acompañamiento y consejo. En esta misma línea, destaco el generoso aporte de la Dra. Ana Briolotti, quien aceptó la codirección de este trabajo con la mayor predisposición para colaborar en su consecución.

Considero fundamental agradecer a la Secretaría de Posgrado de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata, en especial al Dr. Carlos Garay, la Dra. Irma Colanzi, la Dra. Constanza Zelaschi y la Mg. Iara Vidal por su cordialidad y su apoyo para dar cauce a los requerimientos administrativos y académicos a lo largo de la carrera.

Así también, no quiero dejar de mencionar mi gratitud a mis compañeros de la Cátedra de Psicología Social de la Facultad de Ciencias Sociales de La Universidad de Buenos Aires por su activa contribución a mi formación.

Por último, agradezco haber contado con la amorosa compañía de Diego, mi pareja. Y el aliento y cariño de mi familia y amigos quienes me escucharon y acompañaron en el proceso. Quiero expresar además un especial agradecimiento a mis compañeras y amigas Cecilia Yaccarini y Mercedes Olivera por su apoyo incondicional.

ÍNDICE

1	Introducción	1
1.1	Maltrato en la Infancia, Síntomas de Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno de Estrés Postraumático y Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, sus Relaciones con el Apoyo Social Percibido y la Centralidad de los Eventos Traumáticos.....	4
1.2	Estructura Interna del Estudio.....	7
2	Violencia	11
2.1	Violencia, Agresividad, Autoridad y Poder	11
2.1.1	Violencia Familiar	14
2.1.2	Violencia en la pareja	17
2.1.3	Violencia Hacia la Mujer en la Pareja	18
2.1.4	Modelo de la Perspectiva de género.....	20
2.1.5	Modelo Ecológico	20
2.2	Violencia Contra la Mujer en la Pareja como forma de Maltrato en la Infancia	22
2.3	Pautas de Crianza y Disciplinamiento a través de la Violencia hacia los Niños, Niñas y Adolescentes.....	24
2.4	Conclusiones del Capítulo	26
3	Maltrato en la Infancia	28
3.1	Definición de Maltrato en la Infancia	28
3.2	Historia del Maltrato en la Infancia.....	30
3.3	Tipos de Maltrato en la Infancia	32
3.3.1	Maltrato Físico	33
3.3.2	Abuso Emocional.....	33
3.3.3	Abuso Sexual	34

3.3.4	Negligencia Física	34
3.3.5	Negligencia Emocional	35
3.4	Exposición a la Violencia entre los Padres en la Pareja como forma de Maltrato en la Infancia.....	36
3.5	Maltrato en la Infancia y Psicopatología.....	38
3.5.1	Maltrato en la Infancia y el Trastorno Depresivo Mayor (TDM)	39
3.5.2	Maltrato en la Infancia y Trastorno de Estrés Postraumático	44
3.5.3	Maltrato en la Infancia y Trastorno de Estrés postraumático Complejo.....	48
3.6	Maltrato en la Infancia en la Argentina.....	49
3.7	Técnicas Retrospectivas para la Evaluación del Maltrato en la Infancia	51
3.7.1	Childhood Abuse and Trauma Scale	52
3.7.2	Childhood Experiences Questionnaire.....	52
3.7.3	Childhood Trauma Questionnaire Y Childhood Trauma Questionnaire Short-Form	53
3.7.4	Comprehensive Child Maltreatment Scales for Adults/ For Parents	53
3.7.5	Computer Assisted Maltreatment Inventory	54
3.7.6	Family Experiences Questionnaire	54
3.7.7	The Sexual and Physical Abuse History Questionnaire	55
3.7.8	Sistema de Identificación y Clasificación del Maltrato Infantil.....	56
3.7.9	Adverse Childhood Experiences Questionnaire/ Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia.....	56
3.7.10	Módulo de Experiencias Adversas infantiles.....	58
3.7.11	ACE International Questionnaire (ACE-IQ)	59
3.8	Conclusiones del Capítulo	59
4	Apoyo Social	62
4.1	Definición de Apoyo Social Percibido.....	62
4.2	Implicancias del Apoyo Social Percibido.....	65

4.3	Apoyo Social Percibido y Trastorno Depresivo Mayor	66
4.4	Apoyo Social Percibido, Trastorno de Estrés Postraumático y Trastorno de Estrés Postraumático Complejo	71
4.5	Apoyo Social Percibido y Maltrato en la Infancia	74
4.5.1	Escalas que evalúan el Apoyo Social Percibido.....	77
4.5.2	Social Support Inventory.....	77
4.5.3	Interpersonal Support Evaluation List	77
4.5.4	Interpersonal Support Evaluation List -12	78
4.5.5	Medical Outcomes Survey	79
4.5.6	Multidimensional Scale of Percived Social Support / Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido	79
4.5.7	Utilización de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido	79
4.6	Conclusiones del capítulo	82
5	Centralidad de los Eventos Traumáticos	85
5.1	Memoria Autobiográfica.....	85
5.1.1	Recuerdos autobiográficos involuntarios	88
5.1.2	Memoria en el desarrollo de los Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático.....	88
5.2	Centralidad de los Eventos Traumáticos y Psicopatología.....	91
5.2.1	Centralidad de los Eventos Traumáticos y Trastorno de Estrés Postraumático.....	91
5.2.2	Centralidad de los Eventos Traumáticos y Trastorno Depresivo Mayor	95
5.2.3	Centralidad de los Eventos Traumáticos, Maltrato en la Infancia, Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático y Trastorno Depresivo Mayor	96
5.3	Evaluación de la Centralidad de los Eventos Traumáticos.....	97
5.3.1	Escala breve de Centralidad de los Eventos.....	98
5.4	Conclusiones del Capítulo	99
6	Psicopatología.....	101

6.1	Historia y Definiciones del Trastorno de Estrés Postraumático	101
6.2	Evaluación	103
6.2.1	Davidson Trauma Scale	104
6.2.2	Global Assesment of Postraumatic Dissorder	104
6.2.3	Posttraumatic Stress Disorder Checklist	105
6.2.4	Escala de gravedad de síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático.....	106
6.2.5	International Trauma Questionnaire / Cuestionario Internacional de Trauma.	108
6.2.6	Utilización del Cuestionario Internacional de Trauma	109
6.3	Historia y Definiciones del Trastorno Depresivo Mayor	111
6.4	Evaluación	113
6.4.1	The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale	113
6.4.2	Beck Depression Inventory II	114
6.4.3	The Hamilton Depression Scale (HAMD) (Hamilton, 1960).....	115
6.4.4	Mongomery- Asberg Depression Rating Scale	115
6.4.5	Utilización del Cuestionario de Salud del Paciente-9	116
6.5	Conclusiones del Capítulo	119
7	Método	121
7.1	Objetivo General.....	121
7.1.1	Objetivos Específicos	121
7.2	Hipótesis de Investigación	122
7.3	Diseño de Investigación.....	123
7.4	Técnicas de Recolección de Datos	123
7.4.1	Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia.....	123
7.4.2	Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido	124
7.4.3	Escala abreviada de la Centralidad de los Eventos	125
7.4.4	Cuestionario Internacional de Trauma	125
7.4.5	Cuestionario de Salud del Paciente-9.....	126

7.4.6	Cuestionario de datos sociodemográficos	126
7.5	Participantes.....	127
7.6	Procedimiento.....	129
7.7	Análisis de Datos	130
7.8	Aspectos éticos	134
8	Resultados	135
8.1	Adaptación y Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia	135
8.1.1	Análisis Factorial Confirmatorio del Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia (EAI)	139
8.2	Adaptación y Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Salud del Paciente-9 145	
8.2.1	Análisis Factorial Confirmatorio del Cuestionario de Salud del Paciente-9	146
8.3	Adaptación y Propiedades Psicométricas de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido	152
8.3.1	Análisis Factorial Confirmatorio de la escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido	155
8.4	Adaptación y Propiedades Psicométricas del Cuestionario Internacional de Trauma 159	
8.4.1	Análisis Factorial Confirmatorio del Cuestionario Internacional de Trauma....	162
8.5	Análisis Correlacional entre Maltrato en la infancia, la Centralidad de los Eventos Traumáticos, el Apoyo Social Percibido, el Trastorno Depresivo Mayor, el Trastorno de Estrés Postraumático y Trastorno de Estrés Postraumático Complejo	168
8.5.1	Relaciones entre el Maltrato en la Infancia y el Apoyo Social Percibido.....	170
8.5.2	Relaciones entre el Maltrato en la Infancia, el Apoyo Social Percibido, la Centralidad de los Eventos Traumáticos y el Trastorno Depresivo Mayor	171
8.5.3	Relaciones entre el Maltrato en la infancia, el Apoyo Social Percibido, la Centralidad de los Eventos y el Trastorno de Estrés Postraumático	171

8.5.4	Relaciones entre el MI, el Apoyo Social Percibido, la Centralidad de los Eventos Traumáticos y el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo.	172
8.6	Análisis de Regresión Lineal.....	173
8.6.1	Análisis de Regresión Lineal entre el Maltrato en la Infancia y el Apoyo Social Percibido	173
8.6.2	Análisis de Regresión Lineal entre el Maltrato en la Infancia, el Apoyo Social Percibido, la Centralidad de los Eventos Traumáticos y el Desarrollo de Síntomas de Trastorno Depresivo Mayor	180
8.6.3	Análisis de Regresión Lineal entre el MI, el Apoyo Social Percibido, la Centralidad de los Eventos y el Desarrollo de Síntomas de TEPT	183
8.6.4	Análisis de Regresión Lineal entre el Maltrato en la Infancia, la Centralidad de los Eventos el Apoyo Social Percibido y el Trastorno de estrés postraumático complejo	186
9	Conclusiones.....	189
9.1	Adaptación y Propiedades Psicométricas de los Instrumentos de Evaluación	189
9.2	Consecuencias del Maltrato en la infancia en el Desarrollo de Apoyo Social Percibido	192
9.3	Relaciones entre el Maltrato en la infancia, el Apoyo Social Percibido, la Centralidad de los Eventos Traumáticos y los Síntomas de Trastorno Depresivo Mayor	194
9.4	Relaciones entre el Maltrato en la Infancia y los Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático	196
9.5	Relaciones entre el Maltrato en la Infancia, el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, el Apoyo Social Percibido y la Centralidad de los Eventos Traumáticos.....	198
9.6	Limitaciones.....	200
9.7	Comentarios Finales.....	202
10	Referencias.....	204

Índice de tablas

Tabla 1. Aplicaciones y principales índices de ajuste de la Escala Multidimensional de Apoyo Social.....	81
Tabla 2. Aplicaciones y principales Índices de ajuste del Cuestionario Internacional de Trauma en Distintos Países y Poblaciones	110
Tabla 3. Aplicaciones y Principales Índices de Ajuste del Cuestionario de Salud del Paciente-9 en Distintos Países y Poblaciones	117
Tabla 4. Análisis Descriptivos por Provincias	127
Tabla 5. Descriptivos por Ítem del cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia ..	135
Tabla 6. Confiabilidad del Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia.....	138
Tabla 7. Modelo estructural del Cuestionario de Experiencias adversas en la Infancia ¡Error!	
Marcador no definido.	
Tabla 8. Validación cruzada por sexo del Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia	142
Tabla 9. Índices de Ajuste por Provincia del Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia	143
Tabla 10. Análisis Descriptivo de los Ítems del Cuestionario de Salud del Paciente-9	145
Tabla 11. Confiabilidad del Cuestionario de Salud del Paciente. Modelo Unidimensional. ...	146

Tabla 12. Modelo Estructural del Cuestionario de Salud del Paciente-9 .	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 13. Validación Cruzada por Sexo del Cuestionario de Salud del Paciente-9	152
Tabla 14. Análisis Descriptivo de los Ítems de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido.....	153
Tabla 15. Confiabilidad de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido.....	155
Tabla 16. Modelo Estructural de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 17. Validación Cruzada por Sexo de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido.....	159
Tabla 18. Análisis Descriptivos de los Ítems del Cuestionario Internacional de Trauma.....	160
Tabla 19. Confiabilidad del Cuestionario Internacional de Trauma.....	161
Tabla 20. Modelo Estructural del Cuestionario Internacional de Trauma.	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 21. Validación Cruzada por Sexo del Cuestionario Internacional de Trauma	168
Tabla 22. Correlaciones entre el Maltrato en la Infancia, la Centralidad de los Eventos, el Apoyo Social Percibido, el Trastorno Depresivo Mayor, el Trastorno de Estrés Postraumático y el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo.	169

Tabla 23. Bondad de Ajuste Global de los Modelos de Regresión Lineal de Apoyo Social Percibido Total.....	173
Tabla 24. Coeficientes de Regresión Lineal para el Apoyo Social Percibido Total.	174
Tabla 25. Bondad de Ajuste Global de los modelos del Regresión Lineal del Apoyo Social Percibido Familiar	175
Tabla 26. Análisis de Regresión Lineal del Apoyo Social Percibido Familiar.....	176
Tabla 27. Bondad de Ajuste del Modelo de Regresión Lineal del Apoyo Social Percibido Amigos.....	177
Tabla 28. Análisis de Regresión Lineal del Apoyo Social Percibido Amigos.	177
Tabla 29. Bondad de Ajuste del Modelo de Regresión Lineal del Apoyo Social Otros Significativos.....	179
Tabla 30. Análisis de Regresión Lineal del Apoyo Social Otros Significativos.....	179
Tabla 31. Bondad de Ajuste del Modelo Global de Regresión Lineal del Trastorno Depresivo Mayor.	181
Tabla 32. Coeficientes de Regresión Lineal para el Trastorno Depresivo Mayor	181
Tabla 33. Bondad de Ajuste Global de los Modelos del Regresión Lineal del Trastorno de Estrés Postraumático.....	183
Tabla 34. Coeficientes de Regresión Lineal para el Trastorno de Estrés Postraumático...	184

Tabla 35. Bondad de Ajuste Global del Modelo de Regresión Lineal del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo.....	186
--	-----

Tabla 36. Coeficientes de Regresión Lineal para el Estrés Postraumático Complejo.....	187
---	-----

Índice de Figuras

Figura 1. Modelo 1. Modelo de un Factor de Segundo Orden de la Escala de Experiencias Adversas en la Infancia.....	140
--	-----

Figura 2. Modelo 2. Modelo de un Factor de Segundo Orden de la Escala de Experiencias Adversas en la Infancia sin Disfunción en el Hogar	141
--	-----

Figura 3. Modelo 1. Modelo Unidimensional del Cuestionario de Salud del Paciente-9	149
--	-----

Figura 4. Modelo 2. Modelo de dos factores Cognitivo/Afectivo-Somáticos del Cuestionario de Salud del Paciente-9.....	150
---	-----

Figura 5. Modelo 3. Modelo de dos Factores Somáticos- No Somáticos del Cuestionario de Salud del Paciente-9.....	151
--	-----

Figura 6. Modelo 1. Modelo de Tres Factores de Segundo Orden de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido.....	157
---	-----

Figura 7. Modelo 2. Modelo de tres factores de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido.....	158
--	-----

Figura 8. Modelo 1. Modelo Unidimensional del Cuestionario Internacional de Trauma.....	164
---	-----

Figura 9. Modelo 2. Modelo de segundo orden del Cuestionario Internacional de Trauma.	165
Figura 10. Modelo 3. Modelo de dos factores de segundo orden mediado por tres factores de primer orden del Cuestionario Internacional de Trauma.....	166
Figura 11. Modelo 4. Modelo de dos factores de segundo orden del Cuestionario Internacional de Trauma.	167

1 INTRODUCCIÓN

El maltrato en la infancia (en adelante, MI) se constituye como una problemática de amplia relevancia debido a que impacta tanto en la salud como en la educación pública. En primer término, porque genera importantes perturbaciones en el desarrollo físico y psicológico de los niños y, en segundo término, debido a que las secuelas del maltrato afectan el rendimiento académico de los niños facilitando su deserción escolar (Diesel et al., 2016; Learson, Chapman, Spetz, 2017; Ohashi et al., 2017; Rehan et al., 2017). Se destaca que, a pesar de la dificultad en presentar una definición única en relación a esta problemática, la clasificación clásica del MI reconoce 5 tipos básicos de maltrato en la infancia (Bringiotti, 2008) (1) el maltrato físico (e.g. golpes, quemaduras, pellizcos, cortes, pinchazos, fracturas, mordeduras, lesiones internas, exposición a enfermedades graves, asfixia, torceduras, dislocaciones), (2) el maltrato emocional (e.g. humillaciones, agresiones verbales crónicas, amenazas de abandono, denigración, ridiculización) (Arruabarrena & De Paul, 1994), (3) el Abuso Sexual (e.g. exponer al niño a presenciar o formar parte de actos sexuales) (Marty & César, 2005) (4) el abandono o Negligencia Emocional (e.g. no proporcionar al niño respuestas emocionales en relación a sus necesidades) y (5) la Negligencia Física (e.g. no brindar al niño el cuidado adecuado) (Ben-David & Jonson-Reid, 2017) llevados a cabo por instituciones, padres o cuidadores (Coelho et al., 2014; Musitu et al., 1990; Straus et al., 1996). La literatura indica que la gravedad de las secuelas, que podrían ser producidas por el MI, se relacionan con distintas cuestiones, fundamentalmente el MI Acumulativo definido como la superposición de distintos tipos de maltrato (Dube et al., 2003; Felitti et al., 1998; Kalmakis et al., 2019; Shen, 2009; Steine et al., 2017), el tipo de maltrato (Li, D'Arcy, & Meng, 2016; Rehan et al., 2017), el género de la víctima (Sánchez & Cuenya, 2011). Es

menester resaltar que, en relación a esta problemática, múltiples estudios afirman que el MI puede ser considerado como un evento traumático para el sujeto (Breslau et al., 2014; Rehan et al., 2017; Rosner, König, Neuner, Schmidt, & Steil, 2014; Simonelli, 2013). A este respecto, se observa que, en ciertos casos, aquellas personas que atraviesan hechos traumáticos desarrollan síntomas psicopatológicos como los de Trastorno Depresivo Mayor (en adelante TDM) y Trastorno de Estrés Postraumático (en adelante TEPT) (Barboza et al., 2017; Ogle et al., 2014b). Por su parte, en los casos de exposición crónica a eventos traumáticos de índole interpersonal, como suele ocurrir en los casos de MI es posible que se desarrolle, además, sintomatología compatible con el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (en adelante TEPTC) (Ho et al., 2019; Hyland et al., 2017). Sin embargo, es necesario destacar que no todas las personas que viven situaciones traumáticas indefectiblemente presentan síntomas TDM, TEPT o TEPTC. A este respecto, se considera que, el surgimiento de esta sintomatología, puede ser modulada por distintas variables como el Apoyo Social Percibido (Fitzgerald & Gallus, 2020; Vranceanu et al., 2007; Zhao et al., 2019), y la centralidad del evento —en este caso el maltrato en la infancia— en la identidad de los individuos (Berntsen & Rubin, 2006; Boals & Ruggero, 2016; Vermeulen et al., 2019; Webb & Jobson, 2011). En primer lugar, el Apoyo Social Percibido se establece como una de las variables que modifican la forma en que distintas situaciones estresantes impactan en los individuos (Buesa & Calvete, 2013; García & Mardones, 2010; Gros et al., 2016; Haj-Yahia et al., 2019; Muzik et al., 2017). Este constructo puede definirse como una serie de recursos sociales, formales e informales que las personas perciben como disponibles en su entorno y que los llevan a creer que son cuidados y queridos por una red de apoyo mutua (Cobb, 1976; Oh et al., 2014). De acuerdo con los antecedentes, el Apoyo Social Percibido actúa como un factor protector frente a una situación traumática

permitiendo amortiguar su impacto y disminuyendo la posibilidad de sufrir síntomas de estrés postraumático (Wolfe & Ray, 2015). Sin embargo, ciertos estudios afirman que, en el caso de traumas interpersonales, como el MI, el carácter protector del apoyo social percibido frente a los síntomas psicopatológicos puede disminuir. Posiblemente, esta disminución se relacione a que los traumas interpersonales suelen surgir en la interacción con personas en las que se confía, y de las que se esperan cuidados. Estas fallas en la respuesta de cuidado durante la niñez tienden a modelar la forma en la que las personas comprenden sus relaciones a lo largo de su vida (Steine et al., 2017). Así, ciertos estudios indican que las personas que sufrieron MI tienden a percibir menor apoyo social en su entorno y a presentar una mayor sintomatología de salud mental (Horan & Widom, 2015; Pinto et al., 2017). En segundo lugar, la centralidad de los eventos modularía la forma en que los individuos integran los eventos traumáticos a su propio *self* (Berntsen & Rubin, 2006). Desde esta perspectiva, en los casos en que el MI se configuraría como central en la identidad del sujeto, el individuo tendería a evaluar distintas situaciones de la vida actual como si se enfrentara a una situación amenazante y peligrosa, tal como lo era vivir en un ambiente maltratador. Así, estos recuerdos forman puntos de referencia para organizar las experiencias posteriores, de manera que múltiples situaciones serían juzgadas a partir de las vivencias traumáticas, hecho que se vincularía con una disminución de la salud mental de los individuos (Berntsen et al., 2003; Watts et al., 2020).

1.1 Maltrato en la Infancia, Síntomas de Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno de Estrés Postraumático y Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, sus Relaciones con el Apoyo Social Percibido y la Centralidad de los Eventos Traumáticos

Distintas investigaciones realizadas indican que el MI incrementa las posibilidades de presentar síntomas de TDM, TEPT Y TEPTC en la adultez, y es predictor de menores logros en los tratamientos (Fasciano et al., 2020; Ho et al., 2019; Hodgdon et al., 2018; Hyland et al., 2017; Mello et al., 2009; Nelson et al., 2017; Sakado et al., 1999). De esta manera, un estudio realizado hacia fines de la década del '90 concluyó que existe una relación causal entre los eventos estresantes en la infancia, dentro de los que se enmarca el MI y el desarrollo de síntomas de TDM (Kendler et al., 1999). Acorde a este hallazgo, un gran número de estudios indican que haber sufrido MI se asocia al desarrollo de TDM (Kendler et al., 1999; Kessler & Magee, 1993; Negele et al., 2015; Spinhoven et al., 2016) y a la gravedad de los síntomas (Hayashi et al., 2015). Así también, el MI ha sido asociado con el desarrollo de síntomas de TEPT (Breslau et al., 2014; Haj-Yahia et al., 2019; Marty & César, 2005) y TEPTC (Ho et al., 2019; Hyland et al., 2017). En esta línea, un estudio realizado en Taiwán indica que el surgimiento de síntomas de TEPT se encuentra relacionado con el MI del tipo maltrato físico y con la exposición a la violencia interparental, presentándose la coocurrencia de ambos tipos de maltrato estrechamente relacionada con el surgimiento de síntomas de TEPT (Shen, 2009). El abuso emocional también fue relacionado con el surgimiento de síntomas de TEPT (Días, et al., 2017), así como el Abuso Sexual (Hébert et al., 2014), la Negligencia Física (Leardmann et al., 2010), la Negligencia Emocional y fundamentalmente el MI Acumulativo (Kalmakis et al., 2019; Moser et al., 2020). Por su parte, estudiado en menor medida, el TEPTC ha sido considerado en relación al MI Acumulativo indicando relaciones positivas y significativas

(Ho et al., 2019). Sin embargo, no todas las personas que sufren MI desarrollan trastornos en su salud mental. En este sentido, cabe destacar que distintos estudios indican que las relaciones entre el MI y el desarrollo de sintomatología de TDM y TEPT se encontraría modulada por distintas variables, una de las cuales sería el Apoyo Social Percibido (Horan & Widom, 2015). El Apoyo Social Percibido actuaría como un factor protector frente a las situaciones traumáticas permitiendo amortiguar su impacto y disminuyendo la posibilidad de sufrir síntomas de TEPT y TDM (Gariépy et al., 2016; Jenkins et al., 2013; Kotch et al., 1997; Simon et al., 2019a; Wolfe & Ray, 2015). Respecto de las relaciones entre el MI y el Apoyo Social Percibido se destaca que estas se presentan como recíprocas y complejas. Debido a que, en primer lugar, se observa que el hecho de haber sufrido MI se relaciona con una disminución de la percepción de apoyo social (Stevens et al., 2013). Esto podría deberse a una falla en el desarrollo de un vínculo de confianza del niño con sus figuras de apego, dado que estas tienden a comportarse de una manera imprevisible y peligrosa para el niño. En segundo lugar, se observa que el MI tiende a asociarse con trastornos de la conducta internalizante, como la ansiedad y la depresión, que tienden a perjudicar el establecimiento de vínculos con otros, y a incrementar la posibilidad de ser rechazado por los demás, debilitando los vínculos sociales del sujeto y contribuyendo a una disminución del Apoyo Social Percibido (Moylan et al., 2013). Ciertos estudios se dedicaron a analizar las consecuencias del MI en la percepción del apoyo social en los adultos. En torno a la función de amortiguación de apoyo social en el desarrollo de trastornos psicopatológicos en personas que sufrieron MI, distintos estudios arrojaron resultados diversos. Por un lado, ciertos autores indican que el Apoyo Social Percibido actúa amortiguando el impacto del estrés en el desarrollo de síntomas psicopatológicos como el TDM y el TEPT en personas que sufrieron MI (Lagdon et al., 2018; Sperry & Widom, 2013).

Por otro lado, un estudio realizado en Nebraska (EE.UU.) cuyo objetivo era conocer las relaciones entre el MI, el Apoyo Social Percibido y los síntomas de TEPT hipotetizó que es la severidad de MI, considerada a partir de la frecuencia de exposición al maltrato y de exposición simultánea a varios tipos de MI (MI Acumulativo) lo que afectaba el papel del apoyo social como amortiguador del desarrollo de síntomas de TEPT. A este respecto, los resultados indicaron que en los casos de MI leve o moderado, la percepción de un elevado apoyo social por parte de la familia se asoció a menos cantidad de síntomas de TEPT. Sin embargo, en los casos de MI severo, el Apoyo Social Percibido por parte de la familia no modera el surgimiento de síntomas de TEPT. En síntesis, el Apoyo Social Percibido por parte de la familia, sólo moderó los síntomas de TEPT en caso de MI leve a moderado ya que en estos casos las personas que han sufrido MI serían capaces de dirigirse en busca de apoyo hacia otro miembro de la familia no maltratador. Por otra parte, en este estudio no se observaron relaciones entre Apoyo Social Percibido por parte de amigos y el desarrollo de síntomas de TEPT (Evans et al., 2013). La Centralidad de los Eventos Traumáticos se presenta como otra de las variables que influiría en las relaciones entre el MI y el desarrollo de síntomas de TEPT y TDM. El MI puede considerarse como un tipo de evento traumático: el grado de centralidad que este adquiera en la identidad del individuo se vincularía con el desarrollo de sintomatología de TEPT y TDM. Berntsen y Rubin (2006), en un estudio realizado sobre estudiantes norteamericanos hallaron correlaciones significativas positivas entre los constructos, de manera que una mayor Centralidad de los Eventos Traumáticos se asociaría a una mayor cantidad de síntomas de TEPT y TDM. Diversos estudios reforzaron estas conclusiones (Allbaugh et al., 2016; Berntsen & Rubin, 2007a; Boals & Ruggero, 2016; Fitzgerald et al., 2016; Keshet & Gilboa-schechtman, 2019; Ogle et al., 2014b; Reiland, 2017). Sin embargo, un estudio realizado recientemente arroja resultados

contradictorios a la mayoría de los estudios indicando que la Centralidad de los Eventos Traumáticos no se relacionaría a síntomas de TEPT en una muestra de individuos que sufrieron MI (Tranter et al., 2020).

Considerando la revisión de antecedentes, distintos interrogantes animan esta investigación: ¿El MI se relaciona con una disminución del Apoyo Social Percibido? ¿Es posible establecer una relación causal entre el MI y la disminución del Apoyo Social Percibido? ¿El MI se asocia a mayor sintomatología de TEPT, TEPTC y TDM? ¿Qué lugar ocupan el Apoyo Social Percibido en sus distintas fuentes y la Centralidad de los Eventos Traumáticos en el desarrollo de síntomas de TDM, TEPT y TEPTC en personas que sufrieron MI Acumulativo y en cada uno de los tipos?

Estas preguntas guiarán el camino de este trabajo, con el objetivo de contribuir al conocimiento de las relaciones entre el MI, la Centralidad de los Eventos Traumáticos, el Apoyo Social Percibido y los síntomas de TDM, TEPT y TEPTC.

1.2 Estructura Interna del Estudio

Con el objetivo de responder las preguntas que orientan este trabajo, en el capítulo dos, en primer lugar, se consideran las similitudes y diferencias de los términos agresividad, poder y violencia, al tiempo que se plantean las relaciones entre autoridad, poder y violencia. En segundo lugar, se describe la conceptualización de violencia familiar y se presentan los distintos tipos para posteriormente ahondar la violencia en la pareja, especialmente en la violencia hacia la mujer, en este caso hacia la madre como una forma de MI. En tercer lugar,

se consideran las prácticas de crianza y las pautas de disciplinamiento transmitidas mediante estas.

En el capítulo tres se considera, en primer lugar, un breve recorrido histórico de la conceptualización del MI, dentro del cual se destaca especialmente la labor de Henry Kempe (1922-1984), precursor en el interés en relación a esta problemática a partir de la publicación de su artículo "Pediatric Implication of the Battered Baby Syndrome". En segundo lugar, se presenta la tipologización más frecuentemente utilizada para definir los distintos tipos de MI, haciendo especial hincapié en la importancia de considerar que raramente se dan de forma pura o aislada, dando lugar a la conceptualización de MI Acumulativo. En tercer lugar, se procede a considerar las relaciones entre el MI, y el desarrollo de trastornos psicopatológicos, específicamente el caso del Trastorno Depresivo Mayor y el Trastorno por Estrés Postraumático, considerando también el Trastorno por Estrés Postraumático Complejo, trastorno poco explorado, desde el punto de vista empírico, en relación al MI. En cuarto lugar, se plantean herramientas de evaluación del MI, centrándose especialmente en el Cuestionario de Experiencias Adversas en la infancia, utilizado para indagar sobre esta problemática en el presente trabajo.

En el capítulo cuatro se aborda, en primer lugar, las definiciones de Apoyo Social Percibido, para posteriormente considerar las relaciones entre este constructo y la salud mental. Con este fin se presentan específicamente antecedentes de las relaciones entre el Apoyo Social Percibido y el Trastorno Depresivo Mayor, y el Apoyo Social Percibido y el Trastorno por Estrés Postraumático. Luego se profundiza en la relación entre el Apoyo Social Percibido y el MI, específicamente en relación a la salud mental de los sujetos. Por último, se presentan distintas escalas que permiten evaluar el Apoyo Social Percibido, para ahondar en

relación a la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido que se adaptó validó en este trabajo.

En el capítulo cinco, en primer lugar, se describe el constructo de memoria autobiográfica, considerando los aportes de distintos autores fundamentales en el desarrollo de esta conceptualización como Endel Tulving, Martin Conway, David Rubin, entre otros. En segundo lugar, se ahonda sobre el papel de la memoria autobiográfica en el desarrollo de síntomas de TEPT, para en tercer lugar, presentar el concepto de centralidad de los eventos y su relación al desarrollo de síntomas psicopatológicos como los de TEPT y TDM. En cuarto lugar, se propone una revisión de los antecedentes de las relaciones entre el MI, la Centralidad de los Eventos Traumáticos y los síntomas de TEPT y TDM. Por último, se presenta las herramientas de evaluación de la centralidad de los eventos propuestas por Dorth Berntsen y David Rubin, destacando que en el presente trabajo se utilizará la versión breve formulada por los autores.

El capítulo seis tuvo como objetivo describir los principales trastornos psicopatológicos asociados al MI. En primer lugar, se presenta un breve resumen de la historia del TEPT y sus definiciones, para en segundo lugar presentar herramientas de evaluación de dicho trastorno haciendo foco especialmente en el Cuestionario Internacional de Trauma, adaptado y validado en el contexto de este trabajo. En tercer lugar, se presenta un breve recorrido en relación a la historia del TDM y sus definiciones. Mientras que, en cuarto lugar, se presentan algunas de las herramientas de autoinforme más utilizadas para evaluar TDM, haciendo especial hincapié en el Cuestionario Internacional de Trauma que fue utilizado en este trabajo.

En el capítulo siete, se presentan las cuestiones metodológicas de este estudio. Se establecen los objetivos generales y específicos, las hipótesis de investigación, el diseño, la población y muestra, las técnicas de recolección de datos, las técnicas de procesamiento de la información y los aspectos éticos considerados.

En el capítulo ocho, se presentan los resultados de las adaptaciones y propiedades psicométricas del Cuestionario de Experiencias adversas en la Infancia, del Cuestionario de Salud del Paciente-9, de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido y del Cuestionario Internacional de Trauma. Posteriormente, se presentan los análisis correlacionales entre las variables estudiadas, para luego presentar los resultados de los análisis de regresión.

Finalmente, en el capítulo nueve, se presentan las conclusiones y los comentarios finales del trabajo, considerando hallazgos y limitaciones.

2 VIOLENCIA

La inclusión de este capítulo tiene como finalidad esclarecer tanto las diferencias como las similitudes entre los constructos violencia y agresividad, al tiempo que se consideran los vínculos entre autoridad y poder en las relaciones entre padres e hijos. El primer apartado trabajará las definiciones y diferencias entre términos frecuentemente utilizados como sinónimos como es el caso del término “violencia” y “agresividad”, para seguidamente analizar las relaciones entre la violencia, el poder y la autoridad. Posteriormente, en el siguiente apartado se presentará el concepto de violencia familiar y su tipificación, ahondando específicamente en el caso de la violencia hacia la mujer en la pareja como una forma de MI. Finalmente, se consideran a las prácticas de crianza y las pautas de disciplina en relación al MI.

2.1 Violencia, Agresividad, Autoridad y Poder

Frecuentemente los constructos agresividad y violencia tienden a confundirse e incluso a utilizarse como si fueran sinónimos (Jiménez-Bautista, 2012; Opatow, 2006). La agresividad se puede definir como una característica que se encuentra presente en distintas especies animales, cuya existencia no desembocaría necesariamente en acciones violentas (Baños, 2005). En una revisión acerca del concepto de agresión, un estudio plantea que hay por lo menos tres cuestiones que se encuentran presentes dentro de la mayoría de definiciones de este concepto: su carácter intencional, sus consecuencias negativas y su modo de expresión (Carrasco Ortiz & Gonzalez Calderón, 2006). Por su parte, la violencia puede entenderse como la interacción entre la agresividad natural presente en los humanos y la cultura que la moldea, es por tanto inherente al género humano, ya que es transmitida, aprendida e influida

por la cultura (Jiménez-Bautista, 2012). Según ciertos autores, el término violencia hace referencia fundamentalmente a acciones que, por su malignidad, falta de moralidad o ilegalidad se consideran alejadas de una reacción natural ante una situación (Carrasco Ortiz & Gonzalez Calderón, 2006; Yadira García- Sanchez & Guerrero-Baron, 2011). Respecto a la violencia, Hannah Arendt considera que su principal carácter es instrumental y específicamente que la violencia se constituye como un instrumento de dominación de un hombre sobre otro (Arendt, 2005). Desde esta perspectiva, la violencia, estaría ligada al poder y a la autoridad. Cabe destacar que en gran medida las conductas de maltrato hacia los niños surgen en el intento de impartir disciplina en la crianza. En este sentido la histórica noción de *patria potestad* que pregonaba el derecho/obligación del castigo de los adultos hacia los niños fue central en los vínculos familiares cuyo eje ha sido la autoridad de los padres sobre los hijos. Como es sabido, la palabra potestad, deriva del latín *potestas* término que significa poder, entonces, la patria potestad describió originalmente el poder de los padres sobre los hijos (Yadira García- Sánchez & Guerrero-Baron, 2011). En el derecho grecorromano los hijos eran considerados como una propiedad privada del padre, por lo que éste tenía derecho a explotarlos, maltratarlos, venderlos e incluso matarlos (Alcón, 2017; Cabrera Diaz, 2013). Cabe destacar que este constructo ha evolucionado con el paso del tiempo, y su acepción ha cambiado en relación a la definición básica, aunque parecería conservar aún vestigios de la concepción clásica (Reyes Cano, 2017). En el ámbito jurídico, la noción de *patria potestad* ha sido el paradigma de la regulación en las relaciones entre padres e hijos, presentando una evolución muchas veces más lenta en relación a los cambios sociales vinculados a las prácticas de crianza culturalmente aceptables o inaceptables (Nogueira et al., 2018). En el caso de la implementación de disciplina y castigo en los niños, según el código civil español, los padres tenían la facultad de “corregir” y castigar a los niños,

hasta que en el año 2007 se producen cambios en la legislación donde se deja de lado el término castigar y queda únicamente la facultad de corregir moderadamente. En el ámbito jurídico actual, la *patria potestad* fue definida como el conjunto de deberes y derechos que tienen los padres sobre los hijos para su protección y formación integral, mientras estos sean menores de edad y no se hayan emancipado (Tobón Berrío, 2015). En la legislación argentina, en el año 2015 se suplantó la noción de *patria potestad* por la de responsabilidad parental más acorde a la Convención de los Derechos del Niño a la que Argentina adscribe. Sin embargo, ciertos autores consideran que el cambio del término *patria potestad* por el de responsabilidad parental no es más que un llano cambio de nombre, que en nada cambia los modos de entender las relaciones entre padres e hijos; relación que, en nuestros días, ya distaba enormemente de la definición romana de *patria potestad* (Nogueira et al., 2018). No obstante, otros autores consideran que es deseable y necesario el cambio del término patria potestad por otro que visibilice en mayor medida los derechos y necesidades de los niños (Reyes Cano, 2017). La responsabilidad parental refiere al conjunto de derechos y deberes que padres y madres tienen sobre el hijo o hija menor de edad, considerando su cuidado, su formación integral y desarrollo, contemplando también el desarrollo de la autonomía progresiva de los niños, como una característica que paulatinamente tiende a disminuir la necesidad de que el padre actúe como representante del niño y subrayando el derecho del niño a ser oído, y a que su opinión sea tenida en cuenta de acuerdo a su grado de madurez (Herrera & Lathrop, 2016). Aunque los cambios en las relaciones parento-filiales fueron evolucionando previamente a la legislación, sin duda, ésta modifica en el ámbito del derecho el modo de enmarcar las relaciones entre padres, madres e hijos. A pesar de los cambios en la legislación, en muchos casos, las pautas de crianza parecen continuar basadas en ideas más tradicionales vinculadas al pensamiento patriarcal, más acorde a la *patria potestad*

(Reyes Cano, 2017). Desde esta perspectiva hasta la actualidad se continúan considerando a los niños como sujetos en formación que necesitan ser encarrilados, muchas veces mediante castigos físicos o emocionales (Posada-Díaz et al., 2008). A este respecto ciertos estudios afirman que el uso de la violencia física para disciplinar a los niños, se vincularía al estrato socioeconómico de la familia, considerando que aquellos padres que se vinculan con sus hijos desde un paradigma de derechos pertenecerían a un estrato socio económico medio (Carrillo- Urrego, 2018). No obstante, esta idea es discutida por ciertos autores quienes consideran que la posición socioeconómica poco tiene que ver con la violencia familiar, afirmando que los recursos expresivos y culturales necesarios para afrontar la crianza sin reproducir la violencia social trascienden las clases sociales y el nivel educativo de los individuos (Garcia Dupleix & Andriola, 2015).

2.1.1 *Violencia Familiar*

La violencia dentro del ámbito familiar es un fenómeno de larga data que ha sido naturalizado y confinado al mundo privado (Ocampo Otálvaro, 2018). Pese a la antigüedad de la existencia de la violencia familiar, en Argentina, la primera ley nacional de Protección contra la Violencia Familiar tuvo lugar hace menos de 30 años, en 1994 (Garcia Dupleix & Andriola, 2015). La familia se presenta como la institución social más violenta, podría entenderse que la violencia familiar se produce debido a las diferencias de poder entre los distintos miembros de la familia promovidas por el patriarcado como sistema opresor (Cagigas Arriazu, 2000). Desde esta perspectiva, el patriarcado, derivado de la noción romana de *patria potestad* se presenta como un eje central en el mantenimiento y reproducción de las diferencias de poder entre los distintos miembros de la familia, subordinando especialmente a mujeres, niñas y niños (Reyes Cano, 2017). La sociedad se

muestra, en general, tolerante a un cierto monto de violencia entre los miembros de la familia, especialmente hacia los niños y niñas, considerando a los castigos físicos y emocionales como necesarios e incluso fundamentales para la educación y la interiorización de pautas de disciplina de los niños y niñas (Junco Supa, 2014). Estas acciones, permitidas de parte de los padres, o de quienes ocupen su lugar son en la mayoría de los casos inadmisibles de parte de extraños, incluso de familiares menos cercanos.

La violencia familiar puede definirse como la presencia de una serie de acciones violentas con intención de daño dentro del ámbito familiar, que se dan de forma crónica en un periodo prolongado en el tiempo (Obligado, 2015). Victimario y víctimas pueden o no convivir en la misma casa ya que lo que define a la violencia familiar no es la convivencia sino la relación íntima entre agresores y agredidos (Flury et al., 2010). Este tipo de violencia puede ser ejercida por cualquier miembro de la familia. Existen distintas formas de ejercer la violencia dentro del ámbito familiar por ejemplo, a través de la violencia física caracterizada por un conjunto de acciones agresivas sobre el cuerpo de la víctima (e.g. golpes, zamarreos, ahorcamientos, quemaduras, entre otros), la violencia psicológica, en este caso, se trata fundamentalmente de dichos y acciones que apuntan a amedrentar, generar inseguridad e inducir a la víctima a pensar y accionar acorde a la conveniencia del agresor (e.g. insultar, invalidar, humillar, entre otros). También a través de la violencia sexual, como por ejemplo forzar a la víctima a mantener contactos sexuales de distintos tipos con el agresor (e.g. tocamientos, penetración, felación entre otros) y la violencia económica, en la cual a través del manejo de los recursos económicos se mantiene a la víctima en una situación de sumisión (e.g. negar dinero para cubrir necesidades básicas, negar dinero para el transporte o la atención en salud) (Marin Diaz, 2007).

Así también la violencia familiar puede clasificarse de acuerdo a los miembros de la familia involucrados en la situación del maltrato, como por ejemplo la violencia hacia las personas ancianas, la violencia filio-parental (de hijos a padres), la violencia entre hermanos, la violencia en la pareja y el maltrato en la infancia (Peligero Molina, 2016).

En primer lugar, el maltrato hacia las personas ancianas se observa más frecuentemente en los casos en el que el anciano es dependiente física y/o económicamente de alguno de los miembros de su familia, ya que el nivel de dependencia se asocia, en este caso al maltrato hacia este grupo (Bazo, 2006; Jiménez Pelcastre, 2012). El maltrato hacia los ancianos ha sido recientemente caracterizado, en la década de los '80 (De Paul & Larrion, 2006; Paniagua Fernández & López, 2001). En segundo lugar, la violencia filio-parental se caracteriza por ser un tipo de violencia intrafamiliar de tipo ascendente, donde los hijos maltratan a sus progenitores o adultos que cumplan ese rol (Selma & Ortigoza, 2018). En este caso, cabe destacar que, en la mayoría de los casos el ataque es dirigido hacia la madre o mujer que cumpla ese rol, de manera que podría ser entendido como un subtipo de violencia hacia la mujer (Ortega Ortigoza, 2015; Ulman & Straus, 2003). En tercer lugar, el caso de la violencia entre hermanos, los autores explican este fenómeno considerando que, por un lado, los jóvenes aprenden los patrones familiares violentos de relación, los que luego descargan contra sus hermanos; por otro lado, consideran que los celos por el lugar otorgado en la familia de uno de los hermanos pueden operar como detonante de los malos tratos sobre el otro (Yadira García Sanchez & Guerrero Barón, 2016). Por considerarlos de importancia particular en el desarrollo de este trabajo, los tipos de violencia en la pareja y maltrato en la infancia se encontrarán en un

apartado a continuación y en un capítulo correspondiente, respectivamente, para profundizar esa temática.

2.1.2 Violencia en la pareja

La violencia en la pareja se define como una serie de conductas que causan daño físico, psicológico y/o sexual que se presenta en una relación íntima de pareja, y que existen en todas las culturas y países (Organização Mundial da Saúde, 2012). Se destaca que existen distintos tipos de violencia en la pareja. Uno de los enfoques más reconocidos para comprender los distintos tipos de violencia en la pareja es el que formuló Johnson en la década del noventa y ha sido enriquecido y reformulado hasta la actualidad (Ali et al., 2016). Desde este enfoque se presentan cuatro tipos de violencia en la pareja. En primer lugar, el terrorismo íntimo:

En este caso el perpetrador, en la mayoría de los casos el hombre, utiliza la violencia para obtener el control general de su pareja, los mecanismos de control suelen incluir abuso emocional, abuso físico y sexual (Johnson & Ferraro, 2000). En segundo lugar, la resistencia violenta hace referencia a la violencia como respuesta a los mecanismos de control del otro miembro de la pareja. Frecuentemente es una reacción por parte de la mujer víctima al terrorismo íntimo (Kelly & Johnson, 2008). En tercer lugar, la violencia situacional, que puede ser perpetrada por hombres o mujeres en el tipo más común de violencia en la pareja. Este tipo de violencia se enraíza en un conflicto puntual sin presentar un patrón de intento de control del otro miembro de la pareja, sino que la violencia escalaría a partir de la discusión de un hecho o situación puntual (Johnson, 2008). Por último, la violencia para el control mutuo se presenta en parejas en las que ambos son

controladores y violentos, al estilo del terrorismo íntimo e intentan prevalecer por sobre sus parejas, este patrón es especialmente poco probable (Johnson, 2008).

Si bien se observa que la violencia en la pareja, en muchas ocasiones, se presenta en forma recíproca, de manera que tanto la mujer como el hombre son capaces de ejercer conductas violentas (Straus, 2006), se destaca que en estos casos se trata de violencia situacional, la que por definición surge a partir de un conflicto y se incrementa siempre que este no sea resuelto (Del Pilar Mendez Sanchez & Méndez, 2014). En cambio, en los casos de terrorismo íntimo, en los que en general el agresor es hombre, éste se valdría de la violencia tanto física, psicológica, sexual y/o patrimonial para ejercer el control sobre la mujer y ostentar su poder (Delgado, 2014; Kelly & Johnson, 2008).

Gran parte de los estudios que analizan la relación de la violencia en la pareja y el MI consideran la violencia hacia la mujer que cumple el rol materno (Bayarri et al., 2011; Izaguirre & Calvete, 2015), por este motivo y por las graves consecuencias que acarrea en Argentina y gran parte de América Latina (Gil, 2017; Saletti-Cuesta et al., 2020), se considera especialmente la violencia hacia la mujer en la pareja como un tipo de MI vinculado, posiblemente, al desarrollo de sintomatología de TDM y TEPT. Sin por eso desconocer que existen casos de violencia hacia el hombre en la pareja y que, posiblemente sean necesarios estudios específicos que valoren la intensidad y gravedad de este tipo de maltrato y su influencia en el desarrollo de los hijos.

2.1.3 Violencia Hacia la Mujer en la Pareja

Históricamente la violencia contra la mujer en la pareja ha sido ocultada y confinada al ámbito privado, recientemente, hace solo algunas décadas la visibilización de este

fenómeno fue in crescendo (Abarca, 2013). La violencia contra la mujer se define como cualquier acto o amenaza promovido por un motivo anclado en el género que termina en daños físicos, psicológicos, sexuales, y/o privación de la libertad (Alencar-Rodríguez & Cantera, 2012). De todos los tipos de violencia hacia la mujer, uno de los más frecuentes es la que ocurre en la pareja (Ferrer- Perez & Bosch-Fiol, 2019). Distintos estudios estadísticos indican que entre un 24% y un 53% de las mujeres sufren violencia de género por parte de sus parejas (Saletti-Cuesta et al., 2020). En el caso de los femicidios, expresión máxima de la violencia contra la mujer, en la República Argentina de 230 femicidios reportados aproximadamente la mitad fueron perpetrados por la pareja de la víctima (Gil, 2017). La violencia en las relaciones de pareja es un problema presente en todas las culturas, clases sociales, etnias, y religiones (Alencar-Rodríguez & Cantera, 2012; Muñoz & Echeburua, 2016) y está presente desde hace siglos, aunque comenzó a ser considerada como violencia contra la mujer, o violencia doméstica recientemente en la década del '70, el interés en esta problemática se fue incrementando con la creciente visibilización de las diferencias en las relaciones de poder entre hombres y mujeres (Marshall et al., 2019). Se reitera que, si bien no se niega la existencia de la violencia hacia el varón en la pareja, se destaca que su prevalencia y gravedad es marcadamente inferior a la sufrida por la mujer (Muñoz & Echeburua, 2016). Dado que, en los casos de violencia hacia la mujer en la pareja, la cantidad de secuelas severas a largo plazo es exponencialmente mayor, que, en los casos de violencia hacia los hombres en la pareja, tal como indican distintos trabajos (Miller & McCaw, 2019) se consideró que la victimización de la madre podría representar en mayor medida situaciones de riesgo de Negligencia Física y Negligencia Emocional en la crianza de los niños.

A este respecto, si bien existen distintos marcos para comprender a la violencia contra la mujer en la pareja como ser: la teoría biológica, la teoría generacional, la teoría sistémica, la perspectiva de género y la teoría ecológica. En este trabajo se profundizará en estos dos últimos modelos por entenderlos como los más pertinentes para profundizar en esta problemática.

2.1.4 Modelo de la Perspectiva de género

La perspectiva de género analiza distintas cuestiones socio-culturales como promotoras de la violencia contra la mujer, considerando que ésta es fruto de una estructura social que privilegia a la masculinidad facilitando que los hombres agredan a las mujeres, y a través de esta violencia mantengan su superioridad (Expósito & Ruiz, 2010). De esta manera se cristalizan roles de acuerdo al género dejando a la mujer principalmente relegada al ámbito privado como ama de casa y criadora, aun cuando la incorporación de la mujer al ámbito laboral sea un hecho (Luis et al., 2016). Todas estas cuestiones facilitan la ejecución de distintas agresiones sobre las mujeres ya que se cristalizan y reproducen los valores patriarcales (Carnevale et al., 2020). En síntesis, desde esta perspectiva la violencia hacia la mujer en la pareja se caracteriza por tener el objetivo de mantener la asimetría de poder en la relación de pareja, en consonancia a las posiciones jerárquicas desiguales que se les adjudican a mujeres y hombres socioculturalmente (Delgado, 2014)

2.1.5 Modelo Ecológico

El modelo ecológico propuesto por Heise (1998) considera que la violencia hacia la mujer en la pareja es un fenómeno polifacético dependiente de diversos factores tales como personales, socioculturales y situacionales. De esta manera, Heise considera que las

diferencias entre hombre y mujeres sostenidas por el patriarcado son insuficientes para explicar por sí solas el fenómeno de la violencia en la pareja contra la mujer. Desde esta perspectiva Heise propone un modelo ecológico compuesto por cuatro niveles:

(a) Nivel 1 - Historia Personal: Se trata de las características de las vivencias personales que podrían vincularse a cierta predisposición a ser víctimas o victimarios de agresiones en la pareja, presenciar violencia conyugal en la infancia, sufrir MI o tener padres que lo rechazaban o estaban ausentes son los factores personales más vinculados a ser víctima o victimario en violencia hacia la mujer en la pareja (Heise, 1998).

(b) Nivel 2 - Microsistema: Hace referencia a las interacciones con otras personas y al significado que se les otorgan a las mismas. La dominación masculina en el seno familiar es uno de los factores más vinculados a la violencia hacia la mujer en la pareja sobre todo el control del patrimonio familiar. Así mismo el conflicto conyugal, otro de los factores del microsistema, se vincula estrechamente a la violencia contra la mujer en la pareja. Por su parte el consumo de alcohol es otro de los factores que tradicionalmente se vincularon a la violencia hacia la mujer en la pareja, sin embargo, se ha discutido este punto considerando que frecuentemente el consumo de alcohol no es más que una excusa para justificar las agresiones (Vives Cases, 2011).

(c) Nivel 3 - Exosistema: En este nivel se evidencian las estructuras sociales que influyen al entorno de la persona y la mantienen en determinado nivel socio económico. Distintos componentes del macrosistema se consideraron en torno a la violencia contra la mujer en la pareja, como el bajo status socioeconómico y el desempleo, aunque la violencia contra la mujer se da en todos los niveles socioeconómicos. En esta línea, el aislamiento de la mujer y

la familia también promovió mayor violencia hacia la mujer en la pareja. Asimismo, personas con grupos de pares violentos, mostraron en mayor medida conductas violentas hacia la mujer.

(d) Nivel 4 - Macrosistema: Configurado por el conjunto de valores culturales y creencias ejercen su influencia a partir de distintos factores como la supremacía del varón, el derecho/propiedad del hombre sobre la mujer y la masculinidad asociada a la dominación y agresión. De la misma manera, los roles de género rígidos son factores del macrosistema vinculados a la violencia hacia la mujer en la pareja.

En síntesis, desde la perspectiva de este modelo se considera que la violencia hacia la mujer tiene como causa un intrincado conjunto de factores personales, situacionales y socioculturales.

2.2 Violencia Contra la Mujer en la Pareja como forma de Maltrato en la Infancia

La exposición de los niños a la violencia en la pareja afecta la salud física y psicológica de los niños (Miller & McCaw, 2019). Distintos estudios indican que ser testigo de la violencia contra la madre se configura como un tipo de MI (Sepulveda Garcia de la Torre, 2006; Wolfe & Mcgee, 1994). La violencia contra la madre puede ser entendida como violencia testimonial. Esta se define como cualquier tipo de violencia que surja en una relación de pareja de adultos estén o no legalmente casados, un niño expuesto a violencia testimonial es aquel que escuchó, presenció o vio las secuelas de las acciones propias de una violencia física o violencia emocional en la interacción de la pareja parental (Pinto Junior et al., 2017). Este tipo de exposición, afecta a los niños de forma directa, perjudicando la

relación de la madre con el niño e incrementando la irritabilidad de la misma, promoviendo el maltrato físico y psicológico de los niños o bien siendo el perpetrador de la violencia hacia la mujer el mismo que ejerce la violencia contra el niño; aunque también de forma indirecta, exponiendo a los niños a una situación de permanente tensión e incertidumbre (Dixon et al., 2007; Izaguirre & Calvete, 2015; Sepulveda Garcia de la Torre, 2006) incrementando el riesgo del niño de padecer trastornos internalizantes (e.g. ansiedad, depresión, entre otros) o externalizantes (e.g. trastornos de la conducta, violencia entre pares, hacia los padres, entre otros) (Pinto Junior et al., 2017). El sexo y la edad del niño en el que presencié las escenas de violencia hacia la madre no se relacionarían con las consecuencias psicopatológicas de esta exposición, sin embargo, se ha observado que las niñas tienden a desarrollar trastornos del tipo internalizante, mientras los niños tienden a desarrollar trastornos externalizantes (Bayarri et al., 2011). Ciertos autores, a partir de estudios realizados consideran a la violencia hacia la mujer como una forma de MI (Wolfe & Mcgee, 1994). En este sentido distintos estudios han considerado la exposición a la violencia hacia la mujer como una experiencia adversa en la infancia, del mismo modo que el MI, al analizar las consecuencias en la salud mental de los adultos expuestos (Anda et al., 2005; Edwards, Holden, Felitti, & Anda, 2003a). Además, en ciertos casos, es el mismo perpetrador de la violencia contra la mujer quien ejerce distintas formas de MI sobre el niño, en muchos casos con la intención de lastimar a la madre mediante estas (Marshall et al., 2019). Así, es posible afirmar que son múltiples las formas en la que la exposición a la violencia hacia la mujer en la pareja— comúnmente la madre o la mujer que cumple ese rol— afectan al desarrollo del niño (Jimenez & Matute, 2016; Bedi & Goddard, 2007; Izaguirre & Calvete, 2015; Marshall et al., 2019).

Es necesario considerar que si bien, en este trabajo, como en muchos otros, el estudio se centra en la exposición a la violencia hacia la mujer en la pareja, sería interesante incluir medidas que evalúen también los casos de violencia en la pareja en la que el hombre es víctima de las agresiones, ya que no incluirlos podría implicar subestimar la cantidad de personas expuestas a la violencia en la pareja y las consecuencias que esta exposición pudiera acarrear (Vu et al., 2016)

2.3 Pautas de Crianza y Disciplinamiento a través de la Violencia hacia los Niños, Niñas y Adolescentes

La crianza puede definirse como la formación integral y el entrenamiento de los niños y niñas en un entorno socio-cultural. Las prácticas son uno de los tres procesos psicosociales fundamentales que se dan en la crianza (Izedin-Bouquet & Pachajoa-Londoño, 2009). Las prácticas de crianza pueden definirse como una serie de acciones de los adultos, frecuentemente de madres y padres, o personas que ejerzan esos roles que tienen como objetivo orientar el desarrollo de los niños (Posadas-Diaz et al., 2008). Aunque pueden diferir en la forma de expresarse y los contenidos que transmiten, la finalidad consiste en la supervivencia e integración de niños y niñas a la vida social. A través de estas prácticas las madres y los padres pueden comunicar a los niños las diferentes exigencias de las actividades cotidianas y guiar su accionar (Aguirre Davila, 2000). Las conductas de MI suelen ocurrir en el marco de las prácticas de crianza en la interacción entre padres e hijos, especialmente en la implementación de pautas disciplinares (Carrillo- Urrego, 2018; Rodriguez, 2016; Vega Sepulveda, 2018). Castigos físicos, gritos, palabras hirientes son frecuentemente acciones avaladas socialmente y entendidas como sanciones cuyo fin es corregir alguna falta de los niños estipulada por los padres o quienes estén a cargo de los

niños y los adolescentes (Arias Chacón et al., 2018; Carrillo- Urrego, 2018; Dubowitz & Bennett, 2007). En la mayoría de los casos, incluso la reprimenda basada en castigos físicos se encuentra tan naturalizada que el límite entre disciplinar y abusar físicamente del niño se vuelve difuso (Finkelhor, 1980). Así, frecuentemente se considera apropiado el castigo emocional y físico a los niños excusado por frases del estilo *es mejor un chirlo a tiempo que lamentarlo más tarde* (Arias Chacón et al., 2018). A este respecto, se destaca que los castigos más comúnmente utilizados para impartir disciplina son las reprimendas verbales y los castigos físicos (Sauceda-García et al., 2007).

Puede considerarse que el eje de las prácticas disciplinarias violentas se relaciona con las concepciones adultocéntricas que consideran al niño como un ser incompleto, un adulto que no se ha terminado de desarrollar aún, de esta manera el niño no sólo es considerado como incapaz, sino que además es invisibilizado (Arias Chacón et al., 2018). Si bien estas formas de pensar al niño se han suavizado, continúan influyendo las prácticas de crianza en la actualidad (Junco Supa, 2014). Así, ciertos estudios indican que en muchos casos las prácticas de crianza abusivas son llevadas a cabo cuando los adultos no tienen suficiente conocimiento de prácticas disciplinarias alternativas o tienen dificultades para entender las conductas de los niños atribuyendo intenciones negativas a estas conductas o teniendo expectativas poco realistas del niño basadas en cómo debería ser su comportamiento (Moreno Manso, 2014). Por estos motivos, el conocimiento de formas de crianza alternativas a las tradicionales, como es el caso de la crianza respetuosa, que hace hincapié en los cambios en las necesidades, y la ganancia de autonomía de los niños y las niñas (Posadas-Díaz et al., 2008), así como conocimientos acerca de la disciplina positiva (Arias Chacón et al., 2018) son fundamentales para reducir el MI.

2.4 Conclusiones del Capítulo

El presente capítulo tuvo como objetivo, en primer lugar, describir y diferenciar las nociones de violencia y agresividad, para posteriormente considerar las relaciones entre la violencia, la autoridad y el poder arribando a la conclusión de que, en gran medida, en la violencia familiar, se encuentra muy presente la lucha por la obtención y sostén de la autoridad y el poder en relación a otros miembros de la familia. Así, las principales víctimas de la violencia familiar serían las mujeres, los ancianos y los niños. Aún en los casos de violencia filio-parental, donde el perpetrador es un niño o adolescente, las conductas de maltrato son generalmente dirigidas hacia la madre por parte de un hijo varón, pudiendo considerarse como otra forma de violencia contra la mujer.

Posteriormente, se focalizó en la violencia hacia la mujer, considerando su alta prevalencia en la Argentina (Gil, 2017) y sus vínculos posibles con el MI. Se presentaron modelos de comprensión y abordaje de la violencia hacia la mujer en la pareja, desarrollando los dos modelos más importantes en relación a este fenómeno: el modelo de perspectiva de género y el modelo ecológico. Se concluyó que el modelo ecológico encierra un potencial explicativo vasto para este fenómeno ya que permite su comprensión desde distintos niveles explicativos, sin reducir ni invisibilizar ninguno de ellos (Alencar-Rodríguez & Cantera, 2012). Así también se destaca la necesidad de considerar fundamentalmente el nivel de macrosistema ya que la reproducción de las desigualdades sociales entre los hombres y las mujeres revisten un interés primordial en el abordaje y la prevención de la violencia hacia la mujer (Vives Cases, 2011). En relación a esta problemática, se consideró la exposición del niño a la violencia hacia la mujer como una forma de MI por sus consecuencias para su desarrollo y las múltiples aristas por las que este se ve afectado ya sea directa o

indirectamente. Aunque la exposición a la violencia contra la mujer, que frecuentemente cumple el rol de madre, podría considerarse dentro de la violencia testimonial, se decidió mantener el término de violencia contra la mujer ya que permite visibilizar a ambas víctimas, la mujer que es violentada y el niño que vive en una situación de violencia y tensión. Aunque se ha decidido evaluar fundamentalmente la violencia hacia la mujer en la pareja como una forma de MI, se considera que, sería de especial relevancia considerar en un próximo estudio la violencia hacia el hombre en la pareja, específicamente hacia el hombre que cumple el rol parental con el objetivo de establecer conocimientos específicos acerca de este fenómeno y evaluar su impacto en relación a la crianza y desarrollo de los niños y niñas.

Por último, se consideraron las prácticas de crianza por su estrecha relación al proceso de socialización y disciplinamiento de los niños y niñas. En torno a éstas, se observa que el uso de castigos ya sea verbal (gritos, insultos, palabras hirientes entre otros) o físicos (bofetadas, nalgadas, tirones de oreja o de cabello) son típicamente avalados socialmente, de manera que en gran medida el uso de castigos es visto con gran aceptación social ya que se vincula a ideas ligadas al cuidado y a la educación del niño (Carrillo- Urrego, 2018). En este sentido se destaca que el MI, suele darse en la implementación de disciplina (Carrillo- Urrego, 2018; Rodriguez et al., 2016). Por este motivo se considera necesario analizar las prácticas de crianza y promover el uso de una disciplina inductiva que promueva que los padres expliquen a los niños la peligrosidad o inadecuación de sus actos en lugar de castigarlos por estos.

3 MALTRATO EN LA INFANCIA

En este capítulo se presentarán algunas de las principales definiciones del MI y sus tipificaciones para posteriormente, exponer brevemente la historia del constructo. Luego, se considerará a la violencia hacia la mujer en la pareja como un tipo de MI a la luz de los aportes de distintos autores, presentando una breve revisión del término y sus modificaciones a lo largo de los años. En lo siguiente, se comentará brevemente la historia del MI a partir de la visibilización de este fenómeno para el mundo académico precedida por el trabajo de Henry Kempe. Luego, se considerará a la violencia en la pareja, especialmente hacia la mujer en la pareja, como un tipo de MI. En lo concerniente al impacto del MI en la vida de los sujetos se desarrollarán las relaciones entre el MI y el devenir de la sintomatología psicopatológica puntualmente, debido a su incidencia en la literatura el TDM y el TEPT. Para finalizar, se presentará un breve recorrido por algunas de las medidas de autoinforme utilizadas para la evaluación del MI, haciendo especial foco en la Escala de Experiencias Adversas en la Infancia (EAI) que ha sido adaptada y validada en el contexto de este trabajo.

3.1 Definición de Maltrato en la Infancia

Globalmente el MI puede entenderse como acciones u omisiones cometidas generalmente por padres o cuidadores que hieren o amenazan la integridad física y emocional de un niño o adolescente, generalmente menor de 18 años de edad (Gilbert et al., 2009). Sin embargo, no puede desatenderse el hecho de que el MI es un constructo socio-histórico y como tal, responde a la visión de época a la que se circunscribe (Jackson, 2000). Entonces, pese a que este fenómeno se halla presente en todas las culturas conocidas

(Losada, 2012), en la revisión de la literatura, acerca de esta problemática, se observa cierta dificultad para definirla transculturalmente debido en gran medida a que las prácticas que se consideran o no Maltrato en la Infancia varían ampliamente en las distintas culturas. A este respecto se observa que, la clasificación clásica del MI reconoce cinco tipos básicos (Bringiotti, 2008): (1) el Maltrato Físico (e.g. golpes, quemaduras, pellizcos, cortes, pinchazos, fracturas, mordeduras, lesiones internas, exposición a enfermedades graves, asfixia, torceduras, dislocaciones) (Gilbert et al., 2009), (2) el Maltrato Emocional (e.g. humillaciones, agresiones verbales crónicas, amenazas de abandono, denigración, ridiculización) (Arruabarrena & De Paul, 1994), (3) el Abuso Sexual (e.g. exponer al niño a presenciar o formar parte de actos sexuales) (Marty & César, 2005) (4) el abandono o Negligencia Emocional (e.g. No proporcionar al niño respuestas emocionales en relación a sus necesidades) y (5) la Negligencia Física (e.g. no brindar al niño el cuidado adecuado) (Ben-David & Jonson-Reid, 2017) llevados a cabo por instituciones, padres o cuidadores (Coelho, Viola, Walss-Bass, Brietzke, & Grassi-Oliveira, 2014; Musitu, Clemente, Escarti, Ruiperez, Roman, 1990; Straus, Hamby, Boney-McCoy, & Sugarman, 1996). Aunque la clasificación de cinco tipos de MI son los más consensuados en el mundo académico, existen otros tipos de MI, como por ejemplo la exposición a la violencia hacia la madre en la pareja. Aunque desde el punto de vista académico se ha intentado clasificar los distintos tipos de MI a fin de facilitar su estudio, las comorbilidades entre los distintos tipos de MI suele ser muy alta (Belsky, 1993), por lo que múltiples estudios consideran el estudio del MI Acumulativo (Afifi, Mota, Sareen, & MacMillan, 2017; Anda et al., 1999; Felitti et al., 1998; Jernbro, Tindberg, Lucas, & Janson, 2015).

El MI representa una grave problemática que compromete a los distintos países alrededor del mundo. En 2006, estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que entre el 80% y el 90% de los niños entrevistados padecían algún tipo de MI, aproximadamente entre un 25% y un 30% de tipo severo (Vega Sepulveda, 2018).

3.2 Historia del Maltrato en la Infancia

Desde la antigüedad se presentan, en distintas sociedades, prácticas llevadas a cabo por adultos que se constituyen por sus características como MI. Vinculado a esto, se destaca que, aunque el MI es un fenómeno de larga data (Sahagun, 2014), la descripción del síndrome del niño apaleado, hito en la conceptualización y visibilización de este fenómeno (Bringiotti, 2008), fue precisado hace solamente algunas décadas, por Henry Kempe, quien lo definió como el uso de la fuerza física no accidental, dirigida a herir a un niño, por parte de sus padres o parientes (Kempe et al., 1985; Kempe & Rousseau, 1971). Como puede observarse, la definición propuesta se focaliza en uno de los tipos de Maltrato en la Infancia más visibilizados, el maltrato físico. Sin embargo, a lo largo del artículo “Pediatric Implication of the Battered Baby Syndrome”, se toma en cuenta también a la Negligencia Emocional y la deficiencia en la crianza, esta última podría considerarse como el actual constructo de Negligencia Física, como formas de Maltrato en la Infancia (Kempe & Rousseau, 1971). Por su parte, el Abuso Sexual en la infancia, fue conceptualizado como tal recién a fines de los años '70, aunque es sabido que los acercamientos sexuales entre adultos y niños han sido una práctica que se encuentra presente desde hace siglos (Finkelhor, 1980; Jackson, 2000; Olafson et al., 1993). Sin embargo, cabe destacar que, si bien recién a partir de fines de los '70 se concentró el interés por el Abuso Sexual infantil como una problemática social, en

décadas anteriores se observaron pequeños brotes de interés en torno a esa problemática, acallados por los profesionales liberales dada la necesidad de realizar una reforma de las leyes que regían la sexualidad (Finkelhor, 1980). Más tarde, recién en 1985, un estudio dirigido por David Finkelhor referente de la investigación en Abuso Sexual infantil reveló que en EE. UU. aproximadamente un 27% de las entrevistadas habían sido víctimas de Abuso Sexual en la infancia, mientras que en el caso de los hombres la cifra es cercana a un 16%. Asimismo, se determinó que en la mayoría de los casos el abuso había sido llevado a cabo por una persona conocida por el niño (Finkelhor et al., 1990).

Si como se indicó en el párrafo anterior, recién en los fines de los años '60, principio de los '70 la comunidad científica empieza a interesarse por los efectos negativos de algunos de los tipos de MI. Así, es recién entre fines de los '70 y principio de los '80 cuando se publicaron los primeros estudios comparativos en relación a las consecuencias del Abuso Sexual Infantil. Sin embargo, pese a conocerse lo devastador que este fenómeno era tanto en el corto como en el largo plazo para quienes lo habían padecido, el MI continuó siendo invisibilizado, posiblemente por el rechazo y dolor que produce (Olafson et al., 1993). A lo largo de décadas se realizaron estudios acerca del impacto de los distintos tipos de MI sobre la salud mental en la adultez. Respecto a los tipos de MI, se observó que, por lo general las víctimas no padecen un único tipo de MI, sino que estos tienden a superponerse y solaparse (Afifi et al., 2017; Dube et al., 2002; Felitti et al., 1998; Jernbro et al., 2015), de manera que si se evalúa un solo tipo de MI de forma independiente en relación a sus efectos en la salud mental de la víctima posiblemente se esté pasando por alto el efecto de la superposición de distintos tipos de MI, adjudicando los resultados a un tipo determinado cuando, en realidad el MI Acumulativo es causante de esos resultados (Vranceanu et al., 2007). En síntesis, puede

afirmarse que la alta comorbilidad entre los distintos tipos de MI, hace difícil adjudicar a un determinado tipo de MI un tipo específico de daño (Gómez De Terreros Guardiola, 2006). Ciertos estudios indican que la negligencia es uno de los tipos de MI que más frecuentemente se encuentra en los casos de MI Acumulativo, así quienes sufrieron negligencia, frecuentemente padecieron MI del tipo físico y emocional (Jernbro et al., 2015). Sin embargo, otro estudio realizado indicó que el MI físico se presentó asociado en mayor medida al MI Acumulativo, indicando que quienes sufrieron MI Físico frecuentemente experimentaron abuso emocional, negligencia, exposición a la violencia entre los padres en la pareja y Abuso Sexual (Afifi et al., 2017). Siguiendo a la literatura se utilizará el término de MI Acumulativo para señalar la superposición de distintos tipos de MI. A este respecto distintos estudios indican que el MI Acumulativo presenta profundas consecuencias para la salud física y mental de las víctimas (Chapman et al., 2004; Clarkson, 2014; Dube et al., 2003; Kalmakis, 2015; Steine et al., 2017).

3.3 Tipos de Maltrato en la Infancia

Se observa en la literatura que no existe una única forma de clasificar las distintas formas de MI, sin embargo, hay clasificaciones que aparecen más frecuentemente como la que reconoce cinco formas principales de MI: maltrato físico, abuso emocional, Abuso Sexual, Negligencia Física y negligencia emocional. Más allá de la tipologización, se destaca que las fronteras entre los distintos tipos de MI generalmente no son claras y suelen presentarse de forma simultánea (Palacios et al., 1995). Así también, cabe destacar que el hecho de sufrir distintos tipos de MI de forma simultánea, MI Acumulativo, predice peores síntomas de salud mental. De esta manera la gravedad y superposición de distintos tipos de

MI parece ser más relevante que el tipo de MI que se sufre considerando las consecuencias para la salud mental de la persona (Thabrew et al., 2012). Luego de esta aclaración, presentaremos brevemente los distintos tipos de MI más frecuentemente descriptos en la literatura.

3.3.1 Maltrato Físico

Se trata de uno de los tipos de MI más tolerados en distintas sociedades, ya que suele ser comprendido cómo parte de la educación y la interiorización de pautas conductas del niño a lo largo de la crianza (Lindert et al., 2014). El maltrato físico se describe cómo toda agresión física no accidental, sea o no mediada por un objeto (armas, objetos contundentes, cintos, sogas, entre otras) incluyendo golpes con la mano, los puños, patadas, empujones, ahogamientos, mordeduras, zamarreos, dejar caer al niño, entre otras acciones que pueden desencadenar en lesiones intencionales o semi intencionales (Ji & Finkelhor, 2015). Este tipo de maltrato es, por lo general pasado por alto y sólo es reportado cuando los niños presentan lesiones graves (Vlahovicova et al., 2017).

3.3.2 Maltrato Emocional

El Maltrato Emocional se caracteriza tanto por agresiones verbales crónicas ya sea mediante críticas, insultos, burlas, manifestaciones de desprecio, discriminación, denigración, amenazas hacia la integridad física del niño y amenazas de abandono, como por persistentes bloqueos de las iniciativas de interacción con el niño por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar (Arruabarrena, 2011). Existen formas más sutiles de abuso emocional, como el rechazo a las iniciativas de apego, la exclusión de las actividades familiares, la transmisión habitual de una valorización negativa, la negación de autonomía,

las conductas ambivalentes e impredecibles, los dobles mensajes, el aislamiento social y la prohibición de participar de actividades con sus pares (Calzada Reyes, 2004). Se ha observado que los términos de abuso psicológico y maltrato emocional han sido utilizados como sinónimos a lo largo de la literatura (Gómez De Terreros Guardiola, 2006).

3.3.3 *Abuso Sexual*

El Abuso Sexual infantil se compone por todo tipo de actividades sexuales con un adulto o con otro niño mayor con poder sobre la víctima, incluyendo tanto aquellas prácticas a las que se lo fuerza mediante coerción física, amenazas o engaños como a aquellas en las que el niño conoce la naturaleza de los actos a los que se expone (Cantón-Cortés & Cortés, 2015). Este tipo de abuso, aunque presente desde la antigüedad, fue uno de los últimos en comenzar a ser sistemáticamente estudiado (Pereda & Gallardo Pujol, 2011).

3.3.4 *Negligencia Física*

La Negligencia Física es especialmente difícil de definir, debido a que los actos que pueden ser negligentes para la crianza de un niño en determinada cultura, pueden no serlo en otra. Un ejemplo de esto sería enviar a dormir solo en una habitación aparte a un niño en culturas donde el colecho es la norma o acusar de padres negligentes a aquellos que dejan el cuidado de niños pequeños a sus hermanos apenas un poco más grandes, en culturas en las que esto es habitual (Lansford et al., 2015). Para este trabajo se considerará a la Negligencia Física como aquella que implica los casos donde no son mínimamente satisfechas las necesidades físicas del niño. Se pueden considerar ocho áreas fundamentales, como ser: *alimentación*, es decir, no se alimenta al niño acorde a su edad, peso y altura; *vestimenta*, se lo viste sin tener en cuenta la temperatura, la ropa está rota o

no es acorde a su talla; *cuidados médicos*: no se realizan los controles médicos básicos, enfermedades o trastornos no atendidos; *higiene*: el niño está constantemente sucio, con una higiene corporal pobre; *supervisión*, pasa mucho tiempo sin el cuidado de un adulto, cuando por su edad requeriría supervisión; *condiciones de higiene y de seguridad pobres en el hogar*, la vivienda está sucia constantemente o existen condiciones de vivienda insegura para la salud y seguridad del niño; *área educativa*, faltas a la escuela reiteradas, sin justificativos; y por último, *estimulación cognitiva*, el niño no es estimulado de acuerdo a sus necesidades de desarrollo. Todas estas áreas tienen como condición esencial para ser entendidas como Negligencia Física el hecho de representar una omisión de las acciones que el adulto a cargo debería realizar para garantizar el bienestar del niño y su cronicidad (Arruabarrena & De Paúl, 1999). Los niños pequeños, que aún no hablan o tienen dificultades para expresarse son los que más riesgo presentan para este tipo de MI (Fernandez Couse & Perea Corral, 2004).

3.3.5 *Negligencia Emocional*

La Negligencia Emocional consiste en una falta persistente de respuesta a expresiones emocionales, conductas e iniciativas de interacción del niño, así como la omisión de interacción con el niño del adulto responsable (Arruabarrena & De Paúl, 1999). Así, los padres o cuidadores del niño tienden a ignorar los intentos de socialización por parte del niño, disminuyendo su interacción con el medio, no brindando la estimulación adecuada para el desarrollo, e incluso desatendiéndolos desde un punto de vista afectivo (Losada & Porto, 2019). Este tipo de MI es frecuente, aunque, por lo general no se conforma como un foco de interés para los estudios acerca del MI comparado con otros tipos de MI como el caso del Abuso Sexual en la infancia (Stoltenborgh et al., 2013).

3.4 Exposición a la Violencia entre los Padres en la Pareja como forma de Maltrato en la Infancia

Si bien existen cinco tipos fundamentales de MI, es necesario reconocer que existen otros tipos fuera de la clasificación clásica, presentada en los apartados anteriores. Es el caso de la exposición a la violencia entre los padres en la pareja, incluido recientemente como un tipo de MI (Black et al., 2020). Este se define como una serie de conductas y acciones llevadas a cabo por un miembro de la pareja que amenazan o hieren la integridad física, psicológica o sexual de su pareja (Gilbert et al., 2009). Distintos estudios indican que la violencia en la pareja victimiza a los niños de forma directa, mediante maltratos físicos, negligencia, abuso emocional e incluso abusos sexuales perpetrados por el agresor con el fin de amedrentar al otro miembro de la pareja o por la víctima de estos maltratos, quien podría descargar su frustración en los niños (Izaguirre & Calvete, 2015). Incluso de forma indirecta, por ejemplo, vivir en un constante clima de tensión e incertidumbre (Sepulveda Garcia de la Torre, 2006). El hecho de sufrir la coocurrencia de distintos tipos de MI, inclusive la exposición a la violencia entre los padres en la pareja tiene grandes consecuencias negativas a largo plazo para los adultos (Gámez-Guadix & Almendros, 2011; Hamby et al., 2011; Shen, 2009). A este respecto, en Estados Unidos, un estudio realizado por Caetano y otros (2003) se analizaron las relaciones entre la exposición a la violencia entre los padres y el alcoholismo en la vida adulta en personas mayores de 18 años. Los autores concluyeron que la exposición a la violencia en la pareja entre los padres se vinculaba a problemas relacionados al consumo de alcohol en la vida adulta (Caetano et al., 2003). Así también, considerando una muestra de adolescentes y adultos jóvenes, se realizó un estudio con el fin de conocer las relaciones entre la exposición a la violencia en la pareja entre los padres y el desarrollo de síntomas psicopatológicos en la adolescencia y adultez

temprana (Suvarna et al., 2018). En este estudio se observó que la exposición a la violencia entre los padres se vinculaba al desarrollo de síntomas de TDM y TEPT y con el abuso de sustancias en la adolescencia y adultez temprana, aun controlando la presencia de otros tipos de MI (Suvarna et al., 2018). Los mismos autores consideran que la exposición a la violencia entre los padres presenta características específicas diferentes a otros tipos de MI, por lo que sugieren explorarlo específicamente tanto desde un punto de vista de su etiología como de la respuesta al tratamiento (Suvarna et al., 2018). En este mismo sentido, en un estudio realizado sobre estudiantes universitarios españoles se halló vinculación entre la violencia en la pareja y el malestar psicológico a largo plazo mediadas por el deterioro de algunos aspectos de las prácticas de crianza, fundamentalmente la alta severidad del uso de disciplina física, la baja demostración de efecto y la inconsistencia interparental (Gámez-guadix & Almendros, 2011). En esta misma línea, un estudio realizado en Suecia indica que la exposición a la violencia entre los padres en la pareja tiene injerencia en una sintomatología psicopatológica en la adultez mediada por la calidez de la relación entre los padres y los hijos (Miller-Graff et al., 2016). Así también, en un estudio realizado sobre adultos mayores de 60 años se arribó a la conclusión de que uno de los eventos reportados como más angustiantes y comunes para los participantes fue la exposición a la violencia entre los padres en la pareja (Ogle, Rubin, & Siegler, 2014b). En población sueca, se llevó a cabo una investigación que indicó que la exposición a la violencia en la pareja coexistía en gran medida con otros tipos de MI (Rehan et al., 2017). Resultados similares a estos fueron señalados anteriormente (Hamby et al., 2010).

3.5 Maltrato en la Infancia y Psicopatología

La infancia es una etapa fundamental en el desarrollo de un individuo, en la que factores ambientales estresantes como el MI puede generar un amplio daño posiblemente por las alteraciones que generan en el desarrollo del sistema nervioso central en los niños (Amores-Villalba & Mateos-Mateos, 2017; Chartier, Walker, & Naimark, 2010; Ohashi et al., 2017). Una gran cantidad de estudios relacionan los distintos tipos de MI con el desarrollo de trastornos psiquiátricos en la vida adulta como el TDM (Burlaka et al., 2020; Carvalho Fernando et al., 2012; Chakrabarty et al., 2020; Chapman et al., 2004; Kendler et al., 1999; Nanni et al., 2012; Negele et al., 2015; Nelson et al., 2017; Toyoshima et al., 2020), el TEPT (Breslau et al., 2014; Marty & César, 2005; Ohashi et al., 2017; Perez et al., 2017; Spinhoven et al., 2016; Stevens et al., 2013) y el TEPTC (Bondjers et al., 2019; Cloitre et al., 2019; Ho et al., 2020). Los estudios fueron llevados a cabo en distintos continentes como África (Kounou et al., 2013), Europa (Burlaka et al., 2020; Carvalho Fernando et al., 2012; Dias et al., 2017), América (Chakrabarty et al., 2020; Khan et al., 2015; Ortiz-Guzmán et al., 2018; Waikamp & Barcellos Serralta, 2018), Asia (Peh et al., 2017; Shen, 2009; Toyoshima et al., 2020; Yazici Gulec et al., 2012) y Oceanía (Scott et al., 2010). Las investigaciones en relación al MI y el desarrollo de sintomatología psicopatológica indica una robusta relación positiva entre estas variables, de forma que el Maltrato Físico, el Maltrato Emocional, el Abuso Sexual, la Negligencia Física y la Negligencia Emocional se vincularían con el surgimiento de síntomas psicopatológicos como los de TDM y TEPT (Waikamp & Barcellos Serralta, 2018). A este respecto, ciertos autores consideran una relación directa entre la exposición acumulativa de los distintos tipos de MI y las posibilidades de desarrollar síntomas psicopatológicos (Dube et al., 2003; Felitti et al., 1998; Steine et al., 2017). A este

respecto se han observado evidencias de relaciones de dosis respuesta en relación al MI Acumulativo y el desarrollo de sintomatología psicopatológica en la adultez (Chanlongbutra et al., 2018; Chartier et al., 2010; Metzler et al., 2017; Steine et al., 2017).

3.5.1 Maltrato en la Infancia y el Trastorno Depresivo Mayor (TDM)

La depresión ha sido descrita por síntomas asociados a la tristeza, la pérdida de la capacidad de experimentar placer, la abulia, los sentimientos de vacío y desesperanza, asociados a otro grupo de síntomas como la irritabilidad, la disminución o aumento de apetito, las dificultades para conciliar y mantener el sueño, así como la hipersomnía, entre otros (Horwitz et al., 2016). El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) es uno de los desórdenes psiquiátricos más prevalentes en el mundo (Nelson et al., 2017). Aunque sus causas son múltiples, el MI se configura como un importante predictor de este trastorno en la vida adulta (Alley et al., 2015; Klumpp et al., 2019; Toyoshima et al., 2020). Los criterios de diagnóstico para un episodio depresivo mayor se han mantenido esencialmente constantes en todas las versiones del DSM desde 1980 hasta 2013, con la salvedad de que a partir del DSM III-R los criterios cambiaron considerando que el síntoma de anhedonia podía sustituir el criterio de estado de ánimo deprimido, clave y de presencia excluyente en este diagnóstico. Entonces a partir del DSM III-R a la actualidad se requiere la presencia de cinco de los nueve criterios para el diagnóstico de TDM debiendo estar presente estado de ánimo deprimido o anhedonia como condición sine qua non (Dias et al., 2017).

Distintas investigaciones realizadas indican que el MI incrementa las posibilidades de presentar síntomas de TDM en la adultez y es predictor de peor respuesta a los tratamientos realizados y mayor cantidad de intentos de suicidio (Goldberg et al., 2019; Klumpp et al., 2019).

al., 2019; Makriyianis et al., 2019; Mello et al., 2009; Merrick et al., 2017; Nanni et al., 2012; Nelson et al., 2017; Sakado et al., 1999; Yroni et al., 2020). En este sentido, Nelson y otros (2017), en su trabajo de revisión de 184 estudios observaron que cerca de la mitad de los participantes con diagnóstico de TDM de los distintos trabajos habían sufrido MI. En el año 1999 un estudio conducido por Kenneth Kendler reportó una relación causal entre los eventos estresantes en la infancia, dentro de los que se enmarca el MI, y el desarrollo de síntomas de TDM (Kendler, Karkowski, & Prescott, 1999). En este sentido, se destaca que distintos estudios indican que haber sufrido MI se asocia al desarrollo de trastorno depresivo mayor (Kendler et al., 1999; Kessler & Magee, 1993; Negele et al., 2015; Spinhoven et al., 2016; Toyoshima et al., 2020). Así, un estudio realizado en África subsahariana indica una relación significativa positiva entre el MI, específicamente de tipo Abuso Sexual, MI físico y MI de tipo negligencia tanto emocional como física con los síntomas de TDM mediado por síntomas de trastornos de la personalidad (Kounou et al., 2013). En esta misma línea, un estudio realizado en Ucrania sobre población de estudiantes indica que el MI de tipo físico se relaciona estrechamente con el surgimiento de síntomas de TDM en la vida adulta (Burlaka et al., 2020). Por otra parte, un estudio realizado en China indicó relaciones positivas entre el MI de tipo emocional comparado con otros tipos de maltrato (MI del tipo Abuso Sexual, MI físico, MI negligencia emocional, MI negligencia física) y el desarrollo de síntomas de depresión (Zhou et al., 2019). Así también, se observó una mayor disfunción cognitiva en pacientes con TDM que sufrieron MI comparado con pacientes sin MI (Chakrabarty et al., 2020). Asimismo, un estudio comparativo entre mujeres que sufrieron MI y posteriormente violencia en la pareja arriba a la conclusión de que la Negligencia Emocional se relaciona mayormente con el surgimiento de síntomas de TDM (Lang et al., 2004). Además, el MI se

ha asociado a la gravedad de los síntomas de TDM (Hayashi et al., 2015; Yroni et al., 2020) y disminución de la efectividad del tratamiento (Yroni et al., 2020).

Se destaca que mientras ciertos autores indican que particularmente la exposición a un tipo de MI se vincula al desarrollo de síntomas de TDM (Khan et al., 2015; Zhou et al., 2019). Otros estudios indican que las consecuencias a largo plazo del MI se vinculan fundamentalmente a la exposición acumulativa a éste, es decir, la superposición de distintos tipos de MI siendo más relevante esta exposición que el tipo de MI sufrido (Chapman et al., 2004; Dube et al., 2003; Felitti et al., 1998; Kalmakis, Meyer, et al., 2015; Kealy & Lee, 2018; Merrick et al., 2017; Schilling et al., 2007). A este respecto, Chapman et al. (2004) indican que haber sido víctima de cinco o más experiencias adversas en la infancia, dentro de las que se consideran los distintos tipos de MI, la violencia hacia la madre y las Disfunciones en el Hogar, se relaciona con mayor posibilidad de padecer TDM en la adultez. En esta misma línea, un estudio realizado en Canadá sobre personas que asistían a un centro de salud mental indicó que el MI Acumulativo estaba relacionado a una mayor cantidad de síntomas de TDM, de manera que a mayor superposición de distintos tipos de MI, mayores síntomas de TDM (Kealy & Lee, 2018). Así también un trabajo dirigido por Merrick y otros (2017) arriba a la conclusión que los distintos tipos de MI incluyendo a la violencia hacia la madre se vinculan al desarrollo de síntomas de TDM. Además, este estudio indica que cuanto mayor MI Acumulativo, mayores síntomas de TDM. En relación al desarrollo de síntomas de TDM ciertos estudios indican que alteraciones en el eje hipotalámico pituitario adrenal —HPA— presenta una relevancia notable. En este sentido el MI se presenta como un agente estresante que promueve el desarrollo de alteraciones en el HPA (Heim et al., 2008; Juruena et al., 2018). De esta manera, la acumulación de distintos tipos de MI y de otras experiencias

adversas en la infancia, como perder a uno de los padres, que al menos uno de ellos padezca una enfermedad mental o abuso de sustancias pueden considerarse como estresores causantes de alteraciones en el eje HPA (Kalmakis, et al., 2015). Así también se observó una estrecha relación entre haber sufrido varias experiencias adversas en la infancia, puntualmente distintos tipos de MI y el desarrollo de TDM y particularmente, de uno de sus subtipos como depresión ansiosa, fundamentada de la misma forma por una alteración en el eje HPA (Menke et al., 2018). Con el fin de explicar las relaciones entre el MI y el TDM, investigadores alemanes condujeron un estudio que evaluó las relaciones del cortisol, el MI y el trastorno depresivo mayor, basándose en la hipótesis de que las situaciones adversas de la infancia, en este caso particularmente el MI afectan el eje Hipotalámico-Hipofiso-Adrenal (HPA). Así llegaron a la conclusión de que personas que habían sufrido abuso emocional en la infancia presentaban un incremento del cortisol y mayores síntomas de Trastorno Depresivo Mayor en relación al grupo control (Carvalho Fernando et al., 2012). En esta misma línea, un estudio realizado en Barcelona por Plaza et al. (2012) indica que el MI guardaría una relación significativa positiva con la depresión posparto y la disfunción tiroidea. Los autores explican dicha relación considerando que el MI, particularmente el maltrato físico, a edades tempranas afecta el eje Hipotálamo- Pituitario-Tiroideo (HPT) promoviendo una disminución de la respuesta a las hormonas tiroideas, influida por el eje HPA (Plaza et al., 2012). De mismo modo, ciertos autores consideran que el desarrollo de síntomas de TDM en personas que sufrieron MI pueden relacionarse a dificultades en la regulación emocional y un estilo atribucional depresivo (Klumparendt et al., 2019). Desde este punto de vista, la cronicidad del MI, el hecho de que los agresores sean por lo general los principales cuidadores, sumado a la incontrolabilidad de los episodios de maltrato dificultarían el desarrollo de la regulación emocional en el sujeto al tiempo que

promovería un estilo atribucional depresivo (Klumparendt et al., 2019; Schierholz et al., 2016).

Respecto a los métodos para evaluar las relaciones del MI con el desarrollo de psicopatología, en Inglaterra se realizó una investigación que comparó métodos de evaluación prospectivos y retrospectivos de evaluación del MI arribando a la conclusión que ambos métodos permitían evaluar adecuadamente las relaciones entre el MI y el desarrollo de sintomatología psicopatológica en la adultez y resaltando especialmente la relación entre el MI y los desórdenes de tipo afectivos, como el caso del TDM (Newbury et al., 2018).

A pesar de ser conocidas las relaciones entre el MI y el TDM, son escasos los estudios que se dedicaron a analizar las diferencias en la sintomatología clínica en comparación con personas que no han sufrido MI. Un ejemplo de este tipo de estudios es el realizado en México en 2018 en 71 mujeres en los que se arribó a la conclusión de que si bien el 53% de las mujeres que componían la muestra habían sufrido Abuso Sexual en la infancia, la sintomatología de TDM no difería de las de las pacientes que no habían sufrido Abuso Sexual en la infancia. Sin embargo, observaron un mayor índice de comorbilidad con Trastorno de Ansiedad Social en el caso de las mujeres víctimas de Abuso Sexual infantil (Ortiz-Guzmán et al., 2018). En la misma línea, un estudio llevado a cabo en Turquía se focaliza en comprender la relación del Maltrato en la Infancia con la alexitimia en el desarrollo del trastorno depresivo mayor en los adultos. Sus resultados indican que el abuso físico y la Negligencia Emocional se vinculan estrechamente con la alexitimia que modularía al TDM en su expresión somática, mayor alexitimia tendría como resultado mayor cantidad de síntomas somáticos asociados al Trastorno Depresivo Mayor (Yazici Gulec et al., 2012). Otro de los aspectos estudiados acerca del curso del TDM asociado al MI fue la recurrencia

y cronicidad. Un estudio reciente, realizado sobre una muestra de 500 personas mayores de 16 años indica que el MI se asocia con un mayor índice de recurrencias y cronicidad del TDM (Duncko et al., 2019). En el caso de personas que han sufrido Abuso Sexual, un estudio realizado indica que la probabilidad de que los sobrevivientes de este tipo de MI tienen entre dos y tres veces más posibilidades reportar un historial recidivante en comparación con los adultos que no sufrieron Abuso Sexual (Molnar et al., 2001).

Aunque las relaciones entre el MI y el desarrollo de síntomas de TDM han sido ampliamente estudiadas, los mecanismos psicológicos que dan a lugar a esta relación han sido poco explorados (Makriyianis et al., 2019). Ciertos estudios se dedicaron a intentar esclarecer los mecanismos subyacentes a esta relación. Por ejemplo, en China, un estudio realizado en estudiantes universitarios propone que la inteligencia emocional mediatiza el efecto de MI en el desarrollo de sintomatología de TDM (Zhao et al., 2020). Mientras que, en Singapur se consideraron a las dificultades para la regulación emocional como un mediador entre las relaciones entre el MI y el desarrollo de síntomas de TDM (Peh et al., 2017). Por su parte, en EE.UU. se consideró a la flexibilidad cognitiva como una variable mediadora del efecto del MI sobre los síntomas de TDM, concluyendo que la inflexibilidad cognitiva opera como mediador entre el MI y el desarrollo de síntomas de TDM (Makriyianis et al., 2019)

3.5.2 Maltrato en la Infancia y Trastorno de Estrés Postraumático

El TEPT ha sido estudiado desde el siglo XIX, en principio vinculado con las consecuencias de las grandes guerras para luego conocerse en relación a distintas situaciones traumáticas entre las que se encuentra el MI (Ayala & De Paúl Ochotorena, 2004). En la actualidad el DSM-5, propone para el criterio A del TEPT una serie de

estresores explicitados como exposición a la muerte, lesiones graves o violencia sexual, ya sea real o amenaza, que ha sido experimentada, presenciada o le ha sido contada a la persona. Considera además cuatro núcleos de síntomas (1) reexperimentación (sueños o recuerdos angustiantes ligados al evento, síntomas disociativos), (2) evitación cognitiva/conductual (evitación de recuerdos, pensamientos, asistencia a lugares, personas, conversaciones u objetos ligados al evento traumático), (3) alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo, que incluye también las conductas de riesgo o autodestructivas (incapacidad para recordar partes importantes del evento traumático, creencias o expectativas exageradas y negativas sobre sí mismo o el mundo, percepción duradera y distorsionada de las causas y consecuencias del evento traumático, estado emocional persistentemente negativo –miedo, terror, enojo, culpa- disminución notable del interés o participación en actividades significativas, sentimientos de desapego, incapacidad en experimentar emociones positivas) y (4) aumento de la activación y/ reactividad psicofisiológica (comportamiento autodestructivo, alteraciones del alerta o reactividad, irritabilidad, hipervigilancia, problemas de concentración, alteraciones en el sueño) (American Psychiatric Association, 2016).

Se observa una estrecha relación entre el MI y el desarrollo de síntomas de TEPT en la adultez, así, los estudios indican que las personas que han sufrido MI tienen mayores posibilidades de desarrollar TEPT en la adultez (Fasciano et al., 2020; Haj-Yahia et al., 2019; Hodgdon et al., 2018; Kalmakis et al., 2019; Marty & César, 2005). Esto podría guardar relación con una alta sensibilización del sujeto a las situaciones estresantes de acuerdo a cambios ocurridos en el sistema nervioso en la infancia como resultado de haber sufrido MI grave (Breslau et al., 2014).

Un estudio realizado en Taiwán sobre 1924 estudiantes universitarios mediante instrumentos de autoinforme indica que el surgimiento de síntomas de TEPT se encuentra relacionado al MI del tipo maltrato físico y a la exposición a la violencia entre los padres en la pareja, estando la coocurrencia de ambos tipos de maltrato relacionados en mayor medida al surgimiento de síntomas de TEPT (Shen, 2009). Por otra parte, un estudio realizado en Portugal sobre 1213 adultos mayores de 18 años arroja evidencia de que el abuso emocional moderado a severo se relaciona con el surgimiento de síntomas de TEPT en la adultez (Dias et al., 2017). En este mismo sentido, un estudio realizado recientemente indica que el maltrato emocional se encuentra directamente relacionado con el TEPT (Patock-Peckham et al., 2020). En el caso de personas que han sufrido Abuso Sexual en la adolescencia, también se observa mayor cantidad de síntomas de TEPT acorde aumenta la gravedad del abuso, considerada por los autores la penetración como la forma de abuso más grave (Hébert et al., 2014). Distintos autores han remarcado la asociación entre el MI Acumulativo y el TEPT (Fasciano et al., 2020; Kalmakis et al., 2019). Recientemente en 2019, una investigación realizada sobre estudiantes de educación formal e informal se dedicó a analizar las relaciones entre las experiencias adversas en la infancia comprendidas por los distintos tipos de MI, incluida la violencia hacia la madre y la disfunción en el hogar, el TEPT y el estrés percibido llegando a la conclusión de que quienes habían sufrido al menos dos experiencias adversas presentaban más frecuentemente síntomas de TEPT que aquellos que habían sufrido una o ninguna (Kalmakis et al., 2019). Al mismo tiempo establecen una relación causal entre el MI Acumulativo, el TEPT y la percepción de estrés, siendo irrelevante el hecho de estudiar en un nivel formal o informal (Kalmakis et al., 2019). Es esta misma línea, pero sobre una población de marines norteamericanos, se estudiaron las relaciones entre el MI Acumulativo y el desarrollo de síntomas de TEPT, concluyendo

que aquellos marines que reportaron haber sufrido al menos dos tipos de MI aumentaban el riesgo de desarrollar síntomas de TEPT en relación a aquellos que no reportaban MI. Sin embargo, los distintos tipos de MI y experiencias adversas en la infancia de manera independiente no se relacionaron al desarrollo de TEPT, con excepción de la Negligencia Física que independientemente mostró asociaciones con el desarrollo de TEPT (Leardmann et al., 2010). Otro estudio interesado en las relaciones entre las experiencias adversas de la infancia, la exposición a la violencia en la comunidad y el TEPT halló que haber sufrido 2 o más experiencias adversas en la infancia se vinculaba con el TEPT independiente a la exposición a la violencia en la comunidad (Walling et al., 2011). En esta misma línea, un estudio cuyo objetivo fue comparar las relaciones de tres tipos de MI (maltrato físico, maltrato psicológico, Abuso Sexual) y del MI Acumulativo con los síntomas TEPT arribó a la conclusión de que los tres tipos de MI se asociaron en medida similar con el desarrollo de la sintomatología de salud mental. Sin embargo, el MI Acumulativo presentó mayores asociaciones que cada tipo por separado, de manera que el MI Acumulativo se presentó como el más proclive a los síntomas de TEPT (Hodgdon et al., 2018). En síntesis, frecuentemente fue estudiada una relación de dosis-respuesta entre el MI Acumulativo y el desarrollo de síntomas de TEPT, por lo que en síntesis a mayor MI Acumulativo mayores síntomas de TEPT (Moser et al., 2020).

No sólo se observa una marcada relación entre el MI y los síntomas de TEPT en la adultez, sino que además la severidad de los síntomas en el TEPT se relaciona con el MI, de manera que un mayor MI se relacionaría a una mayor severidad de los síntomas (Perez et al., 2017). Así también se asoció a un mayor déficit cognitivo en participantes víctimas de MI con diagnóstico de TEPT en relación a un grupo control (Nakayama et al., 2020). Además,

en el año 2016, en Países Bajos, Spinhoven y su equipo llegaron a la conclusión de que el MI, especialmente el abuso físico y el Abuso Sexual incrementa la comorbilidad con trastorno depresivo mayor y trastorno de ansiedad en personas que padecen TEPT (Spinhoven et al., 2016). Así también, un estudio realizado en Nueva Zelanda sobre 12992 personas mayores de 16 años indicó que haber sufrido MI se asociaba fuertemente con la psicopatología en la vida adulta, indicando fundamentalmente que el TEPT es uno de los trastornos más frecuentes en el caso de las personas que han sufrido MI (Scott et al., 2010). En Estados Unidos, un estudio realizado sobre estudiantes universitarios de entre 18 y 24 años indicó, así también, relaciones directas entre el MI y los síntomas de TEPT mediatizados por la periodicidad del ejercicio físico, llegando a la conclusión de que la periodicidad en la realización de ejercicio físico disminuye el surgimiento de síntomas de TEPT ya que contribuiría a la regulación emocional en personas con historial de MI (Fasciano et al., 2020).

3.5.3 Maltrato en la Infancia y Trastorno de Estrés postraumático Complejo

El manual de Clasificación Internacional de Enfermedades en su undécima edición (CIE-11), de la Organización Mundial de la Salud considera además del TEPT, en cuyo núcleo se reúnen los grupos de síntomas señalados en el DSM 5, al Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPTC). El TEPTC se presenta a partir de una situación traumática interpersonal, de inicio en la niñez como pueden ser el MI (Jarero, 2014). El TEPTC se caracteriza por la presencia de síntomas nucleares de TEPT y sintomatología ligada a la perturbación de la autorregulación, que posiblemente haya tenido lugar debido a la prolongada y crónica exposición a los eventos traumáticos (Folke et al., 2019). Los síntomas de desregulación emocional que se indican en el manual son: (1) desregulación

afectiva (2) autoconcepto negativo y (3) problemas en las relaciones interpersonales (Karatzias et al., 2017).

El MI puede encuadrarse dentro de los eventos estresantes y crónicos de inicio en la niñez. En China, un estudio analiza las relaciones entre la sintomatología de TEPTC y de MI, arribando a la conclusión de que existe una correlación positiva entre la cantidad de tipos de MI a los que la persona ha sido expuesta y las puntuaciones totales de sintomatología de TEPTC (Ho et al., 2019). Así también, un estudio llevado a cabo en Israel indica que la Negligencia Física y el maltrato emocional y físico se relaciona a los síntomas de TEPTC (Gilbar et al., 2018). Por otra parte, un estudio realizado sobre adultos daneses indicó que el Abuso Sexual en la infancia se instituyó como el tipo de MI más vinculado al desarrollo de TEPTC (Hyland et al., 2017). Coincidentemente con el hallazgo de este estudio, una investigación realizada en EE. UU indica que se han observado relaciones directas significativas entre el MI del tipo Abuso Sexual, así como con el MI físico y el MI Acumulativo y el desarrollo de sintomatología compatible con TEPTC (Cloitre et al., 2019).

3.6 Maltrato en la Infancia en la Argentina

Se desataca que, en el contexto local, son pocos los estudios que se han dedicado a estudiar la prevalencia del MI y sus consecuencias en la vida adulta desde el punto de vista empírico. En cuanto estudios realizados sobre población infantil, un trabajo llevado a cabo sobre 128 niños maltratados de la Ciudad de Mercedes, Corrientes, entre los años 1998 y 2002, se interesó en las características de las lesiones físicas presentadas en los niños víctimas de MI de tipo físico y Abuso Sexual. Así, llegaron a la conclusión de que aquellos que sufrían MI físico (67% varones), en la mayoría de los casos, presentaban lesiones

cutáneas (77%). Por otra parte, los niños que había sufrido Abuso Sexual (85% niñas) presentaban, en la mayoría de los casos, lesiones en sus genitales (51%). Los autores afirman que el n= 128 conformaba el 65% de los casos derivados al servicio, por lo que observaron una alta incidencia del MI en esta población. Sin embargo, no existen estadísticas judiciales y sanitarias a este respecto, lo que indicaría, según los autores, el desinterés frente a la problemática (Seldes et al., 2008). Otro estudio realizado en escuelas iniciales y primarias de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Partido de Avellaneda de la provincia de Buenos Aires llevó a cabo un relevamiento epidemiológico de población escolarizada entre 2004 y 2005. Para el relevamiento de datos, se otorgó a los docentes una cartilla donde se especificaban distintos tipos de MI, en el caso de este estudio: maltrato físico, negligencia física, maltrato emocional, negligencia emocional, abuso sexual, trabajo del menor, mendicidad, corrupción. Se detectaron en nivel inicial 256 casos, mientras que en nivel primario se observaron 1325 casos. El total de casos relevados asciende a 1590 y corresponde al 7% del total de instituciones educativas dependientes de la Secretaría de Educación. Por lo tanto, es de esperar que exista un número mayor de niños que estén sufriendo alguna forma de MI en el total de escuelas y distritos (Bringiotti, 2008).

Por otra parte, Bringiotti y otros (2015) realizaron el primer estudio retrospectivo de Argentina con el objetivo de conocer la prevalencia del Abuso Sexual en la infancia sobre estudiantes universitarios y población general de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Provincia de Buenos Aires. En este estudio, se obtuvo como resultado que un 9% de los estudiantes universitarios de CABA sufrieron Abuso Sexual en la infancia, aproximadamente el doble de mujeres que, de varones, mientras que, en población general de CABA y Provincia de Buenos Aires el Abuso Sexual ascendió a 13.5%, también en este caso el doble

de mujeres que de varones reportaron Abuso Sexual en la infancia. El 56% de los abusos sexuales en la infancia ocurrieron en la propia casa de la víctima o en la de sus abuelos y fueron perpetrados por familiares o amigos de la familia (Bringiotti et al., 2015). Así también, aunque este estudio se focalizó en el Abuso Sexual en la infancia, se destaca que el 45% de los entrevistados indicó haber sufrido Maltrato Emocional Físico, y el 36% negligencia (Bringiotti et al., 2015). Más recientemente, en este mismo país, un estudio realizado por UNICEF en base a las comunicaciones recibidas en el programa “Las víctimas contra las violencias” indica que entre los años 2018 y 2019, un total de 2998 niños, niñas y adolescentes sufrieron violencia sexual, el 77.9% de las víctimas fueron de género femenino (UNICEF, 2019). De los datos presentados se desprende que, los estudios en el contexto local se han interesado fundamentalmente por el Abuso Sexual en la infancia y han sido abordados en su mayoría desde una perspectiva sociológica, mientras que se observa una enorme área de vacancia a este respecto en relación a la investigación en el área de psicología. En este sentido, no se han hallado estudios empíricos que estudien las consecuencias del MI en la salud mental de los individuos, este trabajo aportaría al conocimiento en esta área problemática escasamente estudiada en este contexto. Así también, en el marco de esta Tesis se presentarán las propiedades psicométricas de una herramienta retrospectiva de autoinforme que permite evaluar el MI Acumulativo y sus distintos tipos.

3.7 Técnicas Retrospectivas para la Evaluación del Maltrato en la Infancia

En este apartado se presentarán algunas de las escalas de autoinforme más utilizadas para evaluar MI en adultos.

3.7.1 *Childhood Abuse and Trauma Scale*

Se trata de una medida de autorreporte construida por Sanders y Becker-Lausen (1995), que cuenta con 38 ítems, con escala de respuesta 0= Nunca a 4 = Siempre. Se compone por 3 subescalas que refieren a distintos tipos de Maltrato en la Infancia: (1) Negligencia (e.g., *¿alguna vez buscó ayuda u orientación externa debido a problemas en su hogar?*); (2) Abuso Sexual, (e.g., *antes de que cumplieras 14 años, ¿mantuviste actividad sexual con un adulto?*); (3) Castigo físico (e.g., *¿se espera que usted siga un estricto código de conducta en su hogar?*) (Sanders & Becker-Lausen, 1995). En 1998, Angela Kent y Glenn Waller desarrollan una escala de abuso emocional a fin de incorporarla a la CATS como una cuarta subescala compuesta por 7 ítems (e.g., *¿sus padres lo han ridiculizado?*) (Kent & Waller, 1998)

3.7.2 *Childhood Experiences Questionnaire*

Es una medida de autorreporte creada por Ferguson y Dacey (1997) consistente en 30 ítems diseñado para evaluar historial de Maltrato en la Infancia en adultos. Aunque considera tres tipos de MI (maltrato psicológico, maltrato físico y Abuso Sexual) los últimos dos son evaluados fundamentalmente a fin de excluir su presencia. Por lo tanto esta escala hace especial hincapié en el maltrato psicológico considerando cinco subtipos: (1) despreciar (e.g., *se burló de Ud. o lo humilló intencionalmente en público*), (2) aterrorizar (e.g., *amenazó con hacerte daño físicamente*), (3) aislar (e.g., *le impidieron tener amigos y relacionarse con adultos fuera de la familia*), (4) explotar/corromper (e.g., *alentaron o permitieron que, durante la niñez, incurriera en actos delictivos*), (5) negar respuesta emocional (e.g., *no mostrarse disponible afectivamente a los requerimientos del niño*). La puntuación se realiza mediante

una escala Likert de cuatro puntos siendo 0= Raramente (Ocurrió 1 o 2 veces durante la infancia) 4=Frecuentemente (Ocurrió aproximadamente una vez al mes) (Ferguson & Dacey, 1997).

3.7.3 *Childhood Trauma Questionnaire Y Childhood Trauma Questionnaire Short-Form*

Sin duda, se trata de los cuestionarios más utilizados para la recolección de datos acerca del Maltrato en la Infancia, el *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)* formulado por Bernstein et al. (1994) se constituye por 70 ítems, que consideran cinco tipos de MI entre los que se cuentan (1) Abuso emocional (e.g., *familiares me dijeron cosas insultantes o hirientes*), (2) Abuso físico (e.g. *alguno de mis familiares me pegó tan fuerte que me dejó marcas y moretones*), (3) Abuso Sexual (e.g. *creo que fui abusado sexualmente*), (4) Negligencia Física(e.g., *tuve que usar ropa sucia*) y (5) Negligencia Emocional(e.g. *sentí que alguien en mi familia quería que fuera exitoso - revertido-*). La escala de respuesta es de tipo Likert de 5 puntos desde “nunca ocurrió” a “Ocurrió frecuentemente” (Bernstein et al., 1994). Por su parte, la versión abreviada del cuestionario CTQ-SF cuenta con 28 ítems que consideran los cinco tipos de MI, de igual forma que la CTQ en versión regular, tomando 5 afirmaciones por cada tipo y 3 ítems de negación y minimización (Bernstein et al., 2003).

3.7.4 *Comprehensive Child Maltreatment Scales for Adults/ For Parents*

Creada en 2001 por Higgins y MacCabe se trata de una escala de dos versiones, *Comprehensive Child Maltreatment Scales for Adults* y *Comprehensive Child Maltreatment Scales for Parents*. Ambas son escalas de autorreporte constituidas por 22 ítems, abarcando cinco tipos de Maltrato en la Infancia: (1) Abuso Sexual (e.g., SEX1. *Lo obligaron a*

presenciar actos sexuales), (2) maltrato físico (e.g., PHSY1: *Ha sido físicamente castigado debido a su mal comportamiento*), (3) maltrato psicológico (e.g., PSY1. *Le gritaron*), (4) negligencia (e.g., NEG1. *No le han dado comidas, baños regulares, ropa limpia o atención médica necesaria*), (5) Exposición a la violencia entre los padres (e.g., WHY1. *Con qué frecuencia presencié actos consignados en PSY1, PSY2 y PSY 3 hacia otro miembro de la familia*) (Higgins & McCabe, 2001).

3.7.5 *Computer Assisted Maltreatment Inventory*

Creado por DiLillo, Hayes-Skelton, Fortier, Perry, & Evans (2010), se trata de un instrumento de autorreporte, con base en un sistema informático que permite evaluar el MI de forma retrospectiva en adultos mayores de 18 años. Esta herramienta considera cinco tipos de Maltrato en la Infancia:(1) Abuso Sexual, (2) Maltrato físico, (3) Maltrato psicológico, (4) Negligencia y (5) Exposición a la violencia entre los padres. La escala de respuesta para los cuatro primeros tipos de MI se compone por cinco puntos siendo 1= Muy en desacuerdo y 5= Muy de acuerdo. En el caso de exposición a la violencia entre los padres, la escala de respuesta comprende 4 puntos desde 1= *Yo estaba en el área o habitación en la que el ocurrió el hecho y lo ví.* a 4= *Un hecho así nunca ocurrió entre mis padres* (DiLillo et al., 2010).

3.7.6 *Family Experiences Questionnaire*

Esta escala diagramada por Briere y Runtz (1988) para evaluar retrospectivamente el MI considera dos tipos: (1) maltrato físico y (2) maltrato psicológico. La subescala de maltrato físico se compone por 7 ítems (e.g. *Te dió un cachetazo*). La subescala de maltrato psicológico (e.g. *Te gritó*). Las respuestas son calificadas mediante una escala Likert de 6

puntos siendo 0= Nunca y 6= Más de 20 veces al año. La escala permite discriminar entre conductas ejercidas por parte de la madre y el padre (Briere & Runtz, 1988).

3.7.7 *The Sexual and Physical Abuse History Questionnaire*

Esta escala fue construida por Laserman y Drossman en el año 1995. Se conforma por dos subescalas que evalúan dos tipos de MI, Abuso Sexual y abuso físico. (1) Abuso Sexual: esta subescala se compone por seis ítems que consideran tres tipos de encuentro sexual: (a) Abuso Sexual sin contacto, en este caso no existe contacto físico entre la víctima y el perpetrador, este tipo de abuso se considera sólo en la niñez (e.g. *Alguien ha exhibido sus órganos sexuales frente a Ud. sin que Ud. lo quisiera*); (b) Experiencias de intento en las cuales existió una tentativa de abuso, utilizando la fuerza física o amenazas, pero no fue concretada (e.g. *Alguien ha tratado de tener relaciones sexuales con Ud. cuando Ud. no lo quería*); (c) Contactos sexuales, en esta categoría se incluyen experiencias de contacto sexual incluyendo tanto experiencias táctiles como de penetración (e.g. *Alguien ha tocado partes íntimas de su cuerpo cuando Ud. no lo quería*), La respuesta es dicotómica si-no. El estudio considera a cualquier tipo de contacto sexual no deseado como Abuso Sexual. La edad de corte para diferenciar Abuso Sexual infantil de Abuso Sexual en adultos es de 14 años. (2) Maltrato físico: esta subescala cuenta con cuatro ítems (e.g. *Lo han pateado o golpeado cuando Ud. tenía 13 años o menos*) con una escala de respuesta de 0= Nunca a 4= Frecuentemente. La edad de corte para diferenciar el maltrato físico infantil es idéntica al considerado para la escala de Abuso Sexual, 14 años (Leserman et al., 1995).

3.7.8 *Sistema de Identificación y Clasificación del Maltrato Infantil*

El sistema de Identificación y Clasificación del Maltrato infantil (SICMI) permite identificar cuatro tipos de MI (1) Maltrato físico (e.g. Agresión física), (2) Negligencia (e.g., Fracaso en proporcionar Alimentación-vivienda), (3) Abuso Sexual (e.g., caricias por debajo de la cintura) y (4) Maltrato emocional (e.g., Falta de aceptación y autoestima). Este instrumento considera, además, una serie de factores relevantes para la identificación y clasificación de las conductas de maltrato como son: el tipo de maltrato predominante, la gravedad de la experiencia maltratante, la cronicidad y frecuencia del maltrato, la identidad del maltratador, el estadio del desarrollo en el que ocurre el maltrato y la separación del sujeto de sus figuras de apego. El sistema de respuesta es mediante tildado de una serie de ítems que representan los distintos tipos de abuso (Torres Gómez de Cadiz et al., 2010).

3.7.9 *Adverse Childhood Experiences Questionnaire/ Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia*

El cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia cuenta con 27 ítems que se refieren a los primeros 18 años de vida del sujeto.

El abuso emocional y físico se define con cuatro preguntas provenientes de la Conflict Tactics Scale (CTS) (e.g. ¿Con qué frecuencia uno de tus padres, padrastros o adulto que te cuidaba te empujó, te zamarreó, te dio un cachetazo o te tiró algo?), cuya puntuación se realiza mediante una escala Likert de cinco puntos desde “nunca” a “realmente muy frecuentemente”. El Abuso Sexual se evalúa mediante cuatro ítems extraídos de la Wyatt Scale, (e.g. ¿Con qué frecuencia uno de tus padres, padrastros o adulto tocaba o acariciaba tu cuerpo de una manera sexual?) en la escala original la respuesta es dicotómica, sí o no,

sin embargo, en la adaptación realizada en el marco de este trabajo se responde mediante una escala Likert igual a la presentada para la dimensión anterior. Por su parte, la violencia hacia la madre se evalúa mediante 4 ítems (e.g. *¿Con qué frecuencia tu padre, padrastro o el novio de tu madre empujó, mordió, golpeó con el puño o con un objeto contundente a tu madre?*). Las Disfunciones en el Hogar se evalúan mediante 5 ítems (e.g. *¿Viviste con alguien que era alcohólico?*). Por último, la Negligencia Emocional y la Negligencia Física se evalúan mediante 5 ítems cada una (e.g. *Alguien en mi familia me ayudó a sentirme importante o especial*); (e.g. *No tuve lo suficiente para comer*) extraídos del Childhood Trauma Questionnaire Short Form, puntuada mediante una escala Likert de 5 puntos de respuesta desde “Nunca ocurrió” a “Ocurrió frecuentemente” (Dube et al., 2003; Felitti et al., 1998). Aunque este cuestionario ha sido ampliamente utilizado, sus autores no presentan las propiedades psicométricas del mismo (Karatekin & Ahluwalia, 2016).

Con el fin de evaluar las relaciones entre las experiencias adversas en la infancia y el desarrollo de síntomas de depresión en la adultez, El Cuestionario de Experiencias adversas en la Infancia fue administrado en San Diego, Estados Unidos en 13.494 adultos (Chapman et al., 2004). Asimismo, en California, el Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia fue utilizado para conocer las relaciones entre las experiencias adversas, entre las que se destacan distintas formas de MI, la victimización sexual en la adultez (Ports et al., 2016), el tabaquismo (Anda et al., 1999), el alcoholismo (Dube et al., 2002), el riesgo de suicidio (Dube et al., 2001), las conductas riesgosas para la salud (Campbell et al., 2015; Ramiro et al., 2010), la discapacidad en la adultez (Schüssler-fiorenza et al., 2014), el desarrollo de síntomas depresivos en la adultez (Chapman et al., 2004; Edwards et al., 2003; Lanoue et al., 2012), las alucinaciones (Whitfield et al., 2005), las

preocupaciones persistentes en relación a la salud (Thompson et al., 2015), los problemas de salud en la adultez (Anda, Tietjen, Schulman, Felitti, & Croft, 2010; Chartier et al., 2010; Felitti et al., 1998), los cambios neurobiológicos en el cerebro vinculados al estrés (Anda et al., 2005), los problemas en la memoria autobiográfica (Brown et al., 2007) y la habilidad en el uso de estrategias de afrontamiento (Helitzer et al., 2015).

3.7.10 Módulo de Experiencias Adversas infantiles

Con el fin de evaluar y comprender la prevalencia de distintas formas Maltrato en la Infancia y las Disfunciones en el Hogar el módulo de experiencias adversas infantiles se conformó como una escala de 11 ítems que se desprenden de la versión original del Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia (Felitti et al., 1998). La escala cuenta con tres factores: (1) Disfunción en el hogar (e.g. *¿Viviste con alguien que era alcohólico?*) (2) Maltrato Físico-Emocional (e.g. *¿Con qué frecuencia uno de tus padres, padrastros o adulto que te cuidaba te empujó, te zamarreó, te dio un cachetazo o te tiró algo?*) (3) Abuso Sexual (e.g. *¿Con qué frecuencia uno de tus padres, padrastros o adulto tocaba o acariciaba tu cuerpo de una manera sexual?*). El modelo de tres factores presenta índices de ajuste adecuados (Ford et al., 2014). La versión módulo del ACE fue utilizado para evaluar las relaciones entre las experiencias adversas en la infancia y el uso de drogas (Stein et al., 2018), el tabaquismo (Ford et al., 2011; Yeoman, Safranek, Buss, Cadwell, & Mannino, 2013), el consumo problemático de alcohol (Fang & McNeil, 2017) y los problemas de salud mental y física (Chanlongbutra et al., 2018).

3.7.11 ACE International Questionnaire (ACE-IQ)

Finkelhor et al. (2015) a partir de la ACE original incluyen una serie de experiencias adversas que consideran relevantes como la violencia entre pares (e.g. *¿Otros chicos incluso tus hermanos, frecuente o muy frecuentemente te golpearon, amenazaron, molestaron o insultaron?*), el rechazo entre pares (e.g. *¿Te has sentido, frecuente o muy frecuentemente solo, rechazado o has sentido que nadie te quiere?*), la violencia social (e.g. *¿Has vivido por dos años o más en un barrio peligroso o en el que vieras que otros fueran asaltados?*) y bajo nivel económico (e.g. *¿Hubo un periodo de dos años o más en el que su familia fue muy pobre o recibía asistencia pública?*). La inclusión de estos cuatro ítems apunta a estudiar otros de los eventos adversos de la infancia que según la literatura se vinculan a problemas en el desarrollo del niño, estrés y trastornos psicopatológicos. La escala cuenta con un total de 14 ítems que permiten respuesta dicotómica si/no (Finkelhor et al., 2015).

3.8 Conclusiones del Capítulo

De acuerdo a la literatura, se presenta cierta dificultad para clasificar de forma unívoca las distintas formas de MI. En el presente trabajo se consideró la tipologización clásica, incluyéndose la violencia entre los padres en la pareja considerando la alta tasa de violencia hacia la mujer en la pareja en nuestro país y las consecuencias para los sujetos de vivir en una situación de constante tensión, incertidumbre y maltrato directo vinculado a esta problemática. Sin duda, de la revisión de la literatura se desprende que el MI se constituye como un fenómeno altamente traumático en el desarrollo de los sujetos, asociado a distintos

trastornos psicopatológicos en la vida adulta entre los cuales se desatacan por su prevalencia e intensidad el TDM y el TEPT.

En el caso del TDM se presenta como uno de los trastornos psicopatológicos que más frecuentemente desarrollan las personas que sufrieron MI. En estos casos el TDM suele presentar sintomatología más grave, que en aquellos casos donde el paciente no sufrió MI, así también una mayor disfunción cognitiva, una menor respuesta al tratamiento y una mayor tasa de intentos de suicidio tal como indican los distintos estudios mencionados. Así también, las asociaciones entre el MI y el TEPT son robustas y relacionadas no únicamente con el surgimiento de síntomas sino con mayor comorbilidad con el desarrollo de otros trastornos psicopatológicos. Por su parte, el caso del TEPT complejo no ha sido ampliamente estudiado, aunque es de fundamental interés en esta población debido a que por definición podrían ser los más afectados por este trastorno.

Conocer y considerar las relaciones entre el MI y el desarrollo de síntomas psicopatológicos se presenta como fundamental para abordar el tratamiento de adultos que han sufrido MI, al tiempo que la visibilización de esta problemática se presenta como fundamental para impulsar un desarrollo saludable de las infancias.

En relación a la evaluación del MI, se presentan una serie de herramientas de autoinforme. Sin duda las más utilizadas hasta el momento en el que se escribió este trabajo fueron la Childhood Trauma Questionnaire Short Form (CTQ-SF) y la Adverse Childhood Experiences (ACEs). No se conocen adaptaciones y validaciones al contexto local de ninguna de las herramientas mencionadas. En el contexto de este trabajo se realizará la adaptación y un estudio de propiedades psicométricas de la Escala de Experiencias

Adversas en la Infancia en la versión propuesta por Shanta Dube y su equipo de 27 ítems (Dube et al., 2003). Esta versión permite evaluar distintos tipos de MI como Maltrato Emocional, Físico, Abuso Sexual, Negligencia Física, Negligencia Emocional, Violencia hacia la Madre en la pareja y el MI Acumulativo, de interés fundamental ya que ciertos estudios confirman que la superposición de distintos MI afectó particularmente la salud mental de los individuos más allá de un tipo específico.

Aunque, según se observa a lo largo de la literatura, el MI tanto acumulativo como en sus distintos tipos se vincula con el desarrollo de sintomatología de TDM, TEPT y TEPTC en la adultez, cabe destacar que no todas las personas que sufren MI efectivamente desarrollan esta sintomatología. A este respecto se considera que existen distintas variables asociadas al surgimiento de sintomatología de TDM, TEPT y TEPTC, entre ellas, una de las que ha presentado mayor relevancia en la literatura es el Apoyo Social Percibido. Por este motivo, a continuación, se presenta un capítulo dedicado a este constructo en el que se profundizara en las relaciones entre éste, el MI y el desarrollo de síntomas de TDM y TEPT.

4 APOYO SOCIAL

En el presente capítulo se abordará el concepto de Apoyo Social Percibido, considerando en primer lugar sus diversas definiciones y las dificultades para unificar la acepción del constructo. En segundo lugar, se considerarán las implicaciones del Apoyo Social en la salud mental considerando principalmente dos teorías que buscan explicar la relación entre estas variables. En tercer lugar, se profundizará en las relaciones entre el Apoyo Social Percibido y los síntomas de TDM, mientras que, en cuarto lugar, se analizarán las relaciones entre el Apoyo Social Percibido y los síntomas de TEPT. En quinto lugar, se considerarán las relaciones entre el MI, en sus distintos tipos y el Apoyo Social Percibido. Por último, se enumerarán una serie de herramientas de evaluación de Apoyo Social Percibido, considerando fundamentalmente herramientas autoadministrables.

4.1 Definición de Apoyo Social Percibido

No existe una única definición de apoyo social, sino que existen múltiples formas de considerarlo; cuestión que acarrea dificultades para su estudio. Cabe destacar que con el creciente interés por las relaciones del apoyo social con la salud mental que tuvo su auge a partir de los años 70, distintos autores se dedicaron a intentar definirlo. Cassel, en el año 1974, fue uno de los primeros en dedicarse a la revisión sistemática de las relaciones entre el apoyo social percibido y el bienestar, sin embargo, no se dedicó a profundizar en su definición (Durá & Garcés, 1991). Así, en los años '70, los pioneros en el estudio del apoyo social lo describían como una retroalimentación del ambiente, una validación para el sujeto brindada por su medio, un reconocimiento de que hay una serie de personas que pueden brindar el apoyo necesario (Cobb, 1976; García-Torres et al., 2017; Mosqueda Díaz et al.,

2015). Desde esta perspectiva se describen dos clases de apoyo social: por una parte, el apoyo social objetivo, compuesto por recursos y transacciones a las que la persona puede acceder de forma real, y, por otra parte, el Apoyo Social Percibido, que refiere a la evaluación subjetiva que el individuo realiza del apoyo social que recibe (Caplan, 1974; Rodríguez-Espínola & Héctor-Carmelo, 2007). En el caso del Apoyo Social Percibido se pueden analizar dos dimensiones, por un lado, la dimensión estructural, que abarca la cantidad de relaciones sociales de las que dispone el individuo y su interconexión; y por el otro lado, la dimensión funcional, que se define en relación al modo en que estas redes contribuyen a proveer apoyo a las personas, y qué utilidad tienen al momento de recibirlo. En esta última dimensión se identifican cinco tipos de Apoyo Social Percibido: (1) el apoyo emocional que remite a las expresiones de afecto positivo, la empatía y a la estimulación de la expresión de sentimientos, (2) el apoyo informacional, refiere al asesoramiento y consejo guía o retroalimentación que se ofrece a una persona, (3) el apoyo tangible vinculado a la facilitación de recursos materiales, (4) la interacción social positiva se refiere a la disponibilidad de otros para hacer actividades recreativas o agradables con la persona, y (5) el apoyo afectivo, vinculado a las expresiones de cariño y cuidado hacia la persona (Lin et al., 1985).

Por su parte, Cobb (1976) considera que el apoyo social se compone de tres tipos de informaciones vinculadas a la retroalimentación que el ambiente brinda al sujeto mediante el apoyo social: 1) información que contribuye a que el sujeto se perciba amado, 2) información que lleva al sujeto a creer que es valioso y apreciado y 3) información que lleva al sujeto a creer que forma parte de una red de comunicación y responsabilidades recíprocas (Cobb, 1976). En ese mismo año Tolsdorf (1976) describe al apoyo social desde

tres componentes: (1) la estructura definida como la cantidad de personas que podrían brindar el apoyo social y la frecuencia de contacto, (2) el contenido, comprendido como el propósito de la relación y (3) la función, descrita como soporte o retroalimentación (Tolsdorf, 1976).

Otras de las definiciones relevadas caracterizan al apoyo social como un conjunto de redes sociales que proporcionan apoyo psicológico y material beneficiando la capacidad de afrontamiento del sujeto frente a la adversidad (Cohen et al., 2004). Tardy (1985) analiza los componentes de distintas operacionalizaciones del apoyo social, concluyendo que plantean cinco aspectos fundamentales: 1) Dirección: el apoyo social puede ser dado o recibido. 2) Disponibilidad: se refiere a la calidad y cantidad de apoyo social disponible para el sujeto, por un lado, y por el otro, la utilización real de estos apoyos. 3) Objetividad-Subjetividad: se refiere, por una parte, a la descripción de los recursos disponibles, y, por otra parte, a la evaluación de los mismos. 4) Contenido: remite a los diferentes tipos de apoyo social, que varían en las distintas situaciones. 5) Red: se refiere a la estructura que brinda el apoyo social (Tardy, 1985; Zimet, 1998).

Puede afirmarse, a partir de la revisión de distintas definiciones del apoyo social, que el principal núcleo común entre éstas radica en que el apoyo social reforzaría el sentido de valía de un individuo, retroalimentándolo en su accionar y brindando soporte a sus necesidades. Sentirse parte de la sociedad, sentirse querido y apoyado, serían las principales funciones del apoyo social.

4.2 Implicancias del Apoyo Social Percibido

Múltiples estudios se dedicaron a establecer las relaciones entre el apoyo social y la salud mental. Así se postula que existen fundamentalmente dos modos de entender el apoyo social en relación a la salud y el bienestar (Rodríguez-Espínola & Héctor-Carmelo, 2007). Por un lado, el modelo de beneficios generales propuesto se considera un efecto directo del apoyo social en la salud mental, de manera que el apoyo social beneficiaría directamente la salud mental de los individuos (De Roda & Moreno, 2001). Desde esta perspectiva, el solo hecho de percibir la disponibilidad de redes sociales sólidas y extensas contribuiría a incrementar el bienestar en las personas, debido a que esta percepción le permitiría recibir información y apoyo, otorgándoles información del medio e incrementado previsibilidad a la vida, más allá de que las personas estén atravesando, o no, una situación estresante. Por otro lado, el modelo de amortiguación del estrés, propone que el Apoyo Social Percibido puede considerarse como un amortiguador del impacto de las situaciones estresantes mediante dos vías: (1) mediando la interpretación de un hecho potencialmente estresante, como efectivamente estresante para el sujeto y (2) y como un amortiguador entre la interpretación del hecho como estresante y el surgimiento de síntomas psicopatológicos (Cohen & Wills, 1985). En este punto, la percepción de la recepción del apoyo social necesario es la clave para mitigar los efectos de la situación estresante, más allá de si se reciben o no, en términos reales. El Apoyo Social Percibido sería fundamental en el desarrollo y la salud mental del individuo, o sea en la creencia en que es posible que sus redes le provean aquello que necesite para enfrentar una situación estresante (Cohen et al., 2004). El núcleo del modelo de amortiguación indica que el apoyo social funcionaría como mitigante del surgimiento de síntomas de salud mental únicamente cuando la persona se

encuentra ante situaciones estresantes, y no generaría ningún efecto ante la ausencia de estos eventos, posición que lo diferencia del modelo de beneficios generales. El modelo de amortiguación se ocupa especialmente de los fenómenos de estrés agudo, obteniendo menores resultados en los casos de estrés crónico donde la correlación negativa con los síntomas de salud mental, especialmente depresión disminuye (Rueger et al., 2016). A este respecto, cabe destacar que por lo general el MI tiende a ser crónico, por lo tanto, si consideramos el apoyo social desde este punto de vista podría suponerse que en estos casos su función de amortiguación sería menor que en la población sin MI.

4.3 Apoyo Social Percibido y Trastorno Depresivo Mayor

Las relaciones del Apoyo Social Percibido con los síntomas de TDM fueron estudiadas durante décadas, en distintos países y sobre distintas poblaciones. En Turquía, una investigación llevada a cabo en personas mayores de 60 años, arrojó como resultado una asociación negativa entre el Apoyo Social Percibido y los síntomas de TDM, de manera que cuanto más bajo es el primero más cantidad de síntomas de TDM manifiesta el individuo (Bozo et al., 2009). De la misma manera, en EE. UU., un grupo de investigadores de Washington realizó un estudio sobre 1416 encuestados, arribando a la conclusión de que el Apoyo Social Percibido y los síntomas de TDM tienen una injerencia significativa y negativa en personas con discapacidad física. Así mismo, los autores consideran de importancia la fuente de Apoyo Social Percibido en relación con los síntomas de depresión afirmando que cuando éste fue brindado por amigos fue el más protector en relación a los síntomas de TEPT (Jensen et al., 2014). En China, una investigación realizada sobre 632 estudiantes indica que el apoyo social modifica la forma en que los eventos estresantes afectan los

síntomas de TDM, de manera que concluye que el Apoyo Social Percibido se configura como un importante factor que contribuye a reducir el impacto de los estresores permitiendo a la persona sentirse más competente para enfrentar eventos adversos y más autoeficaz (Wang et al., 2014). En el mismo país, un estudio realizado sobre adultos mayores indica también una relación negativa entre el Apoyo Social Percibido y los síntomas de depresión (Liu, Gou, & Zuo, 2014). Otra investigación realizada en Tailandia indica que en personas VIH positivas, el Apoyo Social Percibido se presenta como un amortiguador de los síntomas de depresión relacionados a la estigmatización social de esta enfermedad (Li et al., 2010). Por otra parte, en Noruega, un estudio realizado acerca de las relaciones entre el Apoyo Social Percibido, los síntomas de TDM y el género indica una relación negativa significativa entre las primeras variables, sin que el género este asociado a esta relación (Dalgard et al., 2006). Otro trabajo, realizado en el mismo país sobre una muestra representativa de habitantes de la ciudad de Tromso, una de las más grandes del país, arrojó como resultado que el maltrato físico se vincula con un bajo Apoyo Social Percibido y con síntomas internalizantes, como los de depresión en la adultez, posiblemente, según explican los autores, debido a que las personas que sufrieron MI tienden a sentirse menos satisfechas con las relaciones que han consolidado (Mashhood Ahmed Sheikh, 2018). Así también, en España, un estudio realizado sobre una muestra de inmigrantes usuarios de los servicios sociales españoles indicó que el apoyo social fue un factor fundamental para amortiguar el impacto de las situaciones estresantes, vinculadas al desarraigo, con los síntomas de depresión (Martínez et al., 2001). En el mismo país, una investigación realizada sobre una muestra de mujeres que sufrieron violencia en la pareja concluye que el Apoyo Social Percibido tiene un efecto amortiguador del impacto de la situación estresante frente al desarrollo de sintomatología de depresión sólo en el caso de que provenga de amigos o

personas significativas, no familiares (Buesa, & Calvete, 2013). Aunque gran parte de la literatura hace hincapié en la importancia del papel amortiguador del Apoyo Social Percibido ante las situaciones estresantes, un estudio realizado en Países Bajos cuyo objetivo era considerar las relaciones entre el apoyo social, los cinco factores de la personalidad y la recurrencia de episodios depresivos indica que el Apoyo Social Percibido no está relacionado con el surgimiento de un nuevo episodio depresivo mayor (Noteboom et al., 2016) por lo que, según este estudio, percibir un alto apoyo social no prevendría en sí mismo el surgimiento de un nuevo episodio depresivo mayor. Sin embargo, otro estudio indica que no sólo el Apoyo Social Percibido funciona como un amortiguador del impacto de las situaciones estresantes en el desarrollo de síntomas de TDM, sino que también la percepción de carencia del mismo podría estar asociada a mayor posibilidad de desarrollar estos síntomas (Rueger et al., 2016). En Latinoamérica, específicamente en Uruguay, un estudio llevado a cabo sobre pacientes internados en un hospital general sobre los que se evaluó Apoyo Social Percibido y los síntomas de TDM, se identificó que, si bien el encontrarse hospitalizado es un factor relacionado al surgimiento de síntomas de TDM, el Apoyo Social Percibido parecería modular la relación entre estas variables. De esta manera, aquellos pacientes que perciben mayor apoyo social presentaban menor cantidad de síntomas de TDM, aun encontrándose internados (Moreira et al., 2018).

En el caso de las personas que sufrieron MI, se destaca que distintos estudios se dedicaron a analizar las consecuencias del MI en la percepción del apoyo social en los adultos y su repercusión en la salud mental. Por ejemplo, con la intención de comprender y modelizar las relaciones entre el MI Acumulativo, el Apoyo Social Percibido y el TDM, Vrceanu, Hobfoll, y Johnson (2007) realizaron un estudio sobre mujeres que sufrieron MI

Acumulativo, llegando a la conclusión de que este produce un deterioro en el Apoyo Social Percibido influyendo indirectamente en el surgimiento de síntomas de TDM debido a la vulnerabilización al estrés generada por una baja percepción de apoyo social. Así también, otro estudio realizado en Noruega indica una relación de dosis-respuesta entre el MI Acumulativo y los síntomas de TDM y TEPT, mientras que el MI también presenta una relación dosis-respuesta inversa con el Apoyo Social Percibido (Steine et al., 2017). Se destaca que, aun habiendo sido víctimas de MI, ciertos estudios indican que el Apoyo Social Percibido amortiguó el impacto del MI en el desarrollo de síntomas psicopatológicos en la adultez. Es el caso de una investigación llevada a cabo en EE.UU. con el fin de analizar el papel mediador del Apoyo Social Percibido entre el MI y el desarrollo de síntomas de TDM y TEPT, la cual indicó que las personas que fueron víctimas de MI y percibían un mayor apoyo social familiar tuvieron significativamente menos probabilidades de desarrollar síntomas de TDM y TEPT (Lagdon et al., 2018). Así también, una investigación cuyo objetivo fue analizar el Apoyo Social Percibido, de distintas fuentes familia, amigos, pareja y su relación con síntomas de TDM en personas que vivieron MI indicó que el MI se relacionó de forma indirecta con el desarrollo de síntomas de TDM por vía del Apoyo Social Percibido por parte de la familia y la pareja. Sin embargo, el Apoyo Social Percibido Amigos no influiría en dicha relación (Fitzgerald & Gallus, 2020). En la misma línea, un estudio realizado en Alemania indica que el Apoyo Social Percibido media las relaciones del MI, específicamente de tipo físico y emocional de manera secuencial junto con un apego inseguro. Desde este punto de vista el MI influiría en un apego inseguro influyendo en la disminución de la percepción de apoyo social, propiciando el desarrollo de los síntomas de TDM (Struck et al., 2020). Así también, un estudio realizado en mujeres en el periodo de puerperio que evaluó las relaciones entre el MI, el apoyo social familiar

percibido y la depresión posparto arribó a la conclusión de que aquellas mujeres sufrieron MI y que quienes percibían un mayor apoyo social familiar presentaban en menor medida síntomas de depresión posparto más allá de su estatus económico (Muzik et al., 2017). De la misma manera, otro estudio, también realizado sobre población de mujeres embarazadas y puérperas que habían sufrido MI obtuvo como resultado que, si bien el Apoyo Social Percibido se vinculó negativamente a los síntomas de TDM en ambos grupos, no actuó como mediador de la relación del MI y el desarrollo de síntomas de TDM (Racine et al., 2020). En síntesis, el apoyo social familiar percibido se constituiría como un importante mediador entre el MI y los síntomas de TEPT y TDM (Lagdon et al., 2018; Struck et al., 2020).

Un análisis de la literatura referida al papel protector del Apoyo Social Percibido, frente al desarrollo de síntomas de TDM, indicó que el 89% de los estudios relevados presentó una relación significativa entre estas variables, dejando en claro la relación relevante existente entre el Apoyo Social Percibido y el surgimiento de síntomas de depresión (Gariépy et al., 2016).

La mayor parte de la literatura revisada para la confección de este apartado se apoya en el modelo del efecto amortiguador del Apoyo Social Percibido coincidiendo en múltiples casos que un alto Apoyo Social Percibido disminuye el surgimiento de síntomas de depresión frente a situaciones estresantes.

Es notable, sin embargo, el escaso desarrollo de estudios acerca del papel del Apoyo Social Percibido en el surgimiento de síntomas psicopatológicos en Latinoamérica, y

especialmente en Argentina, motivo por el cual es necesaria la apertura de nuevas líneas de investigación a este respecto.

4.4 Apoyo Social Percibido, Trastorno de Estrés Postraumático y Trastorno de Estrés Postraumático Complejo

Se ha observado, de acuerdo a lo expuesto en capítulos anteriores, que el MI se configura como un evento traumático para la vida del sujeto, promoviendo el surgimiento de síntomas psicopatológicos especialmente síntomas de TEPT. A partir del análisis de la literatura, se observa en ciertos estudios que un Apoyo Social Percibido bajo fue considerado uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de sintomatología de TEPT (Simon et al., 2019). Uno de los modelos más utilizado para explicar las relaciones entre el Apoyo Social Percibido y el TEPT es el anteriormente descrito como modelo de amortiguación. Así el Apoyo Social Percibido actuaría como amortiguador del impacto de una situación traumática para el sujeto, de forma tal que se espera que un mayor Apoyo Social Percibido implique una menor probabilidad de surgimiento de síntomas psicopatológicos (Clapp & Beck, 2009). A este respecto, un estudio realizado en el sudeste de los Estados Unidos, sobre una muestra de 1647 estudiantes universitarios arroja como resultado que, en el caso de un bajo Apoyo Social Percibido, los síntomas de TEPT y TDM tienden a elevarse. Si bien el estudio originalmente buscaba diferenciar dos grupos de estudiantes, en primer lugar, aquellos que eran primera generación de su familia que habían accedido a la educación universitaria, de aquellos, cuyas generaciones anteriores habían podido acceder a este nivel educativo, finalmente los resultados concluyen que el Apoyo Social Percibido se encuentra estrechamente vinculado al surgimiento de síntomas de TEPT y TDM más allá del estrés que pudiera generarle a los estudiantes ser la primer generación

inserta en la universidad (Jenkins et al., 2013). Otro trabajo, realizado sobre una muestra de 246 adultos que concurrían a un centro de salud mental de Reino Unido y focalizado en las relaciones entre los síntomas de TEPT y el Apoyo Social Percibido concluyó que las personas que perciben un bajo apoyo social presentan mayores síntomas de TEPT y TEPTC (Simon et al., 2019). Sin embargo, un estudio llevado a cabo en Pakistán sobre una muestra de sobrevivientes de terremotos afirma que no existe relación entre el Apoyo Social Percibido y los síntomas de TEPT. No obstante, en este mismo estudio se hallaron relaciones entre el Apoyo Social Percibido y el incremento de emociones positivas en personas con TEPT, lo que podría vincularse a una mejor respuesta al tratamiento para TEPT (Feder et al., 2013). Por otra parte, en un estudio realizado sobre más de 500 sujetos con enfermedad coronaria indicó que el Apoyo Social Percibido se asocia negativamente a los síntomas de TEPT de manera que una menor percepción de apoyo social se vinculó a una mayor probabilidad de desarrollar síntomas de TEPT (Dinenberg et al., 2014). En San Francisco (EE. UU.), una investigación llevada a cabo sobre excombatientes de guerra de Iraq y Afganistán concluyó que aquellas personas que presentan síntomas de TEPT y perciben menos apoyo social tienen un peor funcionamiento social (Tsai et al., 2012). Posiblemente, las dificultades en el desempeño social traigan como consecuencia un menor Apoyo Social Percibido, fenómeno que afecta a los síntomas de TEPT incrementándolos. Otro de los estudios realizados sobre excombatientes que buscó analizar las relaciones de MI y los síntomas de TEPT, considerando al apoyo social como mediador, obtuvo como resultado que sufrir MI se vinculaba con mayor probabilidad de surgimiento de síntomas de TEPT, al igual que distintas situaciones traumáticas vividas en la infancia, accidentes, catástrofes naturales, entre otras (Van Voorhees et al., 2008). Respecto a las relaciones entre el MI, el Apoyo Social Percibido y los síntomas de TEPT, en Nebraska (EE. UU.), una

investigación enfocada en analizar el papel protector del Apoyo Social Percibido frente al desarrollo de síntomas de TEPT en las personas víctimas de MI concluyó que el Apoyo Social Percibido modera el surgimiento de sintomatología de TEPT en los casos de MI moderados a graves (Evans et al., 2013). En esta misma línea, un estudio realizado sobre mujeres víctimas de MI indicó que un mayor Apoyo Social Percibido se relacionó con menores síntomas de TEPT en los casos de MI del tipo maltrato físico, sin embargo, señalan que esta asociación no se presentó en los casos de Abuso Sexual (Wilson & Scarpa, 2014). En consonancia con lo hallado en el estudio anterior, en China, en un estudio realizado sobre estudiantes universitarios se consideraron las relaciones entre el MI, la inteligencia emocional, el Apoyo Social Percibido y los síntomas psicopatológicos, arribando a la conclusión de que el Apoyo Social Percibido cumple un papel mediador del desarrollo de síntomas psicopatológicos en personas que sufrieron MI por la vía de la inteligencia emocional. El MI contribuiría a la baja percepción de apoyo social socavando su efecto amortiguador, lo que afectaría a la inteligencia emocional, aumentando el desarrollo de síntomas psicopatológicos (Zhao et al., 2019). En esta misma línea, un trabajo realizado por Stevens y otros (2013) que consideró las relaciones entre el MI, el Apoyo Social Percibido y los síntomas de TEPT indicó que en el caso de personas que sufrieron MI, el Apoyo Social Percibido cumpliría un rol mediador, tanto como las dificultades en la regulación emocional en el desarrollo de síntomas de TEPT. Sin embargo, este estudio concluye que las dificultades en la regulación emocional se configuran como el principal mediador entre el MI y los síntomas de TEPT, aunque en menor medida considera la influencia del apoyo social (Stevens et al., 2013). Otro estudio que se interesó por el papel mediador del apoyo social en el desarrollo de síntomas psicopatológicos fue realizado en Jerusalén sobre 516 estudiantes de trabajo social e indicó que el Apoyo Social Percibido media parcialmente el

surgimiento de síntomas de TEPT en personas expuestas a distintos tipos de MI, específicamente a la exposición a la violencia interparental y al maltrato físico y emocional. El estudio resalta el hecho de que haber sufrido MI Acumulativo se vincula con una menor percepción de apoyo social y mayores síntomas de TEPT y TDM (Haj-Yahia et al., 2019).

La revisión de la bibliografía permite conocer las relaciones entre el Apoyo Social Percibido y los síntomas de TEPT, concluyendo fundamentalmente que el Apoyo Social Percibido se presentaría como un mediador en la relación de estas variables, motivo por el cual sería necesario robustecer fundamentalmente la percepción de apoyo social de la persona que ha sufrido una situación traumática. Esta cuestión conduce a preguntas acerca del comportamiento de la variable MI como evento traumático, considerando entonces si, en el caso de las personas que han sufrido MI tienden a presentar alteraciones en la percepción del apoyo social, y en qué medida el Apoyo Social Percibido continúa siendo un amortiguador de la situación estresante para el surgimiento de psicopatología. En el siguiente apartado se revisan las relaciones del Apoyo Social Percibido y el MI a fin de comprender las relaciones entre estas variables.

4.5 Apoyo Social Percibido y Maltrato en la Infancia

La relación entre el MI y el Apoyo Social Percibido ha sido de interés para la literatura. Distintos estudios indican que el hecho de haber sufrido MI se relaciona con una disminución de la percepción de apoyo social (Horan & Widom, 2015; Lanctôt, 2020; Rodriguez et al., 2019; Su et al., 2020; Vranceanu et al., 2007). Esto podría deberse a que haber sufrido MI compromete el desarrollo de la capacidad de construir y utilizar redes de apoyo social (Steine et al., 2017), posiblemente debido a las fallas en los vínculos de apego

con las figuras parentales, las cuales se configuran como las agresoras, generando una constante tensión, socavando la confianza en los otros y provocando distorsiones cognitivas acerca de las modalidades de relacionarse con otros (Vranceanu et al., 2007). Al mismo tiempo, se han estudiado los vínculos entre el MI y los trastornos de conducta externalizantes, impulsiva, agresiva e incluso delictivas, que podrían perjudicar la construcción y sostenimiento de vínculos enriquecedores, disminuyendo el Apoyo Social Percibido y afectando la salud mental y el bienestar de los sujetos (Sheikh et al., 2016). Por otro lado, vinculado también al MI, se presentan trastornos de la conducta internalizantes como la ansiedad y la depresión, condiciones que tienden a perjudicar y debilitar vínculos con otros incrementando la posibilidad de ser rechazado contribuyendo a una disminución de la percepción de apoyo social (Moylan et al., 2013). El hecho de que el MI pueda mermar la percepción de apoyo social disminuiría la medida en que este último cumpla el papel amortiguador en el desarrollo de los síntomas psicopatológicos (Horan & Widom, 2015; Muzik et al., 2017). Así, otro trabajo indica que, en el caso específico del Abuso Sexual en la infancia se han observado relaciones predictivas entre el hecho de ser víctima de este tipo de abuso en la infancia y un menor Apoyo Social Percibido por parte de amigos, familia y parejas en la adultez (Golding et al., 2002). Sin embargo, en un estudio reciente realizado sobre mujeres en Canadá se observó que, si bien existen relaciones negativas entre distintos tipos de MI como el maltrato emocional, la Negligencia Física y la Negligencia Emocional, con el Apoyo Social Percibido no se encontraron relaciones entre el Apoyo Social Percibido y el Abuso Sexual en la infancia, ni el MI de tipo físico (Lanctôt, 2020). Así también, un trabajo realizado por Struck y otros (2020) indica relaciones negativas entre el Apoyo Social Percibido y el MI Acumulativo, el MI Físico, el MI Emocional, el Abuso Sexual, la Negligencia Física y la Negligencia Emocional señalando

que en este último caso se hallaron las correlaciones más altas. Resultados similares fueron presentadas anteriormente por Evans y otros (2013), quienes hallaron correlaciones negativas moderadas entre el Apoyo Social Percibido Familiar la Negligencia Emocional, y bajas entre el Apoyo Social Percibido Familiar y el resto de los tipos de MI. Sin embargo, estos autores no encontraron asociaciones entre los distintos tipos de MI y el Apoyo Social Percibido por parte de amigos (Evans et al., 2013). En esta misma línea, se observaron relaciones entre el MI Acumulativo y el Apoyo Social Percibido llegando a la conclusión de que existe una relación dosis-respuesta inversa entre ambos constructos, o sea a mayor grado de MI Acumulativo se observa una menor percepción de apoyo social en la adultez (Steine et al., 2017). De la misma manera, un estudio realizado en Noruega, sobre una muestra representativa de la población indica que las personas que sufrieron MI tienden a percibirse aislados socialmente, más allá de que se presenten recursos y relaciones en su entorno, ya que muestran dificultades para utilizarlos de forma efectiva (Sheikh, 2018). Otro estudio realizado en Canadá, indicó que la MI afecta de manera negativa a la percepción de apoyo social disminuyendo el desarrollo de conductas resilientes que podrían ser beneficiosas para la salud mental de los individuos (Su et al., 2020). Respecto a la provisión de apoyo social hacia los otros, por parte de las personas que sufrieron MI, se observó que un mayor MI es asociado con una menor capacidad de brindar apoyo social a la familia, amigos y pareja (Fitzgerald et al., 2020). Esta disminución de la capacidad de brindar apoyo social a otros podría afectar las relaciones interpersonales y contribuir a la disminución del Apoyo Social Percibido perjudicando su papel protector.

En síntesis, distintos estudios concluyen que la MI afecta al Apoyo Social Percibido de forma negativa socavando su papel protector frente al desarrollo de sintomatología

psicopatológica (Lagdon et al., 2018; Sperry & Widom, 2014; Stevens et al., 2013; Su et al., 2020; Vranceanu et al., 2007). A partir de la revisión de la literatura, puede afirmarse que una disminución del Apoyo Social Percibido se vinculó al desarrollo de síntomas psicopatológicos como los de TEPT y TDM. Asimismo, ciertos estudios indican que aún en sujetos que han sufrido MI, un alto Apoyo Social Percibido continúa cumpliendo un papel mediador afectando positivamente la salud mental de los sujetos (Lagdon et al., 2018; Muzik et al., 2017).

4.5.1 Escalas que evalúan el Apoyo Social Percibido

Existen numerosos instrumentos que evalúan el Apoyo Social Percibido. Esta diversidad instrumental posiblemente se deba a la multidimensionalidad del constructor (Terol et al., 2004). A continuación, se describirán algunos de los instrumentos más utilizados:

4.5.2 Social Support Inventory

Se trata de una medida de autoinforme compuesta por solo 5 ítems con una escala de respuesta de 10 opciones. Se compone por dos factores (1) Crítica: 2 ítems que indagan sobre la percepción de crítica recibida o ejecutada sobre otro, y (2) Apoyo social, conformado por los 3 ítems restantes que refieren a la satisfacción general de la persona respecto a su percepción de apoyo social (Holeva et al., 2001)

4.5.3 Interpersonal Support Evaluation List

La *Interpersonal Support Evaluation List* cuenta con 40 ítems y fue diseñada para medir la disponibilidad de cuatro tipos de Apoyo Social Percibido: 1) Apoyo Tangible: se trata de la

disponibilidad percibida de ayuda material (e.g. *Si por alguna razón me encarcelaran, hay alguien a quien podría llamar para que me ayude*), 2) Apoyo de Evaluación: puede definirse como la disponibilidad percibida de alguien con quien discutir temas personales de importancia (e.g. *Hay por lo menos una persona que conozco en cuyo consejo confío*), 3) Apoyo de Autoestima: se define como la presencia de otros con los que el individuo siente que se compara favorablemente (e.g. *Estoy más satisfecho con mi vida que la mayoría de las personas*) 4) Apoyo de Pertenencia: en este caso es la percepción de que hay un grupo con el que se puede socializar y sentirse identificado (e.g. *Si el viernes por la tarde decido ir en la noche al cine es probable que consiga con quien ir*). La escala de respuesta cuenta con 5 ítems que van desde Definitivamente Falso a Definitivamente Verdadero (Cohen et al., 1985).

4.5.4 *Interpersonal Support Evaluation List -12*

Se trata de la versión de 12 ítems de la *Interpersonal Support Evaluation List*. En este caso evalúa la percepción de solo tres tipos de Apoyo Social Percibido, los cuales son evaluados con 4 ítems cada uno. Estos son 1) Tangible: mide la disponibilidad percibida de ayuda material (e.g. *Tener a alguien para ayudar en una mudanza a una nueva casa*), 2) La Valoración: mide la disponibilidad percibida acerca de tener alguien cercano con quien hablar (e.g. *Poder recurrir a alguien para compartir sus preocupaciones íntimas y temores*) y 3) Pertenencia: evalúa la disponibilidad percibida de personas con las que se pueden compartir actividades y momentos (e.g. *Puedo contar con alguien para ir al cine*).

4.5.5 *Medical Outcomes Survey*

El cuestionario *Medical Outcomes Survey* fue desarrollado en el marco del trabajo realizado por *The Medical Outcomes Study Social Support Survey* (Rodríguez Espinola & Enrique, 2007). Esta medida evalúa tanto el apoyo estructural (tamaño de la red social), como el apoyo funcional (percepción de apoyo) en distintas dimensiones como son: Instrumental -Tangible- (e.g. *Alguien que me acompañe si estoy en cama*), informativo-emocional (e.g. *Alguien que me escuche*), valoración (ayuda a la autovaloración) y compañerismo durante el tiempo libre (e.g. *Alguien con quien pasar momentos divertidos*). Las respuestas se indican mediante una escala Likert (1= Nunca y 4 = Siempre) (Sherbourne & Stewart, 1991)

4.5.6 *Multidimensional Scale of Percived Social Support / Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido*

Desarrollado por Zimet y otros (1988) es una medida de autoinforme de 12 ítems que evalúa la percepción de apoyo social en sus distintas fuentes (en este caso, Familia, Amigos y Otros Significativos). Los ítems se califican mediante una escala likert de 1 (muy en desacuerdo) a 7 (muy de acuerdo). Ejemplos de los ítems son: (1) Familia (e.g. *Recibo la ayuda emocional y el apoyo que necesito de mi familia*) y (2) Amigos (e.g. *Mis amigos realmente tratan de ayudarme*) y (3) Otros Significativos (e.g. *Hay una persona especial que está cerca mío cuando la necesito*) (Zimet et al., 1998; Zimet et al., 1988).

4.5.7 *Utilización de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido*

La Escala Multidimensional de Apoyos Social Percibido (EMASP) fue utilizada en distintos contextos, en China (Chou, 2000; Zhang & Norvilitis, 2002), en Canadá (Clara et

al., 2003), en Chile (Arechabala Mantuliz & Miranda Catillo, 2002), en Colombia (Trejos-Herrera et al., 2018), en Corea (Park et al., 2012) en Estados Unidos de América (Calvete & Connor-smith, 2006; Heo et al., 2020; G. Zimet et al., 1988), en España (Ramos, José, Muñoz, Navarro-pardo, & Murphy, 2017; Zimet, Powell, Farley, Werkman, & Berkoff, 1990), en Francia (Bouvard, 2015; Zimet et al., 1990), en Grecia (Tsilika et al., 2018), en Irán (Bagherian-Sararoudi et al., 2013), en Japón (Tonsing et al., 2012; Ueda et al., 2020), Malasia (Akhtar et al., 2010), en Nigeria (Hamza & Bayero, 2012), en Pakistán (Akhtar et al., 2010; Rizwan & Aftab, 2009), en Polonia (Katarzyna, 2013), en Portugal (Martins et al., 2011), en Sudáfrica (Bruwer et al., 2008), en Suecia (Ekbäck et al., 2013), en Tailandia (Wongpakaran & Wongpakaran, 2012; Wongpakaran, Wongpakaran, Sirirak, & Zimet, 2017) y en Turquía (Basol, 2008; Duru et al., 2007; Eker & Arkar, 1995), Uganda (Nakigudde et al., 2009).

Asimismo, se utilizó sobre distintas poblaciones: estudiantes universitarios (Calvete & Connor-smith, 2006; Clara et al., 2003; Dahlem et al., 1988; Duru et al., 2007; Eker & Arkar, 1995; Rizwan & Aftab, 2009; G. Zimet et al., 1998), mujeres en tratamiento de fertilidad (Martins et al., 2011), mujeres embarazadas (Akhtar et al., 2010; G. D. Zimet et al., 1990), mujeres con hirsutismo adolescentes (Canty-Mitchell & Zimet, 2000; Zimet et al., 1990), pacientes con diagnóstico de trastornos psiquiátricos (Cecil et al., 1995; Vaingankar et al., 2012), pacientes cardiacos (Heo et al., 2020; Pedersen et al., 2009), pacientes con infecciones respiratorias (Levin et al., 2009), adultos mayores (Arechabala Mantuliz & Miranda Catillo, 2002; Ramos et al., 2017; Stanley et al., 1998; Wongpakaran et al., 2017), y en mujeres en etapa de puerperio (Nakigudde et al., 2009). A continuación, se presenta

una tabla que resume los principales índices de ajuste reportados en el uso de la escala en distintos países.

Tabla 1.

Aplicaciones y principales índices de ajuste de la Escala Multidimensional de Apoyo Social

Autores	Año	País	Muestra	N	CFI	RMSEA
Trejos-Herrera, et al.	2018	Colombia	Adolescentes	763	0.97	0.049
Tsilika, et al.	2018	Grecia	Enfermeros	150	0.90	0.060
Pushkarev et al.	2018	Rusia	Pacientes coronarios	1018	0.99	0.053
López Ramos, et al.	2016	España	Adultos jubilados	991	.95	0.080
Bouvard	2015	Francia	Mujeres en periodo de postparto	148	0.97	0.080
Katarzyna	2013	Polonia	Estudiantes Universitarios	418	.97	0.080
Wongpakaran Songkran	2012	Tailandia	Estudiantes Universitarios	486	0.95	0.093
Martins et al.	2011	Portugal	Mujeres en tratamiento de fertilidad	112	0.96	0.090
Duru et al.	2007	Turquía	Estudiantes Universitarios	340	.97	.10

Clara et al.	2003	Canadá	Estudiantes Universitarios	549	0.97	0.07
--------------	------	--------	-------------------------------	-----	------	------

Notas: CFI= Índice de Ajuste Comparado RMSEA= Error cuadrático medio de aproximación

Si bien la EMASP ha generado amplios consensos para su administración en el contexto internacional, ha suscitado a su vez ciertos debates respecto de su estructura factorial. Se presentan fundamentalmente dos modelos. Así, de acuerdo al modelo 1 la escala presentaría una estructura factorial de tres factores de segundo orden (Ramos et al., 2017). Por su parte, el modelo 2 presenta una estructura factorial de tres factores de primer orden (Bouvard, 2015; Bruwer et al., 2008; Trejos-Herrera et al., 2018). Así también, un estudio indica que ambas estructuras presentan índices de ajuste adecuados e idénticos (Vaingankar et al., 2012). En este trabajo se presentarán las propiedades psicométricas de ambos modelos.

4.6 Conclusiones del capítulo

El presente capítulo, en su comienzo, se dedicó a describir las concepciones de apoyo social considerando las dificultades para abordarlo desde una definición única, cuestión que apareja las consecuentes dificultades en el diseño de herramientas estandarizadas que permitan acceder a un conocimiento preciso acerca de este constructo. Se destaca que este trabajo se interesó puntualmente en el Apoyo Social Percibido por tratarse del tipo de apoyo social más estudiado en relación a la salud mental de los individuos. A lo largo de este capítulo, se ha considerado el posible deterioro del Apoyo Social Percibido vinculado al MI, tanto como su capacidad protectora frente al deterioro de la salud mental.

Posteriormente se presentaron las relaciones entre el Apoyo Social Percibido y el desarrollo de sintomatología psicopatológica, destacando que existen fundamentalmente dos teorías principales relacionadas al papel del Apoyo Social Percibido en relación al surgimiento de síntomas psicopatológicos, por un lado, la teoría de beneficios generales y por el otro, la teoría de amortiguador. La mayoría de las investigaciones realizadas en relación al Apoyo Social Percibido se amparan bajo esta última teoría; de manera que consideran que el Apoyo Social Percibido cumple un papel protector en el desarrollo de síntomas de TEPT, TEPTC y TDM. Sin embargo, se destaca que las relaciones entre el Apoyo Social Percibido y el TEPTC son realmente poco exploradas (Simon et al., 2019). Si bien la mayoría de los estudios indican que el Apoyo Social Percibido mediaría el surgimiento de síntomas psicopatológicos tanto de TEPT, TEPTC y TDM, pueden tenerse ciertas reservas en la generalización de estos resultados en los casos de personas que sufrieron MI, ya que ciertos estudios indican que en el caso de las personas que han vivido bajo situaciones graves crónicamente estresantes, el apoyo social pareciera no mediar el surgimiento de síntomas psicopatológicos. Entonces debido a que el MI es, por lo general, crónico y que las personas que han vivido MI pueden haber estado expuestas a aprender pautas de interacción con el medio inadecuadas, poco efectivas y hostiles, es posible que la relación entre eventos estresantes como el MI y los síntomas psicopatológicos no se encuentre mediada por el Apoyo Social Percibido, o que medie parcialmente. Sin embargo, ciertos estudios indican que un alto Apoyo Social Percibido actúa como protector en el desarrollo de síntomas psicopatológicos aún en los casos de personas que sufrieron MI y sugieren intervenciones ligadas a incrementar la percepción del apoyo social para disminuir la sintomatología psicopatológica en personas que sufrieron MI.

La complejidad de las relaciones entre el MI y el Apoyo Social Percibido se enraizarían, por un lado, en la dificultad para definir de forma unívoca ambas variables, y las consecuencias en las herramientas de evaluación utilizadas; y por otro lado, en las alteraciones en la percepción de apoyo social en la adultez provocadas por características del MI, como la cronicidad, el hecho de ser perpetrado fundamentalmente por personas que deberían brindar cuidado y afecto al niño, y el modelado de formas de vincularse poco adaptativas. Puesto que el entorno podría aparecer para las personas que sufrieron MI como más estéril, e incluso hostil, que para aquellos que no han sufrido MI promoviendo, de esta manera, una baja percepción de apoyo social y socavando la función protectora del mismo.

Finalmente, el último apartado de este capítulo tuvo como fin describir distintas escalas de evaluación de Apoyo Social Percibido, para posteriormente profundizar en la escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido que será utilizada en este trabajo.

Conocer el papel del Apoyo Social Percibido en la modulación del desarrollo de sintomatología de TEPT, TEPTC y TDM en los casos de personas que sufrieron MI puede ser beneficiosa para intervenciones en pos de mejorar la percepción de apoyo social y disminuir el desarrollo de trastornos psicopatológicos.

5 CENTRALIDAD DE LOS EVENTOS TRAUMÁTICOS

El presente capítulo tendrá como objetivo describir y definir el constructo Centralidad de los Eventos Traumáticos propuesto por Berntsen y su equipo (Berntsen et al., 2003; Berntsen & Rubin, 2007b). Siguiendo este objetivo, se desarrollará el concepto de memoria autobiográfica y se describirán sus relaciones con la salud mental. Posteriormente, se definirá el constructo de Centralidad de los Eventos Traumáticos y se analizarán sus implicancias en el desarrollo de síntomas psicopatológicos como los de TEPT y TDM. Finalmente, se describirán brevemente las herramientas de evaluación diseñadas para evaluar la Centralidad de los Eventos Traumáticos.

5.1 Memoria Autobiográfica

Se define a la memoria como un grupo de funciones cerebrales que permiten clasificar, codificar, almacenar y recuperar distintos tipos de información que resultan fundamentales para un organismo en particular (Carrillo-Mora, 2010). La memoria autobiográfica se compone en mayor parte por la reconstrucción de eventos, que, si bien no son al detalle idénticos al hecho en sí, permiten conservar el sentido de coherencia del *self* y cuya valoración es susceptible de variar con el paso del tiempo y la significación social de los eventos (Barclay, 1988). Entonces, en la memoria autobiográfica, la información es, personal, duradera, específica y significativa para el sí mismo. Así, puede entenderse a la memoria autobiográfica como el núcleo de la identidad y del sentido de continuidad de la vida de las personas (Conway & Pleydell- Pearce, 2000), otorgando las herramientas necesarias para evaluar el pasado y planificar acciones en el futuro. Conway y Pleydell- Pearce (2000), referentes en el campo de los desarrollos acerca de la memoria

autobiográfica, indican que los recuerdos autobiográficos son construcciones mentales dinámicas y transitorias, cuya base son conocimientos subyacentes. Esta base compuesta por conocimientos subyacentes sería altamente sensible a distintas señales, y los patrones de activación surgirían, o se disiparían, constantemente sobre las estructuras de estos, dando lugar ocasionalmente, a la construcción de recuerdos autobiográficos (Conway & Pleydell- Pearce, 2000). A este respecto se destaca que aquellos recuerdos autobiográficos, que llegan a la conciencia se vincularían con objetivos que el sujeto tiene en la actualidad, lo que demuestra aún en mayor medida el estrecho vínculo entre el sí mismo y memoria autobiográfica (Conway & Pleydell- Pearce, 2000). Para comprender la forma en la que funciona la memoria autobiográfica, los autores conceptualizan el sistema de automemoria (SMS), que cuenta con dos componentes principales estos son: (1) el *self* de trabajo, que se refiere a una parte de la memoria de trabajo, que jerarquiza y prioriza objetivos de acuerdo a la situación actual (Conway & Pleydell- Pearce, 2000), y (2) la base de conocimiento autobiográfico, compuesta fundamentalmente por tres grandes áreas de conocimiento autobiográfico como son, (a) Periodos de la vida: se refiere a conocimientos generales de un periodo de la vida como por ejemplo, cuando iba a la universidad, cuando vivía en determinada ciudad y su periodo temporal, (b) Eventos generales, más específicos aunque más heterogéneos que los primeros, los eventos generales pueden clasificarse en repetitivos (e.g. Salir a trotar por la mañana) y eventos únicos (e.g. El nacimiento de un hijo), (c) Conocimiento de un evento específico: se trata de los contenidos de la memoria episódica (Conway, 2005; Conway, 2009; Conway & Pleydell- Pearce, 2000). En las ocasiones en que el *self* de trabajo y la base de conocimiento autobiográfico se entrelazan, se construirían recuerdos autobiográficos específicos (Conway, 2005). Posteriormente Rubin y su equipo, combinando sus conocimientos en neuroanatomía, neuropsicología y comportamiento,

presentaron un esquema de memoria episódica básico que podría explicar los modos de búsqueda y codificación de ésta (Rubin, 2006, 2012). Para formularlo, consideraron que la mente y el cerebro se dividen en sistemas básicos individuales: las emociones, el sistema de búsqueda y recuperación, la información otorgada por los sentidos, como la audición, el gusto, el olfato, la visión, las imágenes espaciales, el lenguaje, la emoción, la narrativa y la respuesta motora, entre otras. Cada uno de estos sistemas tiene una serie de funciones propias, aunque pueden interactuar entre sí. De acuerdo al modelo, los recuerdos autobiográficos están formados por la interacción entre los componentes del sistema básico, que cuentan con características diferenciadas en cuanto al tipo de información que proporcionan, la forma de almacenarla y recuperarla (Rubin, 2006).

Durante años, el término de memoria autobiográfica fue utilizado como sinónimo de memoria episódica posiblemente debido a que ambas tienen un soporte en las estructuras cerebrales semejantes e involucran una serie de procesos cognitivos similares (Carrillo-Mora, 2010; Gilboa, 2004). Sin embargo, según Rubin (2012) la memoria autobiográfica no puede reducirse a la memoria episódica, sino que implica una combinación de procesos de memoria episódica y semántica. Los términos de memoria episódica y memoria semántica fueron acuñados por Tulving (1972); la primera podría comprenderse como el mayor sistema neurocognitivo de memoria (Tulving, 2002) que puede ser definido de acuerdo a su función, consistente en permitir recordar eventos, o elementos relacionados con una situación que se vivió una primera vez, aunque posteriormente este concepto se expandió para finalmente referirse a cualquier recuerdo de experiencias vividas (Habermas, 2012). Por su parte, la memoria semántica comprendería al conocimiento de elementos atemporales (que no remiten a un tiempo específico, ni tampoco a un espacio en particular), sino que remite a las

características y atributos que definen los conceptos (Carrillo-Mora, 2010). Ciertos autores sostienen que el desarrollo de la memoria episódica se enraíza en la memoria semántica, de manera que surge como sofisticación de la misma (Tulving, 2002). De esta manera, considerar que la memoria autobiográfica se compone de la memoria episódica y semántica tiene un sentido lógico desde esta perspectiva (Tulving, 2002).

5.1.1 Recuerdos autobiográficos involuntarios

Los recuerdos autobiográficos involuntarios fueron desatendidos por la psicología cognitiva durante décadas. El constructo de recuerdos autobiográficos involuntarios fue definido operacionalmente como una serie de recuerdos que se presentan de forma involuntaria. De esta manera, estos recuerdos vienen a la mente de forma espontánea debido a ciertas asociaciones y no mediante una búsqueda consciente como en el caso de los recuerdos autobiográficos voluntarios (Berntsen, 2009). Los recuerdos autobiográficos involuntarios están presentes en la vida cotidiana de las personas conformándose como una expresión de la memoria autobiográfica.

5.1.2 Memoria en el desarrollo de los Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático

El presente apartado se dedicará a describir y explicar el modo de incorporación de los eventos traumáticos al *self* del sujeto vinculado al TEPT. Con este objetivo, se describirá la teoría de la centralidad de los eventos desarrollada por Berntsen y otros (2003). Esta teoría afirma que cuando el trauma se convierte en un punto de inflexión en la vida del sujeto, este recuerdo traumático conforma una red con una gran cantidad de recuerdos en la memoria autobiográfica, de manera que gran parte de los hechos que ocurren en su vida tienden a

ser evaluados en relación al evento traumático sufrido, promoviendo el surgimiento de síntomas de TEPT y TDM (Berntsen et al., 2003). De acuerdo a esta teoría, la memoria autobiográfica definida como la memoria que conserva la información relativa al *self* (Brewer, 1988) cobra especial relevancia. La memoria autobiográfica se compone en mayor parte por la reconstrucción de eventos que, si bien no son al detalle idénticos al hecho en sí, permiten conservar el sentido de coherencia del *self* y cuya valoración es susceptible de variar con el paso del tiempo y la significación social de los eventos (Barclay, 1988). Entonces, en la memoria autobiográfica, la información es personal, duradera, específica y significativa para el sí mismo. De esta manera, pueden describirse como construcciones mentales transitorias y dinámicas que se generan a partir de una base de conocimiento subyacente (Nájera Fernández et al., 2018). A este respecto, Berntsen y Rubin (2006) afirman que los recuerdos personales vívidos y accesibles son fundamentales para otorgar sentido y dar estructura a nuestros relatos de vida, contribuyendo a estabilizar nuestras concepciones de nosotros mismos conformando nuestra memoria autobiográfica. Los recuerdos de acontecimientos considerados como positivos son a menudo acerca de eventos culturalmente esperados vinculados a las transiciones de rol, como una graduación, una boda o el nacimiento de un hijo. Estos se relacionan con otros recuerdos, e incluso permiten evaluar y comprender distintos eventos que atraviesa el sujeto (Berntsen et al., 2003; Simkin et al., 2017). Sin embargo, también aquellos eventos altamente estresantes, como el MI, pueden configurarse como centrales en el *self* del sujeto. Siguiendo a Berntsen y Rubin (2007), el concepto de centralidad del evento se compone de tres aspectos fundamentales: en primer lugar, el grado en el que un evento traumático puede instituirse como un punto de inflexión en la vida del sujeto, es decir, una situación o conjunto de situaciones a partir de las cuales, cambia el sentido de la vida para la persona; en segundo lugar, la constitución de un evento traumático

como un punto de referencia para juzgar y otorgar sentido a otras situaciones; la alta accesibilidad de este tipo de recuerdos para su recuperación podría implicar una sobrestimación de la factibilidad de que el hecho traumático se repita, facilitando el surgimiento de rumiaciones, preocupaciones innecesarias y conductas evitativas; y en tercer lugar, la incorporación de un evento traumático a la personalidad e identidad del sujeto, hecho que favorecería la tendencia a considerar este evento como causalmente vinculada a ciertos aspectos del *self* (Berntsen & Rubin, 2007b).

Considerando los tres aspectos antes mencionados, podría ocurrir que, en los casos en los que los recuerdos de traumas se configuran como centrales en la organización de las experiencias del sujeto, aumente la tendencia a otorgar sentido a otras vivencias a partir de aquellas. Para los autores, este hecho resultaría nocivo para la salud mental. En el mismo sentido, distintos estudios sugieren que una mayor Centralidad de los Eventos Traumáticos se vincula con distintos trastornos como TEPT o el TDM (Blix et al., 2013; Fernández Alcántara et al., 2015; Fitzgerald et al., 2016).

Con el propósito de evaluar la centralidad de los eventos en la vida de las personas Berntsen y Rubin (2006) desarrollaron la Escala de Centralidad del Evento en su versión original compuesta por 20 ítems (e.g. *Este evento se ha convertido en un punto de referencia en la manera en la que me entiendo a mí mismo/a y al mundo*) y en su versión breve de compuesta por 7 ítems (e.g. *Siento que este evento se ha convertido en parte de mi identidad*).

5.2 Centralidad de los Eventos Traumáticos y Psicopatología

Múltiples estudios indican que existe una relación significativa entre la Centralidad de los Eventos Traumáticos en el *self* del sujeto y el desarrollo de síntomas psicopatológicos como los de TEPT y TDM (Berntsen & Rubin, 2007b; Blix, Solberg, & Heir, 2013; Boelen, 2012; Fitzgerald, 2015; Robinaugh & McNally, 2011). A continuación, se describirán las relaciones entre la Centralidad de los Eventos Traumáticos y los síntomas de TEPT y de TDM, por considerarse los más significativos en relación a la revisión de antecedentes y atendiendo especialmente al alto grado de comorbilidad entre ambos trastornos.

5.2.1 *Centralidad de los Eventos Traumáticos y Trastorno de Estrés Postraumático*

El desarrollo del TEPT se configura como particularmente complejo, ya que ciertos autores plantean que se produce en el interjuego de por lo menos tres cuestiones: (1) la naturaleza del trauma, (2) características de la persona como su predisposición y la presencia de sintomatología psicopatológica anterior al trauma y (3) la representación del evento traumático en la memoria autobiográfica (Fitzgerald, Berntsen, & Broadbridge, 2016). En cuanto a la naturaleza del trauma, una amplia variedad de estudios indica que distintos eventos únicos, tales como haber sufrido un secuestro, un accidente automovilístico, la muerte de un ser querido podrían relacionarse estrechamente al desarrollo de síntomas de TEPT. De la misma manera, ciertas problemáticas interpersonales, frecuentemente crónicas, como el MI fueron también reportados como fuertemente vinculados al desarrollo de sintomatología de TEPT (Ogle et al., 2014a). A este respecto se destaca que, la exposición reiterada a eventos traumáticos se relaciona más estrechamente al desarrollo de síntomas de TEPT, que la exposición a un evento traumático único, y que la centralidad del evento

media las relaciones entre las exposiciones a eventos traumáticos y el desarrollo de síntomas de TEPT (Fitzgerald et al., 2016). Por este motivo, en el marco de este trabajo se considera de fundamental importancia conocer las relaciones entre la Centralidad de los Eventos Traumáticos y el desarrollo de síntomas psicopatológicos en personas que sufrieron MI.

Distintos estudios se dedicaron a analizar las relaciones entre la Centralidad de los Eventos Traumáticos y los síntomas de TEPT. En el año 2006, en un estudio realizado sobre estudiantes norteamericanos con el fin de probar las propiedades psicométricas de la Escala de Centralidad del Evento y conocer la relación de la Centralidad de los Eventos Traumáticos con el desarrollo de síntomas de TEPT, se halló una correlación significativa positiva entre ambos constructos, conociéndose, además, aunque en menor medida, una correlación positiva significativa con los síntomas de TDM (Berntsen & Rubin, 2006). Así también, en el sudeste de Estados Unidos se administró un instrumento, también a un grupo de estudiantes universitarios, con el fin de evaluar las relaciones entre la Centralidad de los Eventos Traumáticos y los síntomas de estrés postraumático, llegando a la conclusión de que existe una relación significativa entre la Centralidad de los Eventos Traumáticos y los síntomas de TEPT (Boals & Ruggero, 2016). Otro estudio realizado sobre estudiantes universitarios fue llevado a cabo por Webb y Jobson (2011), quienes observaron las relaciones entre la Centralidad de los Eventos Traumáticos, la autoconsistencia del *self* y los síntomas de estrés postraumáticos hallando relaciones significativas positivas entre la Centralidad de los Eventos Traumáticos y los síntomas de TEPT. Sin embargo, no hallaron relaciones entre la autoconsistencia del *self* y la centralidad de los eventos contrariamente a lo que esperaban (Webb & Jobson, 2011). En Alemania, en un grupo de 927 estudiantes se

hallaron correlaciones positivas significativas entre la Centralidad de los Eventos Traumáticos y la sintomatología de TEPT, mientras que, en menor medida, también se observaron relaciones entre la centralidad de los eventos y los síntomas de TDM (Vermeulen et al., 2019).

En esta misma línea, en un estudio realizado sobre población general en cuatro países: México, China, Groenlandia y Dinamarca se observaron relaciones positivas significativas entre la Centralidad de los Eventos Traumáticos y los síntomas de TEPT (Zaragoza Scherman et al., 2015). Por otra parte, un estudio llevado a cabo en Noruega sobre víctimas de un ataque terrorista presentó una relación predictiva entre la Centralidad de los Eventos Traumáticos, en este caso relacionados al crimen terrorista y el desarrollo de síntomas de TEPT (Blix et al., 2013). Así también, en EE. UU. se realizó un estudio en ex combatientes de la guerra de Afganistán e Iraq, en esa población la correlación entre síntomas severos de TEPT y Centralidad de los Eventos Traumáticos se vinculó, también, de forma positiva y significativa (Brown et al., 2010). Por otra parte, una investigación llevada a cabo sobre 247 daneses, se dedicó a estudiar la relación entre la Centralidad de los Eventos Traumáticos y el desarrollo de los síntomas de TEPT arribando a la conclusión de que la Centralidad de los Eventos Traumáticos está relacionada, independientemente de otras sintomatologías como las de depresión y ansiedad, con los síntomas de TEPT (Berntsen & Rubin, 2007b).

El constructo Centralidad de los Eventos Traumáticos, relacionado al surgimiento de síntomas de TEPT, también fue vinculado al modelo de los Cinco Factores de la Personalidad, concluyendo que la Responsabilidad y la Apertura a la Experiencia se relacionan a una mayor Centralidad de los Eventos Traumáticos, incrementando los síntomas de TEPT de manera indirecta Sin embargo, el Neuroticismo presenta una relación

positiva directa con los síntomas de TEPT, mientras que la amabilidad presenta una relación negativa, constituyéndose, según los autores, como un factor protector en el desarrollo de TEPT (Fitzgerald et al., 2016). Así también, la relación entre la Centralidad de los Eventos Traumáticos y el desarrollo de síntomas de TEPT fue estudiada en personas que sufrieron traumas interpersonales. Es el caso de una investigación realizada sobre mujeres que sufrieron Abuso Sexual en la infancia en el que se obtuvieron correlaciones positivas significativas con la Centralidad de los Eventos Traumáticos y el TEPT (Robinaugh & McNally, 2011). Asimismo, otro estudio reciente, realizado sobre mujeres israelíes judías, indica que el Abuso Sexual se configuraría como central en la memoria autobiográfica de la mujer, modificando su autopercepción y relacionándose con el desarrollo de síntomas de TEPT (Keshet & Gilboa-schechtman, 2019). En esta misma línea, un estudio de publicación reciente se propuso evaluar las relaciones entre el MI de tipo emocional, la Centralidad de los Eventos Traumáticos y las rumiaciones negativas en el desarrollo de síntomas de TEPT, obteniendo como resultado que el MI de tipo emocional influiría de forma indirecta en el desarrollo de los síntomas de TEPT por la vía de la centralidad de los eventos y las rumiaciones negativas (Watts et al., 2020). Contrariamente a lo sugerido por la mayoría de los estudios que se dedicaron a analizar las relaciones entre la centralidad de los eventos y el desarrollo de síntomas de TEPT, un estudio realizado sobre personas que sufrieron MI, mostró como resultado que la Centralidad de los Eventos Traumáticos no presentó asociaciones con los síntomas de TEPT, ni con la exposición a experiencias adversas en la infancia dentro de la que se incluyen distintos tipos de MI (Tranter et al., 2020). Este hallazgo polemiza con la mayoría de los estudios que componen la literatura y abre preguntas acerca de las relaciones entre el MI, la centralidad de los eventos y el TEPT.

5.2.2 Centralidad de los Eventos Traumáticos y Trastorno Depresivo Mayor

A lo largo de la revisión de distintos estudios, se observó que eventos particularmente estresantes o traumáticos como la pérdida de un ser querido, el final de una relación amorosa, el haber sufrido situaciones MI se vinculan al desarrollo de síntomas de TDM (Braithwaite et al., 2017; Klumpp et al., 2019; Nelson et al., 2017; Vélez Agudelo et al., 2011). A este respecto, un estudio realizado sobre adultos con depresión indica que la centralidad de ciertos recuerdos autobiográficos traumáticos, en el *self* del sujeto cumplen un papel crucial en el desarrollo de síntomas de TDM, ya que, al configurarse como un punto de inflexión en su vida, tienden a juzgar distintos hechos en base a estos recuerdos de eventos negativos (Newby & Moulds, 2011). En Estados Unidos, un estudio llevado a cabo por la Universidad de Miami, arriba a la conclusión de que la Centralidad de los Eventos Traumáticos en la memoria autobiográfica de los sujetos predice síntomas de TDM y de TEPT en personas que sufrieron violencia interpersonal (Allbaugh et al., 2016). Por otra parte, en 2018, un estudio realizado en Dinamarca, sobre un grupo de 220 estudiantes relacionó a la regulación emocional con la centralidad de los eventos y los síntomas de TDM, llegando a la conclusión de que las estrategias de regulación emocional más desadaptativas en relación con la Centralidad de los Eventos Traumáticos son la supresión emocional y la melancolía (del Palacio-Gonzalez & Berntsen, 2018). El mismo estudio indicó relaciones positivas entre la Centralidad de los Eventos Traumáticos, la regulación emocional desadaptativa y los síntomas de TDM (del Palacio-Gonzalez & Berntsen, 2018). Otro estudio, realizado también sobre un grupo de estudiantes, en este caso de la Universidad Southern en Georgia propuso observar las relaciones entre los modos atribucionales, la Centralidad de los Eventos Traumáticos y el desarrollo de síntomas de TDM y TEPT

concluyendo que los modos de atribución más globales y estables contribuyen a una mayor Centralidad de los Eventos Traumáticos y un mayor surgimiento de síntomas de TDM y TEPT (Reiland, 2017). También sobre un grupo de estudiantes universitarios, en la ciudad de Texas, se evaluaron las relaciones entre el género, la Centralidad de los Eventos Traumáticos y el desarrollo de síntomas de TDM, TEPT y disociativos, obteniendo como resultados que la centralidad de los eventos correlacionó de forma positiva y significativa con los síntomas de TDM y TEPT (Boals, 2010).

5.2.3 Centralidad de los Eventos Traumáticos, Maltrato en la Infancia, Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático y Trastorno Depresivo Mayor

Han sido largamente estudiadas las consecuencias del MI en la vida adulta. Así, múltiples estudios relacionan el MI a la presencia de síntomas psicopatológicos en la adultez. A este respecto ciertos estudios indican que en el caso de las personas que sufrieron MI y posteriormente desarrollaron síntomas de TEPT y TDM, la memoria autobiográfica presentaría ciertas alteraciones (Alley et al., 2015). A continuación, se describirán algunos de los mecanismos psicológicos intervinientes en las alteraciones de la memoria autobiográfica de acuerdo a la perspectiva de distintos autores. Nairne (2010) considera al “procesamiento de supervivencia” como un mecanismo psicológico tendiente a preservar la vida, de manera que se prioriza y resalta la información que guarda relación con la supervivencia. Así, el sujeto expuesto a una situación traumática recuerda con mayor precisión y viveza este hecho, ya que le permite resguardarse y velar por su propia supervivencia (Nairne, 2010). En esta misma línea, Christianson (1992) propuso un modelo que explica la relevancia que adquieren los recuerdos del trauma considerando que la focalización de la atención en la situación traumática cumple un papel crucial para la

supervivencia, así la memoria del trauma se cristaliza, lo que trae como resultado una mayor capacidad para recordar situaciones ligadas al trauma y un mayor procesamiento de información vinculado al mismo (Alley et al., 2015; Christianson, 1992). A este respecto, un estudio realizado sobre niños entre 10 y 14 años con y sin historia de MI indicó que en los casos de los niños que sufrieron MI se produjeron alteraciones en las redes neuronales vinculados al proceso de recuperación de los recuerdos de la memoria autobiográfica, facilitando el acceso a recuerdos negativos y displacenteros (McCrory et al., 2017). Considerando este hallazgo, es posible que en el caso de las personas que sufrieron MI, la centralidad de los eventos cumpla un papel crucial en el desarrollo de síntomas de TEPT Y TDM.

5.3 Evaluación de la Centralidad de los Eventos Traumáticos

La escala de Centralidad de los Eventos, (en adelante, CES) fue diseñada por Bernsten y Rubin (2006). La versión regular cuenta con 20 ítems mientras la versión abreviada se compone por sólo 7 ítems. Los autores originales proponen considerar a la escala de forma unidimensional (Berntsen & Rubin, 2006, 2007b; Fitzgerald et al., 2016; Simkin et al., 2017). Los ítems presentan un formato de respuesta tipo Likert con cinco anclajes de respuesta en función del grado de acuerdo de los participantes que oscilan entre 1 (Completamente en desacuerdo) y 5 (Totalmente de acuerdo).

La CES ha sido administrada en contextos diversos como Alemania (Vermeulen et al., 2019), Australia (Newby & Moulds, 2011), Brasil (Gauer et al., 2013), China (Zaragoza Scherman et al., 2015), Dinamarca (Staugaard et al., 2015), Estados Unidos (Berntsen & Rubin, 2007a; Robinaugh & McNally, 2011), España (Fernández Alcántara et al., 2015;

Galán et al., 2017), Inglaterra (Brooks et al., 2017), Italia (Ionio et al., 2018), México (Zaragoza Scherman et al., 2015), Noruega (Blix et al., 2013) y Portugal (Matos et al., 2011). Los estudios que emplean la escala CES han utilizado muestras de población adulta, tanto en su formato abreviado de 7 ítems, como en el formato original de 20 ítems (Bellet, 2016; Berntsen & Rubin, 2007b; Blix et al., 2013; Boals, 2010; Boals & Ruggero, 2016; Brooks et al., 2017; Fernández Alcántara et al., 2015; Fitzgerald et al., 2016; Gauer et al., 2013; Groleau, Calhoun, Cann, & Tedeschi, 2013). Además, se realizaron estudios en población adolescente en versión completa (Cunha, Xavier, Matos, & Faria, 2015; Vagos, Ribeiro da Silva, Brazao, & Rijo, 2016; Zaragoza Scherman et al., 2015) y en adultos mayores (Chukwuorji et al., 2019). Los resultados de los trabajos precedentes han mostrado propiedades psicométricas aceptables en cuanto a la consistencia interna del instrumento ($\alpha > .70$). Adicionalmente, en la mayoría de los estudios confirmatorios relevados los valores de los índices de ajuste (IFI, NNFI y RMSEA) los autores originales proponen una solución unifactorial para el instrumento (Berntsen & Rubin, 2006, 2007; Fitzgerald et al., 2016).

5.3.1 Escala breve de Centralidad de los Eventos

La Escala Breve de Centralidad de los Eventos es un cuestionario autoadministrable compuesto por 7 ítems que evalúa la medida en que los eventos traumáticos se vuelven aspectos centrales en la identidad del individuo (e.g. "*Siento que este evento se ha transformado en parte de mi identidad*"). La adaptación local fue realizada por Simkin, Matrángolo, & Azzollini (2017) y fue autorizada por los autores originales Dorthe Berntsen y David C. Rubin. El proceso de adaptación y validación siguió los estándares metodológicos internacionales sugeridos por la International Test Commission (ITC) para la adaptación adecuada de un instrumento de un contexto idiomático a otro (Muñiz, Elosua, & Hambleton,

2013; Muñiz & Hambleton, 2000). La consistencia interna a partir del estadístico Alpha de Cronbach arrojó resultados aceptables ($\alpha = .95$) para la adaptación local (Simkin et al., 2017).

5.4 Conclusiones del Capítulo

A lo largo de este capítulo se revisaron las nociones de memoria autobiográfica, recuerdos involuntarios y Centralidad de los Eventos Traumáticos con el objetivo de comprender por qué y qué se recuerda de los distintos sucesos de la vida. Posteriormente se plantearon las relaciones de los eventos traumáticos con el desarrollo de psicopatología, considerando especialmente, dada su prevalencia y relevancia, el desarrollo de síntomas de TEPT y de TDM, hallando en una revisión de la literatura que en la mayoría de los casos una alta Centralidad de los Eventos Traumáticos incrementa las posibilidades de desarrollar sintomatología de ambos trastornos, aunque ciertos autores reportaron no hallar relaciones entre la Centralidad de los Eventos Traumáticos y el desarrollo de sintomatología de TEPT en personas que sufrieron MI, mientras sí hallaron relación entre la Centralidad de los Eventos Traumáticos y el crecimiento postraumático (Tranter et al., 2020). Este hallazgo polemiza con la mayoría de los estudios relevados. En cuanto a las relaciones entre el MI y la Centralidad de los Eventos Traumáticos, se revisaron antecedentes de las relaciones entre el MI, la Centralidad de los Eventos Traumáticos y el desarrollo de síntomas de TEPT y TDM, arribando a la conclusión de que el MI, por sus características, puede considerarse un evento traumático de índole interpersonal, que en el caso de constituirse como central en la vida del sujeto podría relacionarse al desarrollo de TDM y TEPT.

Por último, se consignaron las herramientas de evaluación de la Centralidad de los Eventos Traumáticos: La escala de Centralidad de los Eventos en su versión regular y la Escala de la Centralidad de los Eventos en versión breve, contando estas con 20 y 7 ítems respectivamente. Ambas escalas fueron utilizadas en contextos diversos y en distintas poblaciones arrojando en todos los casos confiabilidades aceptables.

La evaluación de la Centralidad de los Eventos Traumáticos se configura como central en la comprensión del desarrollo de sintomatología de TDM y TEPT echando luz sobre el importante papel que cumple la memoria autobiográfica en la sintomatología y posiblemente, en el tratamiento de estos trastornos.

6 PSICOPATOLOGÍA

En el presente capítulo se describirán dos de los trastornos psicopatológicos vinculados con más frecuencia al MI, la Centralidad de los Eventos Traumáticos y el Apoyo Social Percibido. Para este fin, el capítulo comienza con una breve reseña histórica del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) y sus definiciones para culminar con la descripción propuesta por el DSM-V y la CIE-11, donde se incluye al Complejo de Estrés Postraumático (TEPTC) como una variante de este trastorno con características propias. Luego, se presentan las escalas de autorreporte más utilizadas a fin de evaluar este trastorno. Posteriormente, se enseñan las definiciones y el desarrollo histórico del Trastorno Depresivo Mayor (TDM). Acto seguido se indican algunas de las herramientas de evaluación más utilizadas para este trastorno. Para finalizar, se incluye una conclusión que sintetiza el trabajo realizado a lo largo del capítulo.

6.1 Historia y Definiciones del Trastorno de Estrés Postraumático

Las repercusiones de las situaciones altamente estresantes en la salud mental han sido estudiadas desde hace más de un siglo, Pierre Janet (1859-1947) fue el primero en describir un conjunto de síntomas actualmente compatible con el TEPT (Ibbotson, 2012). Las primeras conceptualizaciones acerca del impacto de estas vivencias, altamente traumáticas para la salud mental, partieron del estudio de cierta sintomatología que presentaban militares, especialmente desde el principio del siglo XX (Labrador et al., 2003). Sin embargo, la incorporación del Trastorno de Estrés Postraumático en el manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM) fue relativamente tardía. Así, en la década del

80, el TEPT fue incluido como un trastorno con una entidad independiente, en la tercera edición Manual DSM-III (Crespo & Gomez, 2012).

En la actualidad, el DSM-5 propone para el criterio A del TEPT una serie de estresores explicitados como exposición a la muerte, lesiones graves o violencia sexual, ya sea real o amenaza que ha sido experimentada, presenciada, o le ha sido contada a la persona. Considera además cuatro núcleos de síntomas (1) reexperimentación (sueños o recuerdos angustiantes ligados al evento, síntomas disociativos), (2) evitación cognitiva/ conductual (evitación de recuerdos, pensamientos, asistencia a lugares, personas, conversaciones u objetos ligados al evento traumático), (3) alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo, que incluye también las conductas de riesgo o autodestructivas (Incapacidad para recordar partes importantes del evento traumático, creencias o expectativas exageradas y negativas sobre sí mismo o el mundo, percepción duradera y distorsionada de las causas y consecuencias del evento traumático, estado emocional persistentemente negativo –miedo, terror, enojo, culpa- disminución notable del interés o participación en actividades significativas, sentimientos de desapego, incapacidad en experimentar emociones positivas) y (4) aumento de la activación y/ reactividad psicofisiológica (comportamiento autodestructivo, alteraciones del alerta o reactividad, irritabilidad, hipervigilancia, problemas de concentración, alteraciones en el sueño)(American Psychological Association, 2013). El DSM-5 introduce ciertas diferencias en relación al DSM-IV como ser: la explicitación de los estresores, la presencia de alteraciones en el estado de ánimo y la inclusión de las conductas autodestructivas entre los síntomas de alteraciones de la reactivación psicofisiológica que se explicitan en esta nueva versión (Echeburúa et al., 2016). Además, en la quinta versión del manual, el TEPT fue cambiado del capítulo de trastornos de

ansiedad a un capítulo exclusivamente relacionado a los trastornos vinculados al trauma (Hoge et al., 2014).

Por otra parte, el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades, en su undécima edición (CIE-11), de la Organización Mundial de la Salud considera además del TEPT, en cuyo núcleo se reúnen los grupos de síntomas señalados en el DSM-5, al Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPTC). La noción de TEPTC fue propuesta por Herman (1992), quien planteó que las personas que han estado expuestas a eventos traumáticos de forma sostenida y recurrente presentaban problemas en la autorregulación emocional sumados a la sintomatología de TEPT (Herman, 1992). Entonces, el TEPTC se presenta a partir de una situación traumática interpersonal, de inicio en la niñez, como pueden ser los distintos tipos de MI (Jarero, 2014). El TEPTC se caracteriza por la presencia de síntomas nucleares de TEPT y sintomatología ligada a la perturbación de la autorregulación, que posiblemente haya tenido lugar debido a la prolongada y crónica exposición a los eventos traumáticos (Folke et al., 2019). Los síntomas de desregulación emocional que se indican en el manual son: (1) desregulación afectiva, (2) autoconcepto negativo y (3) problemas en las relaciones interpersonales (Karatzias et al., 2017). Los estudios indican conveniente y apropiado considerar las diferencias entre el TEPT y el TEPTC para el adecuado diagnóstico (Cloitre et al., 2013).

6.2 Evaluación

La evaluación de la sintomatología TEPT puede realizarse mediante el uso de escalas heteroaplicadas. A continuación, se describen algunas de las más utilizadas, la mayoría en formato autoinforme.

En el presente apartado se presentarán algunos de los instrumentos de autorreporte para adultos más utilizados para evaluar el Trastorno de Estrés Postraumático.

6.2.1 *Davidson Trauma Scale*

La *Davidson Trauma Scale* fue diseñada para valorar la frecuencia y severidad de los síntomas del TEPT. Consta de 17 ítems, los asociados a la reexperimentación (e.g. *¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?*) y evitación (e.g. *¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?*), los de embotamiento, aislamiento e hiperactivación (e.g. *¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento?* -Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarreas-). Cada ítem se evalúa mediante una doble escala likert: una de frecuencia (0= Nunca a 4 = A diario) y otra de gravedad (0= nada a 4= Extrema). Los autores proponen como punto de corte más eficiente los 40 puntos (Davison et al., 1997).

6.2.2 *Global Assessment of Posttraumatic Dissorder*

Se trata de una escala de autoinforme que permite evaluar síntomas y gravedad de TEPT posibilitando el diagnóstico según los criterios diagnósticos del DSM-IV. Se compone por tres sesiones: (1) Eventos, (2) Síntomas y (3) Evaluación de Funcionamiento. Esta escala presenta una estructura de 4 factores con un total de 26 ítems. A continuación, se presentan los factores y se ejemplifica con un ítem en cada caso:

1. Reexperimentación: Compuesto por 5 ítems (e.g. Recuerdos recurrentes y estresantes acerca del evento).

2. Evitación: Conformado por 7 ítems (e.g. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones relacionadas con el evento).
3. Arousal: Constituido por 5 ítems (e.g. Dificultades para conciliar el sueño o mantenerse dormido).
4. Síntomas Clínicos Subjetivos: Formado por 9 ítems (e.g. Culparte por lo que hiciste o no hiciste durante el evento).

Esta escala presenta criterios de fiabilidad y validez satisfactorios (Crespo, 2015).

6.2.3 *Posttraumatic Stress Disorder Checklist*

Se trata de una escala que permite evaluar sintomatología de TEPT de acuerdo a los parámetros presentados en el DSM-5. Al responder, los participantes otorgan un puntaje de entre 0= No en absoluto y 4= Extremadamente. La escala se compone por 20 ítems que evalúan la sintomatología de TEPT según el DSM-5 (Weathers et al., 2013): A continuación, se presentan los cuatro factores que conforman la escala y se presenta un ítem a modo de ejemplo.

1. Intrusión: compuesto por 5 ítems (e.g. En el último mes ¿Cuánto le molestaron recuerdos repetidos y perturbadores de la experiencia estresante?)
2. Evitación: Conformado por 2 ítems (e.g. En el último mes ¿Intento evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante?)
3. Alteraciones en la cognición y el estado de ánimo: 7 ítems (e.g. En el último mes ¿Tuvo fuertes creencias negativas sobre usted, otras personas o el mundo por

ejemplo tener pensamientos como: ¿soy malo, hay algo mal conmigo, no se puede confiar en nadie, el mundo es peligroso)?

4. Alteraciones en el arousal e hiperreactividad: Compuesto por 6 ítems (e.g. En el último mes ¿Se sintió nervioso o fácilmente sobresaltado?).

En relación a su composición factorial, aunque originalmente se planteó un modelo de cuatro factores, distintos estudios indicaron que modelos de seis y siete factores mostraron parámetros adecuados (Ashbaugh, et al. 2016; Bovin et al., 2016; Liu et al., 2014)

6.2.4 *Escala de gravedad de síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático*

Elaborada en función de los criterios diagnósticos del DSM-IV-y del DSM-IV-TR. Se compone por 17 ítems que se dividen en las diferentes subescalas:

1. Reexperimentación se conforma por 5 ítems (e.g. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo)?
2. Evitación se compone por 7 ítems (e.g. ¿Se ve obligado a realizar esfuerzo para ahuyentar pensamientos, sentimientos, o conversaciones asociadas al suceso?).
3. Activación se conforma por 5 ítems (e.g. ¿Esta Ud. excesivamente alerta -por ejemplo, se para de forma súbita para ver quien está a su alrededor, etc. desde el suceso?).

Los sujetos deben presentar al menos un síntoma de reexperimentación, tres de evitación y dos de aumento de la activación. La escala incluye además una subescala

complementaria de manifestaciones somáticas de la ansiedad, que se compone de 13 ítems, con una escala de tipo Likert de la misma estructura.

Posteriormente y en base a esta versión se formuló, acorde a la descripción sintomatológica propuesta por el DSM-5, una versión revisada de la Escala de gravedad de síntomas de Estrés Postraumático (Echeburúa et al., 2016).

Se trata de una escala heteroaplicada que consta de 21 ítems distribuidos en cuatro factores, en correspondencia con los criterios diagnósticos del DSM-5:

1. Reexperimentación conformada por 5 ítems (e.g. ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?)
2. Evitación conductual/cognitiva se compone por 3 ítems (e.g. ¿Procura evitar hablar de determinados temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?)
3. Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo conformada por 7 ítems (e.g. ¿Experimenta un estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror, ira, culpa o vergüenza?)
4. Síntomas de aumento de la activación y reactividad psicológica: Comprende 6 ítems (e.g. ¿Suele estar irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que la justifiquen?) (Echeburúa et al., 2016)

6.2.5 *International Trauma Questionnaire / Cuestionario Internacional de Trauma*

Basado en el CIE-11 el Cuestionario Internacional de Trauma se compone por 12 Ítems compatibles al diagnóstico de TEPT (6 Ítems) y al TEPTC- (6 Ítems) propuesto por la CIE-11. La subescala de TEPT se compone por 3 dimensiones

1. Reexperimentación 2 ítems (e.g. ¿Ha experimentado recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma involuntaria?).
2. Evitación conductual/cognitiva, 2 Ítems (e.g. ¿Ha evitado personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?)
3. Sensación de Amenaza- Hiperactivación 2 Ítems (e.g. ¿Ha estado hiperalerta, hipervigilante o “en guardia”?).

Por su parte, la subescala TEPTC se compone por tres dimensiones

1. Desregulación Afectiva (e.g. Cuando estoy enojado me toma mucho tiempo calmarme)
2. Autoconcepto Negativo (e.g. Me siento Inútil.)
3. Problemas en las relaciones (e.g. Me resulta difícil sentirme emocionalmente cercano a otras personas.).

Estos grupos de síntomas corresponden a problemas en la autoorganización, clave en diagnóstico de TEPTC. El instrumento comprende además seis ítems para valorar el grado de afectación o disfuncionalidad relacionado con el suceso traumático (Cloitre et al., 2009,

2019). A diferencia del resto de las escalas presentadas, el Cuestionario Internacional de Trauma permite evaluar el TEPTC y es por este motivo que se decidió utilizarlo en este estudio, ya que el MI es un fenómeno interpersonal frecuentemente crónico; y la cronicidad y el inicio en la infancia han sido características relevantes en relación al desarrollo del TEPTC. El cuestionario será adaptado y validado para el contexto local en el marco de la tesis doctoral.

6.2.6 *Utilización del Cuestionario Internacional de Trauma*

El Cuestionario Internacional de Trauma fue utilizado en distintos contextos como Austria (Haselgruber et al., 2020; Knefel et al., 2020), China (Ho et al., 2019), Brasil (Donat et al., 2019), Estados Unidos (Shevlin et al., 2018), Líbano (Vallières et al., 2013), Israel (Gilbar et al., 2018), Japón (Ho et al., 2020) Lituania (Kazlauskas et al., 2018, 2020) Reino Unido (Cloitre et al., 2019; Murphy et al., 2020), Suecia (Bondjers et al., 2019), Taiwán (Ho et al., 2020) y en distintas poblaciones, adultos víctimas de MI (Knefel et al., 2020), niños adoptados (Haselgruber et al., 2020), adultos jóvenes (Ho et al., 2019), población general (Cloitre et al., 2019), veteranos (Murphy et al., 2020), refugiados (Vallières et al., 2013), asistentes a centros de salud mental (Kazlauskas et al., 2018), adolescentes (Kazlauskas et al., 2020), hombres perpetradores de violencia de género (Gilbar et al., 2018). En todos los casos, el Cuestionario Internacional de Trauma mostró propiedades psicométricas aceptables.

A continuación, se presenta una tabla con un resumen de países y poblaciones en los que ha sido aplicado el Cuestionario Internacional de Trauma presentando las principales medidas de ajuste tal como fueron declaradas por los autores.

Tabla 2.
Aplicaciones y principales Índices de ajuste del Cuestionario Internacional de Trauma en Distintos Países y Poblaciones

Autores	Año	País	Muestra	N	CFI	RMSEA
Haselgruber, et al.	2020	Austria	Niños	136	0.98	0.068
Ho, et al.	2020	Japón	Adultos jóvenes	324	0.99	0.080
Ho, et al.	2020	Taiwan	Adultos jóvenes	254	0.99	0.066
Murphy, et al.	2020	Reino Unido	Veteranos	334	0.97	0.058
Bondjers et al.,	2019	Suecia	Población general	184	0.98	0.044
Cloitre, et al.	2019	Reino Unido	Población general	2653	0.99	0.034
Ho, et al.	2019	China	Adultos jóvenes	423	0.98	0.044
Gilbar, et al.	2018	Israel	Hombres victimarios de IPV	234	0.92	0.082
Kazlauskas, et al.	2018	Lituania	Pacientes de centros de salud mental	280	0.97	0.043

Vallières, et al.	2018	Líbano	Refugiados sirios	112	0.95	0.050
-------------------	------	--------	----------------------	-----	------	-------

Notas: CFI= Índice de Ajuste Comparado RMSEA= Error cuadrático medio de aproximación.

6.3 Historia y Definiciones del Trastorno Depresivo Mayor

El TDM es uno de los trastornos más prevalentes y discapacitantes en la actualidad (Sánchez-Díaz et al., 2017; Villanueva, 2013). Este trastorno tiene una larga historia, que se remonta hasta la antigua Grecia (Villanueva, 2013). Por ejemplo, una descripción de los estados melancólicos fue realizada ya por Hipócrates quien, desde la teoría humoral, consideraba a la melancolía relacionada con la bilis negra a su vez que la diferenciaba de los estados de tristeza de duración breve, que podían surgir ante la adversidad (Szczygiel et al., 2018). Por otra parte, el término depresión, derivado del latín *deprimere* cuyo significado etimológico es empujar hacia abajo, recién comienza a utilizarse a partir del siglo XVII (Korman & Sarudiansky, 2011). Es en ese siglo en el que, luego de miles de años de considerar el enfoque humoral propuesto por Hipócrates, se propone el modelo de las llamadas enfermedades mentales, considerando que estas poseen su base en trastornos en el cerebro y el sistema nervioso (Horwitz et al., 2016).

Desde la primera versión del manual de psiquiatría DSM, se encuentran considerados los trastornos afectivos en los que se enmarcaría en TDM. Sin embargo, tanto en la primera versión del DSM como en la segunda, la depresión se enmarcó dentro del espectro ansioso, por lo que la conceptualización de depresión tal cómo hoy la conocemos surge a partir de la edición del manual DSM- III (Horwitz et al., 2016). En esta tercera edición del DSM en la que

se produce un giro en la forma de conceptualizar los trastornos considerando fundamentalmente la descripción y manteniéndose al margen de las explicaciones teóricas y etiológicas de los trastornos (Gaines, 1992; Tsou, 2011). En este sentido, el TDM tuvo como ejes fundamentales el estado de ánimo deprimido y la anhedonia acompañado por lo menos de cuatro síntomas como, por ejemplo, insomnio o hipersomnia, cambios en el peso corporal, o disminución del apetito, agitación o retraso psicomotor, disminución del deseo sexual, disminución de la energía o fatiga, dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad y autorreproches, pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida (American Psychiatric Association, 1980; Horwitz et al., 2016) .

En la actualidad, en el DSM-5 el TDM aparece descrito de la siguiente manera: El criterio A indica la presencia de al menos 5 síntomas en los que por lo menos uno es (a) estado de ánimo deprimido la mayor parte del día casi todos los días o (b) pérdida de interés o de placer en casi todas las actividades la mayor parte del día casi todos los días. Los cuatro restantes pueden ser (1) pérdida importante o incremento de peso, (2) insomnio o hipersomnia, (3) agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía casi todos los días, (4) sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, (5) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días y (6) pensamientos de muerte recurrentes. Estos síntomas deben estar presentes, por lo menos, durante dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo. La principal diferencia con la descripción previa propuesta en el DSM- IVR radica en la incorporación en el DSM-5 del especificador “con malestar ansioso”, que permite contemplar la combinación ansioso-depresivo. Es posible que tenga la finalidad de reemplazar la conceptualización del

Trastorno mixto ansioso-depresivo, que en la versión anterior se encuadraba dentro de los Trastornos de ansiedad no especificados (Rodríguez-Testal et al., 2014).

En síntesis, según Horwitz et al. (2016), la depresión ha sido caracterizada, desde la Grecia antigua hasta la actualidad por síntomas asociados a la tristeza, la pérdida de la capacidad de experimentar placer, la abulia, los sentimientos de vacío y profunda desesperanza; asociados a otro grupo de síntomas como la irritabilidad, la disminución o aumento de apetito, las dificultades para conciliar y mantener el sueño, así como la hipersomnía, entre otros. No obstante, el diagnóstico de la depresión debe tener presente el contexto de la situación en la que se encuentra la persona, ya que los síntomas deben ser desproporcionados a la duración o gravedad de la situación en el que surgieron (Horwitz et al., 2016)

6.4 Evaluación

En este apartado se describirán brevemente algunas de las técnicas de autoinforme para adultos más utilizadas en la actualidad para evaluar sintomatología correspondiente a TDM.

6.4.1 The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

La *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* fue diseñada para ser utilizada en estudios epidemiológicos de sintomatología depresiva. Se trata una escala de autoinforme que permite evaluar la frecuencia de sintomatología depresiva en la semana anterior en población general adulta. Cuenta con 20 ítems con escala de respuesta de tipo Likert de 0 a 3 que indica frecuencia de sintomatología. La escala comprende cuatro

factores estos son: (1) Afecto deprimido (e.g. *Me sentí triste*), (2) Afecto Positivo (e.g. *Me siento esperanzado respecto al futuro*). (3) Actividad somática (e.g. No tuve ganas de comer, mi apetito fue pobre.) (4) Interpersonal (e.g. *Siento que no le gusto a la gente.*) (Sawyer Radloff, 1975). En 1994 se realizó una versión breve de la CES-D compuesta por sólo 10 ítems. La CES 10 se comporta como unifactorial contando con dos ítems de codificación revertida (e.g. *Estuve feliz.*) (Gonzalez et al., 2017).

6.4.2 Beck Depression Inventory II

El *Beck Depresión Inventory II* (BDI-II) (Beck et al., 1996) se compone de 21 preguntas que evalúan los distintos síntomas de la depresión: (a) tristeza, (b) pesimismo, (c) sensación de fracaso, (d) pérdida de placer, (e) sentimientos de culpa, (f) sentimientos de castigo, (g) autodesprecio, (h) autocrítica, (i) pensamientos o deseos suicidas, (j) llanto, (k) agitación, (l) pérdida de interés, (m) indecisión, (n) inutilidad, (o) pérdida de energía, (p) cambios en el patrón de sueño, (q) irritabilidad, (r) cambios en el apetito, (s) dificultad de concentración, (t) cansancio o fatiga y (u) pérdida de interés en el sexo. Tanto los aumentos como las disminuciones en el apetito se evalúan en el mismo ítem, al igual que el caso de la hipersomnia y la hiposomnia. Los ítems refieren a la presencia de esta sintomatología durante el plazo de las últimas dos semanas. Tomando como ejemplo el ítem irritabilidad se puntúa siguiendo el criterio que se presenta a continuación: cada síntoma presenta cuatro declaraciones con respecto a la gravedad clasificada en una escala de cero (e.g. *No estoy más irritable de lo habitual*) a tres (e.g. *Estoy irritable todo el tiempo*).

6.4.3 *The Hamilton Depression Scale (HAMD) (Hamilton, 1960)*

A principio de la década del '60 se diseñó la Escala de Depresión de Hamilton compuesta inicialmente por 17 ítems (e.g. *Estado de ánimo deprimido, actitud sombría, pesimismo acerca del futuro, sentimientos de tristeza, tendencia a llorar*) cuyo anclaje de respuesta va desde 1 para síntomas leves a 4 para síntoma graves. Esta escala fue ampliamente utilizada en distintos países y traducida a distintos idiomas (Hamilton, 1960). Posteriormente, se presentó una versión breve de 6 ítems la cual presentó propiedades psicométricas aceptables

6.4.4 *Mongomery- Asberg Depression Rating Scale*

Es una escala heteroaplicada diseñada con el fin de evaluar la intensidad de los síntomas depresivos en adultos. Se compone de 10 ítems relativos a diez síntomas de depresión (e.g. Representa un estado de ánimo depresivo que se siente, sin tener en cuenta si se refleja en la apariencia o no. Incluye tristeza, abatimiento o el sentimiento de que no hay esperanza y nada ni nadie puede ayudarle. Evalúe de acuerdo con la intensidad, la duración y la medida en que el estado de ánimo se ve influido por los acontecimientos). Cada uno de estos ítems se califican mediante una escala tipo Likert con siete puntos de respuesta que reflejan la gravedad de la sintomatología depresiva (0= ausencia del síntoma; 6=máximo nivel de gravedad del síntoma). Sumando las puntuaciones parciales de cada ítem se obtiene la puntuación global de la escala que oscila entre cero puntos (ausencia de depresión) y sesenta puntos (máximo nivel de depresión). Se considera que una puntuación inferior a diez puntos indica ausencia de trastorno depresivo (Montgomery & Asberg, 1979).

Patient Health Questionnaire PQH-9/Cuestionario de Salud del Paciente

El Cuestionario de Salud del Paciente-9 (*Patient Health Questionnaire-9*) es una breve medida de autoinforme que evalúa presencia y gravedad de sintomatología depresiva, compuesta de sólo 9 ítems (*e.g. Escaso interés o placer en hacer cosas*). Las respuestas se organizan mediante una escala Likert de 4 puntos desde 0=No, en absoluto y 3= Casi todos los días (Kroenke et al., 2010).

6.4.5 Utilización del Cuestionario de Salud del Paciente-9

Desde su formulación, el Cuestionario de Salud del Paciente-9 ha sido utilizado en distintos países como Alemania (Hinz et al., 2016), Arabia Saudita (Abdelwahid & Al-shahrani, 2011; Al-qadhi et al., 2014), Argentina (Urtasun et al., 2019), Australia (Arnold et al., 2019; Carey et al., 2016), Brasil (Chagas et al., 2013; De Lima Osório et al., 2009), Camerún (Pence et al., 2013), Chile (Tomas Baader et al., 2012), China (Xiong et al., 2015), Corea (Han et al., 2008), Chipre (Karekla et al., 2012), España (Diez Quevedo et al., 2001; González-Blanch et al., 2018; Ros Montalbán et al., 2010), Estados Unidos (Granillo, 2012; Kroenke et al., 2016; S. Liu et al., 2011; Merz et al., 2011), India (Kochar et al., 2007), Inglaterra (Boothroyd et al., 2019) Kenia (Omoró et al., 2006), Japón (Doi et al., 2018), Kenia (Omoró et al., 2006), Líbano (Sawaya et al., 2016), Malasia (Azah, Shah, Juwita, Bahri, & Rushidi, W. M. Jamil, 2005), México (Familiar et al., 2015) Nepal (Kohrt et al., 2016), Nigeria (Adewuya et al., 2006), Perú (Zhong et al., 2014), Portugal (Monteiro et al., 2013), Reino Unido (Gilbody et al., 2007), Sudáfrica (Cholera et al., 2014), Taiwán (Liu, Yeh, Huang, Sun, & Tjung, 2011). Y en distintas poblaciones: población con diagnóstico de depresión (Tomas Baader et al., 2012), adultos mayores (Bélanger et al., 2019; Han et al., 2008), pacientes con

distintas afecciones (trastornos inmunológicos, cáncer, hipertensión arterial, trastornos endocrino-metabólicos, dificultades en la locomoción, trastornos genito-uritarios, enfermedades infecciosas y respiratorias entre otros) (Diez Quevedo et al., 2001; Kroenke et al., 2016; Omoro et al., 2006), personas con epilepsia (Rathore et al., 2015), personas con enfermedad de Parkinson (Chagas et al., 2013), personas en proceso de hemodiálisis (Chilcot et al., 2018; Watnick et al., 2005), personas con VIH (Cholera et al., 2014; Pence et al., 2013) personas inmigrantes (Carta et al., 2016; Liu et al., 2011), mujeres embarazadas (Sidebottom et al., 2012), personas con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (Arnold et al., 2019) estudiantes universitarios (Adewuya et al., 2006; Karekla et al., 2012; Monteiro et al., 2013).

A continuación, en la Tabla 3, se presenta un cuadro con un resumen de estudios y principales hallazgos por país.

Tabla 3.

Aplicaciones y Principales Índices de Ajuste del Cuestionario de Salud del Paciente-9 en Distintos Países y Poblaciones

Autores	Año	País	Muestra	N	CFI	RMSEA
Arnold et al,	2019	Australia	Personas con diagnóstico de Trastorno del espectro autista	345	0.98	0.07
Belanger et al.	2019	EEUU	Adultos mayores	1 734	0.96	0.05

Boothroyd et al.	2019	Inglaterra	Personas que consultaron servicios de atención primaria	11951	0.98	0.08
Patel et al.	2019	EEUU	Adultos	31,366	0.98	0.034
Doi et al.	2018	Japón	Personas con diagnósticos de trastornos psiquiátricos	371	0.98	0.058
Doi et al.	2018	Japón	Adultos sin diagnóstico psiquiátrico	2459	0.98	0.074
Gonzalez-Blanch et al.	2018	España	Pacientes consultantes de centros médicos de atención primaria	228	0.95	0.058
Hinz et al.	2016	Alemania	Pacientes con cáncer	3592	0.95	0.074
Familiar et al.	2015	México	Mujeres docentes	55555	0.98	70
Elhai et al.	2012	EEUU	Soldados	2615	0.96	0.05
Granillo	2012	EEUU	Mujeres estudiantes	17806	0.99	0.071
Merz et al.	2011	EE. UU	Mujeres Hispano-americanas	479	0.95	0.037

Crane et al.	2010	EE. UU	Pacientes con HIV	1917	0.98	0.070
Williams et al.	2009	EE. UU	Personas con lesión medular	202	.98	.060

Notas: CFI= Índice de Ajuste Comparado; RMSEA= Error cuadrático medio de aproximación

Como puede observarse a partir de la revisión presentada, el Cuestionario de Salud del Paciente-9 fue utilizado en una gran cantidad de países y en diversas poblaciones. De acuerdo a la literatura, se han presentado una solución unifactorial (Bélanger et al., 2019; Familiar et al., 2015; Huang et al., 2006; Merz et al., 2011), dos soluciones de dos factores: la primera compuesta por 6 ítems que conforman el factor cognitivo-afectivos (ítems: 1,2,6,7,9) y 3 ítems que pertenecen al factor somático (ítems 3,4,5) (Boothroyd et al., 2019; Granillo, 2012; Patel et al., 2019; Zhong et al., 2014), la segunda solución de dos factores se presenta compuesta por 4 ítems no somáticos (ítems 1,2,6,9) y 5 ítems somáticos (3,4,5,7,8) (Elhai et al., 2012; Hinz et al., 2016). Por último, se presenta una solución Bifactorial (Arnold et al., 2019; Doi et al., 2018). A este respecto se destaca que según un estudio de revisión reciente el 57.6% de los estudios indican una solución unifactorial (Lamela et al., 2020).

6.5 Conclusiones del Capítulo

En el presente capítulo se propuso un breve recorrido histórico sobre la evolución de las conceptualizaciones del TDM y TEPT. Para luego describir las definiciones de TEPT y el TDM siguiendo las propuestas del DSM-5 y la CIE-11. Se consideraron las principales escalas utilizadas para la evaluación de estos trastornos, arribando a la conclusión de la importancia de tener en cuenta y diferenciar, mediante la evaluación, el TEPT y el TEPTC

como trastornos con características propias. La evaluación del TEPTC es fundamental en el marco de este trabajo, ya que este trastorno se relaciona con la cronicidad de la exposición al estresor, situación muy frecuente en los casos de MI. Se destaca que ciertos estudios se concentraron específicamente en la evaluación de TEPT y TEPTC en adultos que sufrieron MI (Knefel et al., 2020). En el contexto local, según la revisión bibliográfica realizada al momento, no se encontraron antecedentes de adaptación y validación en Argentina del Cuestionario Internacional de Trauma; motivo por el cual se procederá a realizar la adaptación del cuestionario y se presentarán sus propiedades psicométricas, comparando los grados de ajuste de los distintos modelos propuestos en la literatura, en el contexto de este trabajo.

En cuanto a la evaluación de TDM, si bien la escala más frecuentemente utilizada y popular en es el *Beck Depression Inventory-II*, se desataca la utilidad del *Patient Health Questionnaire-9*, que permite la evaluación de síntomas de TDM en un formato breve, tan solo nueve ítems, lo que permite tanto realizar un diagnóstico rápido en el ámbito clínico como constituir una herramienta de gran utilidad para el desarrollo científico académico. En el contexto local se cuenta con la adaptación de la PQH-9 realizada por Urtasun y su equipo (Urtasun et al., 2019). Sin embargo, dado que en el artículo publicado no se presenta la estructura factorial del cuestionario, en el marco de este trabajo se realizará un análisis factorial confirmatorio comparando las distintas estructuras propuestas en la literatura y se presentarán sus propiedades psicométricas.

7 MÉTODO

7.1 Objetivo General

Determinar si existen relaciones entre el maltrato en la infancia, los síntomas de TDM, TEPT y TEPTC en la vida adulta evaluando el papel del Apoyo Social Percibido y la Centralidad de los Eventos Traumáticos en adultos de las 23 provincias argentinas y el distrito federal (CABA).

7.1.1 *Objetivos Específicos*

1. Adaptar y presentar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia, la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido y el Cuestionario Internacional de Trauma en adultos argentinos.
2. Presentar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud del Paciente- 9.
3. Describir si el MI Acumulativo y cada uno de los tipos de MI se relacionan con el Apoyo Social Percibido Total y en sus tres fuentes (familia, amigos y otros significativos).
4. Determinar si el MI Acumulativo y cada uno de sus tipos (maltrato físico-emocional, Abuso Sexual, exposición a la violencia hacia la madre, Negligencia Emocional y Negligencia Física), la Centralidad de los Eventos Traumáticos y el Apoyo Social Percibido Total y en cada una de fuentes (familia, amigos y otros significativos) se relacionan con los síntomas de TDM, TEPT y TEPTC.
5. Conocer si el MI Acumulativo, y en cada uno de sus tipos explica la disminución del Apoyo Social Percibido Total y en cada una de sus fuentes.

6. Identificar si el MI, la Centralidad de los Eventos Traumáticos y el Apoyo Social Percibido explican el desarrollo de síntomas de TDM.
7. Estudiar la medida en la que el MI, la Centralidad de los Eventos Traumáticos y el Apoyo Social Percibido predicen el desarrollo de síntomas de TEPT.
8. Establecer si el MI, la Centralidad de los Eventos Traumáticos y el Apoyo Social Percibido explican el desarrollo de síntomas de TEPTC.

7.2 Hipótesis de Investigación

1. El MI Acumulativo, en cada uno de sus tipos, se relaciona de forma negativa con el Apoyo Social Percibido Total en sus tres fuentes.
2. El MI Acumulativo, una alta Centralidad de los Eventos Traumáticos y un bajo Apoyo Social Percibido de la fuente familia y otros significativos se relacionan con los síntomas de TDM, TEPT y TEPTC.
3. El MI Acumulativo, la Negligencia Emocional, la Negligencia Física y el maltrato emocional- físico explican parcialmente la disminución del Apoyo Social Percibido Total, en la fuente familia y en la fuente amigos.
4. El MI Acumulativo, el maltrato emocional- físico, la Negligencia Emocional y física, una alta Centralidad de los Eventos Traumáticos y un bajo Apoyo Social Percibido Total y familiar explican parcialmente el desarrollo de síntomas de TDM.
5. El MI Acumulativo, el Abuso Sexual, el Maltrato Emocional Físico, una alta Centralidad de los Eventos Traumáticos y un bajo Apoyo Social Percibido Total y familiar predicen parcialmente el desarrollo de síntomas de TEPT

6. El MI Acumulativo, el Abuso Sexual en la infancia, el maltrato emocional- físico y la Negligencia Física en la infancia una alta Centralidad de los Eventos Traumáticos y un bajo Apoyo Social Percibido Total y familiar explicarían parcialmente el desarrollo de síntomas de TEPTC.

7.3 Diseño de Investigación

Se trata de un estudio descriptivo- correlacional de corte transversal con un abordaje cuantitativo (Montero & León, 2007).

7.4 Técnicas de Recolección de Datos

Se utilizaron herramientas con formato autorreporte que fueron adaptadas al contexto local en el marco de este trabajo. En el caso de la Escala de Centralidad de los Eventos Breve, se utilizó la versión adaptada y validada al contexto local (Simkin et al., 2017). Se destaca que, al presentar esta escala, se refirió a la experiencia de MI como el evento acerca del que se indaga.

7.4.1 Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia

Todos los Ítems del Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia se refieren a los primeros 18 años de vida del sujeto que responde. El Maltrato Emocional y Físico se define con cuatro preguntas de la *Conflict Tactics Scale (CTS)* (e.g. *¿Con qué frecuencia uno de tus padres, padrastros o adulto que te cuidaba te empujó, te zamarreó, te dio un cachetazo o te tiró algo?*) cuya puntuación se realiza mediante una escala Likert de cinco puntos desde “nunca” a “realmente muy frecuentemente”. El Abuso Sexual se evalúa

mediante cuatro ítems extraídos de la escala Wyatt, (e.g. *¿Con qué frecuencia uno de tus padres, padrastros o adulto tocaba o acariciaba tu cuerpo de una manera sexual?*) en la escala original la respuesta es sí o no. Sin embargo, en esta adaptación se responde mediante una escala Likert igual a la presentada para la dimensión anterior. La Violencia hacia la Madre en la Pareja se evalúa con 4 ítems (e.g. *¿Con qué frecuencia tu padre, padrastro o el novio de tu madre empujó mordió, golpeó con el puño o con un objeto contundente a tu madre?*). Por su parte, Las Disfunciones en el Hogar se evalúan mediante 5 ítems (e.g. *¿Durante tu infancia viviste con una persona alcohólica?*). La Negligencia Emocional y Física se evalúan mediante 5 ítems cada una (e.g. *Alguien en mi familia me ayudó a sentirme importante o especial; e.g. No tuve lo suficiente para comer*) extraídos del Childhood Trauma Questionnaire- Short Form (CTQ-SF). Se evalúa mediante 5 puntos de respuesta desde “Nunca ocurrió” a “Ocurrió Frecuentemente”. Este cuestionario fue adaptado al contexto local en el marco de este trabajo.

7.4.2 Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido

Desarrollado por Zimet y otros (2010) es una medida de autoinforme de 12 ítems que evalúa la percepción de apoyo social en sus distintas fuentes (es decir, familia, amigos y otras personas significativas). Los ítems se califican mediante una escala Likert de 1 (muy en desacuerdo) a 7 (muy de acuerdo). Las tres subescalas pueden ser computadas individualmente, es decir, apoyo de la familia (e.g. *Recibo la ayuda emocional y el apoyo que necesito de mi familia*), amigos (e.g. *Mis amigos realmente tratan de ayudarme*) y Otros significativos (e.g. *Hay una persona especial con quien puedo compartir alegrías y tristezas*) (Zimet, Dahlem, Zimet, Gordon, & Farley, 2010). Esta escala fue adaptada y validada al contexto local en el marco de este estudio.

7.4.3 Escala abreviada de la Centralidad de los Eventos

La Escala Abreviada de la Centralidad de los Eventos es un cuestionario autoadministrable conformado por 7 ítems que evalúa la medida en que los eventos traumáticos se consideran aspectos centrales en la identidad del individuo (e.g. Siento que este evento se ha transformado en parte de mi identidad). Los ítems presentan un formato de respuesta tipo Likert con cinco anclajes de respuesta en función del grado de acuerdo de los participantes que oscilan entre 1 (Completamente en desacuerdo) y 5 (Totalmente de acuerdo). Para el presente estudio se empleará la adaptación local (Simkin et al., 2017), autorizada por los autores originales Dorthe Berntsen y David C. Rubin, que sigue los estándares metodológicos internacionales sugeridos por la International Test Commission (ITC) para la adaptación adecuada de un instrumento de un contexto idiomático a otro (Muñiz, Elosua, & Hambleton, 2013; Muñiz & Hambleton, 2000). La consistencia interna a partir del estadístico Alpha de Cronbach, arrojó resultados aceptables ($\alpha = .95$) (Simkin et al., 2017). En este estudio, la consistencia interna indicó un resultado similar a la validación argentina ($\alpha = .91$).

7.4.4 Cuestionario Internacional de Trauma

Basado en el CIE-11 y formulado por Cloitre y otros (2009, 2018), el Cuestionario Internacional de Trauma se compone por 12 ítems compatibles al diagnóstico de TEPT (6 ítems) y al TEPT complejo- TEPTC- (6 ítems) propuesto por la CIE-11. La subescala de TEPT se compone por 3 dimensiones (1) Reexperimentación 2 ítems (e.g. *¿Ha experimentado recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma involuntaria?*). (2) Evitación conductual/cognitiva, 2 ítems (e.g. *¿Ha evitado personas,*

lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?), (3) Sensación de amenaza- hiperactivación 2 Ítems (e.g. *¿Ha estado hiperalerta, hipervigilante o “en guardia”?*) La subescala TEPTC se compone por tres dimensiones (1) Desregulación Afectiva (e.g. *Cuando estoy enojado me ha tomado mucho tiempo calmarme*) (2) Autoconcepto Negativo (e.g. *Me siento Inútil.*) (3) Problemas en las relaciones (e.g. *Me resulta difícil sentirme emocionalmente cerca de otras personas.*). Estos grupos de síntomas componen el constructo de Problemas en la auto organización, clave en diagnóstico de TEPTC. El instrumento comprende además seis ítems para valorar el grado de afectación o disfuncionalidad relacionado con el suceso traumático. La escala fue adaptada y validada al contexto local en el marco de esta tesis doctoral

7.4.5 Cuestionario de Salud del Paciente-9

El Cuestionario de Salud del Paciente es una breve medida de autoinforme, que evalúa presencia y gravedad de sintomatología depresiva, compuesta de sólo 9 ítems (e.g. *Escaso interés o placer en hacer cosas*). Las respuestas se organizan mediante una escala Likert de 4 puntos desde 0=No, en absoluto y 3= Casi todos los días (Kroenke et al., 2010). La escala fue adaptada y validada al contexto local en el marco de esta investigación.

7.4.6 Cuestionario de datos sociodemográficos

Se incluirá un cuestionario sociodemográfico diseñado ad hoc considerando edad y sexo.

7.5 Participantes

La muestra fue de tipo intencional, compuesta por 4582 participantes de la República Argentina. Todos los participantes con edades de entre 18 y 72 años ($M = 39$; $45 DE = 12,371$) y de ambos sexos (Femenino= 67.9% Masculino=32.1%).

Tabla 4.
Análisis Descriptivos por Provincias

Provincia	N	Edad	ME	DE	Sexo
Buenos Aires	200	18-70	43.7	12.91	Femenino 97 (47%) Masculino 103 (53%)
CABA	200	18-72	47.6	13.67	Femenino 113 (56.5%) Masculino 87(43.5%)
Catamarca	184	18-68	37.1	11.82	Femenino 139 (75.5%) Masculino 45 (24.5%)
Chaco	200	17-72	38.8	12.18	Femenino 136 (68%) Masculino 64 (32%)
Chubut	185	18-72	37.2	12.26	Femenino 127 (68.6%) Masculino 58 (31.4%)
Córdoba	200	18-72	45.2	12.70	Femenino 111 (55.5%) Masculino 89 (45.5%)
Corrientes	200	18-71	39.4	12.37	Femenino 134 (67%) Masculino 66 (33%)
Entre Ríos	200	18-69	41.9	12.44	Femenino 133 (66.5%) Masculino 67 (33.5%)
Formosa	170	18-69	41,9	12.44	Femenino 136 (80%) Masculino 34 (20%)
Jujuy	200	18-72	37.9	11.84	Femenino 140 (30%) Masculino 60 (30%)

La Pampa	185	18-72	40.8	12.35	Femenino 145 (84%) Masculino 40 (21.6%)
La Rioja	168	18-71	37.8	11.20	Femenino 131 (78%) Masculino 37 (22%)
Mendoza	200	18-71	40.3	12.91	Femenino 127 (63.5%) Masculino 73 (36.5%)
Misiones	200	18-71	35.4	10.86	Femenino 135 (67.5%) Masculino 65 (32.5%)
Neuquén	200	18-67	38.0	11.95	Femenino 146 (73%) Masculino 54 (27%)
Río Negro	200	18-72	39.3	12.38	Femenino 130 (65%) Masculino 70 (35%)
Salta	200	18-67	36.7	11.34	Femenino 131 (65.5%) Masculino 69 (34.5%)
San Juan	180	18-71	38.3	13.45	Femenino 142 (78.9%) Masculino 38 (21.1%)
San Luis	177	18-67	37.6	11.14	Femenino 122 (68.9%) Masculino 55 (31.1%)
Santa Cruz	186	18-71	38.8	13.45	Femenino 144 (77.4%) Masculino 42 (22.6%)
Santa Fe	200	19-70	42.5	11.40	Femenino 116 (58%) Masculino 84 (42%)
Santiago del Estero	179	18-72	37.6	11.99	Femenino 123 (68.7%) Masculino 56 (31.3%)

Tierra del Fuego	179	18-72	37.6	11.99	Femenino 132 (78.1%) Masculino 37 (21.9%)
Tucumán	200	18-71	38.7	12.70	Femenino 123 (61.5%) Masculino 77 (38.5%)

7.6 Procedimiento

La recolección de datos se realizó a través de redes sociales como Facebook e Instagram. Se eligió este medio atendiendo al interés de que los participantes residan en todo el país, la imposibilidad de viajar a realizar las tomas necesarias debido a cuestiones económicas y a la pandemia por COVID-19. Respecto al uso de smartphones en investigación social, se supone más efectivas que las encuestas telefónicas ya que actualmente es habitual que en los hogares se cuente con uno o más teléfonos celulares que con teléfonos de línea. Asimismo, en relación a su efectividad, no presentarían diferencias mayores con un abordaje de encuesta en la vía pública, ya que la persona puede, de la misma manera, negarse a participar simplemente pasando por alto el enlace (Osorio, 2017). El cuestionario se presentó con título “Experiencias Adversas en la Infancia” sin hacer mención directa al MI en ninguno de sus tipos tal como fue presentado en otros países (Finkelhor et al., 2015; Schilling et al., 2007; Vega-arce & Nu, 2017) y similar a la propuesta de Bringiotti y otros (2015).

El cuestionario, al inicio, incluía un breve consentimiento informado y el correo electrónico de la doctoranda a fin de quien lo deseara pudiera contactarse en caso de tener dudas acerca de la investigación o interés en los resultados. Los participantes fueron invitados a responder el cuestionario de forma voluntaria, solicitándoles su consentimiento informado. Previamente a iniciar la toma del instrumento, se les hizo constar que los datos derivados de esta investigación se utilizarán con fines exclusivamente científicos bajo la Ley Nacional 25.326 de protección de los datos personales.

7.7 Análisis de Datos

Se emplearon medidas estadísticas descriptivas y modelos multivariantes. Para tales fines se trabajó con estadística descriptiva e inferencial a través del software estadístico Lisrel 8.0 y el SPSS 25.

Para la utilización de cada uno de los instrumentos se solicitó permiso a sus autores originales. En el caso de la Escala de Experiencias Adversas en la Infancia, en primer lugar, se contó con el aval de Shanta Dube, una de las autoras originales. En el caso de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido, en segundo lugar, se contó con la anuencia de Gregory Zimmet quien facilitó material de la escala. Finalmente, en los casos del Cuestionario Internacional de Trauma y el Cuestionario de Salud del Paciente, en tercer y cuarto lugar, se produjo la comunicación vía correo electrónico con los autores originales para solicitar el permiso de uso de los cuestionarios. Los autores indicaron que las versiones de los cuestionarios se encontraban disponibles online para quien desee utilizarlos.

Para la adaptación al contexto local, de cada una de las escalas, se realizó una retrotraducción al español de los ítems que la componen. Fue prioritario en la traducción, mantener el sentido conceptual de cada término, con el objetivo de que el sentido de los ítems coincida con la versión original de cada escala. Así, en la traducción se consideró la conceptualización teórica de cada una de las dimensiones de cada escala, para luego traducir los ítems cuidando especialmente el sentido de cada uno de ellos. Posteriormente se buscaron dos traductores que no estuvieran familiarizados con las escalas con el objetivo de que realizaran una traducción de nuevo al idioma original. Posteriormente, se comparó la versión original en inglés de con su retrotraducción, concluyendo que la nueva versión conserva el contenido original de los ítems en cada uno de los casos.

Posteriormente, se llevaron a cabo análisis descriptivos de los ítems de cada escala utilizando el paquete estadístico SPSS 25. Considerando en el caso de cada una de las escalas la Media, el Desvío Estándar, la Correlación Ítem total y el Alpha de Cronbach si se elimina el elemento.

Para los análisis de consistencia interna de cada una de las dimensiones de las escalas se evaluaron los coeficientes Alpha de Cronbach y Omega de McDonald (Hair et al., 2006; José Luis Ventura León & Caycho Rodriguez, 2017). A este respecto, valores aceptables de Alpha de Cronbach son aquellos iguales o superiores a .70 (Viladrich et al., 2017), mientras que valores aceptables de Omega de McDonald se consideran aquellos que son iguales o superiores a .65 (Ventura León & Caycho Rodriguez, 2017).

Luego, con el objetivo de evaluar las propiedades psicométricas de los instrumentos sin validación previa en el contexto local, se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio

(AFC), a través de una estimación Robusta de Máxima Verosimilitud (MLR) considerándose los índices de bondad de ajuste χ^2 , IFI, (Incremental Fit Index), NNFI (Non-Normed Fit Index), CFI (Comparative fit index) y RMSEA (Root-Mean-Square Error of Approximation) SRMR(Standarized Root Mean Squared Residual) (Holgado-Tello et al., 2009). A este respecto se destaca que valores de IFI, NNFI, y CFI $\geq .90$ son considerados como adecuados (Morata- Ramirez et al., 2015). En el caso del RMSEA valores $\leq .05$ son indicadores de buen ajuste, mientras que valores $\leq .08$ son indicadores de un ajuste adecuado, valores $\leq .1$ se consideran mediocres y $\geq .1$ se consideran inaceptables (Lai & Green, 2016; MacCallum et al., 1996). En cuanto al SRMR valores $\leq .08$ son considerados valores adecuados. Sin embargo, puntajes de entre $.08 \geq .1$ son considerados aceptables; mientras que, valores $\geq .1$ son inaceptables (Hu & Bentler, 1999; Iacobucci, 2010; Piumatti, 2017; Schermelleh-Engel et al., 2003).

Con el fin de conocer las relaciones entre las variables, se llevó a cabo un análisis correlacional bivariado. Cabe aclarar que se consideran correlaciones nulas aquellas cuyos valores se presentan entre 0 y .1, bajas aquellas cuyos puntajes oscilan entre .1 y .3, son moderadas las que adquieren valores entre .3 y .5 y fuertes a las que presentan valores entre .5 y 1 (Hernandez Lalinde et al., 2018). Se destaca que, si bien se presentaron en la tabla 20 todos los resultados obtenidos en el análisis de correlación, no se tomarán en cuenta correlaciones tendientes a nulas como es el caso de las que se encuentran en valores -0.1 a 0.1 (Cohen, 1988; Hernandez Lalinde et al., 2018). Así, se informarán las correlaciones que superan ese valor.

Finalmente, se realizó un análisis de regresión lineal por cada una de las variables dependientes presentadas: Apoyo Social Percibido Total y en sus distintas fuentes,

Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno de Estrés Postraumático, Trastorno de Estrés Postraumático Complejo. Los parámetros se calcularon para todos los análisis mediante el método de mínimos cuadrados y utilizando el procedimiento secuencial de pasos hacia atrás. El análisis de los resultados, para todos los casos, comenzó por el examen de la bondad de ajuste global del modelo considerándose el R como el coeficiente de correlación entre las variables independientes y la dependiente, el R^2 o coeficiente de determinación como indicador del tamaño del efecto (Novales, 2010). Luego, se evaluó el cumplimiento de los supuestos de no autocorrelación a través del test de Durbin-Watson cuyos valores varían entre 0 y 4, asumiendo la independencia de los residuos al encontrarse entre los valores 1.5 y 2.5 (Xin & Xiao Gang, 2009). Por último, se presentaron los coeficientes de regresión a fin de observar el efecto de cada una de las variables independientes sobre la dependiente. El estadístico B permitió obtener información sobre la proporción en la que se espera varíe cada una de las variables dependientes en relación a cada variable independiente. El coeficiente Beta se utilizó con el objetivo de conocer la magnitud de participación de cada variable independiente en la predicción de la variabilidad de la dependiente permitiendo ponderar su importancia relativa en el modelo. La prueba t y su nivel de significación permitió conocer si el efecto de cada variable explicativa hacia la explicada era estadísticamente significativo ($p < .05$) (Freiberg Hoffmann & Fernández Liporace, 2015). Se consideraron como variables independientes para los modelos de regresión aquellas en las que la correlación tuviera un valor el $r \geq .25$ o $r \geq -.25$ según corresponda.

7.8 Aspectos éticos

Este trabajo se incluye en un proyecto de investigación aprobado por un comité de ética. Los participantes respondieron el cuestionario de forma voluntaria y, en todos los casos, se les solicitó su consentimiento informado en consonancia con los códigos de conducta ética que establece el Consejo Nacional de Investigación Científica y Técnica (CONICET) (Res. D N° 2857/06). Se les informó a los participantes que los datos derivados de esta investigación se utilizan con fines exclusivamente científicos bajo la Ley Nacional 25.326 de protección de los datos personales.

Se les indica que en caso de que lo crean necesario o que no quieran continuar, pueden dejar de completarlo en el acto. Complementariamente, se les ofrece un correo electrónico de contacto a fin de que puedan comunicarse con la doctoranda en caso de que deseen manifestarse en relación al instrumento o en caso de que necesiten asistencia psicológica. En este último caso, se propondría derivación a los distintos hospitales y centros de atención del país, como a grupos de apoyo para personas que sufrieron abuso en la infancia.

8 RESULTADOS

8.1 Adaptación y Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia

En primer lugar, se analizaron los estadísticos descriptivos de los 27 ítems que componen la escala. En la Tabla 5, se presentan la media, el desvío estándar, la correlación ítem total y el alfa si se elimina el elemento de cada uno de los 27 ítems que componen la escala.

Tabla 5.

Descriptivos por Ítem del cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia

Maltrato Emocional- Físico	M	DE	RjX	α -x
1. ¿Cuán frecuentemente uno de tus padres, padrastros o la persona que te cuidaba te insultaba o te humillaba?	3.11	1.553	.59	.68
2. ¿Cuán frecuentemente uno de tus padres, padrastros o personas que te cuidaban actuaron de forma que te hiciera temer por tu integridad física?	2.70	1.577	.61	.67
3. ¿Con qué frecuencia uno de tus padres, padrastros o adulto que te cuidaba te empujó, te zamarreó, te dio un cachetazo o te tiró algo?	3.03	1.454	.68	.68
¿Con qué frecuencia uno de tus padres, padrastros o adulto que te cuidaba te golpeó tan fuerte que te dejó marcas?	2.41	1.500	.63	.68
Abuso Sexual				
5. ¿Con qué frecuencia uno de tus padres, padrastros o adulto tocaba o acariciaba tu cuerpo de una manera sexual?	1.67	1.241	.80	.68
6. ¿Con qué frecuencia uno de tus padres, padrastros o adulto te hizo tocar su cuerpo de una manera sexual?	1.47	1.087	.71	.68
7. ¿Con qué frecuencia uno de tus padres, padrastros o adulto intentó tener cualquier interacción sexual con vos?	1.67	1.232	.81	.68

8. ¿Con qué frecuencia uno de tus padres, padrastros o adulto tuvo realmente algún tipo de relación sexual con vos? (Sexo oral, anal o vaginal)	1.36	.988	.57	.68
---	------	------	-----	-----

Violencia hacia la madre

9. ¿Con qué frecuencia tu padre, padrastro o el novio de tu madre empujó, golpeó o le lanzó algo a tu madre?	2.14	1.452	.78	.66
--	------	-------	-----	-----

10. ¿Con qué frecuencia tu padre, padrastro o el novio de tu madre empujó mordió, golpeó con el puño o con un objeto contundente a tu madre?	1.92	1.365	.85	.67
--	------	-------	-----	-----

11. ¿Con qué frecuencia tu padre, padrastro o el novio de tu madre la golpeó repetidamente por al menos unos minutos?	1.71	1.258	.77	.67
---	------	-------	-----	-----

12. ¿Con qué frecuencia presenciaste que tu padre, padrastro o el novio de tu madre la amenazara con un cuchillo o pistola, o usara algún arma para lastimarla?	1.44	.998	.44	.68
---	------	------	-----	-----

Disfunciones en el Hogar

13. ¿Durante tu infancia viviste con una persona alcohólica?	2.21	1.616	.31	.68
--	------	-------	-----	-----

14. ¿Durante tu infancia viviste con una persona que usaba drogas?	1.25	.816	.12	.69
--	------	------	-----	-----

15. ¿Alguien en tu hogar padecía una enfermedad mental o depresión?	2.17	1.477	.12	.70
---	------	-------	-----	-----

16. ¿Tus padres estuvieron algún tiempo separados o divorciados?	2.82	1.764	.11	.70
--	------	-------	-----	-----

17. ¿Tus padres estuvieron encarcelados?	1.15	.593	.66	.69
--	------	------	-----	-----

Negligencia Emocional

18. Alguien en mi familia me ayudó a sentirme importante o especial	3.06	1.496	.48	.70
---	------	-------	-----	-----

19. Me sentí amado	3.21	1.399	.60	.71
--------------------	------	-------	-----	-----

20. Las personas de mi familia se cuidan entre sí	3.33	1.349	.68	.70
---	------	-------	-----	-----

21. Las personas en mi familia son muy unidas entre sí	2.99	1.360	.70	.70
--	------	-------	-----	-----

22. Mi familia ha sido una fuente de fortaleza y apoyo	2.88	1.028	.67	.70
--	------	-------	-----	-----

Negligencia Física

23. No tuve lo suficiente para comer	2.29	1.395	.17	.69
24. Sabía que había alguien allí para cuidarme y protegerme	3.30	1.425	.54	.71
25. Mis padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidarme	1.28	.789	.31	.69
26. Tuve que usar ropa sucia	1.52	1.048	.25	.69
27. Había alguien que me llevaba al médico cuando lo necesitaba	4.02	1.309	.31	.72

Notas: M=Media, DE= Desvío Estándar; r_{jx} = Correlación ítem total; α_{-x} = Alfa de Cronbach si se elimina el elemento

De acuerdo a los datos que se informan en la tabla es posible dar cuenta de que los estadísticos descriptivos de los 27 ítems resultan adecuados para su análisis (Hair et al., 2010). Las correlaciones ítem-total permiten observar que los ítems aportan a la dimensión a la que pertenecen en los casos del MI Emocional Físico ($.59 < r < .63$), Abuso Sexual ($.57 < r < .81$), Violencia hacia la madre ($.44 < r < .85$), Negligencia Emocional ($.48 < r < .70$). Sin embargo, en el caso de Disfunciones en el Hogar ($.11 < r < .66$), ciertos ítems presentan una correlación débil como es el caso de los ítems 13, 14, 15, en todos los casos si se elimina el ítem los valores de Alpha de Cronbach mejorarían. Por su parte, los ítems de la dimensión de Negligencia Física presentan valores por debajo de lo esperado en la correlación ítem total ($.17 < r < .54$). Los ítems 23, 25, 26 y 27 presentan valores bajos en todos los casos, los resultados indican que al eliminar el ítem los valores de Alpha de Cronbach aumentarían.

Posteriormente, se procede a calcular las medidas de confiabilidad tales como el Alpha de Cronbach y el Omega de McDonald. Los resultados se presentan en la Tabla 6.

Tabla 6.
Confiabilidad del Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia.

Coeficientes	ω	α
EAIFE	.88	.87
EAIAS	.92	.92
EAIMM	.91	.91
EAIHF	.47	.44
EAIHE	.88	.87
EAINF	.64	.63
EAIH	.87	.83

Notas: EAIFE=Maltrato Emocional- Físico; EAIAS= Abuso Sexual; EAIMM=Violencia hacia la Madre; EAIHF=Disfunciones en el Hogar; EAIHE=Negligencia Emocional; EAINF=Negligencia Física; EAIH: MI Acumulativo

Las medidas de confiabilidad para el Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia presentan valores adecuados, tanto en el puntaje total como en cada una de las dimensiones a excepción de la dimensión Disfunciones en el Hogar que presenta valores de Alpha de Cronbach y Omega de McDonald bajos.

8.1.1 Análisis Factorial Confirmatorio del Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia (EAI)

Con el objetivo de evaluar las propiedades psicométricas de la EAI se llevó a cabo un AFC. Se compararon dos modelos, uno correspondiente a la escala completa (modelo 1) y otro a la escala sin la dimensión Disfunciones en el Hogar (modelo 2), ya que tanto el Alpha de Cronbach, el Omega de McDonald, como los parámetros estimados de este factor, resultaron bajos. En la tabla 7 se presentan los resultados obtenidos.

Tabla 7.

Modelo estructural del Cuestionario de Experiencias adversas en la Infancia

Modelo	Índices de Ajuste						Índices de Parsimonia	
	χ^2	IFI	NNFI	CFI	RMSEA	SRMR	CAIC Modelo	CAIC Independiente
Modelo 1	2786.59	.94	.93	.94	.073	.070	2450.59	37590.78
Modelo 2	2350.29	.94	.94	.95	.082	0.089	3577.22	37590.78

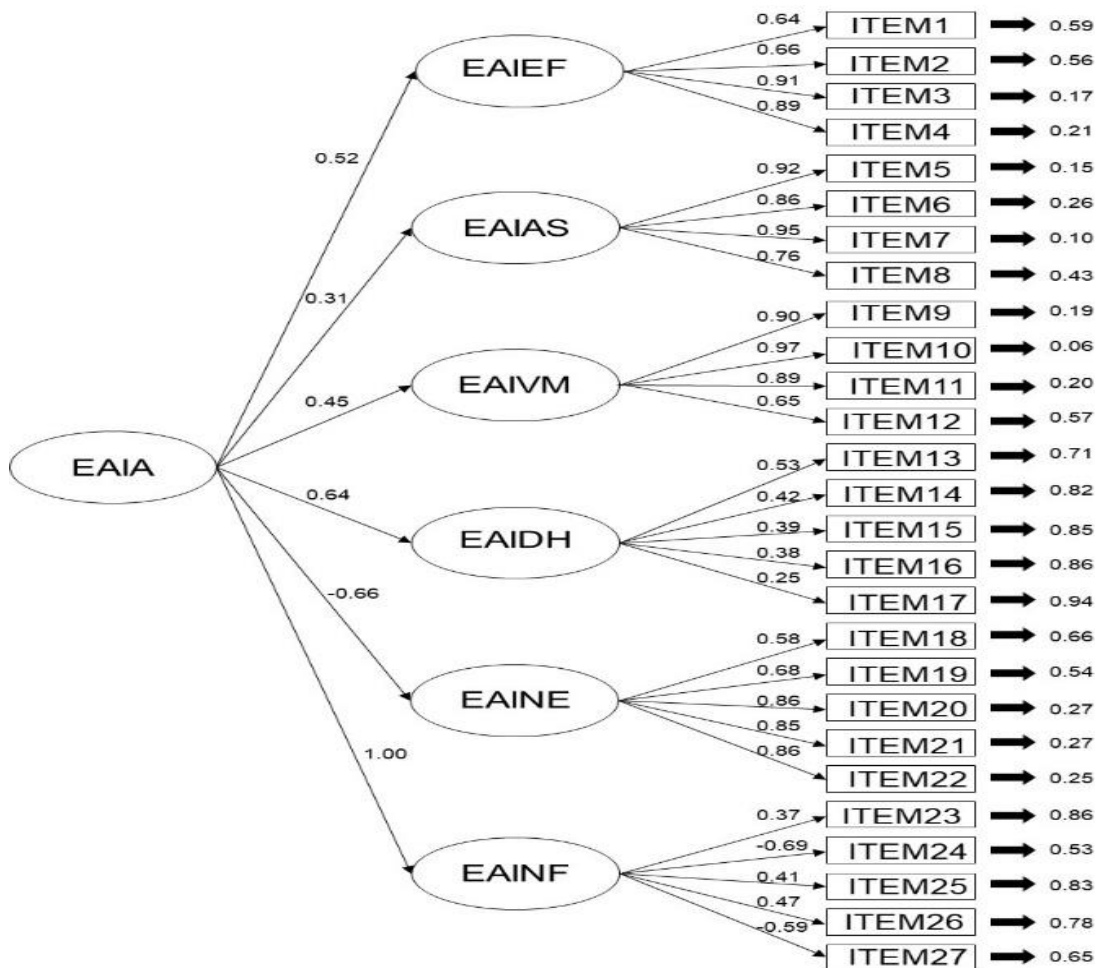
Nota. Se utilizó el modelado de ecuaciones estructurales para el análisis. IFI= Índice de Ajuste Incremental, NNFI= Índice de Ajuste No Normado, CFI= Índice de Ajuste Comparado RMSEA= Error cuadrático medio de aproximación

Se concluye que el modelo 1 resulta adecuado. Por su parte, el modelo 2 presenta un RMSEA ligeramente elevado sobre los valores recomendados. Sin embargo, el SRMR se encuentra dentro de los parámetros aceptables al igual que el NNFI, CFI. e IFI. Así también, con el fin de comparar los modelos, se consideraron los valores de CAIC independiente y CAIC modelo, tomando en cuenta que una mayor diferencia de valores entre estos es indicador de mejor ajuste del modelo (Freiberg Hoffmann & Liporace Fernández, 2016).

A continuación, se presentarán las dos figuras correspondientes a los dos modelos propuestos.

Figura 1.

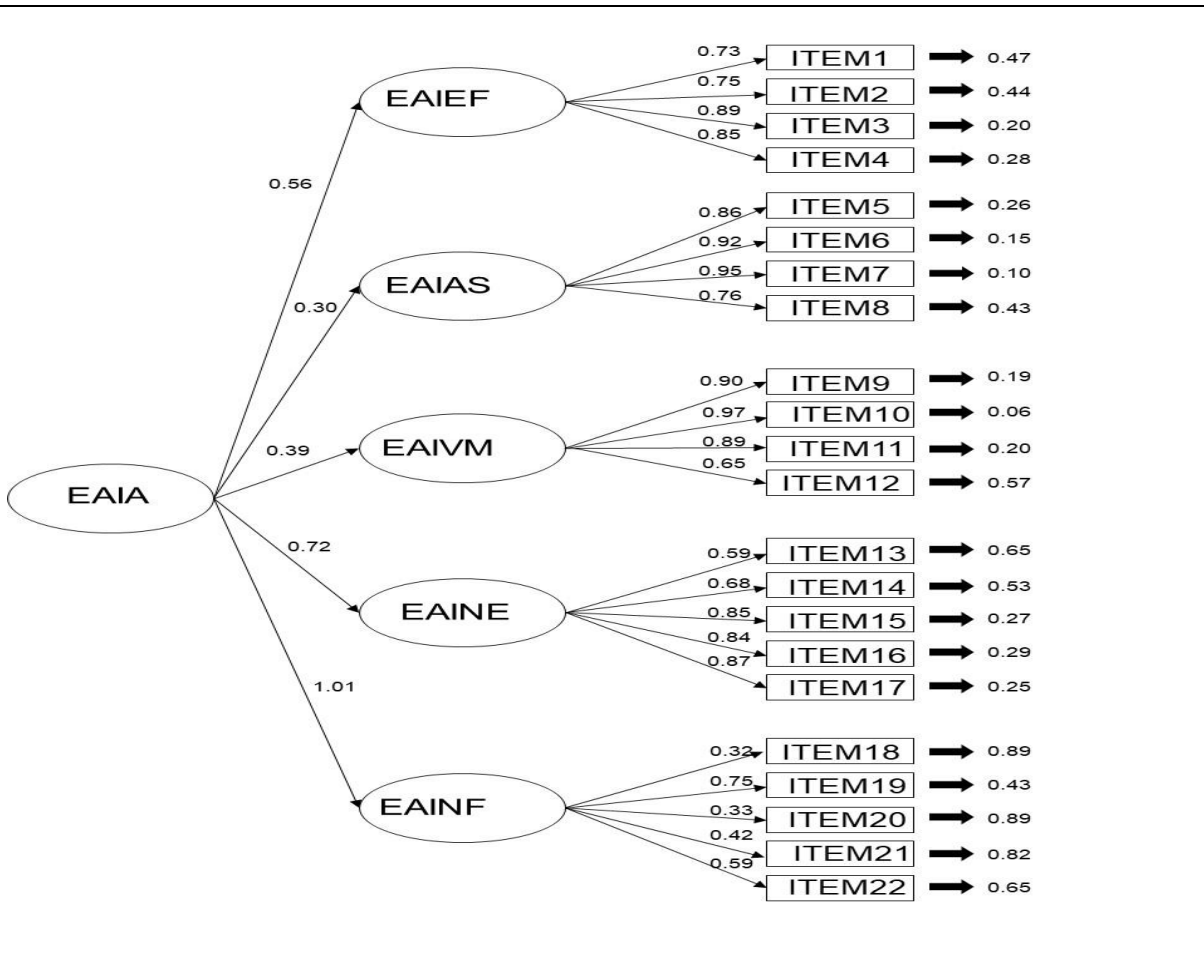
Modelo 1. Modelo de un Factor de Segundo Orden de la Escala de Experiencias Adversas en la Infancia



Notas: EAIEF=Maltrato Emocional- Físico; EAIAS= Abuso Sexual; EAIVM=Violencia hacia la madre. EAIDH=Disfunciones en el Hogar; EAINE= Negligencia Emocional; EAINF= Negligencia Física

Figura 2.

Modelo 2. Modelo de un Factor de Segundo Orden de la Escala de Experiencias Adversas en la Infancia sin Disfunción en el Hogar



Notas: EAIEF= Maltrato Emocional Físico. EAIAS =Abuso Sexual; EAIVM= Violencia hacia la madre; EAINE= Negligencia Emocional; EAINF= Negligencia Física

A continuación, se realizó una validación cruzada por sexo, cuyos resultados se presentan en la tabla 8.

Tabla 8.

Validación cruzada por sexo del Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia

Sexo	IFI	NNFI	CFI	RMSEA	SRMR
<i>Masculino</i>	.93	.92	.93	.076	.075
<i>Femenino</i>	.93	.93	.93	.078	.069

Notas: Se utilizó el modelado de ecuaciones estructurales para el análisis IFI= Índice de ajuste incremental; NNFI= Índice de ajuste no normado; CFI= Índice de Ajuste Comparado; RMSEA= Error cuadrático de aproximación medio.

Se observa que tanto para la población femenina como para la masculina se obtuvieron índices de ajuste adecuados para el modelo presentado.

Posteriormente, se procedió a realizar un análisis factorial confirmatorio de la escala en las muestras correspondientes a cada una de las provincias de la República Argentina incluyendo el distrito federal. En la tabla 9 se presentan los resultados de los principales índices de ajuste.

Tabla 9. Índices de Ajuste por Provincia del Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia

Provincia	IFI	NNFI	CFI	RMSEA	SRMR
Buenos Aires	.91	.90	.91	.090	.092
CABA	.92	.91	.92	.083	.090
Catamarca	.91	.90	.91	.086	.082
Chaco	.94	.93	.94	.069	.085
Chubut	.89	.88	.89	.086	.10
Córdoba	.91	.90	.91	.083	.087
Corrientes	.92	.91	.92	.075	.086
Entre Ríos	.94	.93	.94	.082	.089
Formosa	.92	.91	.92	.078	.098
Jujuy	.92	.92	.92	.074	.092
La Pampa	.91	.90	.91	.083	.089
La Rioja	.92	.91	.92	.085	.084
Mendoza	.91	.90	.91	.082	.090
Misiones	.93	.92	.93	.077	.083

Neuquén	.91	.90	.91	.088	.098
Río Negro	.92	.91	.92	.085	.087
Salta	.91	.90	.90	.086	.098
Santa Cruz	.92	.91	.92	.080	.089
San Juan	.90	.89	.90	.091	.098
San Luis	.90	.89	.91	.085	.11
Santa Fe	.91	.90	.91	.088	.098
Santiago del Estero	.89	.88	.89	.082	.091
Tierra del Fuego	.90	.89	.90	.081	.092
Tucumán	.89	.88	.89	.085	.091

Notas: Se utilizó el modelado de ecuaciones estructurales para el análisis. IFI= Índice de Ajuste Incremental; NNFI= Índice de Ajuste No Normado; CFI= Índice de Ajuste Comparado; RMSEA= Error cuadrático medio de aproximación.

A partir de AFC por provincia se observó que el ajuste ha resultado adecuado para ciertas provincias como es el caso de Misiones, Salta, Formosa, Corrientes y Catamarca, mientras que el resto ha presentado un valor de RMSEA que indica un ajuste mediocre, aunque aceptable (Lai & Green, 2016; MacCallum et al., 1996). Por su parte, el SRMR presentó valores dentro de lo aceptable a excepción de las provincias de Chubut y San Luis que presentaron valores inaceptables (Hu & Bentler, 1999; Schermelleh-Engel et al., 2003). Así también, se observó que ciertas provincias obtuvieron valores de ciertos índices de

ajuste (IFI, NNFI y CFI) levemente por debajo de los recomendados como en los casos de Santiago del Estero y Tucumán (Morata- Ramirez et al., 2015).

8.2 Adaptación y Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Salud del Paciente-9

Se analizaron los estadísticos descriptivos de los 9 ítems que componen la escala. En la Tabla 10 se presentan la media, el desvío estándar, la correlación ítem total y el Alpha de Cronbach si se elimina el elemento de cada uno de los 9 ítems que componen la escala.

Tabla 10. Análisis Descriptivo de los Ítems del Cuestionario de Salud del Paciente-9

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>r_{ix}</i>	<i>α.-x</i>
1. ¿Has sentido escaso interés o placer en hacer cosas?	1.76	.970	.52	.82
2. ¿Te has sentido muy solo o distante de la gente?	1.65	1.027	.68	.80
3. ¿Has tenido problemas para conciliar el sueño, o has dormido demasiado?	1.98	1.065	.53	.82
4. ¿Te has sentido cansado o con poca energía?	1.91	.983	.60	.81
5. ¿Has sentido poco apetito o apetito en exceso?	1.76	1.064	.51	.82
6. ¿Te has sentido mal contigo mismo, o has sentido que eres un fracaso?	1.71	1.143	.65	.80
7. ¿Has tenido dificultades para concentrarte en actividades, como leer el periódico o ver televisión?	1.41	1.129	.53	.81
8. ¿Has estado moviéndote o hablando más despacio, de manera que otras personas podrían haberlo notado? O lo opuesto, ¿has estado tan inquieto que te hayas estado moviendo mucho más que de costumbre?	1.48	1.452	.41	.84
9. ¿Has tenido pensamientos acerca de que sería mejor estar muerto, o has pensado en lastimarte de alguna manera?	.92	1.114	.52	.82

Notas: M=Media, DE= Desvío Estándar; *r_{ix}*= Correlación ítem total; *α.-x*= Alfa de Cronbach si se elimina el elemento.

Las correlaciones ítem-total permiten observar que todos los ítems aportan a la dimensión Depresión (.51 < *r* < .68). El Alpha de Cronbach decrecería ante la eliminación de cualquier ítem a excepción del 8, caso en el que el valor del Alpha de Cronbach ascendería levemente.

La confiabilidad del CSP-9 fue analizada a partir del análisis de consistencia interna tomando en consideración el Omega de McDonald y el coeficiente Alpha de Cronbach. Los resultados se presentan en la Tabla 11.

Tabla 11. Confiabilidad del Cuestionario de Salud del Paciente. Modelo Unidimensional.

Coeficientes	ω	α
CSP-9	.84	.83

Notas: CSP-9= Cuestionario de Salud del Paciente.

Los indicadores de confiabilidad presentan valores adecuados tanto en el caso del Alpha de Cronbach como en el Omega de McDonald.

8.2.1 Análisis Factorial Confirmatorio del Cuestionario de Salud del Paciente-9

Con el objetivo de evaluar las propiedades psicométricas del CSP-9, se llevó a cabo un AFC. Se compararon tres de los modelos presentados en la literatura. El modelo 1 es unidimensional; mientras que los modelos 2 y 3 son bidimensionales. El modelo 2 presenta dos factores, tal como se indicó anteriormente, el primero es síntomas Cognitivos-Afectivos compuesto por tres ítems: 3 ,4 ,5 y el segundo, síntomas Somáticos conformado por seis ítems: 1, 2, 6, 7, 8, 9. Por su parte, el modelo 3 presenta también dos factores, estos son, en primer lugar, Síntomas No Somáticos compuesto por los ítems: 1, 2, 6, 9 y

Síntomas Somáticos, conformado por los ítems: 3, 4, 5, 7, 8. En la tabla 12 se presentan los resultados de los análisis realizados.

Tabla 12

Modelo Estructural del Cuestionario de Salud del Paciente-9

Modelo	Índices de Ajuste					Índices de Parsimonia		
	χ^2	IFI	NNFI	CFI	RMSEA	SRMR	CAIC Modelo	CAIC Independiente
Modelo 1	191.96	.99	.98	.99	.051	.021	474.86	24462.09
Modelo 2	528.59	.98	.97	.98	.065	.033	707.76	24462.09
Modelo 3	468.43	.98	.97	.98	.072	.039	815.60	24462.09

Notas: Se utilizó el modelado de ecuaciones estructurales para el análisis. IFI= Índice de Ajuste Incremental; NNFI= Índice de Ajuste No Normado; CFI= Índice de Ajuste Comparado; RMSEA= Error cuadrático medio de aproximación; CAIC =Criterio de Información Coherente de Aikaike.

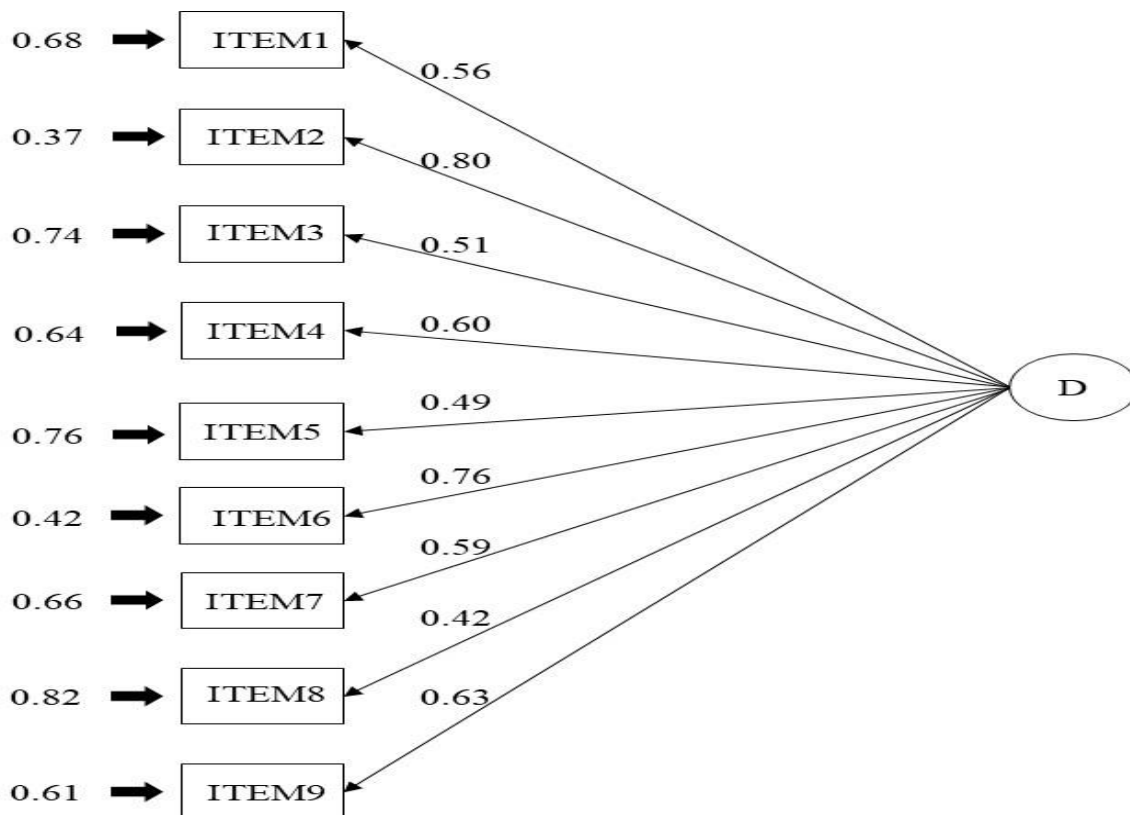
A partir del análisis factorial confirmatorio, se concluyó que los tres modelos presentan índices de ajuste aceptables. Sin embargo, el modelo 1 muestra un mejor ajuste, tal como se ha sido sugerido en la literatura (Crane et al., 2010; Familiar et al., 2015; Merz et al., 2011). Asimismo, una revisión reciente de los distintos modelos propuestos para el Cuestionario de Salud del Paciente indica que el 56% de los trabajos sugieren como más adecuado una solución unifactorial, mientras en el 44% se agrupan distintos modelos

propuestos (Lamela et al., 2020). En cuanto a los índices de parsimonia, se observa un valor mayor de la diferencia entre CAIC Independiente y CAIC modelo en el modelo 1, señalando un mejor ajuste, tal como lo indican ciertos autores (Freiberg Hoffmann & Liporace Fernández, 2016). También conviene señalar que tanto el modelo 2 como el modelo 3 presentan un valor de la covarianza entre los dos factores de .82 y .85 respectivamente indicando la convergencia de ambos factores en una sola dimensión (Mallou & Levy Mangin, 2006).

A continuación, se presentan las tres figuras correspondientes a cada modelo.

Figura 3.

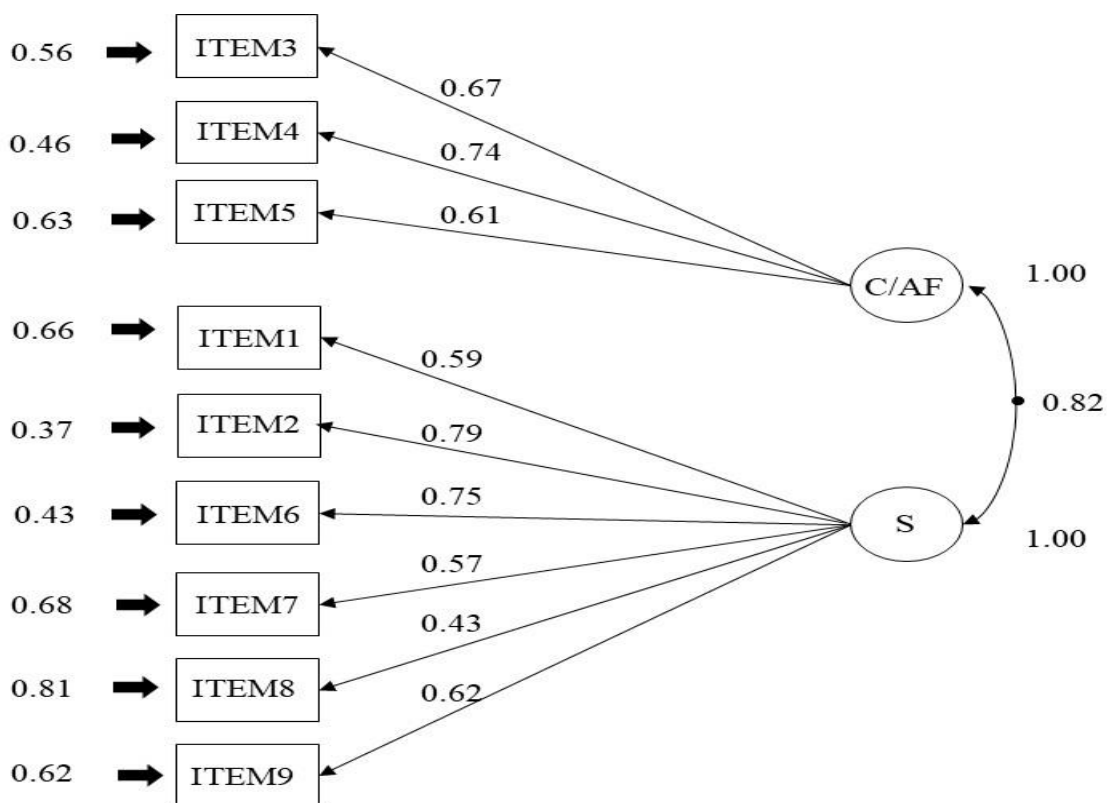
Modelo 1. Modelo Unidimensional del Cuestionario de Salud del Paciente-9



Notas. D= Depresión

Figura 4.

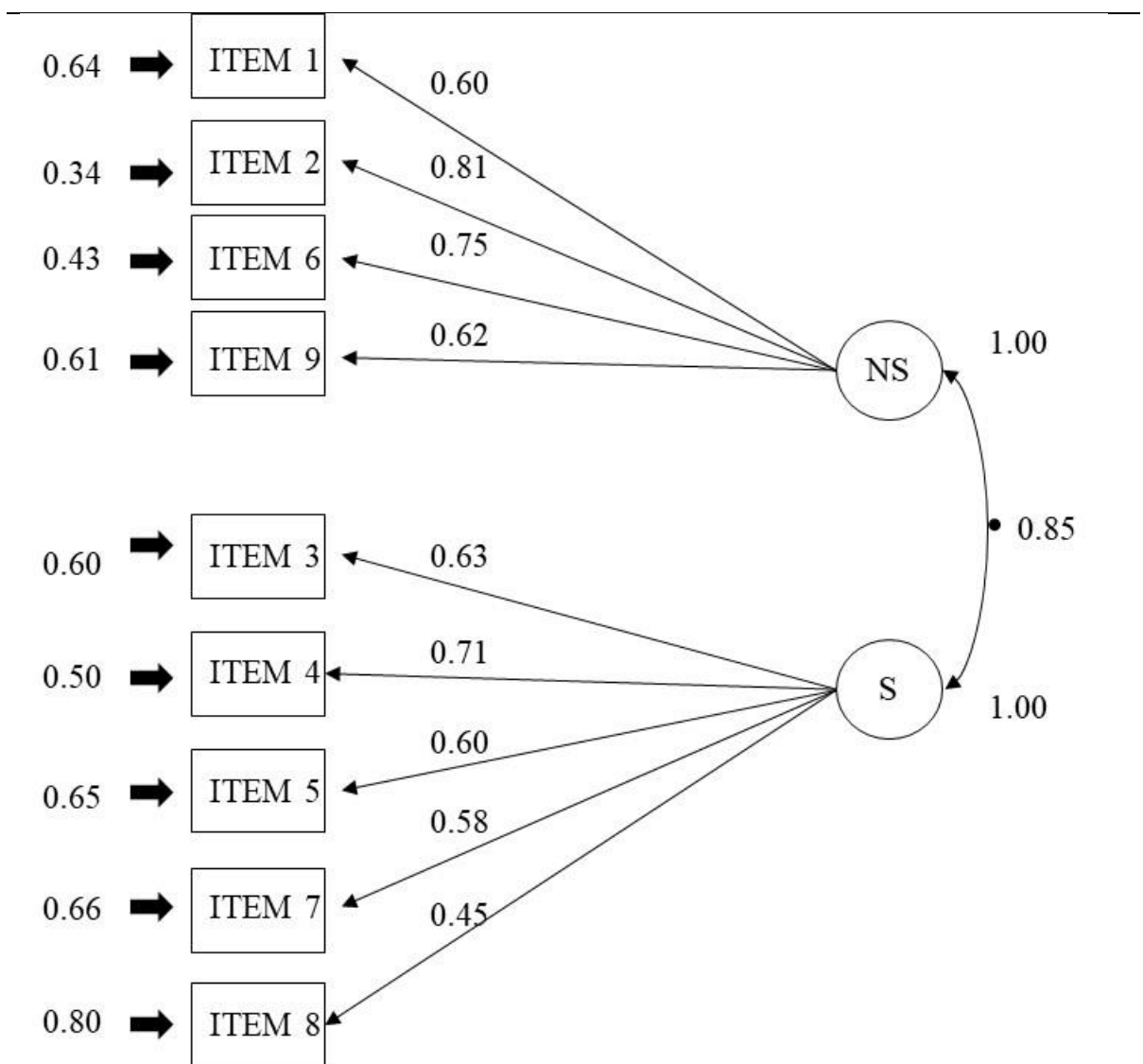
Modelo 2. Modelo de dos factores Cognitivo/Afectivo-Somáticos del Cuestionario de Salud del Paciente-9



Notas: C/AF= Cognitivo Afectivo. S= Somáticos

Figura 5.

Modelo 3. Modelo de dos Factores Somáticos- No Somáticos del Cuestionario de Salud del Paciente-9



Luego de analizar la confiabilidad del CSP-9, se analizó la validez cruzada del cuestionario en relación a la variable sexo. Los resultados se exhiben en la tabla 13.

Tabla 13.

Validación Cruzada por Sexo del Cuestionario de Salud del Paciente-9

Sexo	IFI	NNFI	CFI	RMSEA	SRMR
Masculino	.99	.98	.99	.064	.029
Femenino	.98	.97	.98	.069	.028

Nota: Se utilizó el modelado de ecuaciones estructurales para el análisis IFI=Índice de ajuste incremental; NNFI= Índice de ajuste no normado; CFI= Índice de Ajuste Comparado; RMSEA: =Error cuadrático de aproximación medio.

Se observa que, tanto para la población femenina, como para la masculina se obtuvieron índices de ajuste adecuados para el modelo unifactorial.

8.3 Adaptación y Propiedades Psicométricas de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido

Se realizó un análisis descriptivo de los ítems que componen la escala, presentados en la tabla 14.

Tabla 14.

Análisis Descriptivo de los Ítems de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Rjx</i>	<i>α-x</i>
Apoyo Social Percibido Familiar				
3. Mi familia realmente trata de ayudarme	4.40	2.190	.72	.91
4. Recibo la ayuda emocional y apoyo que necesito de mi familia.	3.88	2.202	.76	.91
8. Puedo hablar con mi familia de mis problemas.	3.51	2.224	.60	.91
11. Mi familia está dispuesta a ayudarme a tomar decisiones	3.98	2.252	.65	.91
Apoyo Social Percibido Amigos				
6. Mis amigos realmente tratan de ayudarme	3.94	2.181	.75	.91
7. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal.	4.13	2.38	.79	.91
9. Tengo amigos con los que puedo compartir alegrías y tristezas	4.40	2.241	.76	.91
12. Puedo hablar con mis amigos de mis problemas	4.23	2.254	.71	.91
Apoyo Social Otros Significativos				
1. Hay una persona especial que está cerca mío cuando la necesito	4.83	2.130	.63	.91
2. Hay una persona especial con quien puedo compartir alegrías y tristezas	4.91	2.338	.58	.91

5. Tengo una persona especial que es una verdadera fuente de consuelo para mí	4.59	2.242	.53	.91
10. Hay una persona especial en mi vida a quien le importan mis sentimientos.	4.89	2.242	.53	.91

Notas: M=Media, DE= Desvío Estándar; r_{jx} = Correlación ítem total; α_{-x} = Alfa de Cronbach si se elimina el elemento.

De acuerdo a los datos que se informan en la Tabla 14, resulta posible dar cuenta de que los estadísticos descriptivos de los 12 ítems resultan adecuados para su análisis (Hair et al., 2010). Las correlaciones ítem-total permiten observar que todos los ítems aportan a la dimensión a la que pertenecen. Apoyo Social Percibido Familiar: ($.60 < r < .72$); Apoyo Social Percibido Amigos: ($.71 < r < .79$); Apoyo Social Otros Significativos ($.53 < r < .63$). Respecto al Alpha de Cronbach, si se elimina el ítem, se observa que en la dimensión Apoyo Social Percibido Familiar el valor de Alpha se mantiene igual ante la eliminación de cualquiera de los ítems. En el caso del Apoyo Social Percibido Amigos, la eliminación de cada ítem implicaría el descenso del Alpha de Cronbach. Por último, en el caso de la dimensión Apoyo Social Otros Significativos, la eliminación de cualquiera de los ítems aumentaría levemente el valor del Alpha de Cronbach.

Luego, se evaluó la consistencia interna a partir del estadístico Omega de McDonald y el Alpha de Cronbach, tal como se presenta a continuación en la tabla 15.

Tabla 15.

Confiabilidad de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido.

Coeficientes	Ω	α
EMASPF	.91	.91
EMASA	.93	.93
EMASO	.89	.88
EMAST	.92	.88

Notas: EMASPF=Apoyo Social Percibido Familiar; EMASA= Apoyo Social Percibido Amigos; EMASO= Apoyo Social de Otros Significativos; EMASPT: =Apoyo Social Percibido Total

Se observan guarismos aceptables para las tres subescalas y el factor general.

8.3.1 Análisis Factorial Confirmatorio de la escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido

Con el objetivo de conocer las propiedades psicométricas de la EMASP se llevó a cabo un AFC. A fin de contrastar dos posibles modelos, se compararon el modelo de tres factores de segundo orden (modelo 1) y el modelo de tres factores (modelo 2), tal como propusieron distintos autores (Ramos et al., 2017; Trejos-Herrera et al., 2018). A continuación, se presentan los resultados en la tabla 16.

Tabla 16

Modelo Estructural de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido

Modelo	Índices de Ajuste					Índices de Parsimonia		
	χ^2	IFI	NNFI	CFI	RMSEA	SRMR	CAIC	CAIC
							Modelo	Independiente

Modelo 1	963.19	.99	.99	.99	.064	.027	1236.66	80454.17
Modelo 2	963.19	.99	.99	.99	.064	.027	1236.66	80454.17

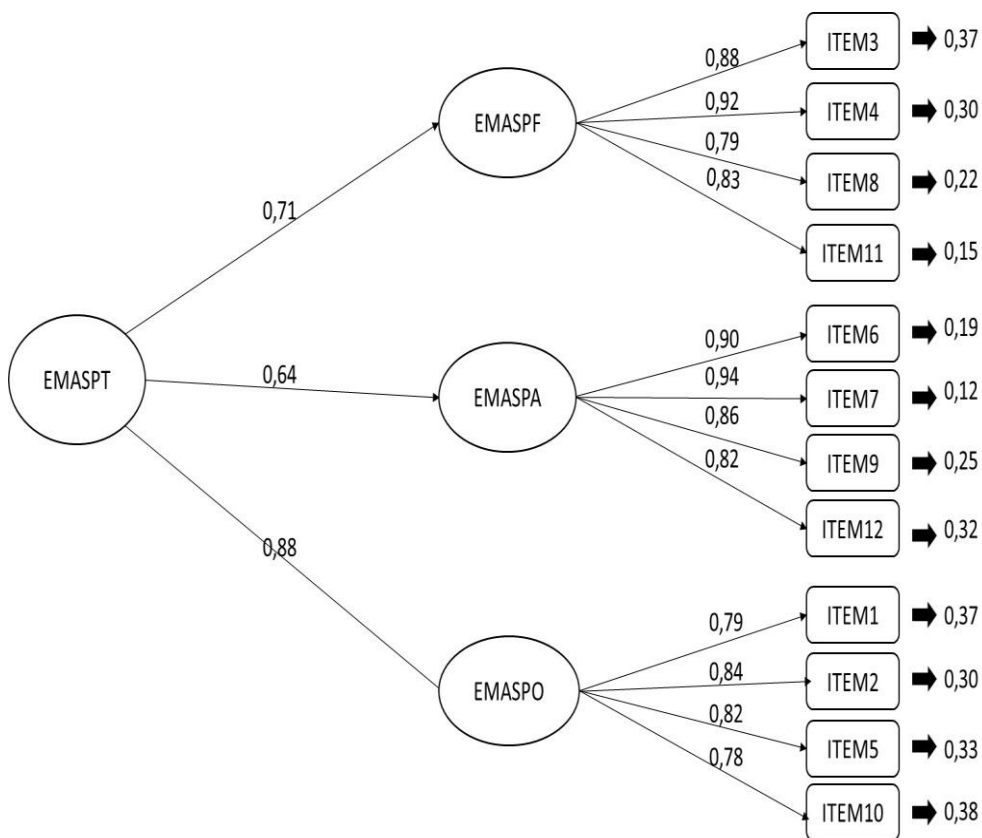
Nota. Se utilizó el modelado de ecuaciones estructurales para el análisis. IFI= Índice de Ajuste Incremental; NNFI= Índice de Ajuste No Normado; CFI= Índice de Ajuste Comparado; RMSEA= Error cuadrático medio de aproximación; CAIC =Criterio de Información Coherente de Aikaike.

De acuerdo a los resultados, puede afirmarse que tanto el modelo 1 como el modelo 2 presentan índices de ajuste aceptables e idénticos.

A continuación, se presentan las figuras de ambos modelos.

Figura 6.

Modelo 1. Modelo de Tres Factores de Segundo Orden de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido.

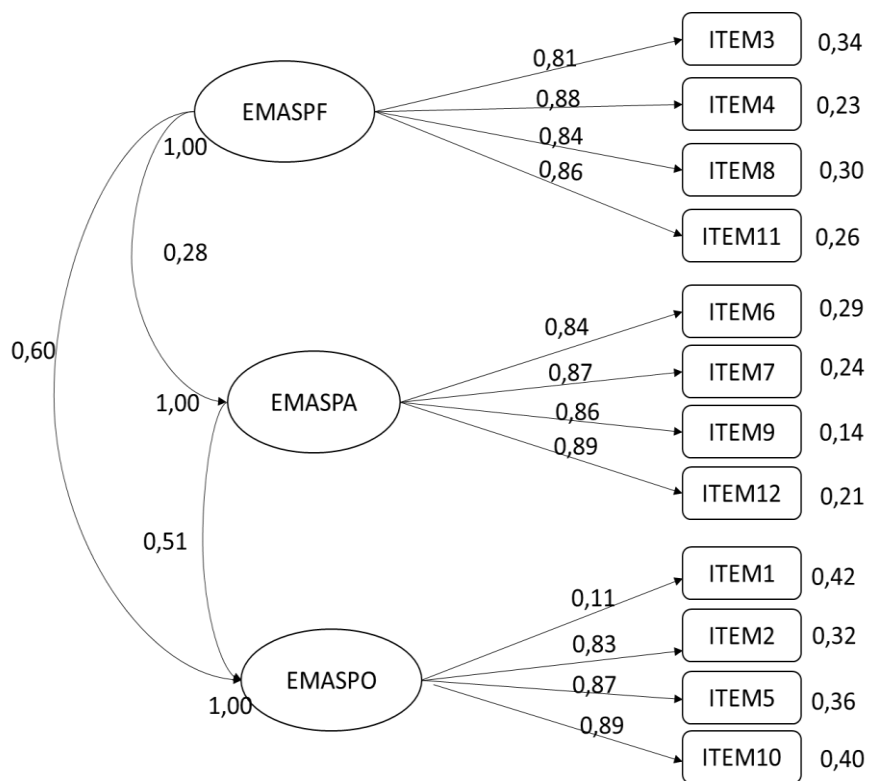


Notas: EMASPF=Apoyo Social Percibido Familiar. EMASPA= Apoyo Social Percibido Amigos; EMASPO= Apoyo Social Otros Significativos; EMASPT= Apoyo Social Percibido Total.

Figura 7.

Modelo 2. Modelo de tres factores de la Escala Multidimensional de Apoyo Social

Percibido



Notas: EMASPF=Apoyo Social Percibido Familiar; EMASPA=Apoyo Social Percibido Amigos;
EMASPO= Apoyo Social Otros Significativos.

Luego del Análisis Factorial Confirmatorio se procede a analizar la validez cruzada de la EMASP. Los resultados se presentan en la tabla 17.

Tabla 17.
Validación Cruzada por Sexo de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido

Sexo	IFI	NNFI	CFI	RMSEA	SRMR
Masculino	.99	.99	.99	.063	.026
Femenino	.99	.99	.99	.065	.031

Nota: Se utilizó el modelado de ecuaciones estructurales para el análisis IFI: Índice de ajuste incremental; NNFI: Índice de ajuste no normado; CFI: Índice de Ajuste Comparado; RMSEA: Error cuadrático de aproximación medio.

Se observa que tanto para la población femenina como para la masculina se obtuvieron índices de ajuste adecuados.

8.4 Adaptación y Propiedades Psicométricas del Cuestionario Internacional de Trauma

Se realizó un análisis descriptivo de los ítems que componen la escala, presentados en la tabla 18.

Tabla 18.

Análisis Descriptivos de los Ítems del Cuestionario Internacional de Trauma.

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Rjx</i>	<i>α.-x</i>
Trastorno de Estrés Postraumático				
¿Tuviste sueños perturbadores, que repitan parte de la experiencia o que estén claramente relacionados con esta?	2.23	1.400	.42	.86
¿Se presentaron en tu mente imágenes o recuerdos intensos que te hicieron sentir que esa experiencia estaba ocurriendo de nuevo en el aquí y ahora?	2.48	1.489	.50	.86
¿Intentaste evitar pensamientos, sentimientos, sensaciones u otros estímulos internos que te recuerden la experiencia?	3.18	1.524	.53	.86
¿Intentaste evitar personas, lugares, conversaciones, objetos, actividades, situaciones u otros estímulos externos que te recuerden la experiencia?	3.23	1.590	.52	.86
5. ¿Te sentiste “super-alerta”, hipervigilante, o en guardia?	3.19	1.582	.50	.86
6. ¿Te sentiste sobresaltado o te has asustado con facilidad?	3.04	1.548	.47	.86
Trastorno de Estrés Postraumático Complejo				
1. Cuando estoy enojado/a tardo bastante tiempo en calmarme	3.31	1.271	.20	.87
2. Me siento emocionalmente adormecido/a o apagado/a.	3.27	1.387	.45	.86
3. Me siento fracasado/a	3.09	1.493	.65	.86
Me siento Inútil	2.73	1.528	.62	.86
Me siento distante o aislado/a de las otras personas.	3.46	1.405	.54	.86
Me resulta difícil conectarme emocionalmente con otras personas	3.14	1.526	.42	.86

Nota. M=Media; DE= Desvío Estándar; *rjx*= *Correlación ítem total*; *α.-x*= Alfa de Cronbach si se elimina el elemento

De acuerdo a los datos que se informan en la Tabla 18, es posible dar cuenta de que los estadísticos descriptivos de los 12 ítems resultan adecuados para su análisis (Hair et al., 2010). Las correlaciones ítem-total permiten observar que todos los ítems aportan a la dimensión a la que pertenecen: Trastorno de Estrés Postraumático (.42 r .53) y Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (.20 r .65). En el caso de la dimensión Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, el ítem 1 presentaría una correlación baja. El Alpha de Cronbach aumentaría ante la eliminación de cualquier ítem de la dimensión Trastorno de Estrés Postraumático Complejo.

La consistencia interna del CIT se evaluó a partir del estadístico Omega de McDonald y el Alpha de Cronbach (Ventura León & Caycho Rodríguez, 2017). En la tabla 19 se indican los resultados.

Tabla 19.

Confiabilidad del Cuestionario Internacional de Trauma

Coeficientes	Ω	α
CITTEPT	.91	.86
CITTEPTC	.90	.84

Notas: CITTEPT= Trastorno de Estrés Postraumático; CITTEPTC= Trastorno de Estrés Postraumático Complejo.

Se destaca que se obtuvieron guarismos aceptables tanto para la dimensión de Trastorno de Estrés Postraumático como para la de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (Martínez-Arias et al., 2006).

8.4.1 Análisis Factorial Confirmatorio del Cuestionario Internacional de Trauma

Con el fin de adaptar el Cuestionario Internacional de Trauma se realizó un AFC. Siguiendo a la literatura, se presentaron cuatro modelos posibles con el fin de compararlos y considerar el más adecuado (Cloitre et al., 2018; Ho et al., 2019). En la tabla 20 se presentan los resultados obtenidos.

Tabla 20

Modelo Estructural del Cuestionario Internacional de Trauma.

Modelo	Índices de Ajuste						Índices de Parsimonia	
	χ^2	IFI	NNFI	CFI	RMSEA	SRMR	CAIC Modelo	CAIC Independiente
Modelo 1	9296.79	.81	.77	.81	.23	.12	268226	938987
Modelo 2	778.79	.93	.91	.93	.13	.094	101150	938987
Modelo 3	165.81	.99	.98	.99	.05	.031	406.28	9389.87

Modelo 4	712.45	.93	.92	.93	.11	.056	906.37	9389.87
----------	--------	-----	-----	-----	-----	------	--------	---------

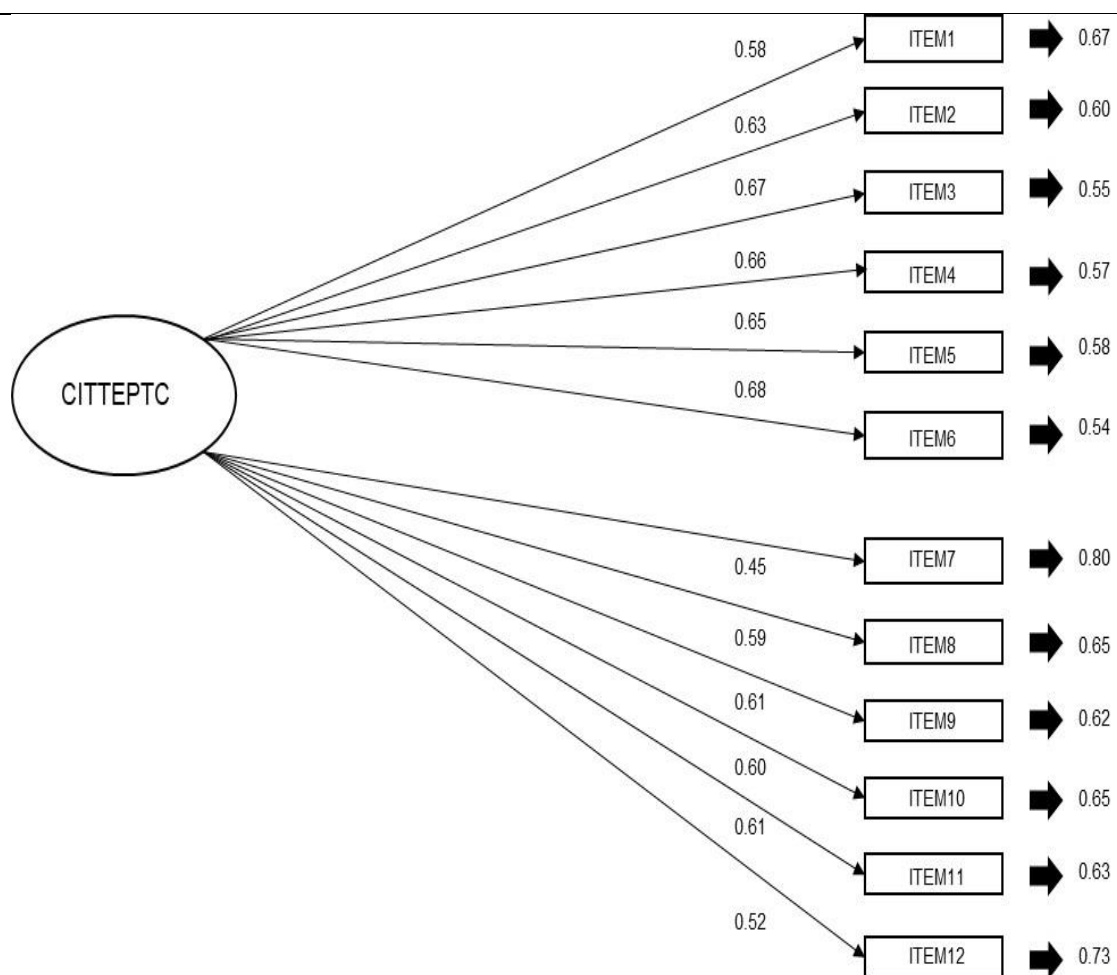
Notas: Se utilizó el modelado de ecuaciones estructurales para el análisis. IFI= Índice de Ajuste Incremental; NNFI= Índice de Ajuste No Normado; CFI= Índice de Ajuste Comparado; RMSEA= Error cuadrático medio de aproximación; CAIC= Criterio de Información Coherente de Aikake

A partir de los resultados obtenidos se observa que, en primer lugar, el modelo 1 presenta valores de NNFI, IFI y CFI bajos; mientras que presenta un elevado RMSEA y SRMR. En segundo lugar, el modelo 2 y 4 aunque presentan ciertos índices de ajuste dentro de un parámetro de valores adecuados; enseñan un RMSEA por encima de .1 sugiriendo un ajuste inadecuado. Debido a los resultados descriptos el modelo 1, 2 y 4 fueron rechazados. El modelo 3, por su parte, exhibe adecuados índices de ajuste. Así también, se observa un valor mayor de la diferencia entre las medidas de CAIC Independiente y CAIC Modelo en el modelo 3, señalando un mejor ajuste.

A continuación, se presentan 4 figuras, una por cada modelo presentado:

Figura 8.

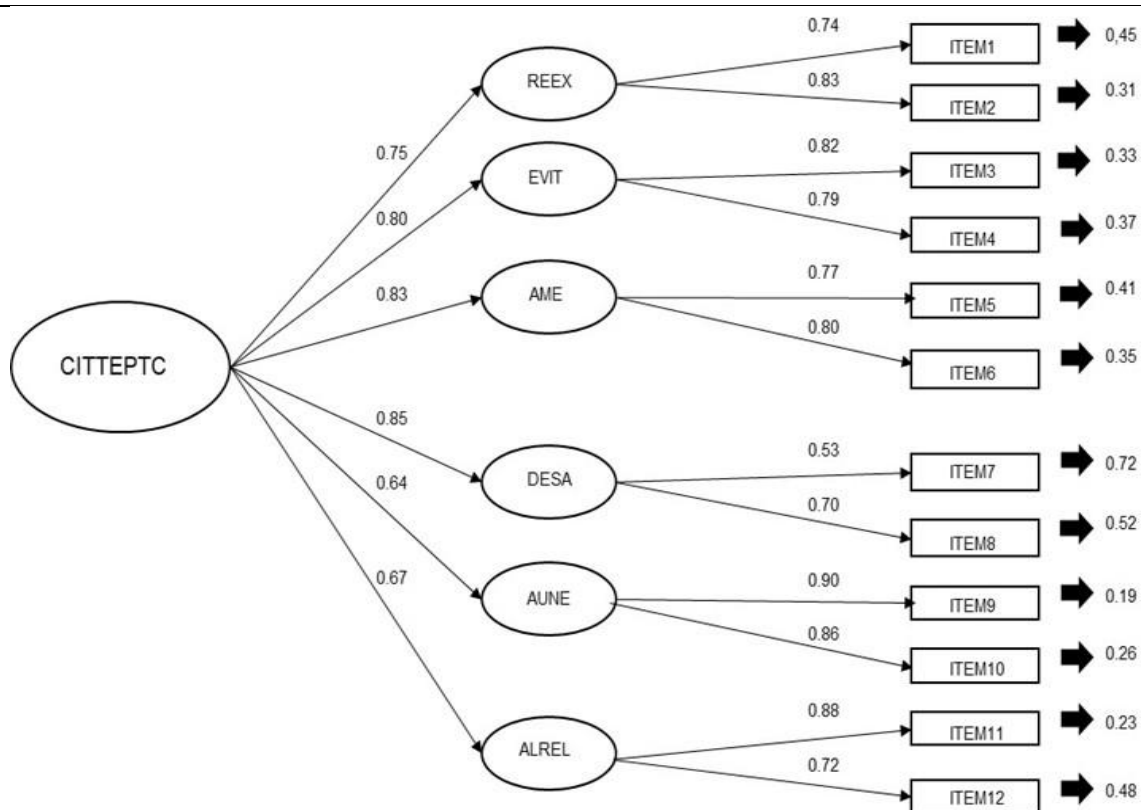
Modelo 1. Modelo Unidimensional del Cuestionario Internacional de Trauma.



Notas: CITTEPTC=Trastorno de Estrés Postraumático Complejo

Figura 9.

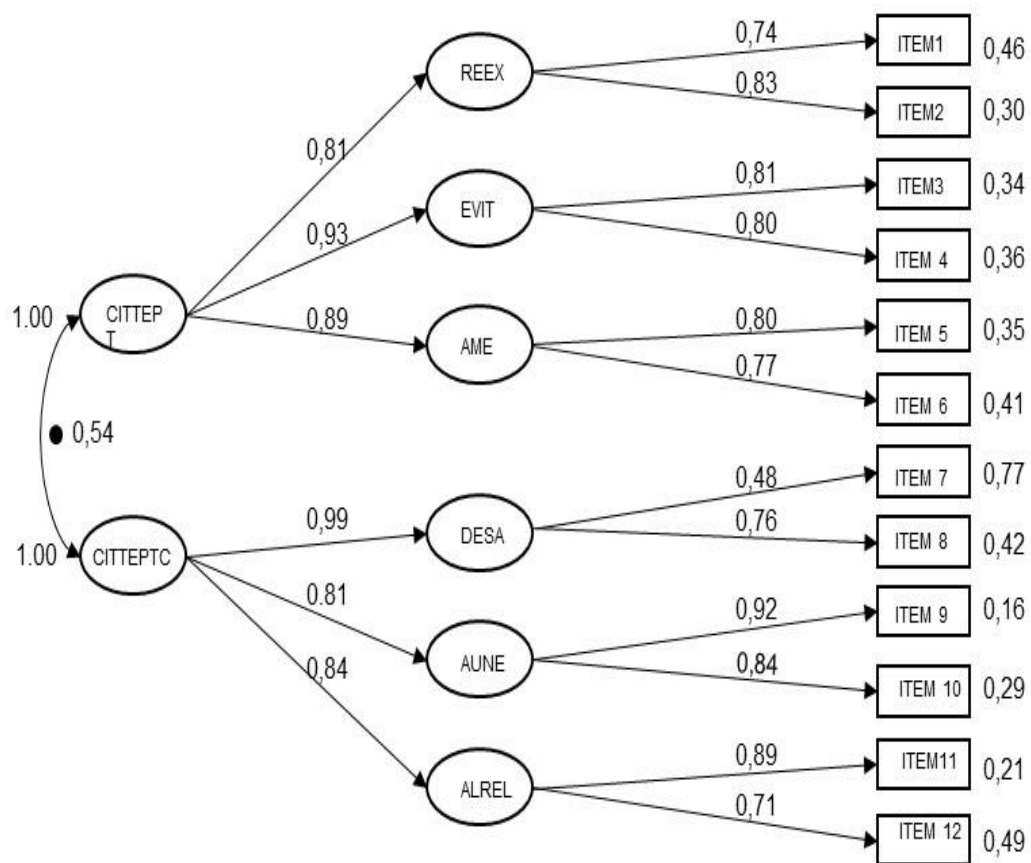
Modelo 2. Modelo de segundo orden del Cuestionario Internacional de Trauma.



Notas: CITTEPTC= Trastorno de Estrés Postraumático Complejo. REEX= Reexperimentación. EVIT= Evitación. AME=Sensación de Amenaza. DESA= Desregulación Afectiva. AUNE= Autoconcepto Negativo. ALREL=Alteración en las relaciones.

Figura 10.

Modelo 3. Modelo de dos factores de segundo orden mediado por tres factores de primer orden del Cuestionario Internacional de Trauma.



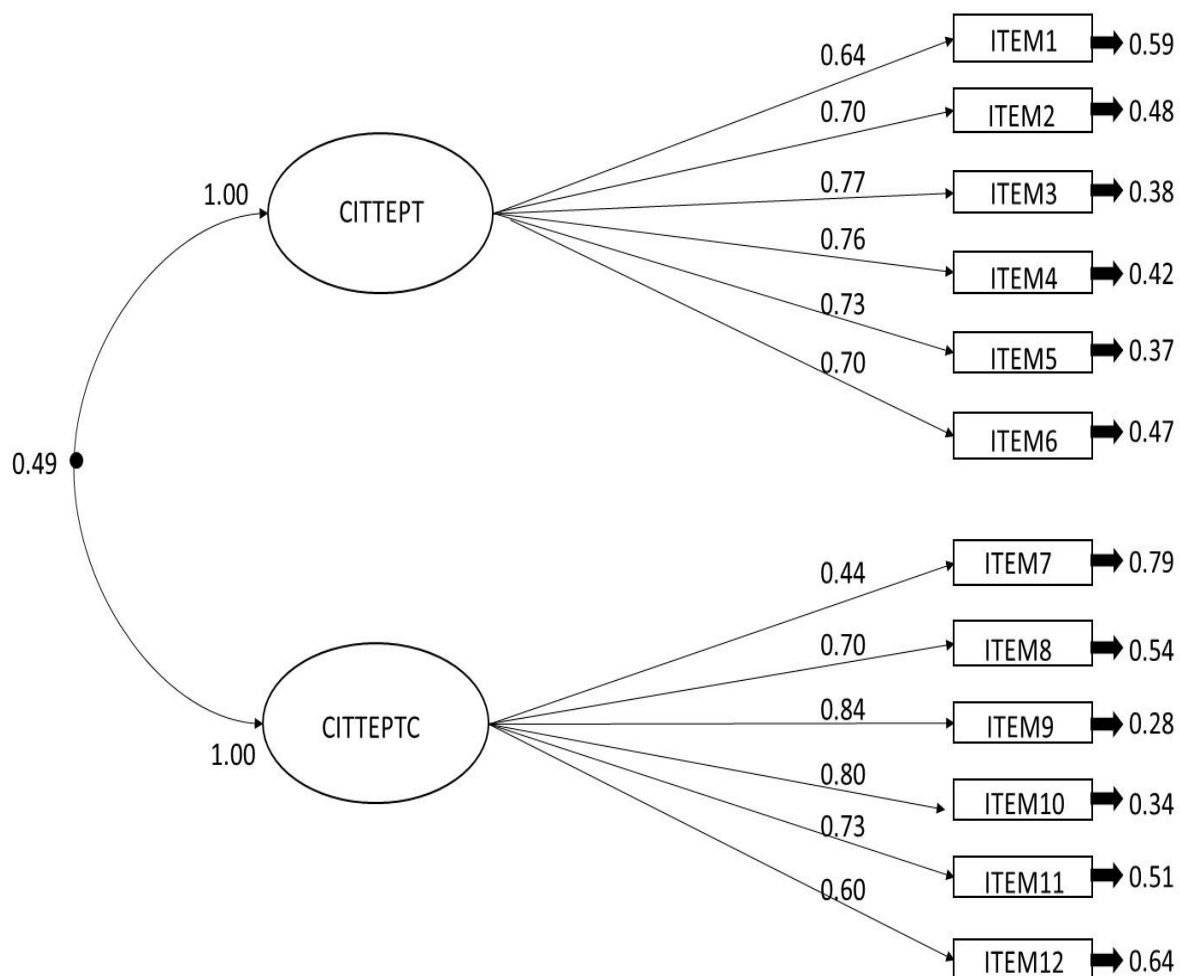
Notas: CITTEPT=Trastorno de Estrés Postraumático; CITTEPTC=Trastorno de Estrés

Postraumático Complejo; REEX=Reexperimentación; EVIT=Evitación; AME=Sensación de

Amenaza; DESA= Desregulación Afectiva; AUNE= Autoconcepto Negativo; ALREL=Alteración en

las relaciones.

Figura 11.
Modelo 4. Modelo de dos factores de segundo orden del Cuestionario Internacional de Trauma.



Luego de presentar el Análisis Factorial Confirmatorio del Cuestionario Internacional de Trauma se procede a analizar su validez cruzada por sexo. Los resultados se presentan en la tabla 21.

Tabla 21.

Validación Cruzada por Sexo del Cuestionario Internacional de Trauma

Sexo	IFI	NNFI	CFI	RMSEA	SRMR
Masculino	.99	.98	.99	.048	.034
Femenino	.99	.98	.99	.056	.030

Notas: Se utilizó el modelado de ecuaciones estructurales para el análisis IFI= Índice de ajuste incremental. NNFI= Índice de ajuste no normado. CFI= Índice de Ajuste Comparado. RMSEA= Error cuadrático de aproximación medio.

Se observa que tanto para la población femenina, como para la masculina se obtuvieron índices de ajuste adecuados.

8.5 Análisis Correlacional entre Maltrato en la infancia, la Centralidad de los Eventos Traumáticos, el Apoyo Social Percibido, el Trastorno Depresivo Mayor, el Trastorno de Estrés Postraumático y Trastorno de Estrés Postraumático Complejo

En este apartado se presenta un análisis de correlación cuyo objetivo fue determinar el modo en que se asocian las variables de estudio.

Tabla 22.

Correlaciones entre el Maltrato en la Infancia, la Centralidad de los Eventos, el Apoyo Social Percibido, el Trastorno Depresivo Mayor, el Trastorno de Estrés Postraumático y el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1-EAIA	1														
2-EAIEF	.742**	1													
3-EAIAS	.467**	.222**	1												
4-EAIVM	.367**	.397**	.169**	1											
5-EAIDH	.571**	.271**	.142**	.376**	1										
6-EAINE	.678**	.377**	.128**	.211**	.215**	1									
7-EAINF	.738**	.430**	.247**	.337**	.377**	.516**	1								
8-CES	.351**	.281**	.215**	.205**	.225**	.201**	.226**	1							
9-EMASPT	-.354**	-.167**	-.056**	-.108**	-.089**	-.528**	-.340**	-.105**	1						
10-EMASPF	-.419**	-.218**	-.088**	-.132**	-.135**	-.599**	-.357**	-.148**	.794**	1					
11-EMASPA	-.265**	-.131**	-.044**	-.097**	-.069**	-.360**	-.237**	-.069**	.775**	.439**	1				
12-EMASPO	-.221**	-.085**	-0.01	-.055**	-.029*	-.374**	-.233**	-.050**	.872**	.564**	.510**	1			
13-CSP-9	.345**	.240**	.140**	.158**	.204**	.306**	.260**	.289**	-.347**	-.323**	-.273**	-.263*	1		
14-CITTEPT	.463**	.339**	.274**	.237**	.295**	.316**	.324**	.472**	-.272**	-.299**	-.208	-.174**	.603**	1	
15-CITTEPTC	.333**	.195**	.105**	.125**	.204**	.369**	.255**	.313**	-.432**	-.381**	-.358**	-.358**	.671**	.690**	1

Notas: EAIA= MI Acumulativo; EAIEF= MI Emocional- Físico; EAIAS=Abuso Sexual en la Infancia; EAIVM=Violencia hacia la madre; EAIDH=Disfunción en el hogar; EAINE= Negligencia Emocional; EAINF= Negligencia física; CES= Centralidad de los eventos; EMASPT= Apoyo Social Percibido Total; EMASPF= Apoyo Social Percibido Familiar; EMASPA= Apoyo Social Percibido Amigos; EMASPO= Apoyo Social Otros Significativos. CSP-9= Trastorno Depresivo Mayor; CITTEPT= Trastorno de estrés postraumático; CITTEPTC= Trastorno de Estrés postraumático Complejo; *= p < 0,001.

8.5.1 *Relaciones entre el Maltrato en la Infancia y el Apoyo Social Percibido*

En este apartado se pretende considerar las relaciones entre el MI y el Apoyo Social Percibido, siguiendo la propuesta de distintos autores (Evans, Steel, & Dillilo, 2013; Rodriguez et al., 2019; Struck et al., 2020).

En el presente estudio se ha observado que el MI Acumulativo se asocia de manera inversa y significativa al Apoyo Social Percibido Total ($r=-.35$; $p< .01$), el Apoyo Social Percibido Familiar ($r=-.41$), el Apoyo Social Percibido Amigos ($r=-.26$) y el Apoyo Social Otros Significativos ($r=-.22$). Por su parte, el MI de tipo Emocional- Físico se encuentra asociado de forma inversa y significativa, aunque débil, al Apoyo Social Percibido Total ($r= -.167$), el Apoyo Social Percibido Familiar ($r=-.27$), el Apoyo Social Percibido Amigos ($r=-.12$). En el caso de la Violencia hacia la Madre, se observaron relaciones débiles con el Apoyo Social familiar ($r=-.12$). En lo atinente a la Disfunción en el Hogar se encuentra una relación débil con el Apoyo Social Percibido Familiar ($r=-.12$). Respecto de la Negligencia Emocional, se encontraron asociaciones altas con el Apoyo Social Percibido Total ($r=-.52$) con el Apoyo Social Percibido Familiar ($r=-.59$) y moderadas con el Apoyo Social Percibido Amigos ($r=-.36$) y el Apoyo Social Otros Significativos ($r=-.37$). La Negligencia Física se asoció también con el Apoyo Social Percibido Total ($r=-.34$), y sus tres dimensiones, Apoyo Social Percibido Familiar ($r=-.35$), Apoyo Social Percibido Amigos ($r=-.27$), Apoyo Social Otros Significativos ($r=-.23$).

8.5.2 *Relaciones entre el Maltrato en la Infancia, el Apoyo Social Percibido, la Centralidad de los Eventos Traumáticos y el Trastorno Depresivo Mayor*

En este apartado se describen los resultados presentados en la tabla 22. En este estudio se ha observado que el MI Acumulativo se asocia de manera moderada directa y significativa al TDM ($r = .34$). Así también, se hallaron asociaciones de la Negligencia Emocional ($r = .30$) y la Negligencia Física ($r = .26$) con el TDM. En el caso del MI de tipo abuso físico-emocional, se presentó una relación directa y significativa, aunque débil con el TDM ($r = .24$). Así también, en el caso del Abuso Sexual, la violencia hacia la madre ($r = .15$) y las Disfunciones en el Hogar ($r = .20$) presentan asociaciones débiles con el TDM. Por su parte, la asociación entre la Centralidad de los Eventos Traumáticos y el TDM es moderada y directa ($r = .28$). Finalmente, el Apoyo Social Percibido Total ($r = -.34$), y el Apoyo Social Percibido de tipo familiar ($r = -.32$) se relacionaron moderada e inversamente con el TDM; mientras que el Apoyo Social Percibido Amigos ($r = -.27$) y el Apoyo Social Otros Significativos ($r = -.26$) se relacionaron de forma débil e inversa.

8.5.3 *Relaciones entre el Maltrato en la infancia, el Apoyo Social Percibido, la Centralidad de los Eventos y el Trastorno de Estrés Postraumático*

En este apartado se informan los resultados del análisis de correlación entre el MI Acumulativo y en sus distintos tipos, la Centralidad de los Eventos Traumáticos, el Apoyo Social Percibido Total y en sus distintas fuentes y el TEPT.

En relación al MI Acumulativo se observa una correlación moderada directa ($r = .46$) con el TEPT. De la misma forma, aunque en menor medida el TEPT se asocia al MI de tipo Emocional- Físico ($r = .33$), a la Negligencia Física ($r = .32$) y, la Negligencia Emocional ($r = .31$).

Por su parte, las Disfunciones en el Hogar ($r=.29$) y el Abuso Sexual en la infancia ($r=.27$) y la violencia hacia la madre ($r=.23$) se asocian de forma débil y significativa al TEPT. Respecto a la Centralidad de los Eventos Traumáticos, se observa una asociación directa moderada y significativa con el TEPT ($r=.47$). Por último, las relaciones entre el Apoyo Social Percibido y el TEPT son inversas y significativas, tanto en el caso del Apoyo Social Percibido Familiar ($r=-.29$), el Apoyo Social Percibido Total ($r=-.27$), el Apoyo Social Percibido Amigos ($r=-.20$), y el Apoyo Social Otros Significativos ($r=-.17$).

8.5.4 Relaciones entre el MI, el Apoyo Social Percibido, la Centralidad de los Eventos Traumáticos y el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo.

El análisis correlacional entre el MI y el TEPTC presentó los siguientes resultados: el MI Acumulativo se asoció de forma moderada directa y significativa con los síntomas de TEPTC ($r=.33$). Así también, se presentaron asociaciones moderadas y directas entre el TEPTC y la Negligencia Emocional ($r=.36$). Asimismo, se observan asociaciones directas, significativas, aunque débiles con el MI de tipo emocional- físico ($r=.19$), el MI del tipo Abuso Sexual en la infancia ($r=.10$), la Violencia hacia la Madre y ($r=.12$), las Disfunciones en el Hogar ($r=.20$) y la Negligencia Física ($r=.26$). Respecto a la Centralidad de los Eventos Traumáticos, se observan asociaciones moderadas directas y significativas ($r=.31$). En el caso del Apoyo Social Percibido, las relaciones son indirectas y moderadas tanto con el Apoyo Social Percibido Total ($r=-.43$), como con el Apoyo Percibido Familiar ($r=-.38$), al igual que el Apoyo Social Percibido Amigos ($r=-.35$) y el Apoyo Social Otros Significativos ($r=-.35$).

8.6 Análisis de Regresión Lineal

8.6.1 Análisis de Regresión Lineal entre el Maltrato en la Infancia y el Apoyo Social Percibido

Se llevaron a cabo análisis de regresión lineal considerando al MI Acumulativo y en sus distintos tipos (variables independientes) y al Apoyo Social Percibido Total y en cada una de sus fuentes (variables dependientes).

En primer lugar, se evaluaron las asociaciones entre el MI Acumulativo, la Negligencia Emocional y la Negligencia Física como variables independientes y el Apoyo Social Percibido Total como variable dependiente. Los resultados se presentan en las tablas 23 y 24.

Tabla 23.

Bondad de Ajuste Global de los Modelos de Regresión Lineal de Apoyo Social Percibido Total

	R	R ²	R ² Ajustado	Durbin- Watson
EMASPT	.538	.289	.289	1.81

Notas: EMASPT= Apoyo Social Percibido Total

El modelo presentado consiguió explicar el 28.9% de la varianza del Apoyo Social Percibido Total. En este caso el valor del test de Durbin Watson indica la no autocorrelación.

Tabla 24.

Coefficientes de Regresión Lineal para el Apoyo Social Percibido Total.

	B	IC 95%	Desv. Err	Beta	t	Sig
Constante	11.646	[10.680;12.612]	.493		23.624	.000
EAIA	-.108	[-.146; -.70]	.019	-.119	-5.538	.000
EAINF	-1.49	[-1.592; -1.404]	.048	-.529	31.163	.000
EAINF	-.650	[-.802; - .498]	.077	-.155	-8.390	.000

Notas: EAIA= MI Acumulativo; EAINF= Negligencia Emocional; EAINF= Negligencia física.

Con el objetivo de conocer el efecto de cada una de las variables independientes sobre la dependiente se consideraron los coeficientes presentados en la tabla 24. En primer lugar, el estadístico *B* informó sobre la proporción en la que se espera varíe el Apoyo Social Percibido Total en relación a cada una de las variables independientes. Así también, el coeficiente Beta fue utilizado como estimador de la magnitud en que cada variable independiente predijo la variabilidad de la dependiente, permitiendo ponderar su importancia relativa en el modelo. Se observa que las variables explicativas que integraron el modelo fueron tres: MI Acumulativo, Negligencia Emocional y Negligencia Física. Estas consiguieron explicar de modo significativo

($p < .05$) la variabilidad del Apoyo Social Percibido Total. Luego se procedió a analizar los coeficientes Beta. Estos mostraron una relevancia relativa de los parámetros estimados para las variables explicativas, aportando la Negligencia Emocional un 52.9% y la Negligencia Física un 15.5 % y el MI Acumulativo un 11.9% de su variabilidad a la explicada. Por otro lado, el sentido negativo de la Negligencia Emocional, la Negligencia Física y el MI Acumulativo, observado en el valor de B , indicó una relación inversa entre las variables independientes y la dependiente permitiendo conocer que por cada punto en que se incrementa la Negligencia Emocional, la Negligencia Física y el MI Acumulativo, el Apoyo Social Percibido Total disminuye .108; .149 y .650 puntos, respectivamente.

En segundo lugar, se evaluaron las asociaciones entre el MI Acumulativo, el MI Emocional- Físico, la Negligencia Emocional y la Negligencia Física como variables independientes y el Apoyo Social Percibido Familiar como variable dependiente. Los resultados se presentan en las tablas 25 y 26.

Tabla 25.

Bondad de Ajuste Global de los modelos del Regresión Lineal del Apoyo Social Percibido Familiar

	R	R ²	R ² Ajustado	Durbin-Watson
EMASPF	.602	.362	.362	1.95

Notas: EMASPF= Apoyo Social Percibido Familiar

El modelo presentado consiguió explicar el 36.2% de la varianza del Apoyo Social Percibido Familiar. En este caso el valor del test de Durbin Watson indica la no autocorrelación.

Tabla 26.

Análisis de Regresión Lineal del Apoyo Social Percibido Familiar.

	B	IC 95%	Desv. Err	Beta	t	Sig
Constante	28.209	[27.632;27.785]	.325		95.939	.000
EAINF	-.783	[-.209; -.094]	.019	-.571	-40.645	.000
EAINF	-.152	[-.802; -.498]	.019	-.155	-5.148	.000

Notas: EAINF= Negligencia emocional; EAINF= Negligencia Física.

Los resultados expuestos en la tabla 26 sugieren que las variables explicativas que integraron el modelo fueron dos: Negligencia Emocional y Negligencia Física. Ambas consiguieron explicar de modo significativo ($p < .05$) la variabilidad del Apoyo Social Percibido Familiar. Luego se procedió a analizar los coeficientes Beta. Estos mostraron una relevancia relativa respecto de los parámetros estimados para ambas variables explicativas, aportando la Negligencia Emocional un 57.1 % y la Negligencia Física un 15.5 % de su variabilidad a la explicada. Por otro lado, el sentido negativo de la Negligencia Emocional y la Negligencia Física, observado en el valor de B, indicó una relación inversa entre las variables dependientes y la independiente permitiendo conocer que por cada punto en que se incrementa la

Negligencia Emocional y la Negligencia Física, el Apoyo Social Percibido Familiar disminuye .783 y .152 puntos, respectivamente.

En tercer lugar, se consideró al MI Acumulativo, la Negligencia Emocional y la Negligencia Física como variables independientes y el Apoyo Social Percibido Amigos como dependiente. En las tablas 27 y 28 se exhiben los resultados obtenidos.

Tabla 27.

Bondad de Ajuste del Modelo de Regresión Lineal del Apoyo Social Percibido Amigos.

	R	R ²	R ² Ajustado	Durbin- Watson
EMASPA	.377	.142	.142	1.90

Notas: EMASPA=Apoyo Social Percibido Amigos

El modelo presentado consiguió explicar el 14.2% de la varianza del Apoyo Social Percibido Amigos. En este caso el valor del test de Durbin Watson es de 1.90 encontrándose entre los parámetros aceptables dando cuenta de la no autocorrelación.

Tabla 28.

Análisis de Regresión Lineal del Apoyo Social Percibido Amigos.

	B	IC 95%	Desv. Err	Beta	t	Sig
--	---	--------	-----------	------	---	-----

Constante	24.765		[24.009;25.521]	.386		64.203	.000
EAINE	-.470		[-.522; -.418]	.027	-.330	-17.719	.000
EAINF	-.336		[-.420; - .252]	.043	-.159	-7.854	.000

Notas: EAINE=Negligencia Emocional. EAINF= Negligencia Física.

De la lectura de los resultados expresados en la tabla 28 se desprende que las variables independientes que integraron el modelo fueron dos: Negligencia Emocional y Negligencia física. Ambas consiguieron explicar de modo significativo ($p < .05$) la variabilidad del Apoyo Social Percibido Amigos. El análisis de los coeficientes Beta, por su parte mostraron una relevancia relativa de los parámetros estimados para ambas variables explicativas, aportando la Negligencia Emocional un 33 % y la Negligencia Física un 15.9 % de su variabilidad a la explicada. Por otro lado, el sentido negativo de la Negligencia Emocional y la Negligencia Física, observado en el valor de B , indicó una relación inversa entre las variables dependientes y la independiente permitiendo conocer que por cada punto en que se incrementa la Negligencia Emocional y la Negligencia Física, el Apoyo Social Percibido Amigos disminuye .470 y .336 puntos, respectivamente.

En cuarto lugar, se analizaron las relaciones entre la Negligencia Emocional, como variable dependiente, y el Apoyo Social de Otros Significativos, como independiente. En las tablas 29 y 30 se presentan los resultados.

Tabla 29.

Bondad de Ajuste del Modelo de Regresión Lineal del Apoyo Social Otros Significativos.

	R	R ²	R ² Ajustado	Durbin- Watson
EMASPO	.374	.140	.140	1.91

Notas: EMASPO= Apoyo Social Otros Significativos

En la tabla 29 se exhiben los resultados de la bondad de ajuste global del modelo propuesto. El modelo presentado consiguió explicar el 14% de la varianza del Apoyo Social Otros Significativos. En este caso el valor del test de Durbin Watson es de 1.91 encontrándose entre los parámetros aceptables dando cuenta de la no autocorrelación.

Tabla 30.

Análisis de Regresión Lineal del Apoyo Social Otros Significativos.

	B	IC 95%	Desv. Err	Beta	t	Sig
Constante	26.476	[25.915;27.037]	.286		92.504	.000
EAINE	-.500	[-.536; -.464]	.018	-.374	-27.293	.000

Notas: EAINE= Negligencia Emocional.

En la tabla 30 se exhiben los resultados que indican que en este caso la variable independiente que integró el modelo fue la Negligencia Emocional. Esta permitió explicar de modo significativo ($p < .05$) la variabilidad del Apoyo Social Otros Significativos. El análisis del coeficiente Beta, por su parte mostró una relevancia relativa del parámetro estimado de esta variable explicativa, aportando un 37.4 % de su variabilidad a la explicada. Por otro lado, el sentido negativo de la Negligencia Emocional observado en el valor de B indicó una relación inversa entre la variable dependiente y las independientes, permitiendo conocer que por cada punto en que se incrementa la Negligencia Emocional el Apoyo Social Otros Significativos disminuye .500 puntos.

En este estudio, en primer lugar, la Negligencia Emocionales la variable independiente de mayor peso para todos los modelos, de manera que esta es la que en mayor medida contribuye a la disminución del Apoyo Social Percibido Total y en todas sus fuentes. En segundo lugar, la Negligencia Física afecta negativamente a las variables dependientes Apoyo Social Percibido Total y el Apoyo Social Percibido Amigos. Si bien la Negligencia Física mostró una incidencia menor que la Negligencia Emocional, de igual manera afecta el Apoyo Social Percibido Total, el Apoyo Social Percibido Familiar y el Apoyo Social Percibido Amigos. En tercer lugar, el MI Acumulativo fue una de las variables independientes que influyó únicamente en el Apoyo Social Percibido Total junto a la Negligencia Emocional y la Negligencia Física.

8.6.2 Análisis de Regresión Lineal entre el Maltrato en la Infancia, el Apoyo Social Percibido, la Centralidad de los Eventos Traumáticos y el Desarrollo de Síntomas de Trastorno Depresivo Mayor

Se procedió a realizar un estudio de regresión en el que el MI Acumulativo, la Negligencia Emocional, la Centralidad de los Eventos, el Apoyo Social Percibido Total y en

cada una de sus fuentes fueron considerados como variables independientes, mientras que el TDM fue considerado como variable dependiente. En las tablas 31 y 32 se exhiben los resultados obtenidos a través del análisis de regresión.

Tabla 31.

Bondad de Ajuste del Modelo Global de Regresión Lineal del Trastorno Depresivo Mayor.

	R	R ²	R ² Ajustado	Durbin- Watson
TDM	.459	.211	.210	1.95

Notas: TDM=Trastorno Depresivo Mayor.

El modelo presentado consiguió explicar el 21.1% de la varianza del TDM. En este caso el valor del test de Durbin Watson es de 1.95 encontrándose entre los parámetros aceptables dando cuenta de la no autocorrelación.

Tabla 32.

Coefficientes de Regresión Lineal para el Trastorno Depresivo Mayor

	B	IC 95%	Desv. Err	Beta	t	Sig
Constante	11.646	[10.680;12.612]	.493		23.624	.000
CES	.156	[-.134 ;177]	.11	.198	14.084	.000

EMASPF	-.100	[-128; .071]	.014	-.120	-6.916	.000
EMASPA	-.092	[-117; -.067]	.013	-.115	-7293	.000
EMASPO	-.076	[-.104; -.047]	.15	-.088	-5190	.000
EAIA	.064	[.053; .075]	.006	.176	11.424	.000

Notas: CES= Centralidad de los Eventos Traumáticos; ESMAPF= Apoyo Social Percibido familiar; ESMAPA=Apoyo Social Percibido Amigos; ESMAPO=Apoyo Social Otros Significativos; EAIA=MI Acumulativo.

En la tabla 32 se presentó el estadístico *B* el cual informó sobre la proporción en la que se espera varíe la sintomatología de TDM en relación a las variables independientes. En este caso, cinco variables independientes integraron el modelo: la Centralidad de los Eventos Traumáticos, el Apoyo Social Percibido Familiar, el Apoyo Social Percibido Amigos, el Apoyo Social Otros Significativos y el MI Acumulativo. Las cinco variables independientes consiguieron explicar de modo significativo ($p < .05$) la variabilidad del TDM. Los análisis de los coeficientes Beta, por su parte, mostraron una relevancia relativa de los parámetros estimados de estas variables explicativas, aportando la Centralidad de los Eventos Traumáticos el 18.9 %, el Apoyo Social Percibido Familiar el 12%, el Apoyo Social Percibido Amigos el 11.5% el Apoyo Social Otros Significativos el 8 % y el MI Acumulativo el 17 % de la variabilidad a la explicada. Por otro lado, el sentido negativo el Apoyo Social Percibido Familiar, del Apoyo Social Percibido de Amigos y el Apoyo Social Percibido Otros Significativos expuesto en *B* indica que el TDM decrece por cada punto en el que se elevan el apoyo social familiar .1, Apoyo Social Percibido

Amigos .092 y Apoyo Social Otros Significativos .076. Mientras que el valor positivo de la Centralidad de los Eventos Traumáticos y el MI Acumulativo reflejado en el valor de B dio cuenta de una relación directa entre las variables explicativas y la explicada, indicando que por cada punto en que se incrementa la Centralidad de los Eventos y el MI Acumulativo .156 y .064 puntos, respectivamente se incrementa la sintomatología de TDM.

8.6.3 *Análisis de Regresión Lineal entre el MI, el Apoyo Social Percibido, la Centralidad de los Eventos y el Desarrollo de Síntomas de TEPT*

Para la elaboración de este modelo se consideraron variables independientes al MI Acumulativo, el Abuso Emocional-Físico, el Abuso Sexual, las Disfunciones en el Hogar, la Negligencia Emocional, la Negligencia Física, la Centralidad de los Eventos Traumáticos, el Apoyo Social Percibido Total y el Apoyo Social Percibido familiar y como variable dependiente el TEPT.

A continuación, se presentan los resultados en las tablas 33 y 34.

Tabla 33.

Bondad de Ajuste Global de los Modelos del Regresión Lineal del Trastorno de Estrés Postraumático.

	R	R ²	R ² Ajustado	Durbin- Watson
TEPT	.592	.350	.349	1.96

Notas: TEPT=Trastorno de Estrés Postraumático.

A partir de los resultados exhibidos en la tabla 33 puede considerarse que el modelo presentado consiguió explicar el 35% de la varianza del Apoyo Social Percibido Total. En este caso el valor del test de Durbin Watson es de 1.96 encontrándose entre los parámetros aceptables dando cuenta de la no autocorrelación.

Tabla 34.

Coefficientes de Regresión Lineal para el Trastorno de Estrés Postraumático.

	B	IC 95%	Desv. Err	Beta	t	Sig
Constante	13.832	[12.570;15.093]	.644		21.492	.000
CES	.371	[.344 ;398]	.014	.345	26.835	.000
EAIA	.056	[.028;0.44]	.014	.112	3.874	.000
EAIDH	.237	[.160; .314]	.039	.099	6.060	.000
EAIAS	.225	[.162; .287]	.032	.104	7.021	.000
EAIEF	.115	[.054;.17]	.031	.075	3.708	.000
EMASPT	-.060	[-.081; -.038]	.011	-.109	-5.479	.000
EMASPF	-.086	[-.131; -.04]	.023	-.076	-3.694	.000

Notas: CES= Centralidad de los Eventos; EAIA=MI Acumulativo; EAIDH= Disfunciones en el Hogar; EAIAS: =Abuso Sexual; EAIEF= Maltrato Emocional Físico; ESMASPT=Apoyo Social Percibido Total; ESMASPF=Apoyo Social Percibido familiar.

En la tabla 34 se presenta el estadístico *B* que aportó información sobre la proporción en la que se espera que varíe la sintomatología de TEPT en relación a las variables independientes. En este caso siete variables independientes integraron el modelo: la Centralidad de los Eventos Traumáticos, el MI Acumulativo, las Disfunciones en el Hogar, el Abuso Sexual en la Infancia, el Maltrato Emocional. Físico el Apoyo Social Percibido Total, y el Apoyo Social Percibido Familiar. Las siete variables independientes consiguieron explicar de modo significativo ($p < .05$) la variabilidad de la sintomatología de TEPT. Los análisis de los coeficientes Beta, por su parte, mostraron una relevancia relativa de los parámetros estimados de estas variables explicativas, aportando la Centralidad de los Eventos el 34.5 %, el MI Acumulativo el 11%, las Disfunciones en el Hogar el 9.9 %, el Abuso Sexual en la Infancia 10%, el Maltrato Emocional Físico 11.5% el Apoyo Social Percibido Total el 10%, y el Apoyo Social Percibido Familiar el 7 % de la variabilidad a la explicada. Por otro lado, el sentido negativo el Apoyo Social Percibido Total y el Apoyo Social Percibido Familiar reflejados en *B* indica que el TEPT decrece por cada punto en el que se elevan el Apoyo Social Percibido Total .060, Apoyo Social Percibido de Familiar .086. Mientras que el valor positivo de la Centralidad de los Eventos Traumáticos y el MI Acumulativo, las Disfunciones en el Hogar, el Abuso Sexual y el Maltrato Emocional Físico, indicado en el valor de *B*, dio cuenta de una relación directa entre las variables explicativas y la explicada, indicando que por cada punto en que se aumenta la Centralidad de los Eventos Traumáticos, el MI Acumulativo, las Disfunciones en el Hogar, el Abuso Sexual en la Infancia .371 ; .056; .237; .225 ; .115 y decrece el Apoyo Social Percibido

Total y el Apoyo Social Percibido Familiar .06; .086 respectivamente, se incrementa la sintomatología de TEPT.

8.6.4 *Análisis de Regresión Lineal entre el Maltrato en la Infancia, la Centralidad de los Eventos el Apoyo Social Percibido y el Trastorno de estrés postraumático complejo*

Luego de los análisis de correlación, detallados en un apartado previo, se procedió a la ejecución de un análisis de regresión, la Negligencia Emocional, la Negligencia Física, la Centralidad de los Eventos y el Apoyo Social Percibido Total y en sus fuentes fueron consideradas variables independientes; mientras que la variable dependiente fue Trastorno de Estrés Postraumático Complejo. En las tablas 35 y 36 se presentan los resultados.

Tabla 35.

Bondad de Ajuste Global del Modelo de Regresión Lineal del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo.

	R	R ²	R ² Ajustado	Durbin- Watson
TEPTC	.528	.279	.278	1.95

Notas: TEPTC=Trastorno de Estrés Postraumático Complejo.

A partir de los resultados expuestos en la tabla 35 se infiere que, el modelo presentado consiguió explicar el 27.9% de la varianza del TEPTC. En este caso el valor del test de Durbin Watson es de 1.95 encontrándose entre los parámetros aceptables dando cuenta de la no autocorrelación.

Tabla 36.

Coefficientes de Regresión Lineal para el Estrés Postraumático Complejo.

	B	IC 95%	Desv. Err	Beta	t	Sig.
Constante	17.266	[12.570;15.093]	.515		33,550	.000
EMASPT	-.195	[-.225; -.164]	.015	-.490	12.619	.000
CES	.182	[.161;.202]	.010	.235	17.468	.000
EAINE	.120	[.077;.163]	.022	.107	5.482	.000
EAIA	.021	[.008; .033]	.006	.058	3.205	.001

Notas: ESMASPT= Apoyo Social Percibido Total. CES= Centralidad de los Eventos. EAINE=Negligencia emocional. EAIA=MI Acumulativo.

En la tabla 36 se presenta el estadístico *B* que aportó información sobre la proporción en la que se espera que varíe la sintomatología de TEPTC en relación a las variables independientes. En este caso, cuatro variables independientes que integraron el modelo fueron: el Apoyo Social Percibido Total, la Negligencia Emocional y el MI Acumulativo. Las cuatro variables independientes consiguieron explicar de modo significativo ($p < .05$) la variabilidad de la sintomatología de TEPTC. Los análisis de los coeficientes Beta, por su parte, mostraron una relevancia relativa de los parámetros estimados de estas variables explicativas, aportando el Apoyo Social Percibido Total 49%, la Centralidad de los Eventos Traumáticos el 23.5 %, la Negligencia Emocional el 10% y el MI Acumulativo el 2%, de la variabilidad a la explicada. Por otro lado, el sentido negativo del Apoyo Social Percibido Total y el Apoyo Social Percibido Total

reflejados en B indica que la sintomatología de TEPTC decrece por cada punto en el que se elevan el Apoyo Social Percibido $-.19$; mientras que el valor positivo de la Centralidad de los Eventos Traumáticos, la Negligencia Emocional y el MI Acumulativo, indicado en el valor de B , dio cuenta de una relación directa entre las variables explicativas y la explicada, indicando que por cada punto en que se aumenta la centralidad de los eventos, la Negligencia Emocional y el MI Acumulativo, $.182$; $.120$; $.021$; respectivamente, se incrementa la sintomatología de TEPTC.

9 CONCLUSIONES

9.1 Adaptación y Propiedades Psicométricas de los Instrumentos de Evaluación

La traducción y el estudio de propiedades psicométricas del Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia (EAI) en el contexto argentino, se llevó a cabo siguiendo las recomendaciones de la *International Test Commission* (ITC), presentando 27 ítems similares a los propuestos originalmente y mostrando propiedades psicométricas aceptables. Así también, las correlaciones de todos los ítems con cada uno de los factores propuestos fueron adecuadas. Si bien se han observado ítems que presentan correlaciones inferiores a .3, lo que podría sugerir su eliminación (*e.g. Me sentí amado*), se ha tomado la decisión de incluirlos en la versión final del cuestionario ya que, por un lado, se consideró que estos presentan un valor teórico que resulta relevante encontrar representado en el Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia. Por otro lado, se ha procurado respetar la cantidad de ítems originales propuesta por Dube y otros (2003). A partir del Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) se observa un buen ajuste para el modelo 1. En relación a los análisis de consistencia interna se señala que de cada una de las dimensiones de las escalas se evaluaron a partir de los coeficientes Alpha de Cronbach y Omega de McDonald obteniendo valores adecuados ($\alpha = .63 \geq .92$; $\omega = .64 \geq .92$) en ambos coeficientes, a excepción de la dimensión Disfunciones en el Hogar que presentó valores de Alpha de Cronbach y Omega de McDonald bajos ($\alpha = .44$; $\omega = .47$) (Hair et al., 2006; José Luis Ventura León & Caycho Rodríguez, 2017). No obstante, se decidió conservar la dimensión ya que al considerar el modelo estructural del cuestionario mediante el AFC sin la dimensión Disfunciones en el Hogar, el modelo presentó un peor ajuste.

Mediante el AFC fue posible comprobar que el modelo 1 (Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia completo) presentó un ajuste adecuado $IFI = .94$, $NNFI = .93$, $CFI = .94$ $RMSEA = .073$. No se hallaron estudios previos que presentaran las propiedades psicométricas del Cuestionario de Experiencias Adversas en la infancia, acorde a lo precisado por Karatekin y Ahluwalia (2016). En cuanto a la validez cruzada, se observan índices de ajuste adecuados para ambos sexos.

En el caso de la adaptación y análisis de las propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud del Paciente-9 (CSP-9) se observaron propiedades psicométricas aceptables de la herramienta. Los nueve ítems que la componen son similares a los originales y correlacionan con el único factor que comprende el cuestionario. La eliminación del ítem 8, según sugieren los análisis descriptivos de los ítems, mejorarían el valor de Alpha de Cronbach del cuestionario; sin embargo, dado el valor teórico del mismo se decidió su inclusión. En relación a los análisis de consistencia interna se señala que la escala presentó valores de Alpha de Cronbach y Omega de McDonald adecuados en ambos coeficientes ($\alpha = .83$; $\omega = .84$) (Hair et al., 2006; José Luis Ventura León & Caycho Rodríguez, 2017).

Mediante el AFC fue posible comprobar que el modelo 1 (unifactorial) del Cuestionario de Salud del Paciente-9 presentó un ajuste adecuado $IFI = .99$, $NNFI = .98$, $CFI = .99$ $RMSEA = .051$. Acorde a la literatura, el 56 % de los estudios realizados presenta como más adecuada la solución unifactorial (Lamela et al., 2020) En cuanto a la validez cruzada, se observan índices de ajuste adecuados para ambos sexos.

Por su parte, la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMASP) ha presentado evidencias de propiedades psicométricas adecuadas, de lo que se deduce que

puede ser utilizada en el contexto local. Los doce ítems de la escala traducida son similares a la versión original y correlacionan con cada una de las subescalas que la componen, permitiendo evaluar el Apoyo Social Percibido en tres de sus fuentes: Familia, Amigos y Otros significativos tal como fue observado en distintos estudios (Canty-Mitchell & Zimet, 2000; Clara et al., 2003; Trejos-Herrera et al., 2018). Si bien la eliminación de algunos de los ítems de Apoyo Social Otros Significativos mejoraría el Alpha de Cronbach, dada la pertinencia teórica de los ítems se decidió mantener la estructura original. De acuerdo a los análisis de consistencia interna, se señala que de cada una de las dimensiones de las escalas evaluadas mediante los coeficientes Alpha de Cronbach y Omega de McDonald han presentado valores adecuados ($\alpha = .88 \geq .93$; $\omega = .89 \geq .93$) (Hair et al., 2006; José Luis Ventura León & Caycho Rodríguez, 2017).

A través de Análisis Factorial Confirmatorio se propusieron dos modelos de la EMASP, presentando ambos un ajuste adecuado e idénticos IFI= .99, NNFI= .99, CFI=.99 RMSEA=.064. Estos resultados son similares a los propuestos por estudios anteriores donde tanto el modelo de tres factores, como el de tres factores de segundo orden, presentaron índices de ajuste idénticos (Vaingankar et al., 2012). Luego, se procedió a evaluar la validez cruzada por sexo de las EMASP: los resultados indican que se presentan índices de ajuste adecuados tanto para la submuestra femenina como masculina.

Por último, se realizó la adaptación y el análisis de propiedades psicométricas del Cuestionario Internacional de Trauma (CIT). Los 12 ítems son similares a los planteados por los autores originales y aportan a cada una de las dos subescalas. Se destaca que en el caso de la subescala Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, el ítem 1 presentaría una correlación

baja, sin embargo, se decide la inclusión del ítem dada su pertinencia teórica. De acuerdo a los análisis de consistencia interna, se señala que de cada una de las dos subescalas del cuestionario evaluadas mediante los coeficientes Alpha de Cronbach y Omega de McDonald han presentado valores adecuados CITTEPT ($\alpha = .86$; $\omega = .91$) CITTEPTC ($\alpha = .84$; $\omega = .90$) (Hair et al., 2006; José Luis Ventura León & Caycho Rodríguez, 2017).

En cuanto al Análisis Factorial Confirmatorio, se presentaron cuatro modelos posibles, siguiendo a la literatura. El modelo 3 (modelo de dos factores de segundo orden) presentó propiedades psicométricas adecuadas IFI= .99, NNFI= .99, CFI=.99 RMSEA=.05. Este resultado es similar al reportado en estudios anteriores (Karatzias et al., 2017).

9.2 Consecuencias del Maltrato en la infancia en el Desarrollo de Apoyo Social Percibido

De forma consistente con la hipótesis propuesta e investigaciones previas, este estudio indicó que el MI se encuentra asociado negativamente al Apoyo Social Percibido Total, Familiar, Amigos y Otros Significativos en la adultez, tal como se observó en estudios anteriores (Fitzgerald & Gallus, 2020). Posteriormente, se realizó un análisis de regresión, mediante el que se arribó a la conclusión de que la Negligencia Emocional, en este estudio, ha sido el tipo de MI que mayor efecto tuvo sobre el Apoyo Social Percibido Total y en sus tres fuentes. En este sentido, se destaca que la Negligencia Emocional ha sido vinculada, en distintos estudios, con el deterioro del Apoyo Social Percibido (Evans et al., 2013; Horan & Widom, 2015; Lanctôt, 2020). Las conductas negligentes de los padres o cuidadores durante la crianza pudieron alimentar la creencia de que el entorno sería incapaz de proveer los cuidados emocionales necesarios para el desarrollo y, por lo tanto, disminuir la percepción de apoyo

social. A este respecto, se destaca que la Negligencia Emocional, aunque es un tipo de MI muy frecuente, ha sido relativamente poco explorada (Stoltenborgh et al., 2013) lo que contribuye a su silenciamiento y favorece su continuidad. En este estudio, los ítems que componen el factor de Negligencia Emocional indagan acerca del hecho de sentirse amado y protegido, así como acerca del cuidado emocional entre los miembros de la familia, el grado de fortaleza y apoyo que sintió el individuo a partir sus relaciones familiares. Estas cuestiones se configuran como nodales en el desarrollo de los sujetos e impactan en la percepción de apoyo social, ya que de no sentirse amados o sentir que entre los miembros de la familia no se procuran cuidados emocionales, el desarrollo de la percepción de apoyo social podría verse comprometida. De esta forma, el entorno se presentaría hostil y se comprometería el desarrollo de la capacidad de confiar en los otros, sentir que alguien puede ayudar, acompañar y dar su apoyo frente a las vicisitudes de la vida. En estos casos, las respuestas de rechazo y omisión frente a las necesidades emocionales y afectivas del niño, podrían llevarlo a dejar de intentar vincularse con otros e incluso a sentir que los otros pueden ser peligrosos, disminuyendo de esta manera, los intentos de interacción social y modelando las formas de relacionarse y percibir las relaciones en la adultez. Si bien la Negligencia Emocional afecta al Apoyo Social Percibido en sus distintas fuentes, se observa, en este trabajo, que la principal fuente afectada es la familiar. Este hallazgo tiene sentido si se tiene en mente que, en muchos casos, el individuo víctima de MI continua inmerso en un entorno compuesto por ciertos miembros de la familia que fueron quienes, durante su crianza, presentaron conductas negligentes en la dispensación de cuidados tanto emocionales como físicos hacia el niño (Stevens et al., 2013). En esta misma dirección, en este estudio, la Negligencia Física explica parcialmente la disminución de la percepción de apoyo social total, familiar y de amigos. En el cuestionario utilizado en este

trabajo, los ítems apuntan a indagar acerca del hecho de haber recibido los cuidados básicos para el desarrollo integral del individuo en la infancia. Así, los ítems se refieren a la satisfacción de necesidades básicas para el desarrollo como recibir la alimentación adecuada, asistir a la escuela, asistir a controles de salud, contar con vestimenta adecuada y en condiciones para su uso. En este caso, al igual que el anterior, la Negligencia Física explica el desarrollo del individuo y contribuye a la idea de que no es posible obtener lo necesario para subsistir a partir del contacto con los otros, lo que podría frustrar los intentos por establecer relaciones sociales y contribuir a la disminución del Apoyo Social Percibido. La pobreza coyuntural en este país, en muchos casos, dificulta la provisión de los insumos y cuidados básicos para el desarrollo de los niños y adolescentes, no es posible desconocer este hecho, aunque excede los límites de este estudio.

9.3 Relaciones entre el Maltrato en la infancia, el Apoyo Social Percibido, la Centralidad de los Eventos Traumáticos y los Síntomas de Trastorno Depresivo Mayor

En consonancia con la hipótesis de investigación, los resultados obtenidos indican que existen relaciones directas entre el MI Acumulativo, los distintos tipos de MI, la Centralidad de los Eventos Traumáticos y los síntomas de TDM; mientras que la asociación del TDM con el Apoyo Social Percibido es indirecta, como sugiere la literatura (Fitzgerald & Gallus, 2020; Steine et al., 2017; Vranceanu et al., 2007).

A partir de un análisis de regresión se intentó dar cuenta de qué variables independientes presentaron un mayor valor explicativo para el desarrollo de síntomas de TDM. Así, en primer lugar, la variable independiente que explicó en mayor medida el desarrollo de

síntomas de TDM fue la Centralidad de los Eventos Traumáticos. Este resultado tiene sentido desde el punto de vista teórico, puesto que la centralidad de los eventos postula que, si un evento traumático se configura como central en el sentido de sí mismo del sujeto, crea redes de sentido en la memoria autobiográfica, alimentando la tendencia a comprender y juzgar situaciones diversas a la luz de la situación traumática vivida (Berntsen & Rubin, 2006). A este respecto, es posible comprender el papel de la centralidad de los eventos en el desarrollo de los síntomas de TDM a partir del tercer aspecto de la centralidad de los eventos postulado por Berntsen y Rubin (2007a). Este aspecto indica que la incorporación de un evento traumático a la personalidad e identidad del sujeto, favorecería la tendencia a considerar al evento como causalmente vinculada a ciertos aspectos del *self* favoreciendo el desarrollo de trastornos psicopatológicos (Berntsen & Rubin, 2007a). Posiblemente, en el caso de las personas que sufrieron MI, pensamientos ligados a la culpabilidad e ideas de merecimientos de los abusos y rechazos, pueden llevar al individuo a pensar y sentir que algo está mal en él y estos pensamientos y emociones podrían relacionarse al desarrollo de síntomas de TDM. Asimismo, otra de las variables explicativas, aunque en menor medida, para el desarrollo de TDM, fue el MI Acumulativo. A partir del análisis de regresión, el MI Acumulativo puede considerarse como parcialmente explicativo del desarrollo de síntomas de TDM. Estos resultados coinciden con la literatura (Chapman et al., 2004; Kealy & Lee, 2018; Ports et al., 2016). Por último, el Apoyo Social Percibido, en sus tres fuentes, explicaría parcial e inversamente el desarrollo de síntomas de TDM, como se enseña en estudios anteriores (Fitzgerald & Gallus, 2020; Vranceanu et al., 2007). Es posible concluir que el MI Acumulativo, podría disminuir el Apoyo Social Percibido colaborando en el desarrollo de síntomas de TDM; mientras que la centralidad del evento convertiría en un punto nodal de la historia del sujeto la experiencia de MI,

promoviendo que el individuo juzgue a la luz de estos eventos situaciones actuales, explicando parcialmente las variables independientes mencionadas en el desarrollo del TDM.

9.4 Relaciones entre el Apoyo Social Percibido, la Centralidad de los Eventos Traumáticos, el Maltrato en la Infancia y los Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático

De manera consistente con la hipótesis de investigación, los resultados obtenidos indican que existen relaciones directas entre los distintos tipos de MI y en mayor medida el MI Acumulativo y el TEPT, tal como se expresa en distintos estudios (Fasciano et al., 2020; Hodgdon et al., 2018; Kalmakis et al., 2019; Walling et al., 2011); la Centralidad de los Eventos Traumáticos y el TEPT (Berntsen & Rubin, 2006; Blix et al., 2013; Vermeulen et al., 2019; Zaragoza Scherman et al., 2015). Mientras que la asociación entre el Apoyo Social Percibido y el TEPT es indirecta, tal como fue hipotetizado en consonancia a la literatura (Haj-Yahia et al., 2019).

A partir de un análisis de regresión se analizó qué variables independientes presentaron un mayor valor explicativo para comprender estas relaciones. Así, en primer lugar, la variable independiente que explicó en mayor medida el desarrollo de síntomas de TEPT fue la Centralidad de los Eventos Traumáticos al igual que en el caso del TDM. Siguiendo lo argumentado a lo largo de este trabajo, no todas las personas que sufren MI desarrollan trastornos psicopatológicos. Desde esta perspectiva, el hecho de que la Centralidad de los Eventos Traumáticos se constituya como la variable de mayor valor explicativo en el modelo de regresión para TEPT coincide con esta premisa. Así, síntomas característicos de TEPT como la reexperimentación, la sensación de amenaza y evitación podrían ser parcialmente explicados

por la segunda característica de la centralidad de los eventos: la tendencia a que el evento traumático se configure como un punto de referencia para juzgar y otorgar sentido a otras situaciones (Berntsen & Rubin, 2007a), presentando una alta accesibilidad de recuerdos ligados a una situación traumática en este caso el MI Acumulativo. Este incremento de la accesibilidad de los recuerdos podría implicar una sobrestimación de la factibilidad de que el hecho traumático se repita, facilitando el surgimiento de rumiaciones, preocupaciones innecesarias y conductas evitativas, sintomatología típica del TEPT. A partir del análisis de regresión, el MI del tipo Abuso Sexual se presentó como una de las variables explicativas en relación al TEPT, a este respecto Hodgson y otros (2018) en su estudio sugirieron que el Abuso Sexual en la infancia se presentó como un factor de riesgo particularmente potente para el TEPT. Sin embargo, se destaca que la literatura indica que los niños suelen sufrir distintos tipos de MI de forma simultánea, de manera que aquellos que han sufrido Abuso Sexual en la infancia, posiblemente hayan también sido víctimas de otros tipos de MI. Así también, las Disfunciones en el Hogar, el MI emocional- físico y el MI Acumulativo explicaron parcialmente el desarrollo de sintomatología de TEPT. Las Disfunciones en el Hogar se evaluaron a través de una serie de preguntas formuladas por los autores originales que diseñaron el estudio ACEs, Adverse Childhood Experiences/Experiencias Adversas en la Infancia (Felitti et al., 1998). Estas preguntas apuntan a una muy variada serie de situaciones que pudieron ocurrir en la infancia del individuo tales como: la separación o divorcio de los padres, padres o cuidadores con problemas de consumo de sustancias, el padecimiento de un trastorno mental de padres o cuidadores o incluso el fallecimiento de estos, lo que señala una serie de eventos extremadamente disímiles entre sí, pero con potencial traumático. En este sentido, se tomó la decisión de incluir esta dimensión de la EAI siguiendo a la literatura y debido a que el análisis

factorial confirmatorio indicó que su inclusión mejoraba el modelo, aunque sus parámetros estimados fueron bajos. No se hallaron, en la revisión de la literatura, estudios que evaluaran específicamente las Disfunciones en el Hogar en relación a los síntomas de TEPT de forma específica e independiente. El MI emocional- físico, por su parte, se presentó como otra de las variables explicativas del TEPT, coincidentemente a lo propuesto por ciertos autores (Patock-Peckham et al., 2020; Shen, 2009). Así también el MI Acumulativo se presentó como una variable parcialmente explicativa para los síntomas de TEPT (Heo et al., 2020; Leardmann et al., 2010; Walling et al., 2011). Respecto del Apoyo Social Percibido en relación a los síntomas de TEPT, esta variable explicaría parcial e inversamente el desarrollo de síntomas de TEPT como fue sugerido por la literatura (Haj-Yahia et al., 2019; Van Voorhees et al., 2008). Las relaciones entre el MI, la Centralidad de los Eventos Traumáticos y el Apoyo Social Percibido se presentan como recíprocas y complejas. Ya que el MI deteriora la percepción de apoyo social, disminuyendo el valor protector de esta variable frente al desarrollo de síntomas de TEPT. Al mismo tiempo, la centralidad de los eventos facilita la accesibilidad de los recuerdos ligados a estas vivencias promoviendo el desarrollo de síntomas de reexperimentación, evitación y sensación de amenaza.

9.5 Relaciones entre el Maltrato en la Infancia, el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, el Apoyo Social Percibido y la Centralidad de los Eventos Traumáticos.

Acorde a lo hipotetizado, se observaron asociaciones positivas directas entre el MI Acumulativo, los distintos tipos de MI, la Centralidad de los Eventos Traumáticos y el TEPTC. Mientras que se presentaron relaciones negativas entre el Apoyo Social Percibido Total, en las tres fuentes propuestas, y el TEPTC. A partir del análisis de regresión lineal, se presentaron

cuatro variables independientes que contribuyen a explicar parcialmente el TEPTC: el MI Acumulativo tal como indicaron estudios anteriores (Cloitre et al., 2019; Ho et al., 2019), la Negligencia Emocional, el Apoyo Social Percibido Total y la Centralidad de los Eventos traumáticos. Desde el punto de vista teórico, el TEPTC se relaciona a una exposición crónica a situaciones traumáticas de inicio en la infancia, de acuerdo a esta definición el MI, generalmente crónico y de inicio en la infancia, estaría estrechamente vinculado al TEPTC. En la revisión no se encontraron estudios que consideraran a la Negligencia Emocional específicamente en relación al TEPTC, sin embargo, cabe destacar que son pocos aún los estudios que se dedicaron a estudiar al TEPTC y sus relaciones con el MI. Es posible que el hecho de que el niño se desarrollara en un ambiente donde sus necesidades emocionales y afectivas fueron desatendidas contribuya al desarrollo de síntomas de desregulación emocional centrales en el desarrollo de sintomatología de TEPTC. Contrariamente a lo sugerido por Hyland y otros (2017), en el presente estudio no se encontraron relaciones entre el Abuso Sexual en la infancia y el TEPTC. Por su parte, el Apoyo Social Percibido explicaría parcial e inversamente a los síntomas de TEPTC, tal como fue propuesto en estudios anteriores (Simon et al., 2019). Se destaca que el Apoyo Social Percibido Total cobra una mayor relevancia en la explicación del TEPTC, que en relación al TEPT. Este hecho podría vincularse a que el TEPTC presenta sintomatología ligada a la desregulación afectiva, el deterioro de las relaciones interpersonales y el autoconcepto negativo. En relación a esto, las experiencias de MI y especialmente la Negligencia Emocional, según los resultados de este estudio y de la revisión de la literatura, tienden a disminuir la percepción de apoyo social contribuyendo a dificultades para sentirse parte de una red de apoyo mutuo y concebir a los otros como una potencial fuente a protección y no como una posible fuente de hostilidad.

9.6 Limitaciones

En cuanto a las limitaciones de este trabajo, en primer lugar, se señala que la administración del instrumento ha sido a través de las redes sociales. Cabe destacar que esta modalidad de obtención de datos impidió observar a los sujetos durante la administración y disminuir los distractores que pudieran aparecer. Además, la recolección de datos se realizó con procedimientos de selección no probabilísticos viéndose de este modo restringida su representatividad respecto de la población en estudio. En cuanto al desbalance según sexo, se destaca que, aunque hubiera sido deseable una proporción de 50%, en este caso el estudio obtuvo datos de una muestra compuesta casi en un 70% por mujeres. En algunas provincias este porcentaje fue aún mayor, llegando en algunos casos a valores cercanos a un 80% (e.g. San Juan y Tierra del Fuego).

En segundo lugar, cabe señalar que el Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia no presentó validaciones previas para la versión de 27 Ítems utilizada en este trabajo. Este hecho trae como consecuencia que no haya sido posible comparar las propiedades psicométricas obtenidas en este estudio con los antecesores. Se destaca que, si bien las propiedades psicométricas evaluadas mediante el AFC para la muestra total han obtenido índices de ajuste adecuados, en ciertas provincias el RMSEA y el SRMR han indicado un ajuste mediocre, aunque aceptable (Hu & Bentler, 1999; MacCallum et al., 1996; Schermelleh-Engel et al., 2003). Así también, se observan ciertos puntos débiles en el Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia como la variabilidad de preguntas que conforman la dimensión Disfunciones en el Hogar (e.g. *¿Sus padres han estado por algún tiempo separados o divorciados?*; e.g. *¿Durante tu infancia viviste con una persona alcohólica?*). Esta amplitud

en relación a los ítems que conforman esta dimensión, afecta su consistencia interna y por lo tanto su confiabilidad.

En tercer lugar, como se señaló a lo largo del trabajo, el MI es un fenómeno sumamente complejo atravesado por cuestiones sociales, culturales e históricas que dificultan su estudio. En este sentido, qué se entiende por MI tiende a variar de acuerdo a la cultura y las prácticas de crianza habituales en una sociedad dada, de esta manera resulta muy difícil de clasificar y evaluar. Sin embargo, se considera necesario llegar a un consenso para delimitar las conductas de MI de aquellas que no lo son en una sociedad, cultura y momento histórico. A este respecto La Convención sobre los Derechos del Niño alienta al desarrollo de ciertos consensos a nivel mundial sobre lo que podría considerarse MI (Larraín & Fuentalba, 2021). Este trabajo se enfrentó a ciertas dificultades para encontrar una herramienta estandarizada que permita evaluar al mismo tiempo distintos tipos de MI y, a su vez, permita conocer el impacto global del MI a través de la puntuación del MI Acumulativo. En esta misma dirección, no se halló a nivel local ninguna adaptación y validación de un instrumento que permita la evaluación de los distintos tipos de MI y el MI Acumulativo.

En cuarto lugar, se señala que, en este estudio, se ha decidido realizar un recorte de una problemática muy amplia, motivo por el cual fue necesario dejar de lado el análisis de ciertas variables que podrían además de la Centralidad de los Eventos Traumáticos y el Apoyo Social Percibido contribuir a la explicación del desarrollo de síntomas de TDM, TEPT y TEPTC como es el caso de la regulación emocional y los estilos de afrontamiento. En este sentido, sería de particular interés en el futuro el desarrollo de estudios que incluyeran estas variables a las propuestas.

9.7 Comentarios Finales

Este trabajo, en primer lugar, aportó herramientas válidas y confiables para la evaluación del MI, el TDM, el Apoyo Social Percibido, el TEPT y el TEPTC. En segundo lugar, este estudio permitió corroborar los resultados presentados por la literatura acerca de las relaciones del MI y el Apoyo Social Percibido hallando como fundamental el papel de la Negligencia Emocional en el deterioro del Apoyo Social Percibido. Al mismo tiempo, esta tesis se propuso conocer las asociaciones entre el MI, la Centralidad de los Eventos Traumáticos, el Apoyo Social Percibido, y el desarrollo de síntomas de TDM, TEPT y TEPC respectivamente. A lo largo del trabajo, se observó el impacto negativo del MI en el Apoyo Social Percibido, y su vínculo con el desarrollo de síntomas de TDM, TEPT y TEPTC. De manera que la disminución del Apoyo Social Percibido, se vincularía a los síntomas de TDM, TEPT y TEPTC. A este respecto, como se señaló anteriormente, cabe destacar que, las conductas de maltrato hacia los niños surgen en el marco de las prácticas de crianza, principalmente en los intentos de impartir disciplina hacia los niños, y en relación a perspectivas adultocéntricas y poco realistas de cómo debe ser y cómo debe comportarse un niño. Desde este punto de vista, promover modelos de disciplina alternativos, como el caso de la disciplina positiva y trabajar en una concepción de la niñez centradas en niños reales, menos modeladas en posiciones adultocéntricas, podría contribuir a la disminución del uso de prácticas disciplinares violentas. En este sentido, cabe destacar que frecuentemente las formas de reprender a los niños tienden a ser violentas y presentar objetivos más ligados al castigo que al aprendizaje de las pautas culturales y sociales que se le quieren transmitir. Por este motivo, se señala que podría ser beneficioso presentar a madres, padres o quienes cumplan su rol herramientas de la disciplina

positiva, que faciliten la adopción de un estilo de crianza respetuosa disminuyendo el MI y favoreciendo el desarrollo integral de los niños.

Por otra parte, en este estudio la Centralidad de los Eventos Traumáticos, en este caso la centralidad de la experiencia de MI, se presentó como una de las variables explicativas de mayor peso en el desarrollo de sintomatología de TDM y TEPT. En relación a este hallazgo, se considera que la experiencia de MI como central en la vida del sujeto alimentaría esquemas negativos acerca del mundo como potencialmente amenazante y peligroso, perjudicando la salud mental de los individuos. Del mismo modo, otra de las variables explicativas del incremento de sintomatología de TDM y TEPT fue el Apoyo Social Percibido, cuya disminución explicó parcialmente el TDM, el TEPT y el TEPTC. A este respecto, es necesario considerar intervenciones que apunten a mejorar el Apoyo Social Percibido con el fin de disminuir el surgimiento de síntomas de TDM, TEPT y TEPTC en las personas que sufrieron MI.

Se destaca que en este estudio se decidió considerar al TEPTC en relación al MI, la Centralidad de los Eventos Traumáticos y el Apoyo Social Percibido. Sin embargo, en la literatura, los estudios en relación al TEPTC son escasos y, más aún, en relación a las variables de este estudio. En ese sentido, explorar las relaciones entre el TEPTC, el MI, la Centralidad de los Eventos Traumáticos y el Apoyo Social Percibido podría considerarse un pequeño aporte al conocimiento de este trastorno.

10 REFERENCIAS

- Abarca, C. (2013). Violencia en la pareja variables que inciden en el fenómeno de la retratación femenina. *Praxis: Revista de Psicología*, 2(24), 9–28.
- Abdelwahid, H. A., & Al-shahrani, S. I. (2011). Screening of depression among patients in Family. *Journal of Saudi Medicine*, 32(9), 948–952.
- Adeyuya, A. O., Ola, B. A., & Afolabi, O. O. (2006). Validity of the patient health questionnaire (PHQ-9) as a screening tool for depression amongst Nigerian university students. *Journal of Affective Disorders*, 96(1–2), 89–93. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.05.021>
- Afifi, T. O., Mota, N., Sareen, J., & MacMillan, H. L. (2017). The relationships between harsh physical punishment and child maltreatment in childhood and intimate partner violence in adulthood. *BMC Public Health*, 17(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4359-8>
- Aguirre Davila, E. (2000). Socialización y prácticas de crianza. In E. Duran Strauch & E. Aguirre Davila (Eds.), *Socialización Prácticas de Crianza y Salud* (pp. 1–92). Universidad Nacional de Colombia.
- Akhtar, A., Rahman, A., Husain, M., Chaudhry, I. B., Duddu, V., & Husain, N. (2010). Multidimensional scale of perceived social support: Psychometric properties in a South Asian population. *Obstetrics and Gynecology Research*, 36(4), 845–851. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2010.01204.x>
- Al-qadhi, W., Rahman, S., Ferwana, M. S., & Abdulmajeed, I. A. (2014). Adult depression screening in Saudi primary care: prevalence, instrument and cost. *BMC Psychiatry*, 14(190), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-190>.
- Alcón, A. P. (2017). La patria potestad vs. el menor online: una ponderación de derechos constante. *Rev. Prop. Inmateria*, 23, 171–180. <https://doi.org/10.18601/16571959.n23.07>.
- Alencar-Rodríguez, R., & Cantera, L. (2012). Violencia de Género en la Pareja: Una Revisión Teórica. *Psico*, 43(1), 116–126.
- Ali, P. A., Dhingra, K., & McGarry, J. (2016). A literature review of intimate partner violence and its classifications. *Aggression and Violent Behavior*, 31, 16–25. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2016.06.008>.
- Allbaugh, L. J., Wright, M. O. D., & Folger, S. F. (2016). The role of repetitive thought in determining posttraumatic growth and distress following interpersonal trauma. *Anxiety*,

Stress and Coping, 29(1), 21–37. <https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1015422>.

Alley, D., Chae, J., Gordon, I., Kalomiris, A., & Goodman, G. (2015). Child maltreatment and autobiographical memory development: emotion regulation and trauma-related psychopathology. In W. Lynn & D. Berntsen (Eds.), *Clinical Perspectives on Autobiographical Memory* (pp. 85–106). Cambridge.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*.

American Psychiatric Association. (2013). *American Psychiatric Association. Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. (5th ed.).

American Psychiatric Association. (2016). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, quinta edición*.

Amores-Villalba, A., & Mateos-Mateos, R. (2017). Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abusos en la infancia. *Psicología Educativa*, 23(2), 81–88. <https://doi.org/10.1016/j.pse.2017.05.006>

Anda, R. F., Croft, J. B., Felitti, V. J., Nordenberg, D., Giles, W. H., Williamson, D. F., & Giovino, G. A. (1999). Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *Journal of the American Medical Association*, 282(17), 1652–1658. <https://doi.org/10.1001/jama.282.17.1652>

Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., Dube, S. R., & Giles, W. H. (2005). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174–186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>

Anda, R., Tietjen, G., Schulman, E., Felitti, V., & Croft, J. (2010). Research Submission Adverse Childhood Experiences and Frequent Headaches. *American Headache Society Research*, 50, 1473–1481. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2010.01756.x>

Andresen, E. M., Malmgren, J. A., Carter, W. B., & Patrick, D. L. (1994). Screening for depression in well older adults: Evaluation of a short form of the CES-D. *American Journal of Preventive Medicine*, 10(2), 77–84. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(18\)30622-6](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(18)30622-6)

Arechabala Mantuliz, M. C., & Miranda Catillo, C. (2002). Validacion De Una Escala De Apoyo Social Percibido en un grupo de Adultos Mayores Adscritos a Un Programa De

Hipertension de la Región Metropolitana. *Ciencia y Enfermería*, 8(1), 49–55.

Arendt, H. (2005). *Sobre la violencia*. Taurus.

Arias Chacón, G., Carvajal Jiménez, V., Cascante Arrieta, L. E., Corrales Naranjo, M., Quesada Mora, M., & Zamora Montero, J. C. (2018). Contribuciones de la teoría disciplina positiva: Una experiencia en la comunidad rural La Maravilla, San Vito de Coto Brus. *Revista Ensayos Pedagógicos*, 13(1), 157–179. <https://doi.org/10.15359/rep.13-1.7>

Arnold, S. R. C., Uljarević, M., Hwang, Y. I., Richdale, A. L., Trollor, J. N., & Lawson, L. P. (2019). Brief Report: Psychometric Properties of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) in Autistic Adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(6), 2217–2225. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-03947-9>

Arruabarrena, I., & De Paúl, J. (1999). *Maltrato a los niños en la familia: evaluación y tratamiento. El concepto de malos tratos a la infancia*. Ediciones Pirámide.

Arruabarrena, M. I. (2011). Child psychological maltreatment in the family: Definition and severity assessment. *Psychosocial Intervention*, 20(1), 25–44. <https://doi.org/10.5093/in2011v20n1a3>

Ashbaugh, A. R., Houle-Johnson, S., Herbert, C., El-Hage, W., & Brunet, A. (2016). Psychometric validation of the English and French versions of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). *PLoS ONE*, 11(10), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161645>

Atenciano Jimenez, B., & Matute, E. de C. (2016). Menores expuestos a la violencia de género: conceptos y marco legal. In C. O. de P. de Madrid (Ed.), *Intervención Psicológica En Menores Expuestos/As a* (Colegio Of, pp. 11–26).

Ayala, J. L. M., & De Paúl Ochotorena, J. (2004). Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. *Psicothema*, 16(1), 45–49.

Azah, M. N. N., Shah, M. E. M., Juwita, S., Bahri, I. S., & Rushidi, W. M. W. M. Jamil, Y. M. (2005). Validation of the Malay Version Brief Patient Health Questionnaire (PHQ-9) among Adult Attending Family Medicine Clinics. *International Medical Journal*, 12(4), 259–263.

Bagherian-Sararoudi, R., Ehsan, H. B., Sarafraz, M. R., & Zimet, G. (2013). Psychometric Properties of the Persian Version of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in Iran. *International Journal of Preventive Medicine*, 4(11), 1277–1281.

- Baños, A. (2005). Antropología de la violencia. *Estudios de Antropología Biológica*, 12, 3–26.
- Barboza, G. E., Dominguez, S., & Pinder, J. (2017). Trajectories of post-traumatic stress and externalizing psychopathology among maltreated foster care youth: A parallel process latent growth curve model. *Child Abuse & Neglect*, 72, 370–382. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.09.007>
- Barclay, C. R. (1988). Schematización of Autobiographical Memory. In D. C. Rubin (Ed.), *Autobiographical Memory* (pp. 82–99). Cambridge University Press.
- Basol, G. (2008). Validity and Reliability of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support-Revised, with a Turkish Sample Scale of Perceived Social Support-Revised, with a Turkish Sample. *Social Behavior and Personality*, 36(10), 1303–1314. <https://doi.org/10.2224/sbp.2008.36.10.1303>
- Bayarri, E., Ezpeleta, L., & Granero, R. (2011). Exposure to Intimate Partner Violence, Psychopathology, and Functional Impairment in Children and Adolescents: Moderator Effect of Sex and Age. *Journal of Family Violence*, 26(7), 535–543. <https://doi.org/10.1007/s10896-011-9390-4>
- Bazo, M. T. (2006). Incidencia y Prevalencia del Maltrato a los Mayores. In J. L. de la Cuesta Arzamendi (Ed.), *El Maltrato de personas mayores. Detección y prevención desde un prisma criminológico interdisciplinar* (pp. 39–60). Hurkoa Fun.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. The Psychological Corporation.
- Bedi, G., & Goddard, C. (2007). Intimate partner violence: What are the impacts on children? *Australian Psychologist*, 42(1), 66–77. <https://doi.org/10.1080/00050060600726296>
- Bélanger, E., Thomas, K. S., Jones, R. N., Epstein-Lubow, G., & Mor, V. (2019). Measurement validity of the Patient-Health Questionnaire-9 in US nursing home residents. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(5), 700–708. <https://doi.org/10.1002/gps.5074>
- Bellet, B. (2016). *Event Centrality and Bereavement Symptomatology: The Moderating Role of Meaning Made Event Centrality and Bereavement Symptomatology: The Moderating Role. March 2017*. <https://doi.org/10.1177/0030222816679659>
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114(3), 413–434. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.114.3.413>

- Ben-David, V., & Jonson-Reid, M. (2017). Resilience among adult survivors of childhood neglect: A missing piece in the resilience literature. *Children and Youth Services Review*, 78(December 2016), 93–103. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.05.014>
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse and Neglect*, 27(2), 169–190. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
- Bernstein, P., Ph, D., Fink, L., Foote, J., Lovejoy, M., & Ruggiero, J. (1994). *and Validity of Child Abuse and Neglect*. August, 1132–1136.
- Berntsen, D. (2009). Introduction to the unbidden past. In D. Bernsten (Ed.), *Involuntary Autobiographical Memories* (pp. 1–19). Cambridge University Press
- Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2006). The centrality of event scale: A measure of integrating a trauma into one's identity and its relation to post-traumatic stress disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 44(2), 219–231. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.01.009>
- Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2007a). When a Trauma Becomes a Key to Identity: Enhanced Integration of Trauma Memories Predicts Posttraumatic Stress Disorder Symptoms. *Applied Cognitive Psychology*, 21, 417–431. <https://doi.org/10.1002/acp>
- Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2007b). *When a Trauma Becomes a Key to Identity: Enhanced Integration of Trauma Memories Predicts Posttraumatic Stress Disorder Symptoms*. 431(October 2006), 417–431. <https://doi.org/10.1002/acp>
- Berntsen, D., Willert, M., & Rubin, D. C. (2003). Splintered memories or vivid landmarks? Qualities and organization of traumatic memories with and without PTSD. *Applied Cognitive Psychology*, 17(6), 675–693. <https://doi.org/10.1002/acp.894>
- Black, T., Fallon, B., Nikolova, K., Tarshis, S., Baird, S., & Carradine, J. (2020). Exploring subtypes of children's exposure to intimate partner violence. *Children and Youth Services Review*, 118(August), 105375. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105375>
- Blix, I., Solberg, Ø., & Heir, T. (2013). Centrality of Event and Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder After the 2011 Oslo Bombing Attack. *Applied Cognitive Psychology*, 28 (2) 249—253. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1766276>.

- Boals, A. (2010). *Events That Have Become Central to Identity: Gender Differences in the Centrality of Events Scale for Positive and Negative Events*. 24, 107–121. <https://doi.org/10.1002/acp>.
- Boals, A., & Ruggero, C. (2016). Event centrality prospectively predicts PTSD symptoms. *Anxiety, Stress and Coping*, 29(5), 533–541. <https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1080822>.
- Boelen, P. A. (2012). A prospective examination of the association between the centrality of a loss and post-loss psychopathology. *Journal of Affective Disorders*, 137(1–3), 117–124. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.12.004>
- Bondjers, K., Hyland, P., Roberts, N. P., Bisson, J. I., Willebrand, M., & Arnberg, F. K. (2019). Validation of a clinician-administered diagnostic measure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD: the International Trauma Interview in a Swedish sample. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1–11. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1665617>
- Boothroyd, L., Dagnan, D., & Muncer, S. (2019). PHQ-9: One factor or two? *Psychiatry Research*, 271, 532–534. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.048>
- Bouvard, A. D. S. C. M. (2015). Evaluation of the French Version of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support During the Postpartum Period. *Maternal and Child Health Journal*, 19(6), 1245–1251. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1630-9>
- Bovin, M. J., Marx, B. P., Weathers, F. W., Gallagher, M. W., Rodriguez, P., Schnurr, P. P., & Keane, T. M. (2016). Psychometric properties of the PTSD checklist for diagnostic and statistical manual of mental disorders-fifth edition (PCL-5) in veterans. *Psychological Assessment*, 28(11), 1379–1391. <https://doi.org/10.1037/pas0000254>
- Bozo, Ö., Toksabay, N., & Kürüm, O. (2009). Activities of daily living, depression, and social support among elderly turkish people. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 143(2), 193–205. <https://doi.org/10.3200/JRLP.143.2.193-206>
- Braithwaite, E. C., O'Connor, R. M., Degli-Esposti, M., Luke, N., & Bowes, L. (2017). Modifiable predictors of depression following childhood maltreatment: A systematic review and meta-analysis. *Translational Psychiatry*, 7(7), 1–10. <https://doi.org/10.1038/tp.2017.140>
- Breslau, N., Koenen, K. C., Luo, Z., Agnew-Blais, J., Swanson, S., Houts, R. M., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2014). Childhood maltreatment, juvenile disorders and adult post-traumatic stress disorder: a prospective investigation. *Psychological Medicine*, 44(09), 1937–1945. <https://doi.org/10.1017/S0033291713002651>

- Brewer, W. (1988). What is Autobiographical Memory? In D. C. Rubin (Ed.), *Autobiographical Memory* (pp. 25–50). Cambridge University Press.
- Briere, J., & Runtz, M. (1988). Multivariate correlates of childhood psychological and physical maltreatment among university women. *Child Abuse and Neglect*, *12*(3), 331–341. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(88\)90046-4](https://doi.org/10.1016/0145-2134(88)90046-4)
- Bringiotti, M. I. (2008). Relevamiento epidemiológico en la población escolarizada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Ciencias Psicológicas*, *11*(2), 131–141.
- Bringiotti, M. I., Del Luca, C., & Guillem, M. F. (2015). Prevalencia del Abuso Sexual Infantil. In M. I. Bringiotti (Ed.), *Abuso y maltrato en la infancia y adolescencia. investigaciones y debates interdisciplinarios* (pp. 69–97). Lugar.
- Brooks, M., Graham-Kevan, N., Lowe, M., & Robinson, S. (2017). Rumination, event centrality, and perceived control as predictors of post-traumatic growth and distress: The Cognitive Growth and Stress model. *British Journal of Clinical Psychology*, *56*(3), 286–302. <https://doi.org/10.1111/bjc.12138>.
- Brown, A., Antonius, D., Krame, M., Rot, J., & Hirst, W. (2010). Trauma Centrality and PTSD in Veterans Returning from Iraq and Afghanistan. *Journal of Traumatic Stress*, *23*(4), 293–300. <https://doi.org/10.1002/jts>.
- Brown, D. W., Anda, R. F., Edwards, V. J., Felitti, V. J., Dube, S. R., & Giles, W. H. (2007). Adverse childhood experiences and childhood autobiographical memory disturbance. *Child Abuse and Neglect*, *31*(9), 961–969. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.02.011>.
- Bruwer, B., Emsley, R., Kidd, M., Lochner, C., & Seedat, S. (2008). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. *Comprehensive Psychiatry*, *49*, 195–201. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.09.002>
- Buesa, S., & Calvete, E. (2013). Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: el papel del apoyo social. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *13*, 31–45.
- Burlaka, V., Hong, J. S., Churakova, I., Serdiuk, O., Proskura, V., & Shvets, D. (2020). The Role of Adverse Childhood Experiences and Corporal Punishment in Early Adulthood Depression and Substance Use among Ukrainian College Students. *Journal of Family Violence*, *35*(3), 285–295. <https://doi.org/10.1007/s10896-019-00110-x>
- Cabrera Diaz, E. (2013). Prácticas de poder en la convención de los Derechos del Niño.

Revista Colombiana de Bioética, 8(2), 9–17.

Caetano, R., Field, C. A., & Nelson, S. (2003). Association between childhood physical abuse, exposure to parental violence, and alcohol problems in adulthood. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(3), 240–257. <https://doi.org/10.1177/0886260502250074>

Cagigas Arriazu, A. (2000). El patriarcado, como origen de la violencia doméstica. *Monte Buciero*, 5, 307–318.

Calvete, E., & Connor-smith, J. K. (2006). Anxiety, Stress, & Coping: A Perceived social support, coping, and symptoms of distress in American and Spanish students. *Anxiety, Stress, & Coping: An International Journal*, 19(1), 47–65. <https://doi.org/10.1080/10615800500472963>

Calzada Reyes, A. (2004). Algunos aspectos de interés sobre la violencia y el maltrato infantil. *Revista Cubana de Pediatría*, 20(5–6), 1–10.

Campbell, J. A., Walker, R. J., & Egede, L. E. (2015). Associations Between Adverse Childhood Experiences, High-Risk Behaviors, and Morbidity in Adulthood. *American Journal of Preventive Medicine*, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.07.022>

Cantón-Cortés, D., & Cortés, M. R. (2015). Consecuencias del Abuso Sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 31(2), 552–561. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.180771>

Canty-Mitchell, J., & Zimet, G. D. (2000). Costs of secondary parasitism in the facultative hyperparasitoid *Pachycrepoideus dubius*: Does host size matter? *American Journal of Community Psychology*, 28(3), 391–400. <https://doi.org/10.1023/A>

Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: Lectures on concept development*. Behavioral Publications.

Carey, M., Boyes, A., Noble, N., Waller, A., & Inder, K. (2016). Patients., Validation of the PHQ-2 against the PHQ-9 for detecting depression in a large sample of Australian general practice. *Australian Journal of Primary Health*, 22(3), 262–266.

Carnevale, S., Di Napoli, I., Esposito, C., Arcidiacono, C., & Procentese, F. (2020). Children witnessing domestic violence in the voice of health and social professionals dealing with contrasting gender violence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 1–18. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124463>.

- Carrasco Ortiz, M. A., & Gonzalez Calderón, M. J. (2006). Theoretical Issues on Aggression: Concept and Models. *Acción Psicológica*, 4(2), 7–38.
- Carrillo- Urrego, A. (2018). Castigos en la crianza de los hijos e hijas: un. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 16(2), 719–740.
- Carrillo-Mora, P. (2010). Sistemas de memoria: Reseña histórica, clasificación y conceptos actuales. Primera parte: Historia, taxonomía de la memoria, sistemas de memoria de largo plazo: La memoria semántica. *Salud Mental*, 33(1), 85–93.
- Carta, M. G., Oca, S. D., Atzeni, M., Perra, A., Francesca, M., Sancassiani, F., Mausel, G., Nardi, A. E., Minerba, L., & Brasesco, V. (2016). Quality of Life of Sardinian Immigrants in Buenos Aires and of People Living in Italy and Sardinia: Does the Kind of Care have a Role for People with Depression? *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 12, 158–166. <https://doi.org/10.2174/1745017901612010158>
- Carvalho Fernando, S., Beblo, T., Schlosser, N., Terfehr, K., Otte, C., Löwe, B., Wolf, O. T., Spitzer, C., Driessen, M., & Wingenfeld, K. (2012). Associations of childhood trauma with hypothalamic-pituitary-adrenal function in borderline personality disorder and major depression. *Psychoneuroendocrinology*, 37(10), 1659–1668. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.02.012>
- Cecil, H., Stanley, M. A., Carrion, P. G., & Swann, A. (1995). Psychometric properties of the MSPSS and NOS in psychiatric outpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 51(5), 593–602
- Chagas, M. H. N., Tumas, V., Rodríguez, G. R., Machado-De-Sousa, J. P., Filho, A. S., Hallak, J. E. C., & Crippa, J. A. S. (2013). Validation and internal consistency of patient health questionnaire-9 for major depression in parkinson's disease. *Age and Ageing*, 42(5), 645–649. <https://doi.org/10.1093/ageing/aft065>
- Chakrabarty, T., Harkness, K. L., McInerney, S. J., Quilty, L. C., Milev, R. V., Kennedy, S. H., Frey, B. N., MacQueen, G. M., Müller, D. J., Rotzinger, S., Uher, R., & Lam, R. W. (2020). Childhood maltreatment and cognitive functioning in patients with major depressive disorder: A CAN-BIND-1 report. *Psychological Medicine*, 50(15), 2536–2547. <https://doi.org/10.1017/S003329171900268X>
- Chanlongbutra, A., Singh, G. K., & Mueller, C. D. (2018). Adverse Childhood Experiences, Health-Related Quality of Life, and Chronic Disease Risks in Rural Areas of the United States. *Journal of Environmental and Public Health*, 2018, 1–15. <https://doi.org/10.1155/2018/7151297>
- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., & Anda, R. F. (2004).

- Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82(2), 217–225. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.12.013>
- Chartier, M. J., Walker, J. R., & Naimark, B. (2010). Child Abuse & Neglect Separate and cumulative effects of adverse childhood experiences in predicting adult health and health care utilization. *Child Abuse & Neglect*, 34(6), 454–464. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.09.020>
- Chilcot, J., Hudson, J. L., Moss-Morris, R., Carroll, A., Game, D., Simpson, A., & Hotopf, M. (2018). Screening for psychological distress using the Patient Health Questionnaire Anxiety and Depression Scale (PHQ-ADS): Initial validation of structural validity in dialysis patients. *General Hospital Psychiatry*, 50, 15–19. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2017.09.007>
- Cholera, R., Gaynes, B. N., Pence, B. W., Bassett, J., Qangule, N., Macphail, C., Bernhardt, S., Pettifor, A., & Miller, W. C. (2014). Validity of the patient health questionnaire-9 to screen for depression in a high-HIV burden primary healthcare clinic in Johannesburg, South Africa. *Journal of Affective Disorders*, 167, 160–166. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.06.003>
- Chou, K. L. (2000). Assessing Chinese adolescents' social support: The multidimensional scale of perceived social support. *Personality and Individual Differences*, 28(2), 299–307. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(99\)00098-7](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(99)00098-7)
- Christianson, S.-Å. (1992). Emotional stress and eyewitness memory: a critical review. *Psychological Bulletin*, 112, 284–309.
- Chukwuorji, J. B. C., Ifeagwazi, C. M., & Eze, J. E. (2019). Event centrality influences posttraumatic stress disorder symptoms via core beliefs in internally displaced older adults. *Aging and Mental Health*, 23(1), 113–121. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1396580>
- Clapp, J. D., & Beck, J. G. (2009). Support: The Role of Negative Network Orientation. *Behaviour Research and Therapy*, 47(3), 237–244. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.12.006>
- Clara, I. P., Cox, B. J., Enns, M. W., Murray, L. T., & Torgrudc, L. J. (2003). Confirmatory Factor Analysis of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in Clinically Distressed and Student Samples. *Journal of Personality Assessment*, 81(3), 265–270. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8103_09
- Clarkson. (2014). Prevalence and Relationship Between Adverse Childhood Experiences and Child Behavior Among Young Children. *Infant Mental Health Journal*, 35(6), 544–554.

<https://doi.org/10.1002/imhj>.

Cloitre, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Roberts, N. P., Karatzias, T., & Shevlin, M. (2019). ICD-11 PTSD and Complex PTSD in the United States: A population-based study. *Journal of Traumatic Stress, 32*(6), 833–842. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/jts.22454>

Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., 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. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>

Cloitre, Marylene, Garvert, D., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology, 4*, 1–13. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1739873>

Cloitre, Marylene, Shelvin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., & Hyland, P. (2019). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD Marylène. *Journal of Chemical Information and Modeling, 53*(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Cloitre, Marylene, Stolbach, B., Herman, J., Van del Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental Approach to Complex PTSD: Childhood and Adult Cumulative Trauma as Predictor of Symptom Complexity. *Journal Of Traumatic Stress, 22*(5), 399–408. <https://doi.org/10.1002/jts>

Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine, 38*(5), 300–314. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>

Coelho, R., Viola, T. W., Walss-Bass, C., Brietzke, E., & Grassi-Oliveira, R. (2014). Childhood maltreatment and inflammatory markers: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 129*(3), 180–192. <https://doi.org/10.1111/acps.12217>

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale.

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. *Psychological Bulletin, 98*(2), 310–357.

Cohen, Sheldom, Gottlieb, B., & Underwood, L. (2004). Social Relationships and Health. *American Psychologist, 59*(8), 1–23.

- Cohen, Sheldon, Merlmestein, R., Kamarck, T., & Hoberman, H. (1985). Measuring the Functional Components of Social Support. In *Social Support: Theory, Research and Applications* (Springers, pp. 73–94). Springer
- Conway, M. (2005). Memory and the self. *Journal of Memory and Language*, 53(4), 594–628. <https://doi.org/10.1016/j.jml.2005.08.005>
- Conway, M. A. (2009). *Neuropsychologia Episodic memories*. 47, 2305–2313. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2009.02.003>
- Conway, M., & Pleydell- Pearce, C. (2000). The Construction of Autobiographical Memories in the Self-Memory System. *Psychological Review*, 107(2), 261–288. <https://doi.org/10.1037/0033-295X>
- Crane, P. K., Gibbons, L. E., Willig, J. H., Mugavero, M. J., Lawrence, S. T., Schumacher, J. E., Saag, M. S., Kitahata, M. M., & Crane, H. M. (2010). Measuring depression levels in HIV-infected patients as part of routine clinical care using the nine-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 22(7), 874–885. <https://doi.org/10.1080/09540120903483034>
- Crespo, M. (2015). Development and validation of the global assessment of post-traumatic stress scale. *Journal of Victimology*, 2, 55–71. <https://doi.org/DOI 10.12827-RVJV-2-03>
- Crespo, M., & Gomez, M. M. (2012). La Evaluación del Estrés Postraumático: Presentación de la Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP). *Clínica y Salud*, 23(1), 25–41. <https://doi.org/10.5093/cl2012a4>
- Dahlem, N. W., Zimet, G. D., & Walker, R. R. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. A confirmatory study. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 756–761. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2
- Dalgard, O. S., Dowrick, C., Lehtinen, V., Vazquez-Barquero, J. L., Casey, P., Wilkinson, G., Ayuso-Mateos, J. L., Page, H., & Dunn, G. (2006). Negative life events, social support and gender difference in depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(6), 444–451. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0051-5>
- Davison, M. L., Bershadsky, B., Bieber, J., Silversmith, D., Maruish, M. E., & Kane, R. L. (1997). Development of a Brief, Multidimensional, Self-Report Instrument for Treatment Outcomes Assessment in Psychiatric Settings: Preliminary Findings. *Assessment*, 4(3), 259–276. <https://doi.org/10.1177/107319119700400306>

- De Lima Osório, F., Vilela Mendes, A., Crippa, J. A., & Loureiro, S. R. (2009). Study of the discriminative validity of the phq-9 and phq-2 in a sample of brazilian women in the context of primary health care. *Perspectives in Psychiatric Care*, 45(3), 216–227. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2009.00224.x>
- De Paul, J., & Larrion, J. L. (2006). El maltrato a los mayores. Algunas cuestiones generales. In J. L. de la Cuesta Arzamendi (Ed.), *El Maltrato de personas mayores. Detección y prevención desde un prisma criminológico interdisciplinar* (pp. 11–23). Hurkoa Fun. <https://doi.org/10.19744/j.cnki.11-1235/f.2006.09.027>
- De Roda, A. B. L., & Moreno, E. S. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13(1), 17–23.
- del Palacio-Gonzalez, A., & Berntsen, D. (2018). Emotion Regulation of Events Central to Identity and Their Relationship with Concurrent and Prospective Depressive Symptoms. *Behavior Therapy*, 49(4), 604–616. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.11.002>
- Del Pilar Mendez Sanchez, M., & Méndez, M. G. (2014). Relación Entre las Estrategias de Manejo del Conflicto y la Percepción de la Violencia Situacional en la Pareja. *Revista Colombiana de Psicología*, 24(1), 99–111. <https://doi.org/10.15446/rcp.v24n1.41439>
- Delgado, C. (2014). ¿Violencia o agresiones en la pareja? Escala VGP de violencia de género percibida. In O. Fernández (Ed.), *Mujeres en riesgo de exclusión social y violencia de género* (Universidad, pp. 499–507).
- Dias, A., Sales, L., Mooren, T., Mota Cardozo, R., & Kleber, R. (2017). Childmaltreatment, revictimization and Post-Traumatic Stress Disorder among adults in a community sample. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(2), 97–106.
- Diez Quevedo, C., Rangil, T., Sanchez- Planell, L., Kroenke, K., & Spitzer, R. (2001). Validation and Utility of the Patient Health Questionnaire in Diagnosing Mental Disorders in 1003 General Hospital Spanish Inpatients. *Psychosomatic Medicine*, 63, 679–686.
- DiLillo, D., Hayes-Skelton, S. A., Fortier, M. A., Perry, A. R., Evans, S. E., Messman Moore, T. L., Walsh, K., Nash, C., & Fauchier, A. (2010). Development and initial psychometric properties of the Computer Assisted Maltreatment Inventory (CAMI): A comprehensive self-report measure of child maltreatment history. *Child Abuse and Neglect*, 34(5), 305–317. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.09.015>
- Dinenberg, R. E., McCaslin, S. E., Bates, M. N., & Cohen, B. E. (2014). Social support may protect against development of posttraumatic stress disorder: Findings from the heart and soul study. *American Journal of Health Promotion*, 28(5), 294–297.

<https://doi.org/10.4278/ajhp.121023-QUAN-511>

- Dixon, L., Hamilton-giachritsis, C., Browne, K., & Ostapuik, E. (2007). *The Co-occurrence of Child and Intimate Partner Maltreatment in the Family: Characteristics of the Violent Perpetrators*. 675–689. <https://doi.org/10.1007/s10896-007-9115-x>
- Doi, S., Ito, M., Takebayashi, Y., Muramatsu, K., & Horikoshi, M. (2018). Factorial validity and invariance of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-9 among clinical and non-clinical populations. *PLoS ONE*, *13*(7), 1–9. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199235>
- Donat, J. C., Lobo, N. dos S., Jacobsen, G. dos S., Guimarães, E. R., Kristensen, C. H., Berger, W., Mendlowicz, M. V., Lima, E. de P., Vasconcelos, A. G., & Nascimento, E. (2019). Translation and cross-cultural adaptation of the international trauma questionnaire for use in Brazilian Portuguese. *Sao Paulo Medical Journal*, *137*(3), 270–277. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2019.0066070519>
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). Childhood Abuse, Neglect, and Household Dysfunction and the Risk of Illicit Drug Use: The Adverse Childhood Experiences Study. *Pediatrics*, *111*(3), 564–572. <https://doi.org/10.1542/peds.111.3.564>
- Dube, Shanta R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The adverse childhood experiences study. *Pediatrics*, *111*(3), 564–572. <https://doi.org/10.1542/peds.111.3.564>
- Dube, S R, Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., Giles, W. H., & Page, P. (2001). *Childhood Abuse, Household Dysfunction, and the Risk of Attempted Suicide Findings from the Adverse Childhood Experiences Study*. *286*(24), 3089–3096.
- Dube, S. R, Anda, R. F., Felitti, V. J., Edwards, V. J., & Croft, J. B. (2002). Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult. *Addictive Behaviors*, *27*(5), 713–725. Ret. *Addictive Behaviors*, *27*(5), 713–725.
- Dubowitz, H., & Bennett, S. (2007). Physical abuse and neglect of children. *Lancet*, *369*, 1891–1899. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60856-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60856-3)
- Duncko, R., Fischer, S., Hatch, S. L., Frissa, S., Goodwin, L., Papadopoulos, A., Cleare, A. J., & Hotopf, M. (2019). Recurrence of Depression in Relation to History of Childhood Trauma and Hair Cortisol Concentration in a Community-Based Sample. *Neuropsychobiology*, 1–

10. <https://doi.org/10.1159/000498920>

- Durá, E., & Garcés, J. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Revista de Psicología Social*, 6(2), 257–271. <https://doi.org/10.1080/02134748.1991.10821649>
- Duru, E., Zimet, G., & Clara, I. P. (2007). Re-examination of the psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support among Turkish university students. *Social Behavior and Personality*, 35(4), 443–452. <https://doi.org/10.2224/sbp.2007.35.4.443>
- Echeburúa, E., Amor, P. J., Muñoz, J. M., Sarasua, B., & Zubizarreta, I. (2017). Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: versión forense (EGS-F). *Anuario de Psicología Jurídica*, 27(1), 67–77. <https://doi.org/10.1016/j.apj.2017.02.005>
- Echeburúa, E., Amor, P. J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F. P., & Muñoz, J. M. (2016). Escala de gravedad de síntomas revisada (EGS-R) del trastorno de estrés postraumático según el DSM-5: Propiedades psicométricas. *Terapia Psicológica*, 34(2), 111–128. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082016000200004>
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2003). Relationship Between Multiple Forms of Childhood Maltreatment and Adult Mental Health in Community Respondents: Results from the Adverse Childhood Experiences Study. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1453–1460.
- Ekbäck, M., Benzein, E., Lindberg, M., & Årestedt, K. (2013). The Swedish version of the multidimensional scale of perceived social support (MSPSS) - a psychometric evaluation study in women with hirsutism and nursing students. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(168), 1–9.
- Eker, D., & Arkar, H. (1995). Perceived social support: psychometric properties of the MSPSS in normal and pathological groups in a developing country. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30(3), 121–126. <https://doi.org/10.1007/BF00802040>
- Elhai, J. D., Contractor, A. A., Tamburrino, M., Fine, T. H., Prescott, M. R., Shirley, E., Chan, P. K., Slembariski, R., Liberzon, I., Galea, S., & Calabrese, J. R. (2012). The factor structure of major depression symptoms: A test of four competing models using the Patient Health Questionnaire-9. *Psychiatry Research*, 199(3), 169–173. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.05.018>
- Evans, S. E., Steel, A., & DiLillo, D. (2013). Child Maltreatment Severity and Adult Trauma

Symptoms: Does Perceived Social Support Play a Buffering Role? *Child Abuse and Neglect*, 19(11), 389–399. <https://doi.org/10.1016/j.asieco.2008.09.006>

Expósito, F., & Ruiz, S. (2010). Reeducción de Maltratadores: Una Experiencia de Intervención desde la Perspectiva de Género. *Psychosocial Intervention*, 19(2), 145–151. <https://doi.org/10.5093/in2010v19n2a6>

Familiar, I., Ortíz Panozo, E., Hall, B., Vieitez, I., Romieu, I., Lopéz-Riadura, R., & Martín, L. (2015). Factor structure of the Spanish version of the Patient Health Questionnaire-9 in Mexican Women. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 24(1), 74–82. <https://doi.org/10.1002/mpr>

Fang, L., & McNeil, S. (2017). Is there a relationship between adverse childhood experiences and problem drinking behaviors? Findings from a population-based sample. *Public Health*, 150, 34–42. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.05.005>

Fasciano, L. C., Dale, L. P., Shaikh, S. K., Little Hodge, A. L., Gracia, B., Majdick, J. M., Holder, A. Y., & Ford, J. D. (2020). Relationship of childhood maltreatment, exercise, and emotion regulation to self-esteem, PTSD, and depression symptoms among college students. *Journal of American College Health*, 0(0), 1–7. <https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1705837>

Feder, A., Ahmad, S., Lee, E. J., Morgan, J. E., Singh, R., Smith, B. W., Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2013). Coping and PTSD symptoms in Pakistani earthquake survivors: Purpose in life, religious coping and social support. *Journal of Affective Disorders*, 147(1–3), 156–163. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.10.027>

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258.

Ferguson, K. S., & Dacey, C. M. (1997). Anxiety, depression, and dissociation in women health care providers reporting a history of childhood psychological abuse. *Child Abuse and Neglect*, 21(10), 941–952. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(97\)00055-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(97)00055-0)

Fernández Alcántara, M., De los Santos-Roig, M., Pérez-Marfil, M. N., Catena-Martínez, A., Pérez-García, M., Martí-García, C., & Cruz-Quintana, F. (2015). Adaptación al castellano de la Centrality of Event Scale (CES). *Universitas Psychologica*, 14(2), 499. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-2.acce>

Fernandez Couse, G., & Perea Corral, J. (2004). Síndrome del maltrato infantil. *Revista Cubana*

de *Pediatría*, 76(3), 1–18.

Ferrer- Perez, V. A., & Bosch-Fiol, E. (2019). El Género en el Análisis de la Violencia contra las Mujeres en la Pareja: de la “Ceguera” de Género a la Investigación Específica del Mismo. *Anuario de Psicología Jurídica*, 29(1), 69–76. <https://doi.org/10.5093/apj2019a3>

Finelhor, D., Shattuck, A., Turner, H., & Hamby, S. (2015). A revised inventory of Adverse Childhood Experiences. *Child Abuse & Neglect*, 48, 13–21. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.07.011>

Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I., & Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women. *Child Abuse Neglect*, 14, 19–28.

Finkelhor, David. (1980). *Abuso Sexual al Menor*. Pax México.

Fitzgerald, J. M., Berntsen, D., & Broadbridge, C. L. (2016). The Influences of Event Centrality in Memory Models of PTSD. *Applied Cognitive Psychology*, 30(1), 10–21. <https://doi.org/10.1002/acp.3160>

Fitzgerald, M., & Gallus, K. (2020). Emotional support as a mechanism linking childhood maltreatment and adult’s depressive and social anxiety symptoms. *Child Abuse and Neglect*, 108, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104645>

Fitzgerald, M., Hamstra, C., & Ledermann, T. (2020). Childhood maltreatment and adult’s provisions of emotional support given to family, friends, and romantic partners: An examination of gender differences. *Child Abuse and Neglect*, 106, 104520. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104520>

Flury, M., Nyberg, E., & Riecher-Rössler, A. (2010). Domestic violence against women: Definitions, epidemiology, risk factors and consequences. *Swiss Medical Weekly*, 140, 23–29. <https://doi.org/10.4414/smw.2010.13099>

Folke, S., Nielsen, A. B. S., Andersen, S. B., Karatzias, T., Karstoft, K., Folke, S., Nielsen, A. B. S., Andersen, S. B., Karatzias, T., Folke, S., Nielsen, A. B. S., & Andersen, S. B. (2019). ICD-11 PTSD and complex PTSD in treatment- seeking Danish veterans: a latent profile analysis latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1686806>

Ford, D. C., Grumman, N., Merrick, M. T., Parks, S. E., Breiding, M. J., Gilbert, L. K., Edwards, V. J., Dhingra, S. S., Grumman, N., Barile, J. P., & Thompson, W. W. (2014). Examination of the Factorial Structure of Adverse Childhood Experiences and Recommendations for

Three Subscale Scores. *Psychology of Violence*, 4, 432–444.

- Ford, E. S., Anda, R. F., Edwards, V. J., Perry, G. S., Zhao, G., Li, C., & Croft, J. B. (2011). Adverse childhood experiences and smoking status in five states. *Preventive Medicine*, 53(3), 188–193. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2011.06.015>
- Freiberg Hoffmann, A., & Fernández Liporace, M. M. (2015). Estilos de aprendizaje en estudiantes universitarios ingresantes y avanzados de Buenos Aires. *Liberabit*, 21(1), 71–79.
- Freiberg Hoffmann, A., & Liporace Fernández, M. M. (2016). Enfoques de Aprendizaje en Estudiantes Universitarios Argentinos según el R-SPQ-2F: Análisis de sus Propiedades Psicométricas. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(2), 307–329. <https://doi.org/10.15446/rcp.v25n2.51874>
- Gaines, A. D. (1992). From DSM-I to III-R; Voices of Self, Mastery and the Other: A Cultural Constructivist Reading of U. S. Psychiatric Classification. *Society, Science a Medical*, 35(1), 3–24.
- Galán, S., Castarlenas, E., Racine, M., Sánchez-Rodríguez, E., Tomé-Pires, C., Jensen, M. P., & Miró, J. (2017). Factor Structure, Internal Consistency and Criterion Validity of the Full-form and Short-form Versions of the Centrality of Events Scale in Young People. *Applied Cognitive Psychology*, 31(6), 662–667. <https://doi.org/10.1002/acp.3369>
- Gámez-guadix, M., & Almendros, C. (2011). *Exposición a la Violencia entre los Padres, Prácticas de Crianza y Malestar Psicológico a Largo Plazo de los Hijos Witnessing Interparental Violence, Parenting Practices, and Children's Long-Term Psychological Distress*. 20(2), 121–130.
- García-Torres, M., García-Méndez, M., & Rivera-Aragón, S. (2017). Apoyo social en adultos mexicanos: validación de una escala. *Acta de Investigación Psicológica*, 7(1), 2561–2567. <https://doi.org/10.1016/j.aiprr.2017.02.004>
- García Duplex, H. U., & Andriola, K. A. (2015). La violencia intrafamiliar en Tandil, y su abordaje institucional: una investigación empírica. *Derecho y Ciencias Sociales*, 12, 195–216.
- García, F. E., & Mardones, R. (2010). Prevención de trastorno de estrés postraumático en supervivientes del terremoto de Chile de febrero de 2010: Una propuesta de intervención narrativa. *Terapia Psicológica*, 28(1), 85–93. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082010000100008>

- Gariépy, G., Honkaniemi, H., & Quesnel-Vallée, A. (2016). Social support and protection from depression: Systematic review of current findings in western countries. *British Journal of Psychiatry*, 209(4), 284–293. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.169094>
- Gauer, G., Souza, J. Á. de, Silveira, A. M. da, & Sediya, C. Y. N. (2013). Stressful events in autobiographical memory processing: Brazilian version of the centrality of event scale. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(1), 98–105. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000100011>
- Gil, A. S. (2017). La Ley Nacional sobre Violencia contra las mujeres y su tratamiento en la prensa argentina: Entre lo políticamente correcto y la elusión. *Periodico do Nucleo de Estudos e Pesquisas Sobre Genero e Direito.*, 6(2), 114–133.
- Gilbar, O., Hyland, P., Cloitre, M., & Dekel, R. (2018). ICD-11 complex PTSD among Israeli male perpetrators of intimate partner violence: Construct validity and risk factors. *Journal of Anxiety Disorders*, 54, 49–56. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.01.004>
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373(9657), 68–81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7)
- Gilboa, A. (2004). Autobiographical and episodic memory - One and the same? Evidence from prefrontal activation in neuroimaging studies. *Neuropsychologia*, 42(10), 1336–1349. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2004.02.014>
- Gilbody, S., Richards, D., & Barkham, M. (2007). Diagnosing depression in primary care using self-completed instruments: UK validation of PHQ-9 and CORE-OM. *British Journal of General Practice*, 57(541), 650–652.
- Goldberg, X., Serra-Blasco, M., Vicent-Gil, M., Aguilar, E., Ros, L., Arias, B., Courtet, P., Palao, D., & Cardoner, N. (2019). Childhood maltreatment and risk for suicide attempts in major depression: a sex-specific approach. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1–12. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1603557>
- Golding, J., Wilsnack, S. C., & Cooper, M. L. (2002). Sexual Assault History and Social Support: Six General Population Studies'. *Journal of Traumatic Stress*, 1(3), 187–197.
- Gómez De Terreros Guardiola, M. (2006). Maltrato psicológico. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12(43–44), 103–116. <https://doi.org/10.4321/s1135-76062006000100008>
- González-Blanch, C., Medrano, L. A., Muñoz-Navarro, R., Ruíz-Rodríguez, P., Moriana, J. A.,

- Limonero, J. T., Schmitz, F., & Cano-Vindel, A. (2018). Factor structure and measurement invariance across various demographic groups and over time for the PHQ-9 in primary care patients in Spain. *PLoS ONE*, *13*(2), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193356>
- Gonzalez, P., Nuñez, A., Merz, E., Brinz, C., Weitzman, O., Navas, E., Camacho, A., Buelna, C., Penedo, F., Wassertetheil-Smoller, S., Perreira, K., Isasi, C., Choca, J., Talavera, G., & Gallo, L. (2017). Measurement Properties of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D 10): Findings from HCHS/SOL. *Psychol Assess*, *29*(4), 549–562. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31823da96d.Hydrogen>
- Granillo, M. T. (2012). Structure and Function of the Patient Health Questionnaire-9 Among Latina and Non-Latina White Female College Students. *Journal of the Society for Social Work and Research*, *3*(2), 80–93. <https://doi.org/10.5243/jsswr.2012.6>
- Groleau, J. M., Calhoun, L. G., Cann, A., & Tedeschi, R. G. (2013). *The Role of Centrality of Events in Posttraumatic Distress and Posttraumatic Growth*. *5*(5), 477–483.
- Gros, D. F., Flanagan, J. C., Korte, K. J., Mills, A. C., Brady, K. T., & Back, S. E. (2016). Relations among social support, PTSD symptoms, and substance use in veterans. *Psychology of Addictive Behaviors*, *30*(7), 764–770. <https://doi.org/10.1037/adb0000205>
- Habermas, T. (2012). Identity, emotion, and the social matrix of autobiographical memory: a psychoanalytic narrative view. In D. Berntsen & D. Rubin (Eds.), *Understanding autobiographical memory: Theories and approaches* (pp. 33–54). Cambridge University Press.
- Hair, F., Anderson, R., Tatham, R., & Black, W. (2010). *Multivariate data analysis with readings*. Prentice-Hall.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2006). *Multivariate Data Analysis* (Pearson Pr).
- Haj-Yahia, M. M., Sokar, S., Hassan-Abbas, N., & Malka, M. (2019). The relationship between exposure to family violence in childhood and post-traumatic stress symptoms in young adulthood: The mediating role of social support. *Child Abuse and Neglect*, *92*(August 2018), 126–138. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.03.023>
- Hamby, S., Finkelhor, D., Turner, H., & Ormrod, R. (2010). The overlap of witnessing partner violence with child maltreatment and other victimizations in a nationally representative survey of youth. *Child Abuse and Neglect*, *34*(10), 734–741. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.03.001>

- Hamby, S., Finkelhor, D., Turner, H., & Ormrod, R. (2011). Children's exposure to intimate partner violence and other family violence. *Juvenile Justice Bulletin*, 1–12.
- Hamilton, M. (1960). A Rating Scale for Depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 23(56), 56–62.
- Hamza, A., & Bayero, P. (2012). Measuring perceived social support in stroke survivors: linguistic validation of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) in Hausa (Nigerian) language. *South African Journal of Occupational Therapy*, 42(830), 26–30.
- Han, C., Ahn, S., Kwak, J., & Pae, C. (2008). Validation of the Patient Health Questionnaire-9 Korean version in the elderly population: the Ansan Geriatric study. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 218–223. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.08.006>
- Haselgruber, A., Sölva, K., & Lueger-Schuster, B. (2020). Validation of ICD-11 PTSD and complex PTSD in foster children using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(1), 60–73. <https://doi.org/10.1111/acps.13100>
- Hayashi, Y., Okamoto, Y., Takagaki, K., Okada, G., Toki, S., Inoue, T., Tanabe, H., Kobayakawa, M., & Yamawaki, S. (2015). Direct and indirect influences of childhood abuse on depression symptoms in patients with major depressive disorder. *BMC Psychiatry*, 15(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0636-1>
- Hébert, M., Lavoie, F., & Blais, M. (2014). Post-Traumatic Stress Disorder/PTSD in adolescent victims of sexual abuse: resilience and social support as protection factors. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3), 685–694. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.15972013>
- Heim, C., Newport, D. J., Mletzko, T., Miller, A. H., & Nemeroff, C. B. (2008). The link between childhood trauma and depression: Insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology*, 33, 693–710. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2008.03.008>
- Heise, L. L. (1998). Violence Against Women. *Violence against Women*, 4, 262–290. <https://doi.org/10.1177/1077801298004003002>
- Helitzer, D., Graeber, D., LaNoue, M., & Newbill, S. (2015). Use of Coping Strategies. *Don't Step on the Tiger's Tail - A Mixed Methods Study of the Relationship between Adult Impact of Childhood Adversity and Use of Coping Strategies Deborah*, 51(7), 768–774. <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9815-7>

- Heo, S., Moser, D. K., Lennie, T. A., Fischer, M., Kim, J., Walsh, M. N., Ounpraseuth, S., & Turrise, S. (2020). Prediction of Heart Failure Symptoms and Health-Related Quality of Life at 12 Months from Baseline Modifiable Factors in Patients with Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 35(2), 116–125. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000642>
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377–391.
- Hernandez Lalinde, J. D., Castro Espinosa, J. F., Peñaloza Tarazona, M. E., Rodriguez, J., Chacon Ragel, J. G., Toloza sierra, cristian A., Torrado Arenas, M. K., Carrillo Sierra, S. M., & Bermudez Pirela, V. J. (2018). Sobre el uso adecuado del coeficiente de correlación de Pearson: definición, propiedades y suposiciones. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 37(5), 587–595.
- Herrera, M., & Lathrop, F. (2016). Parental Responsibility: A Comparative Study of Latin American Legislation. *International Journal of Law, Policy and the Family*, 30(3), 274–291. <https://doi.org/10.1093/lawfam/ebw010>
- Higgins, D. J., & McCabe, M. P. (2001). The development of the Comprehensive Child Maltreatment Scale. *Journal of Family Studies*, 7(1), 7–28. <https://doi.org/10.5172/jfs.7.1.7>
- Hinz, A., Mehnert, A., Kocalevent, R. D., Brähler, E., Forkmann, T., Singer, S., & Schulte, T. (2016). Assessment of depression severity with the PHQ-9 in cancer patients and in the general population. *BMC Psychiatry*, 16(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0728-6>
- Ho, G. W. K., Hyland, P., Shevlin, M., Chien, W. T., Inoue, S., Yang, P. J., Chen, F. H., Chan, A. C. Y., & Karatzias, T. (2020). The validity of ICD-11 PTSD and Complex PTSD in East Asian cultures: findings with young adults from China, Hong Kong, Japan, and Taiwan. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1717826>
- Ho, G. W. K., Karatzias, T., Cloitre, M., Chan, A. C. Y., Bressington, D., Chien, W. T., Hyland, P., & Shevlin, M. (2019). Translation and validation of the Chinese ICD-11 International Trauma Questionnaire (ITQ) for the Assessment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex PTSD (CPTSD). *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1–10. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1608718>
- Hodgdon, H. B., Spinazzola, J., Briggs, E. C., Liang, L. J., Steinberg, A. M., & Layne, C. M. (2018). Maltreatment type, exposure characteristics, and mental health outcomes among clinic referred trauma-exposed youth. *Child Abuse and Neglect*, 82(July 2016), 12–22. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.05.021>

- Hoge, C. W., Riviere, L. A., Wilk, J. E., Herrell, R. K., & Weathers, F. W. (2014). The prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) in US combat soldiers: A head-to-head comparison of DSM-5 versus DSM-IV-TR symptom criteria with the PTSD checklist. *The Lancet Psychiatry*, 1(4), 269–277. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70235-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70235-4)
- Holeva, V., Tarrier, N., & Wells, A. (2001). Prevalence and Predictors of Acute Stress Disorder and PTSD following Road Traffic Accidents: Thought Control Strategies and Social Support. *Behavior Therapy*, 32(1), 65–83. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80044-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80044-7)
- Holgado-Tello, F. P., Chacón-Moscoso, S., Barbero-García, I., & Vila-Abad, E. (2009). Polychoric versus Pearson correlations in exploratory and confirmatory factor analysis of ordinal variables. *Quality and Quantity*, 44(1), 153–166. <https://doi.org/10.1007/s11135-008-9190-y>
- Horan, J. M., & Widom, C. S. (2015). From Childhood Maltreatment to Allostatic Load in Adulthood: The Role of Social Support. *Child Maltreatment*, 20(4), 229–239. <https://doi.org/10.1177/1077559515597063>
- Horwitz, A. V., Wakefield, J. C., & Lorenzo-Luaces, L. (2016). History of Depression. In R. J. DeRubies & D. Strunk (Eds.), *The Oxford Handbook of Mood Disorders* (Oxford Uni, pp. 1–24). <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199973965.013.2>
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Huang, F. Y., Chung, H., Kroenke, K., Delucchi, K. L., & Spitzer, R. L. (2006). Using the Patient Health Questionnaire-9 to measure depression among racially and ethnically diverse primary care patients. *Journal of General Internal Medicine*, 21(6), 547–552. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00409.x>
- 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(6), 727–736. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1350-8>
- Iacobucci, D. (2010). Structural equations modeling: Fit Indices, sample size, and advanced topics. *Journal of Consumer Psychology*, 20(1), 90–98. <https://doi.org/10.1016/j.jcps.2009.09.003>
- Ibbotson, G. (2012). Posttraumatic Stress Disorder. In L. Braan, J. Owens, & A. Williamson (Eds.), *The Handbook of Contemporary Clinical Hypnosis: Theory and Practice* (pp. 389–

413). Jhon Wiley.

- Ionio, C., Mascheroni, E., & Di Blasio, P. (2018). The centrality of events scale for Italian adolescents: Integrating traumatic experience into one's identity and its relation to posttraumatic stress disorder symptomatology. *Europe's Journal of Psychology*, *14*(2), 359–372. <https://doi.org/10.5964/ejop.v14i2.1465>
- Izaguirre, A., & Calvete, E. (2015). Children who are exposed to intimate partner violence: Interviewing mothers to understand its impact on children. *Child Abuse and Neglect*, *48*, 58–67. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.05.002>
- Izedin-Bouquet, R., & Pachajoa-Londoño, A. (2009). Pautas, Prácticas Y Creencias Acerca De Crianza ... Ayer Y Hoy. *Liberabit*, *15*(2), 109–115. <https://doi.org/68611924005>
- Jackson, L. (2000). *Child Sexual Abuse in Victorian England*. Routledge.
- 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), 1–4.
- Jenkins, S. R., Belanger, A., Connally, M. L., Boals, A., & Durón, K. M. (2013). First-generation undergraduate students' social support, depression, and life satisfaction. *Journal of College Counseling*, *16*(2), 129–142. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1882.2013.00032.x>
- Jensen, M. P., Smith, A. B., Bombardier, C., Yorkston, K. M., Miro, J., & Molton, I. R. (2014). Social support, depression, and physical disability: Age and diagnostic group effects. *Disability and Health Journal*, *7*, 164–172.
- Jernbro, C., Tindberg, Y., Lucas, S., & Janson, S. (2015). Quality of life among Swedish school children who experienced multitype child maltreatment. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, *104*(3), 320–325. <https://doi.org/10.1111/apa.12873>
- Ji, K., & Finkelhor, D. (2015). A meta-analysis of child physical abuse prevalence in China. *Child Abuse and Neglect*, *43*, 61–72. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.11.011>
- Jiménez-Bautista, F. (2012). Conocer para comprender la violencia: origen, causas y realidad. *Convergencia*, *19*(58), 13–52.
- Jiménez Pelcastre, A. (2012). Violencia en la vejez: el caso que cuidan a nietos y nietas en una localidad rural en el estado de Hidalgo. *El Cotidiano*, *174*, 19–32.

- Johnson, M. (2008). *A typology of domestic violence. Intimate terrorism, violent resistance and situational violence couple*. Northeast.
- Johnson, M., & Ferraro, K. J. (2000). Research on domestic violence in the 1990s: Making distinctions. *Journal of Marriage and Family*, 62(4), 948–963.
<https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2000.00948.x>
- Junco Supa, J. E. (2014). Análisis psicosocial del maltrato infantil. *Avances En Psicología*, 22(2), 179–191. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2014.v22n2.188>
- Juruena, M. F., Cleare, A. J., & Young, A. H. (2018). The role of Early Life Stress in HPA Axis and Depression. In Y. K. Kim (Ed.), *Understanding Depression* (Springer N, pp. 71–80).
- Kalmakis, K. A., Associate, F., Chandler, G. E., & Associate, R. N. (2015). *Health consequences of adverse childhood experiences: A systematic review*. 1–9.
<https://doi.org/10.1002/2327-6924.12215>
- Kalmakis, K. A., Chiodo, L. M., Kent, N., Meyer, J. S., Kalmakis, K. A., Chiodo, L. M., Kent, N., & Meyer, J. S. (2019). Adverse childhood experiences, post-traumatic stress disorder symptoms, and self-reported stress among traditional and nontraditional college students. *Journal of American College Health*, 1–8. <https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1577860>
- Kalmakis, K. A., Meyer, J. S., Chiodo, L., & Leung, K. (2015). *Adverse childhood experiences and chronic hypothalamic – pituitary – adrenal activity*. 3890, 1–5.
<https://doi.org/10.3109/10253890.2015.1023791>
- Karatekin, C., & Ahluwalia, R. (2016). Effects of Adverse Childhood Experiences, Stress, and Social Support on the Health of College Students. *Journal of Interpersonal Violence*, 2016, 1–23. <https://doi.org/10.1177/0886260516681880>
- Karatzias, T., Cloitre, M., Maercker, A., Kazlauskas, E., Shevlin, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Roberts, N. P., & Brewin, C. R. (2017). PTSD and Complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in the UK, USA, Germany and Lithuania. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup7), 1418103. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1418103>
- Karekla, M., Pilipenko, N., & Feldman, J. (2012). Patient health questionnaire: Greek language validation and subscale factor structure. *Comprehensive Psychiatry*, 53(8), 1217–1226.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.05.008>
- Katarzyna, A. (2013). Development and validation of the Polish-language version of Psychol, Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). *Int Rev Soc*, 26(4), 25–48.

- 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). <https://doi.org/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. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.061>
- Kealy, D., & Lee, E. (2018). Childhood trauma among adult clients in Canadian community mental health services: Toward a trauma-informed approach. *International Journal of Mental Health*, 47(4), 284–297. <https://doi.org/10.1080/00207411.2018.1521209>
- Kelly, J. B., & Johnson, M. P. (2008). Differentiation Among Types of Intimate Partner Violence: Research Update and Implications for Interventions. *Family Court Review*, 46(3), 476–499. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1617.2008.00215.x>
- Kempe, C. H., & Rousseau-i, J. J. (1971). Paediatric Implications of the Battered Baby Syndrome. *Archives of Disease in Childhood*, 46(28), 28–37.
- Kempe, C. H., Silverman, F. N., Steele, B. F., Droegemueller, W., & Silver, H. K. (1985). The battered-child syndrome. *Child Abuse and Neglect*, 4(1), 2006. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(85\)90005-5](https://doi.org/10.1016/0145-2134(85)90005-5)
- Kendler, K. S., Karkowski, L. M., & Prescott, C. A. (1999). Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 156(6), 837–841. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.6.837>
- Kent, A., & Waller, G. (1998). The impact of childhood emotional abuse: An extension of the child abuse and trauma scale. *Child Abuse and Neglect*, 22(5), 393–399. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(98\)00007-6](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(98)00007-6)
- Keshet, H., & Gilboa-schechtman, E. (2019). The Focality of Sexual Trauma and Its Effects on Women's Symptoms and Self-Perceptions. *Psychology of Women Quarterly* 1-13, 1–13. <https://doi.org/10.1177/0361684319861100>
- Kessler, R. C., & Magee, W. J. (1993). Childhood adversities and adult depression: Basic patterns of association in a US national survey. *Psychological Medicine*, 23(3), 679–690. <https://doi.org/10.1017/S0033291700025460>
- Khan, A., McCormack, H. C., Bolger, E. A., McGreenery, C. E., Vitaliano, G., Polcari, A., &

- Teicher, M. H. (2015). Childhood maltreatment, depression, and suicidal ideation: Critical importance of parental and peer emotional abuse during developmental sensitive periods in males and females. *Frontiers in Psychiatry*, *6*, 1–30. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2015.00042>
- Kiesel, L. R., Piescher, K. N., & Edleson, J. L. (2016). *The Relationship Between Child Maltreatment, Intimate Partner Violence Exposure, and Academic Performance*. *10*(4), 434–456. <http://dx.doi.org/10.1080/15548732.2016.1209150>
- Klumparendt, A., Nelson, J., Barenbrügge, J., & Ehring, T. (2019). Associations between childhood maltreatment and adult depression: A mediation analysis. *BMC Psychiatry*, *19*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2016-8>
- Knefel, M., Lueger-Schuster, B., Bisson, J., Karatzias, T., Kazlauskas, E., & Roberts, N. P. (2020). A Cross-Cultural Comparison of ICD-11 Complex Posttraumatic Stress Disorder Symptom Networks in Austria, the United Kingdom, and Lithuania. *Journal of Traumatic Stress*, *33*(1), 41–51. <https://doi.org/10.1002/jts.22361>
- Kochar, P.; Rajadhyaksha, & Suvarna, V. (2007). Translation and validation of brief patient health questionnaire against DSM IV as a tool to diagnose major depressive disorder in Indian patients. *J Postgrad Med*, *53*, 103–107.
- Kohrt, B. A., Luitel, N. P., Acharya, P., & Jordans, M. J. D. (2016). Detection of depression in low resource settings: validation of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and cultural concepts of distress in Nepal. *BMC Psychiatry*, 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0768-y>
- Korman, G. P., & Sarudiansky, M. (2011). Modelos Teóricos y Clínicos para la conceptualización y el tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, *15*(1), 119–145.
- Kotch, J., Browne, D., Ringwalt, C., & Ruina, E. (1997). Stress, Social Support, and Substantiated maltreatment in the second and third years of life. *Child Abuse & Neglect*, *21*(11), 1025–1037.
- Kounou, K. B., Bui, E., Dassa, K. S., Hinton, D., Fischer, L., Djassoa, G., Birmes, P., & Schmitt, L. (2013). Childhood trauma, personality disorders symptoms and current major depressive disorder in Togo. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *48*(7), 1095–1103. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0634-2>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9. Validity of a Brief Depression Severity Measure. *Journal of General Internal Medicine*, *16*, 606–613.

- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: A systematic review. *General Hospital Psychiatry, 32*(4), 345–359. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006>
- Kroenke, K., Wu, J., Yu, Z., Bair, M. J., Kean, J., Stump, T., Monahan, P. O., & Author, P. M. (2016). The Patient Health Questionnaire Anxiety and Depression Scale (PHQ-ADS): Initial Validation in Three Clinical Trials HHS Public Access Author manuscript. *Psychosom Med, 78*(6), 716–727. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000322>
- Labrador, F., Crego, A., & Rubio, G. (2003). Metodología Clínica experimental aplicada al estrés postraumático: formulación y tratamiento de un caso. *Acción Psicológica, 2*(3), 253–268. <https://doi.org/10.5944/ap.2.3.535>
- Lagdon, S., Ross, J., Robinson, M., Contractor, A. A., Charak, R., & Amor, C. (2018). Assessing the Mediating Role of Social Support in Childhood Maltreatment and Psychopathology Among College Students in Northern Ireland. *Journal of Interpersonal Violence, 0* (00), 1–25. <https://doi.org/10.1177/0886260518755489>
- Lai, K., & Green, S. B. (2016). The Problem with Having Two Watches: Assessment of Fit When RMSEA and CFI Disagree. *Multivariate Behavioral Research, 51*(2–3), 220–239. <https://doi.org/10.1080/00273171.2015.1134306>
- Lamela, D., Soreira, C., Matos, P., & Morais, A. (2020). Systematic review of the factor structure and measurement invariance of the patient health questionnaire-9 (PHQ-9) and validation of the Portuguese version in community settings. *Journal of Affective Disorders, 276*, 220–233. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.066>
- Lanctôt, N. (2020). Child maltreatment, maladaptive cognitive schemas, and perceptions of social support among young women care leavers. *Child and Family Social Work, 25*(3), 619–627. <https://doi.org/10.1111/cfs.12736>
- Lang, A. J., Stein, M. B., Kennedy, C. M., Foy, D. W., & Kennedy, C. M. (2004). Journal of Interpersonal Violence. *Journal Of Personal Violence, 19*(10), 1102–1118. <https://doi.org/10.1177/0886260504269090>
- Lanoue, M., Graeber, D., & Helitzer, D. L. (2012). Direct and Indirect Effects of Childhood Adversity on Adult Depression. *Community Ment Health J, 48*, 187–192. <https://doi.org/10.1007/s10597-010-9369-2>
- Lansford, J. E., Godwin, J., Zelli, A., Bacchini, D., Bombi, A. S., Borestein, M., Deater Dekker, K., Chang, L. Di Giunta, L., Dodge, K. & Malone, K. (2015). Individual, Family, and Culture

- Level Contributions to Child Physical Abuse and Neglect: A Longitudinal Study in Nine Countries. *Dev. Psychopathol*, 27, 1417–1428.
<https://doi.org/10.1017/S095457941500084X>.Individual
- Larraín, S., & Fuentalba, T. (2021). La violencia invisibilizada de las niñas: género y polivictimización. In S. Larrain & G. Guajardo (Eds.), *Niñez y Género: Claves de comprensión y acción* (pp. 163–190). FLACSO.
- Leardmann, C. A., Smith, B., & Ryan, M. A. K. (2010). Do adverse childhood experiences increase the risk of postdeployment posttraumatic stress disorder in US Marines? *BMC Public Health*, 10(437), 1–8.
- Learson, Chapman, Spetz, B. (2017). Previously Published Works. *Journal of School Health*, 87(9), 675–686. <https://doi.org/10.1111/josh.12541>
- Leserman, J., Drossman, D. A., & Li, Z. (1995). The reliability and validity of a sexual and physical abuse history questionnaire in female patients with gastrointestinal disorders. *Behavioral Medicine*, 21(3), 141–150. <https://doi.org/10.1080/08964289.1995.9933752>
- Levin, S. K., Metlay, J. P., Maselli, J. H., Kersey, A. S., Jr, C. A. C., & Gonzales, R. (2009). Perceived social support among adults seeking care for acute respiratory tract infections in US EDs. *The American Journal of Emergency Medicine*, 27, 582–587.
<https://doi.org/10.1016/j.ajem.2008.05.013>
- Li, L., Jae-Lee, S., Thammawijaya, P., Jiraphongsa, C., & Rotheram-Borus, M. J. (2010). Stigma, social support and depression among PLWHA in Thailand. *National Institute of Health, AIDS Care*, 21(8), 1007–1013. <https://doi.org/10.1080/09540120802614358>
- Li, M., D'Arcy, C., & Meng, X. (2016). Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychological Medicine*, 46(04), 717–730.
<https://doi.org/10.1017/S0033291715002743>
- Lin, N., Woelfel, M. W., & Light, S. C. (1985). The Buffering Effect of Social Support Subsequent to an Important Life Event. *Journal of Health and Social Behavior*, 26(3), 247.
<https://doi.org/10.2307/2136756>
- Lindert, J., Von Ehrenstein, O. S., Grashow, R., Gal, G., Braehler, E., & Weisskopf, M. G. (2014). Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 59(2), 359–372. <https://doi.org/10.1007/s00038-013-0519-5>

- Liu, L., Gou, Z., & Zuo, J. (2014). Social support mediates loneliness and depression in elderly people. *Journal of Health Psychology, 19*, 1–10. <https://doi.org/10.1177/1359105314536941>
- Liu, P., Wang, L., Cao, C., Wang, R., Zhang, J., Zhang, B., Wu, Q., Zhang, H., Zhao, Z., Fan, G., & Elhai, J. D. (2014). The underlying dimensions of DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms in an epidemiological sample of Chinese earthquake survivors. *Journal of Anxiety Disorders, 28*(4), 345–351. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.03.008>
- Liu, S., Yeh, Z., Huang, H., Sun, F., & Tjung, J. (2011). Validation of Patient Health Questionnaire for depression screening among primary care patients in Taiwan. *Comprehensive Psychiatry, 52*(1), 96–101. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.04.013>
- Losada, A. V. (2012). Epidemiología del Abuso Sexual Infantil. *Revista de Psicología GEPU, 3*(1), 201–229.
- Losada, A. V. & Porto, M. (2019). Neuro Artículos Familia y Abuso Infantil. *Revista Neuronum, 5*(2), 7–32.
- Luis, J., Rodríguez, E., Mendieta Ramírez, A., & González Vidaña, B. (2016). Análisis de los obstáculos y limitaciones. *Opción, 32*(13), 12–36.
- MacCallum, R. C., Browne, M. W., & Sugawara, H. M. (1996). Power analysis and determination of sample size for covariance structure modeling. *Psychological Methods, 1*(2), 130–149. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.1.2.130>
- Makriyianis, H. M., Adams, E. A., Lozano, L. L., Mooney, T. A., Morton, C., & Liss, M. (2019). Psychological inflexibility mediates the relationship between adverse childhood experiences and mental health outcomes. *Journal of Contextual Behavioral Science, 14*(September), 82–89. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.09.007>
- Mallou, J. V., & Levy Mangin, J. P. (2006). *Modelización con estructuras de covarianzas en ciencias sociales temas esenciales, avanzados y aportaciones especiales* (M. Levy & J. Varela Mallou. eds.). Netbiblo.
- Marin Diaz, E. (2007). ¿El maltrato es un problema de salud?. *Rev.Habana de Ciencias Médicas, 6*(1), 1–5.
- Marshall, V., Ey, L., & Goddard, C. (2019). Intimate Partner Violence as a Form of Child Abuse. In *Child Abuse and Neglect*. Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815344->

4.00002-7

- Martínez-Arias, M. R., Hernández, M. J., & Hernández, M. V. (2006). *Psicometría*. Alianza Editorial.
- Martínez, M. F., García, M., & Maya, I. (2001). El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes. *Psicothema*, *13*(4), 605–610.
- Martins, M. V., Peterson, B. D., Almeida, V. M., & Costa, M. E. (2011). Direct and indirect effects of perceived social support on women's infertility-related stress. *Psychology and Counselling*, *26*(8), 2113–2121. <https://doi.org/10.1093/humrep/der157>
- Marty, C., & César, M. (2005). *Maltrato infantil como factor de riesgo de trastorno por estrés postraumático en la adultez*. *43*(3), 180–187.
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Martins, S. (2011). O Impacto Traumático de Experiências de Vergonha: Estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa da Impact of Event Scale - Revised. *Psychologica*, *54*, 413–438.
- McCrory, E. J., Puetz, V. B., Maguire, E. A., Mechelli, A., Palmer, A., Gerin, M. I., Kelly, P. A., Koutoufa, I., & Viding, E. (2017). Autobiographical memory: a candidate latent vulnerability mechanism for psychiatric disorder following childhood maltreatment. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *211*(4), 216–222. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.117.201798>
- Mello, M. F., Faria, A. A., Mello, A. F., Carpenter, L. L., Tyrka, A. R., & Price, L. H. (2009). Childhood maltreatment and adult psychopathology: pathways to hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysfunction Maus-tratos na infância e psicopatologia do adulto: caminhos para a disfunção do eixo hipotálamo-. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *31*(2), 41–48.
- Menke, A., Lehrieder, D., Fietz, J., Leistner, C., Wurst, C., Stonawski, S., Reitz, J., Lechner, K., Busch, Y., Weber, H., Deckert, J., & Domschke, K. (2018). Psychoneuroendocrinology Childhood trauma dependent anxious depression sensitizes HPA axis function. *Psychoneuroendocrinology*, *98*, 22–29. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.07.025>
- Merrick, M. T., Ports, K. A., Ford, D. C., Afifi, T. O., Gershoff, E. T., & Grogan-Kaylor, A. (2017). Unpacking the impact of adverse childhood experiences on adult mental health. *Child Abuse and Neglect*, *69*, 10–19. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.016>
- Merz, E. L., Malcarne, V. L., Roesch, S. C., Riley, N., & Sadler, G. R. (2011). A multigroup confirmatory factor analysis of the patient health questionnaire-9 among english- and

- spanish-speaking latinas. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 17(3), 309–316. <https://doi.org/10.1037/a0023883>
- Metzler, M., Merrick, M. T., Klevens, J., Ports, K. A., & Ford, D. C. (2017). Adverse childhood experiences and life opportunities: Shifting the narrative. *Children and Youth Services Review*, 72, 141–149. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.10.021>
- Miller-Graff, L. E., Cater, Á. K., Howell, K. H., & Graham-Bermann, S. A. (2016). Parent–child warmth as a potential mediator of childhood exposure to intimate partner violence and positive adulthood functioning. *Anxiety, Stress and Coping*, 29(3), 259–273. <https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1028030>
- Miller, E., & McCaw, B. (2019). Intimate Partner Violence. *Evidence-Based Emergency Medicine*, 27, 850–857. <https://doi.org/10.1002/9781444303674.ch59>
- Molnar, B. E., Buka, S. L., & Kessler, R. C. (2001). Child Sexual Abuse and Subsequent Psychopathology: Results from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, 91(5), 753–760.
- Monteiro, S., Torres, A., Pereira, A., Albuquerque, E., & Morgadinho, R. (2013). Preliminary validation study of a portuguese version of the patient health questionnaire (PHQ-9). *European Psychiatry*, 28, 1. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(13\)76982-7](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(13)76982-7)
- Montero, I., & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology 1. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847–862. <https://doi.org/ISSN1697-2600>
- Montgomery, S. A., & Asberg, M. (1979). A New Depression Scale Designed to be Sensitive to Change. *The British Journal of Psychiatry*, 134, 382–389. <https://doi.org/10.1192/bjp.134.4.382>
- Morata- Ramirez, M. A., Holgado- Tello, F., Barbero García, I., & Mendez, G. (2015). Análisis Factorial Confirmatorio. Recomendaciones sobre mínimos cuadrados no ponderados en función del error Tipo 1 de Ji-cuadrado y RMSEA. *Acción Psicológica*, 12(1), 79–90.
- Moreira, A., Fíeltiz, P., López, G., Aguerre, R., Ezeiza, G., Martino, V., Correa, G., Decaro, S., Fernández, C., Gorgoroso, S., Torres, F., & Ferreira, M. (2018). Depresión asociada al apoyo social, estancia hospitalaria y patología médica en pacientes ingresados en hospital de clínicas Dr. Manuel Quintela. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 56(4), 219–227.
- Moreno Manso, J. M. (2014). Etiología del maltrato infantil: estilo educativo, prácticas de

- crianza y contexto social. *Psicología y Salud*, 14(1), 121–134.
- Moser, D., Suardi, F., & SchechterDaniel. (2020). PTSD During Childhood, Childhood Trauma, Childhood Maltreatment and How They Relate to Adult PTSD. In G. Spalletta, G., Janiri, D., Piras, F., & Sani (Ed.), *Childhood Trauma in Mental Disorders* (pp. 211–230). Springer.
- Mosqueda Díaz, A., Mendoza Parra, S., Jofré Aravena, V., & Barriga, O. A. (2015). Validez y confiabilidad de una escala de Apoyo Social Percibido en población adolescente. *Enfermería Global*, 14(3), 125–136. <https://doi.org/10.6018/eglobal.14.3.200551>
- Moylan, C. A., Harrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, E. A., Harrenkohl, R., & Russo, M. J. (2013). The Effects of Child Abuse and Exposure to Domestic Violence on Adolescent Internalizing and Externalizing Behavior Problems. *Family Violence*, 25(1), 53–63. <https://doi.org/10.1038/mp.2011.182.doi>
- Muñoz, J. M., & Echeburua, E. (2016). Diferentes modalidades de violencia en la relación de pareja: implicaciones para la evaluación psicológica forense en el contexto legal español. *Anuario de Psicología*, 26, 2–12. <https://doi.org/10.1016/j.apj.2015.10.001>
- Murphy, D., Shevlin, M., Pearson, E., Greenberg, N., Wessely, S., Busuttill, W., & Karatzias, T. (2020). A validation study of the International Trauma Questionnaire to assess post-traumatic stress disorder in treatment-seeking veterans. *British Journal of Psychiatry*, 216(3), 132–137. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.9>
- Musitu, G., Clemente, A., Escarti, A., Ruiperez, A., & Roman, J. M. (1990). Agresión y Autostima en el Niño Institucionalizado. *Quaderns de Psicologia*, 10, 231–250.
- Muzik, M., Umarji, R., Sexton, M. B., & Davis, M. T. (2017). Family Social Support Modifies the Relationships Between Childhood Maltreatment Severity, Economic Adversity and Postpartum Depressive Symptoms. *Maternal and Child Health Journal*, 21(5), 1018–1025. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2197-4>
- Nairne, J. S. (2010). Adaptive Memory: Evolutionary Constraints on Remembering. *Psychology of Learning and Motivation - Advances in Research and Theory*, 53, 1–32. [https://doi.org/10.1016/S0079-7421\(10\)53001-9](https://doi.org/10.1016/S0079-7421(10)53001-9)
- Nájera Fernández, J., Salazar Villanea, M., & Fornaguera Trías, J. (2018). La fragilidad de la memoria: creencias falsas y memoria autobiográfica, una revisión preliminar. *Universitas Psychologica*, 17(4), 1–11. <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy17-4.fmcf>
- Nakayama, M., Hori, H., Itoh, M., Lin, M., Niwa, M., Ino, K., Imai, R., Ogawa, S., Sekiguchi, A.,

- Matsui, M., Kunugi, H., & Kim, Y. (2020). Possible Long-Term Effects of Childhood Maltreatment on Cognitive Function in Adult Women with Posttraumatic Stress Disorder. *Frontiers in Psychiatry, 11*(April), 1–10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00344>
- Nakigudde, J., Musisi, S., Ehnvall, A., Airaksinen, E., & Agren, H. (2009). Adaptation of the multidimensional scale of perceived social support in a Ugandan setting. *African Health Sciences, 9*(1), 535–541.
- Nanni, V., Uher, R., & Danese, A. (2012). Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 169*(2), 141–151. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11020335>
- Negele, A., Kaufhold, J., Kallenbach, L., & Leuzinger-bohleber, M. (2015). Childhood Trauma and Its Relation to Chronic Depression in Adulthood. *Hindawi Publishing Corporation, 1–11*.
- Nelson, J., Klumpp, A., Doebler, P., & Ehring, T. (2017). Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry, 210*(2), 96–104. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.180752>
- Newbury, J. B., Arseneault, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Danese, A., Baldwin, J. R., & Fisher, H. L. (2018). Measuring childhood maltreatment to predict early-adult psychopathology: Comparison of prospective informant-reports and retrospective self-reports. *Journal of Psychiatric Research, 96*, 57–64. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.09.020>
- Newby, J. M., & Moulds, M. L. (2011). Intrusive memories of negative events in depression: Is the centrality of the event important? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 42*(3), 277–283. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.12.011>
- Nogueira, A., Carmen, A. Del, & Vassallo, S. B. (2018). *De la patria potestad a la responsabilidad parental regulada en el Código Civil y Comercial de la Nación*. 3(5), 1–21.
- Noteboom, A., Beekman, A. T. F., Vogelzangs, N., & Penninx, B. W. J. H. (2016). Personality and social support as predictors of first and recurrent episodes of depression. *Journal of Affective Disorders, 190*, 156–161. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.020>
- Novales, A. (2010). *Análisis de Regresión*. Universidad Complutense de Madrid.
- Obligado, C. A. (2015). La violencia familiar judicializada. Concepto teórico y fáctico del fenómeno. *Derecho y Ciencias Sociales, 1*(12), 89–115.

- Ocampo Otálvaro, L. E. (2018). Violencia por parte del compañero (a) íntimo (a), una revisión teórica. *Universitas Científica*, 12, 41–45.
- Ogle, C. M., Rubin, D. C., & Siegler, I. C. (2014a). Aging & Mental Health Cumulative exposure to traumatic events in older adults. *Aging & Mental Health*, 18(3), 37–41. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.832730>
- Ogle, C. M., Rubin, D. C., & Siegler, I. C. (2014b). *The Frequency and Impact of Exposure to Potentially Traumatic Events Over the Life Course*. 1(4), 426–434. <https://doi.org/10.1177/2167702613485076>
- Oh, H. J., Ozkaya, E., & Larose, R. (2014). How does online social networking enhance life satisfaction? the relationships among online supportive interaction, affect, perceived social support, sense of community, and life satisfaction. *Computers in Human Behavior*, 30, 69–78. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.07.053>
- Ohashi, K., Anderson, C. M., Bolger, E. A., Khan, A., McGreenery, C. E., & Teicher, M. H. (2017). Childhood maltreatment is associated with alteration in global network fiber-tract architecture independent of history of depression and anxiety. *NeuroImage*, 150, 50–59. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2017.02.037>
- Olafson, E., Corwin, D. L., & Summit, R. C. (1993). Modern history of child sexual abuse awareness: Cycles of discovery and suppression. *Child Abuse and Neglect*, 17(1), 7–24. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(93\)90004-O](https://doi.org/10.1016/0145-2134(93)90004-O)
- Omoro, S. A. O., Fann, J. R., Weymuller, E. A., Macharia, I. M., & Yueh, B. (2006). Swahili translation and validation of the patient health questionnaire-9 depression scale in the Kenyan head and neck cancer patient population. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 36(3), 367–381. <https://doi.org/10.2190/8W7Y-0TPM-JVGV-QW6M>
- Opotow, S. (2006). Aggression and Violence. In M. Deutsch, P. Coleman, & E. C. Marcus (Eds.), *The handbook of Conflict Resolution* (pp. 509–532). Wiley Publishing.
- Organização Mundial da Saúde. (2012). *Prevenção da violência sexual y da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência*. Organização Mundial da Saúde.
- Ortega Ortigoza, D. (2015). La violencia filio-parental. ¿Un subtipo de y violencia de género? Una revisión bibliográfica de la figura de la víctima. *Revista de Educación Social*, 21, 45–63.

- Ortiz-Guzmán, J. A., Ibarra-Alcantar, M. C., Alvarado-Cruz, F. J., Graciano-Morales, H., & Jiménez-Genchi, A. (2018). Clinical characteristics of women with major depression who suffered sexual abuse in childhood. *Gaceta Médica de Mexico*, *154*(3), 295–301. <https://doi.org/10.24875/GMM.18003221>
- Osorio, F. (2017). El uso de teléfonos móviles como herramientas de apoyo a la investigación social. *Revista Latinoamericana de Metodología de La Investigación Social*, *7*(13), 23–32.
- Palacios, J., Moreno, M. C., & Jiménez, J. (1995). El maltrato infantil: concepto, tipos, etiología. *Infancia y Aprendizaje*, *18*(71), 7–21. <https://doi.org/10.1174/02103709560575442>
- Paniagua Fernández, R., & López, R. M. (2001). La violencia hacia los mayores. *Alternativas: Cuadernos de Trabajo Social*, *10*, 231–240.
- Park, H., Nguyen, T., & Park, H. (2012). Validation of multidimensional scale of perceived social support in middle-aged Korean women with diabetes. *Asia Pacific Journal of Social Work and Development*, *22*(3), 202–213. <https://doi.org/10.1080/02185385.2012.691719>
- Patel, J. S., Oh, Y., Rand, K. L., Wu, W., Cyders, M. A., Kroenke, K., & Stewart, J. C. (2019). Measurement invariance of the patient health questionnaire-9 (PHQ-9) depression screener in U.S. adults across sex, race/ethnicity, and education level: NHANES 2005–2016. *Depression and Anxiety*, *36*(9), 813–823. <https://doi.org/10.1002/da.22940>
- Patock-Peckham, J. A., Belton, D. A., D'Ardenne, K., Tein, J. Y., Bauman, D. C., Infurna, F. J., Sanabria, F., Curtis, J., Morgan-Lopez, A. A., & McClure, S. M. (2020). Dimensions of childhood trauma and their direct and indirect links to PTSD, impaired control over drinking, and alcohol-related-problems. *Addictive Behaviors Reports*, *12*, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2020.100304>
- Pedersen, S. S., Spindler, H., & Denollet, J. (2009). Poor Perceived Social Support in Implantable Cardioverter. *Psychosomatics*, *50*(461–467). <https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.5.461>
- Peh, C. X., Shahwan, S., Fauziana, R., Mahesh, M. V., Sambasivam, R., Zhang, Y. J., Ong, S. H., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2017). Emotion dysregulation as a mechanism linking child maltreatment exposure and self-harm behaviors in adolescents. *Child Abuse and Neglect*, *67*, 383–390. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.013>
- Peligero Molina, A. M. (2016). La violencia filioparental en el contexto de la violencia familiar. *IPSE-Ds*, *9*, 69–84.

- Pence, B. W., Gaynes, B. N., Atashili, J., Donnell, J. K. O., Tayong, G., Kats, D., Whetten, R., Whetten, K., Njamnshi, A. K., & Ndumbe, P. M. (2013). NIH Public Access. *Journal Affect Disorder*, 143(1–3), 208–213. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.056>. Validity
- Pereda, N., & Gallardo Pujol, D. (2011). Revisión sistemática de las consecuencias neurobiológicas del Abuso Sexual infantil. *Gaceta Sanitaria*, 25(3), 233–239.
- Perez, D. L., Matin, N., Barsky, A., Costumero-Ramos, V., Makaretz, S. J., Young, S. S., Sepulcre, J., LaFrance, W. C., Keshavan, M. S., & Dickerson, B. C. (2017). Cingulo-insular structural alterations associated with psychogenic symptoms, childhood abuse and PTSD in functional neurological disorders. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 88(6), 491–497. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2016-314998>
- Pinto Junior, A. A., Salomao de la Plata, leila C. T., & Cassepp-borges, V. (2017). La Escala de Exposición del niño y adolescente a la violencia doméstica en Brasil: Adaptación y Validez. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 21(1), 105–121.
- Pinto, R. J., Morgado, D., Reis, S., Monteiro, R., Levendosky, A., & Jongenelen, I. (2017). When social support is not enough: Trauma and PTSD symptoms in a risk-sample of adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 72(24), 110–119. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.07.017>
- Piumatti, G. (2017). Relations between longitudinal trajectories of subjective financial wellbeing with self-rated health among elderly. *Medicina (Lithuania)*, 53(5), 323–330. <https://doi.org/10.1016/j.medici.2017.09.001>
- Plaza, A., Garcia-Esteve, L., Torres, A., Ascaso, C., Gelabert, E., Luisa Imaz, M., Navarro, P., Valdés, M., & Martín-Santos, R. (2012). Childhood physical abuse as a common risk factor for depression and thyroid dysfunction in the earlier postpartum. *Psychiatry Research*, 200(2–3), 329–335. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.06.032>
- Ports, K. A., Ford, D. C., & Merrick, M. T. (2016). Adverse childhood experiences and sexual victimization in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 51, 313–322. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.08.017>
- Posada-Díaz, Á., Fernando Gómez-Ramírez, J., & Ramírez-Gómez, H. (2008). Crianza humanizada: una estrategia para prevenir el maltrato infantil. *Acta Pediatr Mex*, 2929(5), 295–305.
- Posadas-Diaz, A., Gomez-Rairez, J. F., & Ramirez-Gomez, H. (2008). Crianza humanizada: una estrategia para prevenir el maltrato infantil. *Acta Pediátrica de México*, 29(5), 294–304.

- Racine, N., Zumwalt, K., McDonald, S., Tough, S., & Madigan, S. (2020). Perinatal depression: The role of maternal adverse childhood experiences and social support. *Journal of Affective Disorders*, 263, 576–581. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.030>
- Ramiro, L. S., Madrid, B. J., & Brown, D. W. (2010). Child Abuse & Neglect Adverse childhood experiences (ACE) and health-risk behaviors among adults in a developing country setting. *Child Abuse & Neglect*, 34(11), 842–855. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.02.012>
- Ramos, Y. L., José, J., Muñoz, F., Navarro-pardo, E., & Murphy, M. (2017). Social Support in a Sample of Early Retirees Enrolled in University Programs Confirmatory Factor Analysis for the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in a Sample of Early Retirees Enrolled in University Programs. *Clinical Gerontologist*, 40(4), 241–248. <https://doi.org/10.1080/07317115.2016.1199077>
- Rathore, J. S., Jehi, L. E., Fan, Y., Patel, S. I., Foldvary-schaefer, N., Ramirez, M. J., Robyn, M., Obuchowski, N. A., & Tesar, G. E. (2015). Depression Screening in Adults with Epilepsy. *Epilepsy & Behavior: E&B*, 37, 215–220. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2014.06.030>. Validation
- Rehan, W., Antfolk, J., Johansson, A., Jern, P., & Santtila, P. (2017). Experiences of severe childhood maltreatment, depression, anxiety and alcohol abuse among adults in Finland. *PLoS ONE*, 12(5), 1–12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177252>
- Reiland, S. A. (2017). Event Centrality as Mediator Between Attributions and Mental Health Outcomes. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 26(6), 574–589. <https://doi.org/10.1080/10926771.2017.1308981>
- Reyes Cano, P. (2017). La patria potestad a examen ante la violencia de género. *Anales de La Cátedra Francisco Suárez*, 51(1), 335–356. <https://doi.org/10.30827/acfs.v51i0.6259>
- Rizwan, M., & Aftab, S. (2009). Psychometric Properties of The Multidimensional Scale of Percieved Social de Support in Pakistani young adults. *Pakistan Journal of Psicology*, 40(1), 51–65.
- Robinaugh, D. J., & McNally, R. J. (2011). Trauma centrality and PTSD symptom severity in adult survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 24(4), 483–486. <https://doi.org/10.1002/jts.20656>
- Rodríguez-Espínola, S., & Héctor-Carmelo, E. (2007). Validación Argentina del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido. *Psicodebate 7: Psicología, Cultura y Sociedad*, 155–168.

- Rodríguez-Testal, J. F., Cristina Senín-Calderón, & Perona-Garcelán, S. (2014). From DSM-IV-TR to DSM-5: Analysis of some changes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(3), 221–231. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.05.002>
- Rodriguez, C. M. (2016). Predicting Parent–Child Aggression Risk. *Journal of Interpersonal Violence*, 088626051662938. <https://doi.org/10.1177/0886260516629386>
- Rodriguez, C. M., Smith, T. L., & Silvia, P. J. (2016). Multimethod prediction of physical parent-child aggression risk in expectant mothers and fathers with Social Information Processing theory. *Child Abuse and Neglect*, 51, 106–119. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.10.028>
- Rodríguez Espinola, S., & Enrique, H. C. (2007). Validación Argentina del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido. *Psicodebate* [revista en Internet] 2007 [acceso 01 de abril de 2019]; 7(0): 155-168. *Psicodebate*, 7, 155–168. <https://doi.org/10.18682/pd.v7i0.433>
- Rodriguez, V., Butts, S., Mandell, L., Weiss, S., Kumar, M., & Jones, B. (2019). The role of social support in the association between childhood trauma and depression among HIV-infected and HIV-uninfected individuals. *International Journal of STD and AIDS*, 30(1), 29–36. <https://doi.org/10.1177/0956462418793736>
- Ros Montalbán, S., Comas Vives, A., & Garcia-Garcia, M. (2010). Validation of the Spanish version of the PHQ-15 questionnaire for the evaluation of physical symptoms in patients with depression and/or anxiety disorders: DEPRE-SOMA study. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 38(6), 345–357.
- Rosner, R., König, H.-H., Neuner, F., Schmidt, U., & Steil, R. (2014). Developmentally adapted cognitive processing therapy for adolescents and young adults with PTSD symptoms after physical and sexual abuse: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15(1), 195. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-195>
- Rubin, D. C. (2006). The Basic-Systems Model of Episodic Memory. *Perspectives on Psychological Science*, 1(4), 277–311. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2006.00017.x>
- Rueger, S. Y., Malecki, C. K., Pyun, Y., Aycocock, C., & Coyle, S. (2016). A meta-analytic review of the association between perceived social support and depression in childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 142(10), 1017–1067. <https://doi.org/10.1037/bul0000058>
- Sahagun. (2014). Propuesta de Prevención Primaria del Maltrato Infantil: Modelo teórico explicativo para identificar factores Histórico- Bio-Psico-Socio-Culturales. *Revista de Psicología y Ciencias Del Comportamiento*, 5(2), 68–91.

- Sakado, K., Sato, T., Uehara, T., Sakado, M., & Someya, T. (1999). Perceived parenting pattern and response to antidepressants in patients with major depression. In *Journal of Affective Disorders* (Vol. 52, Issues 1–3, pp. 59–66). [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(98\)00062-7](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(98)00062-7)
- Saletti-cuesta, L., Ferioli, A., Viel, E., Baudin, V., Romero, P., & Funk, N. (2020). El abordaje de la violencia de género desde la perspectiva de las comunidades del norte cordobés, Argentina The approach to gender violence from the perspective of communities in northern Córdoba Province, Argentina A abordagem da violência de gênero de. *Cuadernos de Saude Pública*, 36(1), 1–11. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00184418>
- Sánchez-díaz, E., Vélez-peláez, M. C., Marín-cárdenas, J. S., & gallego-González, D. (2017). Trastorno depresivo mayor: una mirada genética. *Perspectivas En Psicología*, 13(2), 279–294.
- Sánchez, N., & Cuenya, L. (2011). Estudio sobre Maltrato Infantil en Niños y Adolescentes de la Provincia de Buenos Aires. *Revista Argentina de Ciencias Del Comportamiento*, 3(3), 8–15.
- Sanders, B., & Becker-Lausen, E. (1995). The measurement of psychological maltreatment: Early data on the child abuse and trauma scale. *Child Abuse and Neglect*, 19(3), 315–323. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(94\)00131-6](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(94)00131-6)
- Sauceda-garcía, J. M., Olivo-Gutiérrez, N. A., Gutiérrez, J., & Maldonado Duran, M. (2007). El castigo físico en la crianza de los hijos. Un estudio comparativo. *Boletín Médico Del Hospital Infantil de México*, 63(6), 382–388.
- Sawaya, H., Atoui, M., Hamadeh, A., Zeinoun, P., & Nahas, Z. (2016). Adaptation and initial validation of the Patient Health Questionnaire - 9 (PHQ-9) and the Generalized Anxiety Disorder - 7 Questionnaire (GAD-7) in an Arabic speaking Lebanese psychiatric outpatient sample. *Psychiatry Research*, 239, 245–252. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.03.030>
- Sawyer Radloff, L. (1975). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385–401.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness-of-Fit Measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8(2), 23–74.
- Schierholz, A., Krüger, A., Barenbrügge, J., & Ehring, T. (2016). What mediates the link between childhood maltreatment and depression? The role of emotion dysregulation,

- attachment, and attributional style. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 1–11. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.32652>
- Schilling, E. A., Jr, R. H. A., & Gore, S. (2007). Adverse childhood experiences and mental health in young adults: a longitudinal survey. *BMC Public Health*, 10, 1–10. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-30>
- Schüssler-fiorenza, S. M., Xie, D., & Stineman, M. (2014). Adverse Childhood Experiences and Disability in U. S. Adults. *PM&R*, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2014.01.013>
- Scott, K. M., Smith, D. R., & Ellis, P. M. (2010). Prospectively Ascertained Child Maltreatment and Its Association With. *Arch Gen Psychiatry*, 67(7), 712–719.
- Seldes, J. J., Ziperovich, V., Viota, A., & Leiva, F. (2008). Child abuse. An interdisciplinary management experience. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 106(6), 499–504. <https://doi.org/10.1590/S0325-00752008000600005>
- Selma, A. A., & Ortigoza, D. O. (2018). La violencia filio-parental una aproximación sobre los recursos existentes en España para la reinserción del menor. *Derecho y Cambio Social*, 54, 1–17.
- Sepulveda Garcia de la Torre, A. (2006). La Violencia de Género como causa de maltrato infantil. *Cuad Med Forense*, 12(43–44), 149–164.
- Sheikh, Mashhood A., Abelsen, B., & Olsen, J. A. (2016). Clarifying associations between childhood adversity, social support, behavioral factors, and mental health, health, and well-being in adulthood: A population-based study. *Frontiers in Psychology*, 7, 1–24. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00727>
- Sheikh, Mashhood Ahmed. (2018). Childhood physical maltreatment, perceived social isolation, and internalizing symptoms: a longitudinal, three-wave, population-based study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 27(4), 481–491. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1090-z>
- Shen, A. C. T. (2009). Long-term effects of interparental violence and child physical maltreatment experiences on PTSD and behavior problems: A national survey of Taiwanese college students. *Child Abuse and Neglect*, 33(3), 148–160. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.07.006>
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science and Medicine*, 32(6), 705–714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-B](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B)

- Shevlin, M., Hyland, P., Roberts, N. P., Bisson, J. I., Brewin, C. R., & Cloitre, M. (2018). Una evaluación psicométrica de las perturbaciones en los indicadores de síntomas de autoorganización para el TEPT complejo de la CIE-11 utilizando el Cuestionario Internacional de Trauma. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 2–11. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1419749>
- Sidebottom, A. C., Harrison, P. A., Godecker, A., & Kim, H. (2012). Validation of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-9 for prenatal depression screening. *Archives of Women's Mental Health*, 15(5), 367–374. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0295-x>
- Simkin, H., Matrángolo, G., & Azzollini, S. (2017). Validación argentina de la Escala Abreviada de Centralidad del Evento. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 21(2), 205–216.
- Simon, N., Roberts, N. P., Lewis, C. E., van Gelderen, M. J., & Bisson, J. I. (2019). Associations between perceived social support, posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD): implications for treatment. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1–10. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1573129>
- Simonelli, A. (2013). Posttraumatic stress disorder in early childhood: Classification and diagnostic issues. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 1–11. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21357>
- Sperry, D. M., & Widom, C. S. (2013). Child Abuse & Neglect Child abuse and neglect, social support, and psychopathology in adulthood: A prospective investigation. *Child Abuse & Neglect*, 37(6), 415–425. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.02.006>
- Sperry, D. M., & Widom, C. S. (2014). *NIH Public Access*. 37(6), 415–425. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.02.006.Child>
- Spinhoven, P., Elzinga, B. M., Van Hemert, A. M., De Rooij, M., & Penninx, B. W. (2016). Childhood maltreatment, maladaptive personality types and level and course of psychological distress: A six-year longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 191, 100–108. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.036>
- Stanley, M. A., Beck, J. G., & Zebb, B. J. (1998). Psychometric properties of the MSPSS in older adults. *Aging and Mental Health*, 2(3), 186–193. <https://doi.org/10.1080/13607869856669>
- Staugaard, S. R., Johannessen, K. B., Thomsen, Y. D., Bertelsen, M., & Berntsen, D. (2015). Centrality of positive and negative deployment memories predicts posttraumatic growth in danish veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 71(4), 362–377. <https://doi.org/10.1002/jclp.22142>

- Stein, M. D., Conti, M. T., Kenney, S., Anderson, B. J., Jessica, N., Risi, M. M., Bailey, G. L., Hospital, B., Treatment, S., & River, F. (2018). Adverse childhood experience effects on opioid use initiation, injection drug use, and overdose among persons with opioid use disorder. *Drug Alcohol Depend.*, *01*(179), 325–329. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.07.007>.
- Steine, I. M., Winje, D., Krystal, J. H., Bjorvatn, B., Milde, A. M., Grønli, J., Nordhus, I. H., & Pallesen, S. (2017). Cumulative childhood maltreatment and its dose-response relation with adult symptomatology: Findings in a sample of adult survivors of sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, *65*, 99–111. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.01.008>
- Stevens, N. R., Gerhart, J., Goldsmith, R. E., Heath, N. M., Chesney, S. A., & Hobfoll, S. E. (2013). Emotion Regulation Difficulties, Low Social Support, and Interpersonal Violence Mediate the Link Between Childhood Abuse and Posttraumatic Stress Symptoms. *Behavior Therapy*, *44*(1), 152–161. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.09.003>
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (2013). The neglect of child neglect: A meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *48*(3), 345–355. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0549-y>
- Straus, M. A. (2006). Future research on gender symmetry in physical assaults on partners. *Violence Against Women*, *12*(11), 1086–1097. <https://doi.org/10.1177/1077801206293335>
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The Revised Conflict Tactics Scale (CTS2): Development and Preliminary Psychometric Data. *Journal of Family Issues*, *17*(3), 283–316. <https://doi.org/10.1002/fam.1000>
- Struck, N., Krug, A., Feldmann, M., Yuksel, D., Stein, F., Schmitt, S., Meller, T., Brosch, K., Dannowski, U., Meinert, S., Opel, N., Lemke, H., Waltemate, L., Nenadić, I., Kircher, T., & Brakemeier, E. L. (2020). Attachment and social support mediate the association between childhood maltreatment and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, *273*(April), 310–317. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.041>
- Su, Y., D'arcy, C., & Meng, X. (2020). Social Support and Positive Coping Skills Act as Mediators Buffering the Impact of Childhood Maltreatment on Psychological Distress and Positive Mental Health in Adulthood: Analysis of a National Population-Based Sample. *American Journal of Epidemiology*, *189*(5), 394–402. <https://doi.org/10.1093/aje/kwz275>
- Suvarna, M., Cohen, J., Shorey, R., & Temple, J. (2018). The Impact of Intimate Partner Violence Exposure in Adolescence and Emerging Adulthood: A Developmental Psychopathology Approach. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *47*, 497–

508. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1437736>

Szczygieł, B., Bartosz, W., & Magerčiaková, M. (2018). Depression- Definition, History of Views, Recognition 30 (2018) nr 5. *Periodyk Akademi Polonijnej*, 30(5), 99–106.

Tardy, C. H. (1985). Social Support Measurement 1985. *American Journal of Community Psychology*, 13(2), 187–202.

Terol, M. C., López, S., Neipp, M. C., Rodríguez, J., Pastor, M. A., & Martín-Aragón, M. (2004). Apoyo social e instrumentos de evaluación: Revisión y clasificación. *Anuario de Psicología*, 35(1), 23–45.

Thabrew, H., Sylva, S. De, & Romans, S. E. (2012). *Evaluating Childhood Adversity*. 32, 35–57.

Thompson, R., Flaherty, E. G., English, D. J., Litrownik, A. J., Dubowitz, H., Kotch, J. B., & Runyan, D. K. (2015). Trajectories of Adverse Childhood Experiences and Self-Reported Health at Age 18. *Academic Pediatrics*, 15(5), 503–509.
<https://doi.org/10.1016/j.acap.2014.09.010>

Tobón Berrío, L. E. (2015). Critical interpretation of regulatory institutions of the children-parents' relationships: custody and parental authority. *Revista de La Facultad de Derecho y Ciencias Políticas*, 45(122), 153–173.

Tolsdorf, C. C. (1976). Social Networks, Support, and Coping: An Exploratory Study. *Family Process*, 15(4), 407–417. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1976.00407.x>

Tomas Baader, M., José Luis Molina, F., Silvia Venezian, B., Carmen Rojas, C., Renata Farías, S., Fierro-Freixenet, C., Backenstrass, M., & Mundt, C. (2012). Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 50(1), 10–22. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272012000100002>

Tonsing, K., Zimet, G. D., & Tse, S. (2012). Assessing social support among South Asians: The multidimensional scale of perceived social support Assessing social support among South Asians: The multidimensional scale of perceived social support. *Asian Journal of Psychiatry*, 5(2), 163–167. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2012.02.012>

Torres Gómez de Cadiz, B., Balluerka Lasa, N., & Muela Aparicio, A. (2010). *Sistema de identificación y clasificación del maltrato infantil (SICMI)*. Asociación Orekagunw.

Toyoshima, K., Inoue, T., Masuya, J., Fujimura, Y., Higashi, S., Tanabe, H., & Kusumi, I. (2020).

- Structural equation modeling approach to explore the influence of childhood maltreatment in adults. *PLoS ONE*, *15*, 1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239820>
- Tranter, H., Brooks, M., & Khan, R. (2020). Emotional Resilience and Event Centrality Mediate Posttraumatic Growth Following Adverse Childhood Experiences. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *13*(2), 1–29. <https://doi.org/10.1037/tra0000953>
- Trejos-Herrera, A. M., Bahamón, M. J., Alarcón-vásquez, Y., Vélez, J. I., & Vinaccia, S. (2018). Psychosocial Intervention Validity and Reliability of the Multidimensional Scale. *Psychosocial Intervention*, *27*(1), 56–63.
- Tsai, J., Harpaz-Rotem, I., Pietrzak, R. H., & Southwick, S. M. (2012). The Role of Coping, Resilience, and Social Support in Mediating the Relation Between PTSD and Social Functioning in Veterans Returning from Iraq and Afghanistan. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, *75*(2), 135–149. <https://doi.org/10.1521/psyc.2012.75.2.135>
- Tsilika, E., Galanos, A., Polykandriotis, T., Parpa, E., & Mystakidou, K. (2018). Psychometric Properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in Greek Nurses. *Canadian Journal of Nursing*, *51*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1177/0844562118799903>
- Tsou, J. Y. (2011). The Importance of History for Philosophy of Psychiatry: The Case of the DSM and Psychiatric Classification. *Journal of the Philosophy of History*, *5*, 445–469. <https://doi.org/10.1163/187226311X599907>
- Tulving, E. (2002). E PISODIC M EMORY: From Mind to Brain. *Annual Review of Clinical Psychology*, *53*, 1–25.
- Ueda, M. M., Ding, Y., & Lantier, K. (2020). Maternal Parenting Style in Relation to Parenting Stress and Behavioral Outcomes in Japanese Children with and without Autism. *Journal of Developmental Physical Disabilities*, 1–24. <https://doi.org/10.1007/s10882-020-09727-z>
- Ulman, A., & Straus, M. A. (2003). Violence by children against mothers in relation to violence between parents and corporal punishment by parents. *Journal of Comparative Family Studies*, *34*(1), 41–60. <https://doi.org/10.3138/jcfs.34.1.41>
- UNICEF. (2019). *Un análisis de los datos del programa “Las víctimas contra las violencias” 2018-2019*, 7. UNICEF.
- Urtasun, M., Daray, F. M., Teti, G. L., Coppolillo, F., Herlax, G., Saba, G., Rubinstein, A., Araya, R., & Irazola, V. (2019). Validation and calibration of the patient health questionnaire (PHQ-9) in Argentina. *BMC Psychiatry*, *19*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2262-9>

- Vaingankar, J., Abdin, E., & Chong, S. (2012). Exploratory and confirmatory factor analyses of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 53(3), 286–291. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.04.005>
- Vallièrès, F., Ceannt, R., Daccache, F., Abou Daher, R., Sleiman, J., Gilmore, B., Byrne, S., Shevlin, M., Murphy, J., & Hyland, P. (2013). ICD-11 PTSD and Complex PTSD among Syrian Refugees in Lebanon: The factor structure and the clinical utility of the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 547–557.
- Van Voorhees, B. W., Paunesku, D., Kuwabara, S. a., Basu, A., Gollan, J., Hankin, B. L., Melkonian, S., & Reinecke, M. (2008). Protective and Vulnerability Factors Predicting New-Onset Depressive Episode in a Representative of U.S. Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 42(6), 605–616. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.11.135>
- Vega-arce, M., & Nu, G. (2017). *Experiencias Adversas en la Infancia: Revisión de su impacto en niños de 0 a 5 años*. 14(2), 124–130. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.02.004>
- Vega Sepulveda, L. (2018). Estudio descriptivo comparativo de variables asociadas al maltrato infantil en familias de la comuna de Pintana. *Estudios En Psicología Jurídica y Forense-*, 1, 205–248.
- Vélez Agudelo, M. D., Casadiegos Garzón, C., & Ortíz Sánchez, D. (2011). Características de la Ansiedad y la Depresión en Estudiantes Universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 34–39.
- Ventura León, J. L., & Caycho Rodriguez, T. (2017). El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(1), 625–627.
- Ventura León, José Luis, & Caycho Rodriguez, T. (2017). El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(1), 625–627.
- Vermeulen, M., Smits, D., Boelen, P. A., Claes, L., Raes, F., & Krans, J. (2019). The Dutch Version of the Centrality of Event Scale (CES) Associations with Negative Life Events, Posttraumatic Stress, and Depression Symptoms in a Student Population. *European Journal of Psychological Assessment*.
- Vermeulen, Mirjam, Smits, D., Boelen, P. A., Claes, L., Raes, F., & Krans, J. (2019). The Dutch Version of the Centrality of Event Scale (CES): Associations with Negative Life Events, Posttraumatic Stress, and Depression Symptoms in a Student Population. *European*

Journal of Psychological Assessment, 36(2), 1-11. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000517>

- Viladrich, C., Angulo-Brunet, A., & Doval, E. (2017). A journey around alpha and omega to estimate internal consistency reliability. *Anales de Psicología*, 33(3), 755–782. <https://doi.org/10.6018/analesps.33.3.268401>
- Villanueva, R. (2013). Neurobiology of Major Depressive Disorder. *Neural Plasticity*, 2013(1–7).
- Vives Cases, C. (2011). Un modelo ecológico integrado para comprender la violencia contra las mujeres. *Feminismos*, 18, 291–299.
- Vlahovicova, K., Melendez-Torres, G. J., Leijten, P., Knerr, W., & Gardner, F. (2017). Parenting Programs for the Prevention of Child Physical Abuse Recurrence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 20(3), 1–15. <https://doi.org/10.1007/s10567-017-0232-7>
- Vranceanu, A., Hobfoll, S. E., & Johnson, R. J. (2007). Child multi-type maltreatment and associated depression and PTSD symptoms: The role of social support and stress. *Child Abuse & Neglect*, 31, 71–84. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.04.010>
- Vu, N. L., Jouriles, E. N., McDonald, R., & Rosenfield, D. (2016). Children’s exposure to intimate partner violence: A meta-analysis of longitudinal associations with child adjustment problems. *Clinical Psychology Review*, 46, 25–33. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.003>
- Waikamp, V., & Barcellos Serralta, F. (2018). Repercussions of trauma in childhood in psychopathology of adult life. *Ciencias Psicológicas*, 12(1), 137–144. <https://doi.org/10.22235/cp.v12i1.1603>
- Walling, S. M., Eriksson, C. B., Putman, K. M., & Foy, D. W. (2011). Community Violence Exposure, Adverse Childhood Experiences, and Posttraumatic Distress Among Urban Development Workers. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 3(1), 42–49. <https://doi.org/10.1037/a0020566>
- Wang, X., Cai, L., Qian, J., & Peng, J. (2014). Social support moderates stress effects on depression. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(1), 1–5. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-41>
- Watnick, S., Wang, P. L., Demadura, T., & Ganzini, L. (2005). Validation of 2 depression screening tools in dialysis patients. *American Journal of Kidney Diseases*, 46(5), 919–924. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2005.08.006>

- Watts, J., Leeman, M., O'Sullivan, D., Castleberry, J., & Baniya, G. (2020). Childhood Emotional Maltreatment and Post-Traumatic Stress Disorder in the Context of Centrality of the Event and Intrusive Rumination. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, *64*(2), 108–117. <https://doi.org/10.1177/0034355220925889>
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. MA: Nation.
- Webb, H., & Jobson, L. (2011). Relationships between self-consistency, trauma-centred identity, and post-traumatic adjustment. *Clinical Psychologist*, *15*(3), 103–111. <https://doi.org/10.1111/j.1742-9552.2011.00028.x>
- Whitfield, C. L., Dube, S. R., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2005). Adverse childhood experiences and hallucinations. *Child Abuse and Neglect*, *29*, 797–810. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.01.004>
- Wilson, L. C., & Scarpa, A. (2014). Childhood abuse, perceived social support, and posttraumatic stress symptoms: A moderation model. *Psychological Trauma. Theory, Research, Practice, and Policy*, *6*(5), 512–518.
- Wolfe, D. A., & Mcgee, R. (1994). Dimensions of child maltreatment and their relationship to adolescent adjustment. *Development and Psychopathology*, *6*, 165–181.
- Wolfe, T., & Ray, S. (2015). The role of event centrality, coping and social support in resilience and posttraumatic growth among women and men. *International Journal of Mental Health Promotion*, *17*(2), 78–96. <https://doi.org/10.1080/13642529.2015.1008799>
- Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2012). A Revised Thai Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support. *The Spanish Journal of Psychology*, *15*(3), 1503–1509.
- Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., Sirirak, T., & Zimet, G. (2017). Confirmatory factor analysis of the revised version of the Thai multidimensional scale of perceived social support among the elderly with depression. *Aging & Mental Health ISSN: 1–6*. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1339778>
- Xin, Y., & Xiao Gang, S. (2009). *Linear regression analysis*. World Scientific.
- Xiong, N., Fritzsche, K., Wei, J., Hong, X., Leonhart, R., Zhao, X., Zhang, L., Zhu, L., Tian, G., Nolte, S., & Fischer, F. (2015). Validation of patient health questionnaire (PHQ) for major depression in Chinese outpatients with multiple somatic symptoms: A multicenter cross-sectional study. *Journal of Affective Disorders*, *174*(December 2014), 636–643.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.042>

Yadira García- Sanchez, B., & Guerrero-Baron, J. (2011). Nuevas concepciones de autoridad y cambios en las relaciones de violencia en la. *Magis. Revista Internacional de Investigación En Educación.*, 4(8), 297–318.

Yadira García Sanchez, B., & Guerrero Barón, J. (2016). Elementos teóricos para una historia de la familia y sus relaciones de violencia en la transición entre finales del siglo XX y el siglo XXI. *Historia y Memoria*, 12, 253–286.

Yazici Gulec, M., Altintas, M., Inanc, L., Hazal Bezgin, C., Kamayac Koca, E., & Huseyin, G. (2012). Effects of childhood trauma on somatization in major depressive disorder: The role of alexithymia. *Journal of Affective Disorders*, 146(1), 137–141.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.06.033>

Yeoman, K., Safranek, T., Buss, B., Cadwell, B. L., & Mannino, D. (2013). Adverse childhood experiences and adult smoking, Nebraska, 2011. *Preventing Chronic Disease*, 10(9), 1–8.
<https://doi.org/10.5888/pcd10.130009>

Yrondi, A., Aouizerate, B., Bennabi, D., Richieri, R., D'Amato, T., Bellivier, F., Bougerol, T., Horn, M., Camus, V., Courtet, P., Doumy, O., Genty, J. B., Holtzmann, J., Lancon, C., Leboyer, M., Llorca, P. M., Maruani, J., Moirand, R., Molière, F., El-Hage, W. (2020). Childhood maltreatment and clinical severity of treatment-resistant depression in a French cohort of outpatients (FACE-DR): One-year follow-up. *Depression and Anxiety*, 37(1), 365–374. <https://doi.org/10.1002/da.22997>

Zaragoza Scherman, A., Salgado, S., Shao, Z., & Berntsen, D. (2015). Event centrality of positive and negative autobiographical memories to identity and life story across cultures. *Memory*, 23(8), 1152–1171. <https://doi.org/10.1080/09658211.2014.962997>

Zhang, J., & Norvilitis, J. (2002). Measuring Chinese Psychological Well-Being with Western Developed Instruments. *Journal of Personality Assessment*, 79(3), 492–511.
<https://doi.org/10.1207/S15327752JPA7903>

Zhao, J., Peng, X., Chao, X., & Xiang, Y. (2019). Childhood maltreatment influences mental symptoms: The mediating roles of emotional intelligence and social support. *Frontiers in Psychiatry*, 10(1–8). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00415>

Zhao, J., Xiang, Y., Zhang, W., Dong, X., Zhao, J., & Li, Q. (2020). Childhood Maltreatment Affects Depression and Anxiety: The Mediating Role of Emotional Intelligence. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 36, 1–10. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00297-x>

- Zhong, Q., Gelaye, B., Rondon, M., E. Sánchez, S., J. García, P., Sánchez, E., V. Barrios, Y., E. Simon, G., C. Henderson, D., May Cripe, S., & A. Williams, M. (2014). Comparative performance of Patient Health Questionnaire-9 and Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening antepartum depression. *Journal of Affective Disorders*, *162*, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.03.028>
- Zhou, J., Feng, L., Hu, C., Pao, C., Xiao, L., & Wang, G. (2019). Associations among depressive symptoms, childhood abuse, neuroticism, social support, and coping style in the population covering general adults, depressed patients, bipolar disorder patients, and high-risk population for depression. *Frontiers in Psychology*, *10*, 1–10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01321>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, *52*(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., Gordon, K., & Farley, G. K. (2010). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, *52*(1), 37–41. <https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201>
- Zimet, G. D., Powell, S. S., Farley, G. K., Werkman, S., & Berkoff, K. A. (1990). Psychometric Characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, *55*(3–4), 610–617. <https://doi.org/10.1080/00223891.1990.9674095>
- Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, S., & Farley, G. (1998). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). In *Evaluating Stress* (The Scarec, pp. 185–197).
- Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, S., & Gordon, F. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, *52*(1), 30–41. <https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201>