

VALIDACIÓN DE TRADUCCIÓN AL ESPAÑOL DEL TSQ CON PARTICIPANTES ENTRE 8 A 17 AÑOS RESIDENTES EN PUERTO RICO

VALIDATION OF TSQ'S SPANISH TRANSLATION IN A SAMPLE OF 8 TO 17 YEARS RESIDENTS IN PUERTO RICO

Recibido: 14 de junio de 2019 | Aceptado: 22 de noviembre de 2019

Ángela Y. **Pérez-Morales**¹, Coralee **Pérez-Pedrogo**¹, Stephanie **López-Torres**¹, Israel **Sánchez-Cardona**¹

¹. Universidad Carlos Albizu, San Juan, Puerto Rico

RESUMEN

Al menos el 68% de los niños y adolescentes han experimentado un evento potencialmente traumático a la edad de 16 años. Es común que se utilice el Trauma Symptom Checklist for Children –Adapted Version (TSCC-A) para identificar secuelas de esas experiencias. Estudiamos la versión en español del Trauma Screening Questionnaire (TSQ) como una medida de fácil administración para evaluar dichos síntomas. Se presenta información psicométrica de esta versión. Estos resultados revelan que el TSQ puede ser considerado como una alternativa apropiada, de fácil administración y codificación para evaluar los síntomas asociados a las experiencias traumáticas e informar el proceso de planificación y provisión de servicios para estos participantes.

PALABRAS CLAVE: Jóvenes, cernimiento, trauma.

ABSTRACT

At least 68% of children and adolescents have experienced a potentially traumatic event at the age of 16. It has been popularized the use of the Trauma Symptom Checklist for Children -Adapted Version (TSCC-A) to evaluate those experiences sequelae. We studied the spanish version of the Trauma Screening Questionnaire (TSQ) as an alternative to assess trauma symptoms. Psychometric data about this version are presented. Results reveal that the TSQ can be considered as an appropriate alternative to objectively evaluate the symptoms associated with trauma and adequately inform the process of planning and provision of services.

KEYWORDS: Youth, assessment, trauma.

Para comunicarse con la autora principal, puede dirigirse al siguiente correo electrónico: aperez339@sju.albizu.edu

Existe un interés creciente por conocer las experiencias adversas que han experimentado los niños y jóvenes y sus posibles secuelas a nivel emocional. Los eventos principalmente experimentados y clasificados como una experiencia adversa incluyen: dificultad económica extrema, divorcio o separación de los padres, haber sido víctima de violencia, uso problemático de alcohol u otras drogas por alguien en el núcleo familiar y haber experimentado violencia comunitaria (Sacks et al., 2014). En una muestra de participantes en un estudio en Estados Unidos, entre el 13-66 % de niños y adolescentes endosan haber experimentado más de una experiencia adversa (Bethell, Newacheck, Hawes, & Halfon, 2014), sólo el 10% de estos declaran haber experimentado un promedio de 3 eventos adversos o más (Sacks, Murphey y Moore, 2014; Turner, Finkerhor y Ormrod, 2010). Identificar estas experiencias adversas en niños y jóvenes favorece la identificación los recursos para atender las secuelas emocionales. Las experiencias traumáticas múltiples o prolongadas han sido asociadas a síntomas internalizantes, como la ansiedad y la depresión (Thibeault, Nelson-Gray, Mendez y Stein, 2017).

Por otro lado, algunas de las secuelas asociadas a haber experimentado eventos potencialmente traumáticos incluyen (Substance Abuse and Mental Health Service Administration, 2011): dificultades de apego (Folger et al., 2017); cambios a nivel estructural en el cerebro que predispone a otros síntomas emocionales o cognitivos relacionados a la regulación del estrés y respuesta a situaciones amenazantes (Castro Carboni, Campos Villalobos, & López Castillo, 2003). También, incluyen desregulación emocional o afectiva (Marusak, Martin, Etkin, y Thomason, 2014); pobre control de la conducta (Craparo et al., 2014; Song, Singer, & Anglin, 1998; Ghadiri, Abolghasemi, & Aghajani, n.d.); dificultades en el desarrollo de un autoconcepto saludable; y cambios cognitivos, tales como problemas para recordar detalles importantes de la experiencia traumática, pensamientos

negativos sobre sí mismo o sobre el mundo, sentimientos distorsionados de culpa o remordimiento y pérdida de interés en actividades placenteras (Cook, Blaustein, Spinazzola, & van der Kolk, 2003; Krause-Utz et al., 2014). Por último, se ha encontrado que predisponen al sobreviviente al uso de prácticas auto-calmanes, tales como el inicio temprano del uso de alcohol u otras drogas (Wu et al., 2010).

A pesar de que no todas las personas desarrollarán diagnósticos clínicos como la depresión, ansiedad, o el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT o PTSD, por sus siglas en inglés) debido a eventos potencialmente traumáticos, las secuelas descritas ameritan la identificación temprana con cernimientos o medidas que sean responsivas a la población a intervenir (Simmons & Douglas, 2018). De esta forma, este cernimiento inicial, persigue identificar con prontitud y de manera temprana tales secuelas, previo a que se complique el cuadro clínico emocional de los sobrevivientes y las mismas terminen evolucionando a un diagnóstico clínico severo.

Uno de los instrumentos más utilizados para la identificación de síntomas relacionados a trauma es el Trauma Symptom Checklist for Children –Adapted Version (TSCC-A, por sus siglas en inglés) (Briere, 1995). Navedo-Navedo (2000) encontró con una población puertorriqueña, índices de confiabilidad entre .82 a .89 para todas las subescalas del TSCC, exceptuando la escala de preocupaciones sexuales, que obtuvo un índice de confiabilidad de .63. La diferencia entre el TSCC y el TSCC-A es precisamente que esta última, no incluye las preguntas relacionadas a las tales preocupaciones. Igualmente, datos de estudios a gran escala con adolescentes de una muestra de comunidad (N = 2,030), llevados a cabo en Estados Unidos de América, mostraron índices adecuados similares ($\alpha = .72-.83$) para todas las subescalas de este instrumento (Butcher, Kretschmar, Singer y Flannery, 2015). Además, se ha popularizado su uso entre otras muestras raciales y

económicamente diversas de los Estados Unidos, incluyendo poblaciones de nivel socioeconómico bajo, sin hogar, rural o con delincuencia juvenil (National Child Traumatic Stress Network, 2019). Este instrumento mide desarrollo de reacciones de ira, ansiedad, depresión, disociación, trauma y preocupaciones sobre aspectos sexuales en participantes entre 7-17 años de edad que han tenido experiencias adversas (Turner, Finkerhol y Ormrod, 2010).

Sin embargo, su uso en escenarios clínicos, de salud primaria y comunitario, pudiera estar limitado por el factor tiempo debido que el instrumento cuenta con 44 reactivos en total. Un esfuerzo reciente por realizar una versión corta de este instrumento, generó una versión inicial de 29 preguntas (Wherry, Huffhines y Walisky, 2016), sin embargo no se han realizado esfuerzos de adaptación, validación o adecuación de sus características psicométricas con poblaciones hispanas o versiones en español. De esta manera, identificar un instrumento de cernimiento para síntomas de trauma de fácil administración y sencillo para codificar e interpretar sus resultados, puede apoyar los esfuerzos de tener una herramienta que pueda ser utilizada por personal clínico o no clínico, apoyando a su vez la planificación de servicios necesarios para esta población. Este instrumento permitiría un cernimiento inicial que facilite la identificación de síntomas e informe la necesidad de servicios dirigidos que requiere el niño/a o adolescente, incluyendo la planificación de servicios o el establecimiento de un proceso de referido.

A través de esta investigación se utilizaron los datos de la implementación de una versión traducida al española del Trauma Screening Questionnaire (TSQ, por sus siglas en inglés) (Brewin y otros., 2002). El instrumento está basado en el PTSD Symptom Scale - Self Report (PSS-SR; (Foa, Riggs, Dancu y Rothbaum, 1993) y se compone de 10 reactivos, lo cual facilita su administración en escenarios clínicos, primarios y comunitarios (Brewin y otros, 2002). Precisamente, la cantidad de preguntas que compone este

instrumento, lo diferencia del TSCC-A, facilitando su uso. Entre sus propiedades psicométricas incluye un índice de sensibilidad de .85 y especificidad de .89 (Walters, Bisson y Shepherd, 2007). A pesar de presentar propiedades psicométricas adecuadas, se requiere de mayor información con relación a sus propiedades entre poblaciones de habla hispana, específicamente para niños y adolescentes que pudieran beneficiarse de la identificación temprana de los síntomas asociados al trauma y de la atención a tales síntomas previo a desarrollar secuelas clínicas. Para identificar las experiencias adversas y potencialmente traumáticas endosadas por los participantes, se utilizarán las respuestas al Cuestionario de Victimización Juvenil (JVQ, por sus siglas en inglés).

Considerando lo anterior, los objetivos de este estudio son los siguientes: a) evaluar la validez del TSQ a través del examen de su estructura factorial mediante un análisis de factores confirmatorio; b) evaluar la validez convergente del TSQ mediante un análisis de correlación con otros instrumentos de depresión y ansiedad; c) examinar la confiabilidad del TSQ. Entre los beneficios que pudieran obtenerse con esta investigación se encuentra promover el uso de cernimientos validados y adaptados para nuestro contexto que se les pueda proveer servicios que sean responsivos a lo reportado, así como promover el uso de herramientas que pudieran ser de fácil administración en diversos escenarios con el propósito de identificar posibles casos con trauma, facilitar la interpretación de resultados con instrumentos que no requieren adiestramientos minuciosos para su administración, codificación o interpretación.

MÉTODO

Participantes y procedimientos

Se analizó una base de datos secundarios del programa Eventos Traumáticos en la Niñez: Modelo de Cuidado Escalonado Basado en Evidencia como Alternativa para su Manejo y

Mitigación. Los siguientes datos fueron provistos y autorizados para su uso por las investigadoras principales del programa. La base de datos secundarios incluyó información de 567 participantes (298 femeninos; 266 masculinos), estudiantes de quinto a duodécimo grado en escuelas localizadas al sur de Puerto Rico (ver Tabla

1). Para garantizar los derechos y la confidencialidad de los participantes, los datos no incluyeron información que pudieran identificar a los participantes. Este análisis de datos secundarios fue aprobado por la Junta Revisora Institucional (IRB, por sus siglas en inglés) de la Universidad Carlos Albizu.

TABLA 1.
Datos sociodemográficos de la muestra.

Variables	F	%
Género		
Femenino	298	52.0
Masculino	266	46.1
Sin responder	3	1.9
Grado		
5 ^{to} grado	25	4.4
6 ^{to} grado	58	10.2
7 ^{mo} grado	96	16.9
8 ^{vo} grado	84	14.8
9 ^{no} grado	76	13.4
10 ^{mo} grado	88	15.5
11 ^{mo} grado	68	12.0
12 ^{mo} grado	53	9.3
Sin responder	19	3.4
Intención de abandonar la escuela		
No	468	85.2
Sí	75	13.2
Sin responder	24	4.2

Instrumentos

Los datos provistos para el análisis de datos incluyó información sociodemográfica de los participantes. Los datos recogidos incluyeron género, grado académico cursado al momento de los cernimientos, y si aplicaba, grados repetidos o razones para desear abandonar la escuela. La base de datos incluía además los resultados para la medida de evaluación de síntomas de trauma y otras medidas de síntomas comúnmente asociados al trauma tales como ansiedad y depresión. A continuación, se describen los instrumentos considerados para este estudio:

Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ). (Hamby, Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2005). Este cuestionario de autoreporte incluye 34 preguntas sobre distintas experiencias que

pueden promover trauma, como haber sido víctima de crimen, tener experiencias de abuso por el grupo de pares, maltrato, victimización sexual, o ser testigo de violencia en el grupo primario de apoyo. El mismo ha reportado un índice de confiabilidad de .90 (Soler, Kirchner, Paretilla, & Forns, 2013) y la versión en español de la escala presentó valores aceptables para las medidas del año anterior ($\alpha = .82$) y de por vida ($\alpha = .84$) (Soler et al., 2013).

Trauma Screening Questionnaire (TSQ). Es un instrumento de autoreporte de diez preguntas para la detección de síntomas de reexperimentación e hipervigilancia (Brewin et al., 2002). Estas preguntas fueron obtenidas de la Escala de síntomas de PTSD – Cuestionario de Autoinforme (Foa et al., 1993). El mismo requiere que el participante

responda si ha experimentado o no, alguno de los síntomas esbozados como respuesta al evento traumático que ha experimentado. Una puntuación de corte de 6 puntos ha presentado altos niveles de sensibilidad (.86) y especificidad (.93) (Brewin et al., 2002).

Generalized Anxiety Disorder 7-item, adaptada para adolescentes (GAD-7-A). Es una escala de autoreporte de 7 preguntas diseñadas para identificar síntomas de ansiedad generalizada (Kroenke y otros, 2009). Una puntuación total de 5, 10 y 15 corresponde a la presencia de síntomas leves, moderados o severos de ansiedad, respectivamente. Esta escala posee buenos índices de confiabilidad y validez (Tiirikainen, Haravuori, Ranta, Kaltiala-Heino, R. y Marttunen, 2019). Algunos autores sugieren que el instrumento es útil para identificar la severidad en síntomas de ansiedad, lo que aporta a la significancia clínica del instrumento (Mossman et al., 2017). Un estudio realizado con una muestra de adolescentes residentes en Puerto Rico encontró unos índices de confiabilidad y validez de .85 (Castro-Díaz, López-Torres, Sánchez-Cardona, Pérez-Pedrogo, 2018).

Patient Health Questionnaire-8- adaptada para adolescentes (PHQ-8-A). Este cuestionario consiste de ocho preguntas desarrolladas para identificar síntomas de depresión, basados en los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, Cuarta Edición (DSM-IV). El participante puede obtener una puntuación entre 0 y 24. Una puntuación de 9, 14, 19 y 24 corresponde a la presencia de síntomas leves, moderados, moderados a severos y severos de depresión (Dhingra, Kroenke, Zack, Strine, & Balluz, 2011; Kroenke y otros, 2009). El instrumento original ha sido validado y adaptado entre una muestra de niños y adolescentes que residen en Puerto Rico, con un alfa de Cronbach sobre .70 (López-Torres, Pérez-Pedrogo, Sánchez-Cardona, y Sánchez-Cesareo, 2018).

Análisis estadísticos

Se realizaron distintos análisis estadísticos para examinar las propiedades psicométricas del instrumento. Para examinar la estructura factorial del instrumento y realizar un análisis de las preguntas que lo componen, se realizó un Análisis Factorial Confirmatorio y de validez convergente con las experiencias de victimización y sintomatología de depresión y ansiedad. Por su parte, el nivel Alfa de Cronbach se utilizó como indicador de confiabilidad interna del instrumento (Raykov y Shrout, 2002). Por último, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple para estudiar la posible correlación entre las puntuaciones obtenidas en el TSQ y las experiencias de victimización, género y sintomatología de depresión o ansiedad. Todos los análisis se realizaron utilizando los programas IBM SPSS versión 25 y AMOS versión 23 (Arbuckle, 2014).

Se llevó a cabo un Análisis Factorial Confirmatorio para evaluar la estructura factorial y la validez de constructo del instrumento. Basado en el manual del instrumento (Brewin y otros, 2002), se estableció una estructura de dos factores: la reexperimentación e hipervigilancia. Para evaluar el ajuste de estos modelos se consideraron los siguientes indicadores: chi-cuadrado (χ^2); el *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) y el *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR). Valores entre .08 y .05 en los indicadores RMSEA y SRMR sugieren un ajuste aceptable y favorable (Hu y Bentler, 1999). Se obtuvo además los siguientes índices de bondad de ajuste: *Comparative Fit Index* (CFI), y *Tucker Lewis Index* (TLI). Estos índices requieren valores mayores a .90 para indicar buen ajuste del modelo, mientras que valores mayores a .95 indican un ajuste superior (Hu y Bentler, 1999).

Un índice igual o superior a .70 en el estimado de confiabilidad interna, es considerado aceptable (Hair, Black, Babin, y Anderson, 2014; Nunnally y Bernstein, 1994).

Además, se correlacionaron las puntuaciones del TSQ con aquellas del JVQ, el PHQ-8-A y el GAD-7-A para evaluar validez convergente. Fundamentado en investigaciones que utilizaron la misma base de datos (López-Torres y otros, 2018), esperamos una correlación positiva y significativa entre las puntuaciones del TSQ y el JVQ, el PHQ-8-A y el GAD-7-A. Se esperan valores de correlación mayores de .50 (Cohen, Cohen, West, y Aiken, 2003).

Se realizó un análisis de regresión lineal múltiple con el propósito de establecer la correlación entre experiencias de victimización, género, y síntomas de trauma, se procedió a realizar un análisis de Regresión Lineal Múltiple. Se espera entonces explorar el género de los participantes y los tipos de experiencias de victimización como variables predictivas; y la sintomatología de trauma como variable dependiente. Se realizaron además pruebas t de muestras independientes para comparar las diferencias entre las medias de las

puntuaciones de experiencias de victimización y sintomatología de trauma considerando el género de los participantes.

RESULTADOS

Análisis Factorial Confirmatorio y Análisis de Reactivos

Los resultados del Análisis Factorial Confirmatorio sugieren que la estructura de dos factores del TSQ se ajusta adecuadamente a los datos con índices de ajuste favorables: $\chi^2(34) = 90.914, p < .001, RMSEA = .055, SRMR = .03, CFI = .95, TLI = .93$. Una vez evaluada la estructura factorial del instrumento, se analizaron los reactivos que componen cada dimensión. Cada uno de los reactivos presentó una carga factorial significativa ($p < .05$) con valores entre .50 a .71, con excepción del reactivo 9 del factor de hipervigilancia con un valor de .36. Además, se identificó una correlación significativa entre los dos factores que componen el instrumento con un valor de .89 (ver Figura 1).

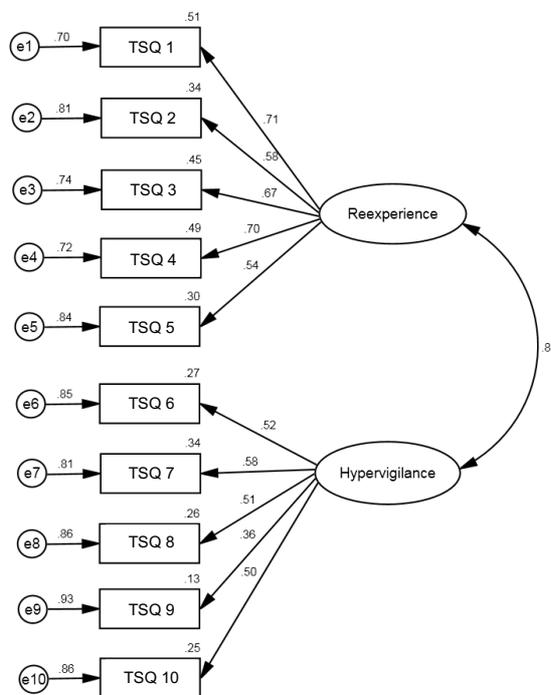


FIGURA 1. Cargas factoriales de los reactivos del Trauma Screening Questionnaire.

Confiabilidad interna y validez convergente

El TSQ obtuvo un alfa de Cronbach de .80, lo cual evidencia la consistencia interna del instrumento. Además, los resultados de correlación indican que las puntuaciones del TSQ se correlacionan de manera positiva y significativa con las puntuaciones de las

medidas de experiencias de victimización ($r = .490, p < .01$), ansiedad ($r = .654, p < .01$), y depresión ($r = .619, p < .01$) (ver Tabla 2). Dichos resultados evidencian la validez convergente del instrumento, que sostiene que mientras aumentan las puntuaciones en el TSQ, también aumentan las puntuaciones de ansiedad y depresión.

TABLA 2.

Media, desviación estándar, y estimados de confiabilidad y correlación.

	M	DE	CR	α	1	2	3
TSQ	3.06	3.06	.81	.80			
JVQ	6.83	6.83	.88	.88	.490**		
PHQ-8-A	4.99	5.03	.85	.85	.619**	.524**	
GAD-7-A	4.65	4.46	.86	.85	.654**	.767**	.501**

Nota: ** $p < .01$; α =Alfa de Cronbach; CR= Composite Reliability

Regresión Lineal Múltiple

Los resultados del análisis de regresión indican que el género de los participantes resultó ser un predictor significativo para los síntomas de trauma ($\beta = .137, p < .01$). Se observó que el grupo femenino exhibe mayor sintomatología de trauma ($M = 3.43, SD = 2.92$) en comparación con el grupo masculino ($M = 2.62, SD = 2.45$). La cantidad de experiencias de victimización también se asoció de forma significativa con los síntomas de trauma ($\beta = .490, p < .01$). Es importante precisar que el grupo masculino y femenino presentan una media similar referente a cantidad de experiencias de victimización ($t(537) = -.424, p = .67, d = .003$).

DISCUSIÓN

Este estudio tuvo como propósito principal explorar las propiedades psicométricas de la versión en español del TSQ en una muestra en niños y jóvenes entre 8 a 17 años de edad, residentes en Puerto Rico. Las propiedades psicométricas de la versión en español del Cuestionario de Cernimiento de Trauma (TSQ, por sus siglas en inglés), lo hacen un instrumento apropiado para identificar de manera inicial síntomas de trauma en niños y

jóvenes entre 11 a 18 años, residentes en Puerto Rico. Su longitud y el consecuente tiempo que tomaría su implementación, pudiera favorecer su uso en escenarios de cuidado primario, implementaciones comunitarias o escenarios escolares, en comparación con instrumentos como el Cuestionario de Cotejo de Síntomas de Trauma para Niños, versión para adolescentes (TSCC-A, por sus siglas en español). Este último tiene 44 preguntas y toma 20 minutos para su administración requiriendo que el evaluador tenga experiencia profesional, según su manual de implementación (Briere, 1995).

Los resultados de la estructura bifactorial del TSQ, examinada mediante un análisis factorial confirmatorio, son cónsonos con estudios de la versión en inglés, que sugieren que el instrumento ha sido desarrollado tomando en consideración los síntomas de reexperimentación e hipervigilancia en el desarrollo de síntomas de trauma (Brewin et al., 2002; Foa y otros, 1993). Cabe destacar que la puntuación total obtenida se utiliza como indicador de síntomas de trauma y que no se ha investigado si las puntuaciones para uno u otro factor son mejores indicadores para determinar la presencia de síntomas.

Aunque la puntuación de corte comúnmente aceptada que establece la posibilidad del diagnóstico de TEPT es de 6, se recomienda para futuras investigaciones obtener indicadores de especificidad y sensibilidad que permitan identificar el mejor parámetro para uso en población infantil y juvenil.

Una limitación importante de este estudio es que el instrumento toma en consideración únicamente los factores de reexperimentación (síntoma intrusivo) e hipervigilancia, característicos de un trastorno relacionado al trauma. Sin embargo, para dar cuenta de cualquier trastorno relacionado y afirmar que un participante tiene riesgo de desarrollarlo, se necesitaría confirmar la presencia de otros síntomas tales como síntomas de evitación, alteraciones negativas en el ánimo y en los pensamientos y las implicaciones en términos de funcionalidad que estos síntomas representan, de acuerdo con los criterios diagnósticos de la American Psychiatric Association (2013). Tampoco se desprende de los datos en la base de datos, la temporalidad con la que estos participantes han estado manejando los síntomas endosados, ni cuánto tiempo ha pasado desde los eventos adversos endosados en el JVQ y sus síntomas actuales.

Otra limitación es la ausencia de datos que permitieran comparar el TSQ con un instrumento de síntomas de trauma que sea considerado estándar en la evaluación de los participantes entre 11-18 años de edad y que además, mostrara propiedades psicométricas adecuadas con esta población. Este dato hubiera aportado grandemente en entender otras características psicométricas del TSQ y determinar si efectivamente es un buen sustituto a este cuestionario estándar o si los resultados del TSQ deben considerarse como una señal inicial que requiera evaluación más profunda de los síntomas de trauma.

Además, se requeriría de una evaluación de sensibilidad y especificidad del Cuestionario de Cernimiento de Trauma para poder entender si las puntuaciones obtenidas

en el mismo pueden ser utilizadas como un indicador de aquellos que cumplen con un nivel de severidad en los síntomas, lo que los predispondría a posibles trastornos clínicamente relacionados al trauma (por ejemplo, Trastorno de Estrés Postraumático). Este tipo de análisis permitiría además identificar puntos de corte para distintos niveles de severidad de los síntomas.

Llama la atención que al realizar un análisis de estructura factorial, la pregunta 9 no esté necesariamente vinculada a los síntomas de hiperreactividad con esta muestra de participantes. Esta pregunta lee: ¿has estado súper alerta por algún peligro para ti o para otros? y está relacionada a estar muy consciente o alerta de posibles peligros para sí mismo o para su familia. Esto debido a que desconocemos el impacto de normalizar estas experiencias y dejar de endosar síntomas relacionados. Esto sugiere que como una medida para entender mejor cómo las experiencias adversas afectan a los niños y jóvenes residentes en Puerto Rico se necesitaría realizar estudios adicionales sobre si el tipo o cantidad de experiencias adversas endosadas predicen severidad en los síntomas. Cónsono con algunos modelos del desarrollo de síntomas de trauma, las cuales proponen que los síntomas de trauma pudieran desarrollarse en respuesta a la relación de la víctima con su victimario y a cuan invasivo fuere evento difícil (por ejemplo, de exposición única o de exposición repetida o sumada a otros tipos de experiencias) (Torres-Valentín, Martínez-Taboas, Sayers-Montalvo y Padilla, 2013). Hubiera sido valioso conocer quién es el victimario en las experiencias endosadas (familiaridad) y cuan insidiosas fueron tales experiencias.

A pesar de estas limitaciones, el uso de este instrumento puede ser considerado como un cernimiento inicial para identificar de manera temprana aquellos participantes que pueden estar en riesgo de desarrollar secuelas importantes del trauma, sobretodo en implementaciones comunitarias, escolares o de salud primaria. De esta manera se

atiende la necesidad de procesos ágiles y cernimientos fáciles de implementar y codificar como primer paso para el servicio dirigido a la atención a los síntomas de trauma, los cuales pudieran requerir un cernimiento más profundo y dedicado, una vez identificada la necesidad inicial. Esto cobra notoria importancia si reconocemos que esta población es muy vulnerable (Orengo, Steward y de Arellano, 2019) y que la accesibilidad a servicios de salud mental que atienda sus necesidades pudiera estar afectada por la migración de profesionales que puedan atenderlos (Kishore, Marqués, Mahmud, Kiang, Rodríguez y otros, 2018).

Financiamiento: El presente estudio no fue financiado.

Conflicto de Interés: Los autores expresan que no hubo conflictos de intereses al redactar el manuscrito.

Aprobación de la Junta Institucional Para la Protección de Seres Humano en la Investigación: Junta Institucional para la Protección de Seres Humanos en la Investigación de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas en 2016, al momento de recoger la información de los participantes y de la Universidad Carlos Albizu en 2017, al momento del trabajo con la base de datos secundarios.

Consentimiento o Asentimiento Informado: Siendo que se trata de un análisis de una base de datos secundarios, no se proveyó consentimiento a los participantes accedió la información de una base de datos que no incluye información que permita identificar a los participantes.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (American Psychiatric Association, Ed.) (5th ed.). Arlington, VA.

- Arbuckle, J. L. (2014). *AMOS 23 User's Guide*. Chicago: IBM SPSS.
- Bethell, C. D., Newacheck, P., Hawes, E., & Halfon, N. (2014). Adverse childhood experiences: assessing the impact on health and school engagement and the mitigation role of resilience. *Health Affairs*, 33(12), 2106–2115. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0914>
- Brewin, C.R., Rose, S., Andrews, B., Green, J., Tata, P., McEvedy, C., ... Foa, E. B. (2002). Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 181, 158–162.
- Brewin, Chris R., Rose, S., Andrews, B., Green, J., Tata, P., McEvedy, C., ... Foa, E. B. (2002). Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 181(AUG.), 158–162. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.2.158>
- Briere, J. (1995). Trauma Symptom Inventory. Butcher, F., Kretschmar, J. M., Singer, M. I., & Flannery, D. J. (2015). Confirmatory Factor Analysis of the Trauma Symptom Checklist for Children in an At-Risk Sample of Youth. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 6(2), 251–268. <https://doi.org/10.1086/681545>
- Castro Carboni, N., Campos Villalobos, G., & López Castillo, C. (2003). Neurobiología y tratamiento del trastorno de estrés post-traumático. *Medicina Legal de Costa Rica*, 20(2), 3–8.
- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., & Aiken, L. S. (2003). *Applied multiple correlation/regression analysis for the behavioral sciences*. <https://doi.org/10.5334/hpb.17>
- Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. (2003). Complex Trauma in Children and Adolescents. *National Child Traumatic Stress Network Complex Trauma Task Force*, 3–41.
- Craparo, G., Ardino, V., Gori, A., Craparo, G., Ardino, V., Gori, A., & Caretti, V. (2014). The Relationships between Early Trauma, Dissociation and Alexithymia in Alcohol Addiction. *Psychiatry Investigation*, 11(3), 330–335.

- <https://doi.org/10.4306/pi.2014.11.3.330>
 Dhingra, S. S., Kroenke, K., Zack, M. M., Strine, T. W., & Balluz, L. S. (2011). PHQ-8 Days : a measurement option for DSM-5 Major Depressive Disorder (MDD) severity. *Population Health Metrics*, 9(11). <https://doi.org/10.1186/1478-7954-9-11>
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., & Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459–473.
- Folger, A. T., Putnam, K. T., Putnam, F. W., Peugh, J. L., Eismann, E. A., Sa, T., ... Ammerman, R. T. (2017). Maternal Interpersonal Trauma and Child Social-Emotional Development: An Intergenerational Effect. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 31(2), 99–107. <https://doi.org/10.1111/ppe.12341>
- Ghadiri, Z. S., Abolghasemi, A., & Aghajani, S. (n.d.). A comparison of behavior activation-inhibition systems and emotional clarity in students with and without trauma. *Journal of School Psychology*, 4(2), 69–88.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2014). *Multivariate Data Analysis* (Seventh). Essex, CM: Pearson Education Limited.
- Hamby, S., Finkelhor, D., Ormrod, R., & Turner, H. (2005). *The Juvenile Victimization Questionnaire: Administration and Scoring Manual*. Durham, NH: University of North Carolina at Chapel Hill; Crimes Against Children Research Center at University of New Hampshire.
- 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>
- Krause-Utz, A., Elzinga, B. M., Oei, N. Y. L., Paret, C., Niedtfield, I., Spinhoven, P., & Bohus, M. & Schmahl, C. (2014). Amygdala and Dorsal Anterior Cingulate Connectivity during an Emotional Working Memory Task in Borderline Personality Disorder Patients with Interpersonal Trauma History. *Frontiers in Neuropsychology*, 8, 848–856. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00848>
- Kroenke, K., Strine, T. W., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Berry, J. T., & Mokdad, A. H. (2009). The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *Journal of Affective Disorders*, 114(1–3), 163–173.
- López-Torres, S., Pérez-Pedrogo, C., Sánchez-Cardona, I., & Sánchez-Cesareo, M. (2018, April). Psychometric properties of the Patient Health Questionnaire-9 among a sample of children and adolescents residing in Puerto Rico. *38 Th Annual Research and Education Forum of the University of Puerto Rico, Medical Science Campus*.
- Marusak, H. A., Martin, K. R., Etkin, A., & Thomason, M. E. (2014). Childhood Trauma Exposure Disrupts the Automatic Regulation of Emotional Processing. *Neuropsychopharmacology*. <https://doi.org/10.1038/npp.2014.311>
- Mossman, S. A., Luft, M. J., Schroeder, H. K., Varney, S. T., Fleck, D. E., Barzman, D. H., ... Strawn, J. R. (2017). and validation. *Annals of Clinical Psychiatry*, 29(4), 227–234.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory* (3rd Editio). New York, NY: McGraw-Hill, Inc.
- Raykov, T., & Shrout, P. E. (2002). Reliability of Scales With General Structure: Point and Interval Estimation Using a Structural Equation Modeling Approach. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 9(2), 195–212. https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0902_3
- Sacks, V., Murphey, D., & Moore, K. (2014). Adverse Childhood Experiences: *National and State Level Prevalence Research Brief*.
- Simmons, K. T., & Douglas, D. Y. (2018). After

- the Storm: Helping Children Cope with Trauma after Natural Disasters. *Communique*, 46(5), 2018.
- Soler, L., Kirchner, T., Paretilla, C., & Forns, M. (2013). Impact of Poly- Victimization on Mental Health : The Mediator and / or Moderator Role of. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(13), 2695–2712.
<https://doi.org/10.1177/0886260513487989>
- Song, L., Singer, M. I., & Anglin, T. M. (1998). Violence Exposure and Emotional Trauma as Contributors to Adolescents ' Violent Behaviors. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 152(6), 531–536.
<https://doi.org/10.1001/archpedi.152.6.531>
- Substance Abuse and Mental Health Service Administration. (2011). *Helping Children and Youth Who Have Experienced Traumatic Events*.
- Thibeault, M. A., Nelson-Gray, R. O., Mendez, J. L., & Stein, G. L. (2017). Impact of trauma exposure and acculturative stress on internalizing symptoms for recently arrived migrant-origin youth : Results from a community-based partnership. *Journal of Community Psychology*, 45(June), 984–998.
<https://doi.org/10.1002/jcop.21905>
- Turner, H. A., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2010). Poly-Victimization in a National Sample of Children and Youth. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(3), 323–330.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.11.012>
- Wherry, J. N., Huffhines, L. P., & Walisky, D. N. (2016). A Short Form of the Trauma Symptom Checklist for Children. *Child Maltreatment*, 21(1), 37–46.
<https://doi.org/10.1177/1077559515619487>
- Wu, P., Bird, H. R., Liu, X., Duarte, C. S., Fuller, C., Fan, B. I. N., ... Canino, G. J. (2010). Trauma, Posttraumatic Stress Symptoms, and Alcohol-Use Initiation in Children. *Journal for the Study of Alcohol and Drugs*, 71(3), 326–334.
<https://doi.org/10.15288/jsad.2010.71.326>