

Adaptación del Cuestionario de Experiencias Adversas en la infancia en muestras mexicanas

Adaptation of the Adverse Childhood Experiences Questionnaire in a Mexican sample

Blanca Nevárez Mendoza y Gerardo Ochoa Meza

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez¹

Autor para correspondencia: Blanca Nevárez Mendoza, bnevarez@uacj.mx.

RESUMEN

Introducción: Las experiencias adversas en la infancia se refieren a una serie de eventos potencialmente traumáticos en la niñez y para los cuales no se dispone de las herramientas adecuadas para hacerles frente. Están relacionadas con trastornos en la edad adulta, como enfermedades cardíacas, infartos, diabetes y obesidad, así como problemas de salud mental, como depresión y ansiedad. En México no existe un instrumento válido para evaluar dichas experiencias de forma retrospectiva. *Objetivo:* Adaptar el Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia en población adulta que acudía a servicios médicos primarios en Ciudad Juárez, Chih. (México). *Método:* Se administró el citado cuestionario para evaluar las experiencias adversas ocurridas en la infancia, tales como abuso infantil y disfunción familiar, en una muestra de 672 adultos. *Resultados:* El índice de validez de contenido fue de bueno a muy bueno, los valores alfa en la consistencia interna fueron moderados y la confiabilidad aceptable. Dos factores explicaron 40.17% del total de la varianza, confirmando una estructura interna compuesta por dos factores de primer orden. *Discusión:* El cuestionario muestra una validez y confiabilidad aceptables para poder utilizarse en la detección de adversidad infantil de forma retrospectiva. Se discute su manejo para evaluar el efecto acumulativo de esas experiencias, así como la posible modificación al integrar otros tipos de adversidad psicosocial.

Palabras clave: Experiencias adversas de la infancia; Estudios de validación; Confiabilidad; Adultos.

ABSTRACT

Background. Adverse childhood experiences refer to a group of potentially traumatic events that a person can experience during the early years of life, for which the individual has no coping skills. Such experiences are usually later related to health disorders, including heart disease, heart attacks, diabetes, and obesity, as well as mental health problems, such as depression and anxiety. *Currently, there are no valid instruments to retrospectively evaluate these experiences in Mexico.* *Objective.* To adapt the Adverse Childhood Experiences Questionnaire to an adult population cared for in primary medical services in Ciudad Juárez, Chihuahua. *Method.* The questionnaire evaluated child abuse and family dysfunction in a sample of 672 adults. *Results.* The content validity index ranged from good to very good. Alpha values of internal consistency were moderate (.62 to .68) so reliability was acceptable. Two factors explained 40.17% of the total variance, and an internal structure of two first-order factors was confirmed. *Discussion.* The questionnaire showed acceptable validity and reliability to retrospectively detect childhood adversity. The discussion also

¹ Departamento de Ciencias Sociales, Instituto de Ciencias Sociales y Administración, Doctorado en Psicología, Av. Heroico Colegio Militar s/n, 323210 Ciudad Juárez, Chih., México, correos electrónicos: bnevarez@uacj.mx y gochoa@uacj.mx.



addresses the possibility to evaluate the cumulative effect of these experiences and the possible addition of other types of psychosocial adversity.

Key words: Adverse childhood experiences; Validation studies; Reliability; Adult people.

Recibido: 01/11/2020

Aceptado: 12/02/2021

INTRODUCCIÓN

Las experiencias adversas en la infancia (EAI en lo sucesivo) se definen como una serie de eventos negativos que ocurren dentro de un ambiente familiar, los cuales están relacionados entre sí y ante los cuales no se tienen generalmente los recursos personales, familiares y medioambientales para hacerles frente. Entre las formas más comunes de EAI se encuentran el abuso físico, sexual y emocional y la negligencia, además de otras manifestaciones de disfunción en el hogar, como la violencia, el abandono parental, el abuso de sustancias, la enfermedad mental de algún miembro de la familia y el encarcelamiento (Felitti *et al.*, 1998; Kalmakis y Chandler, 2014).

Las características principales del concepto de EAI aluden a lo siguiente: *a)* cuestiones perjudiciales o dañinas por las experiencias negativas o por la falta de eventos positivos; *b)* cronicidad por la repetición frecuente y prolongada; *c)* efecto angustiante debido a la constante exposición al estrés; *d)* acumulación de múltiples experiencias que pueden suceder al mismo tiempo; *e)* variación en cuanto a su severidad ya que el abuso sexual, psicológico y físico se consideran más severos; sin embargo, la exposición a un ambiente violento o al consumo de sustancias por parte de los padres tienen un efecto en el desarrollo muy similar al de otras formas de adversidad (Kalmakis y Chandler, 2014). Por ello, contrastar el concepto de las EAI con otros relacionados, como la polivictimización, obliga a establecer una diferenciación entre ambos. Así, las EAI se centran principalmente en el ambiente familiar del individuo y que lo afectan

directamente (Pinto, Moroaga y Henríquez, 2018; Vega y Nuñez, 2017), mientras que la polivictimización se enfoca en la exposición a sucesos violentos en distintos contextos (Turner, Shattuck, Finkelhor y Hamby, 2015).

Algunos investigadores han puesto especial atención a las EAI y a sus posibles consecuencias, como Felitti *et al.* (1998), que encontraron traumas emocionales de la infancia en adultos con obesidad al llevar a cabo un programa de reducción de peso que mostró el impacto de las adversidades infantiles en la salud, cuestión esta que dio pie a una gran y variada cantidad de investigaciones al respecto (Zarse *et al.*, 2019).

Las adversidades constituyen un problema de salud en todo el mundo y a pesar de la variabilidad de las estimaciones, los datos reflejan que una cuarta parte de los adultos sufrieron maltrato físico cuando eran niños. Una de cada cinco mujeres declara haber sido víctima de violencia sexual, de la misma forma que uno de cada 13 hombres manifiestan este tipo de abuso en la infancia (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020). En México, se calcula que seis cada diez niños de entre uno y 14 años han experimentado alguna forma de disciplina violenta en su casa (Centro de Estudios para el Logro de la Igualdad de Género, 2019).

Se ha demostrado que el abuso y la negligencia con los niños están asociados con un incremento en el riesgo de sufrir desórdenes psiquiátricos, como depresión mayor, trastorno bipolar, estrés postraumático y abuso de sustancias, entre otros (Chapman *et al.*, 2004; Dube *et al.*, 2006), así como desórdenes médicos, como enfermedades cardíacas, diabetes, enfermedad del colon y asma (Anda *et al.*, 2006; Felitti *et al.*, 1998). Se han encontrado relaciones significativas entre las puntuaciones de EAI y perturbaciones como depresión, ansiedad, alucinaciones, problemas de sueño y obesidad. El abuso del consumo de alcohol y de sustancias tienden a aumentar conforme se acrecientan las adversidades (Anda *et al.*, 2002; Campbell, Walker y Egede, 2015; Scott *et al.*, 2011; Wade *et al.*, 2016) y se han investigado los mecanismos fisiológicos relacionados con la respuesta al estrés, asociándolos a una pobre calidad de vida en la edad adulta (Cánepa, 2016; Chiang, Taylor

y Bower, 2015; Danese y McEwen, 2012; Dong, Anda *et al.*, 2004; Essex *et al.*, 2013; González, Sánchez y Ramírez, 2019; Ferraro, Schafer y Wilkinson, 2016; Khrapatina y Berman, 2017; Monnat y Chandler, 2015; Nemeroff, 2016; Olvera, Kibzansky, Campen y Slavich, 2018; Zarse *et al.*, 2019).

En un metaanálisis sobre la evidencia de la asociación entre el riesgo de padecer problemas de salud y la presencia de adversidad infantil, Hughes *et al.* (2017) analizaron investigaciones realizadas particularmente en Estados Unidos, Canadá y algunos países europeos. No incluyeron trabajos hechos en países en vías de desarrollo, como México. En todos ellos se utilizaron autorreportes retrospectivos de EAI. El rango de edad que abarcan va desde los 18 años, hasta ancianos. Todos los estudios incluyeron ambos sexos. Los resultados indicaron que el 57% presentó al menos una adversidad y el 13% reportó al menos cuatro. También se concluyó que el riesgo de presentar alguno de los problemas de salud examinados incrementó en aquellos individuos que presentaron cuatro o más adversidades. Se encontraron relaciones débiles entre EAI y actividad física, sobrepeso y obesidad, medidas con razón de momios, de oportunidades o de probabilidades (*odds ratio* en inglés, u OR menores de 2): moderadas para EAI y fumar, abuso del alcohol, pobre calidad de vida, cáncer, enfermedad cardíaca y respiratoria (OR de dos 2 a 3); asociaciones fuertes con conducta sexual riesgosa, enfermedad mental, uso problemático del alcohol (OR de 3 a 6) y muy fuertes para drogadicción y violencia autodirigida (OR mayor a 7). Este metaanálisis subraya los grandes daños que la adversidad puede generar en la salud en el largo plazo.

En Estados Unidos, a través del Consorcio de Salud Kaiser Permanente, Felitti *et al.* (1998) tomaron en cuenta algunos instrumentos de evaluación previos y desarrollaron el Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia (ACEQ, por sus siglas en inglés), conformado por diez preguntas que evalúan la exposición al maltrato físico, sexual y psicológico, así como la disfunción del entorno familiar, como abuso de drogas y alcohol, violencia familiar, abandono, enfermedad mental o encarcelamiento durante los primeros 18 años

de vida (Zarse *et al.*, 2019). Los estudios de validación de dicho cuestionario han mostrado que cuenta con propiedades psicométricas adecuadas y validez interna y externa (Ford *et al.*, 2014) que lo hacen conveniente para analizar la relación entre las adversidades y su impacto en la salud (*cf.* Bethell *et al.*, 2017; Hughes *et al.*, 2017). También se le ha considerado una herramienta útil en estudios epidemiológicos en retrospectiva, a pesar de la posible distorsión de la memoria con el paso del tiempo y al aplicarse en distintos subgrupos demográficos (Dube, Williamson, Thompson, Felitti y Anda, 2004; Hardt y Rutter, 2004). Debido a las garantías que ofrece el cuestionario, los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) incluyeron el módulo EAI en su encuesta nacional de vigilancia de riesgos (BRFSS) para identificar los riesgos a la salud y mejorar con ello las prácticas de prevención de diversas enfermedades crónicas (*cf.* Ports, Ford, Merrick y Guinn, 2020).

Así, se han diseñado herramientas para investigar la ocurrencia de adversidad infantil validadas y adaptadas al castellano. Tal es el caso del Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), de Bernstein, Ahluvalia, Pogge y Handelsman (1997), el Early Trauma Inventory (ETI), creado por Bremner, Vermetten y Mazure (2000), y recientemente el Cuestionario de Screening de Experiencias Traumáticas (ExpTra-S), desarrollado en España por Ordoñez *et al.* (2016). Sin embargo, en México se requiere aún la validación de autoinformes rápidos y confiables, como el ACEQ, el cual ha mostrado una productividad única respecto a la revelación del efecto dosis-respuesta, es decir, que entre más experiencias adversas haya durante la infancia, mayores serán las dificultades para gozar de salud física y psicológica en la vida adulta (Zarse *et al.*, 2019). Por ello, al no hallarse evidencias de que ese cuestionario se haya adaptado en México, se evaluaron sus propiedades psicométricas en muestras mexicanas, siguiendo los lineamientos de Carretero y Pérez (2005) y de los *Standards for Educational and Psychological Testing* (American Educational Research Association, American Psychological Association y National Council on Measurement in Education, 2014) para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales.

Por consiguiente, el presente trabajo tuvo como objetivo realizar la adaptación de la versión en español del Cuestionario de Experiencias Adversas (ACEQ) para estimar la presencia de adversidades infantiles en la edad adulta de personas que recibían atención médica primaria en los servicios públicos de salud de Ciudad Juárez, Chih., México.

MÉTODO

Participantes

Participaron en este estudio 672 adultos, en su mayoría mujeres (70%), con edades de 18 a 65 años, con una media de edad de 40 años, reclutados en la sala de espera de un hospital público de la citada ciudad a lo largo de dos meses, a quienes se les informó sobre el objetivo del cuestionario. La selección de la muestra fue incidental.

Instrumento

Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia (EAI) (Ford *et al.*, 2014).

Es un instrumento de autorreporte cuya estructura original contiene tres factores principales: maltrato infantil, abuso sexual y disfunción familiar. El primero y el segundo se dividen en abuso psicológico, abuso físico, negligencia y abuso sexual. El tercero se divide a su vez en abuso de sustancias, enfermedad mental, ser testigo de violencia contra la madre, y conducta criminal de algún familiar directo. Este inventario se califica mediante respuestas dicotómicas (sí/no), que indican la ocurrencia de experiencias adversas antes de los 18 años. Por tanto, a la respuesta “sí” se le otorga un valor de 1, de tal manera que las puntuaciones mínimas van de 0 a 10.

Procedimiento y análisis estadísticos

Fases de la adaptación

En la primera fase, denominada “Justificación del estudio” (Carretero y Pérez, 2005), se determinó la importancia de la adaptación del cuestionario.

La segunda consistió en la delimitación conceptual del constructo, en la que un panel de jueces valoraron la redacción y comprensión de los reactivos. En esta etapa se calculó el índice de validez de contenido mediante la V de Aiken y el porcentaje de acuerdo interjueces (Aiken, 1985), y se cuantificó la relevancia del ítem en el contenido. El valor de la V de Aiken oscila de 0.0 a 1.00, con sus correspondientes intervalos de confianza (IC). Generalmente el valor que se utiliza como punto de corte o valor mínimo de la V de Aiken es $V = .50$, con $IC = 95\%$ (Merino y Livia, 2009).

En la etapa tres se efectuó el análisis estadístico de los reactivos (Carretero y Pérez, 2005). Se calculó asimismo el coeficiente alfa de Cronbach (*cf.* Yang y Green, 2011) y la confiabilidad mediante el método de división por mitades utilizando la fórmula de Spearman-Brown, cuyos valores deben situarse entre .70 y .90 (Argibay, 2006). En la cuarta fase se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio (AFE) con una muestra de 307 personas. El método utilizado fue el de componentes principales con rotación varimax. De igual modo, se efectuaron las pruebas Kaiser-Meyer-Olkin y la de esfericidad de Bartlett. En esta misma etapa se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio (AFC). El método utilizado fue el de estimación robusta de máxima verosimilitud (Bollen y Long, 1993) y se determinaron las siguientes medidas: índice de bondad del modelo, conocido como chi cuadrada (χ^2), el cual sugiere un valor mínimo de 3.84 para ser significativo. La razón de χ^2 sobre los grados de libertad (CMIN/DF) debe arrojar valores inferiores a 3.0; el índice de bondad de ajuste global (GFI) y el índice ajustado de bondad de ajuste (AGFI) deben a su vez mostrar valores superiores a .90 para reflejar un mejor ajuste, y el error de aproximación cuadrático medio (RMSEA) se considera bueno cuando su valor es ≤ 0.05 (Bollen y Long, 1993) y adecuado cuando es ≤ 0.08 (Hu y Bentler, 1999).

Consideraciones éticas

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité Institucional de Ética y Bioética de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, con el

código de resolución CIEB-2019-2-69. Además, por medio de un formato de consentimiento informado se garantizó a los participantes la confidencialidad de sus respuestas. No se requirieron otros datos personales mas que el sexo y la edad.

RESULTADOS

Características de la muestra

El panel de jueces estuvo integrado por cinco docentes universitarios; de estos, tres fueron mujeres. Cabe mencionar que tres eran expertos en el tema de investigación y dos en la elaboración de instrumentos de medición; por su parte, el grupo de estudiantes de Psicología que fungieron como

jueces estuvo conformado por quince mujeres (75%) y cinco varones (15%). La muestra total estuvo compuesta por 672 adultos, en su mayoría mujeres (70%), con una media de edad de 40 años, la selección se realizó de forma incidental en los servicios de atención médica familiar de un hospital público en Ciudad Juárez, Chihuahua, México.

Validez de contenido

Se obtuvieron acuerdos con un IC de 95%, con valores de buenos ($V = 0.70$) a muy buenos ($V = 0.95$) entre los expertos. Por otra parte, este mismo índice entre los estudiantes evaluadores varió de bueno ($V = 0.68$) a muy bueno ($V = 0.84$) (Tabla 1).

Tabla 1. Índices y porcentajes de acuerdo entre jueces sobre el contenido del Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia.

Orden de los ítems	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	M	v de Aiken	% de acuerdo	IC 95% LI	IC 95% LS
1	4	5	4	5	2	4.0	0.75	66.6	.53	.88
2	4	5	4	5	2	4.0	0.75	66.6	.53	.88
3	4	5	4	5	2	4.0	0.75	66.6	.53	.88
4	5	5	2	5	2	3.8	0.70	100.0	.48	.85
5	2	5	5	5	2	3.8	0.70	100.0	.48	.85
6	3	5	5	5	5	4.6	0.90	50.0	.69	.97
7	2	5	5	5	2	3.8	0.70	100.0	.48	.85
8	4	5	5	5	4	4.6	0.90	100.0	.69	.97
9	3	5	4	5	2	3.8	0.70	25.0	.48	.85
10	4	5	5	5	5	4.8	0.95	100.0	.76	.99

Nota: M = Media; IC = Intervalos de Confianza; LI = Limite Inferior; LS= Limite Superior.

Análisis estadístico de los ítems y consistencia interna

Los resultados de los análisis de los diez ítems del cuestionario se muestran en la Tabla 2. Estos reactivos arrojaron medias de .04 a .36 y las desviaciones estándar de .20 a .48. El cuestionario con el total de la muestra arrojó un coeficiente alfa de

Cronbach de .68. La correlación total de elementos corregida mostró tres ítems por debajo del .30, referentes a la pérdida parental, a vivir con alguien que era alcohólico y a haber tenido algún familiar en la cárcel. Se decidió conservar estos elementos para análisis posteriores y porque su eliminación no elevaba el coeficiente alfa obtenido.

Tabla 2. Análisis de los ítems y de consistencia interna del Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia.

ÍTEMS	Preguntas	M	D.E.	Correlación total de elementos corregida	Consistencia interna α
Ítem 1	¿Alguno de sus padres u otros adultos en su casa lo ofendían, lo insultaban, lo menospreciaban o lo humillaban con frecuencia o con mucha frecuencia, o actuaban de tal forma que temía que lo fueran a lastimar físicamente?	.29	.45	.50	.62
Ítem 2	¿Alguno de sus padres u otros adultos en su casa lo empujaban, lo jalaban, lo abofeteaban, o le aventaban cosas con frecuencia o con mucha frecuencia?, o ¿alguna vez lo golpearon con tanta fuerza que le dejaron marcas o lo lastimaron?	.19	.39	.47	.63
Ítem 3	¿Algún adulto o alguna otra persona cuando menos cinco años mayor que usted lo tocó alguna vez, lo intentó o le pidió que usted lo tocara de alguna forma sexual?	.27	.46	.32	.66
Ítem 4	¿Sentía con frecuencia o con mucha frecuencia que nadie en su familia lo quería o pensaba que usted era especial o importante?, o ¿en su familia no se cuidaban unos a los otros, no sentían que tenían una relación cercana, o no se apoyaban?	.24	.42	.41	.64
Ítem 5	¿Sentía usted con frecuencia o con mucha frecuencia que no tenía suficiente comida, que tenía que usar ropa sucia o que no tenía a nadie que lo protegiera? ¿Sus padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidarlo o llevarlo al médico si es que lo necesitaba?	.04	.20	.32	.67
Ítem 6	¿Alguna vez perdió a su padre o madre biológicos debido a un divorcio, abandono o alguna otra razón?	.31	.46	.25	.68
Ítem 7	¿Con frecuencia o con mucha frecuencia empujaban, jalaban, golpeaban o le aventaban cosas a su madre o madrastra?, o ¿con frecuencia o con mucha frecuencia, le pegaban, la mordían, le daban puñetazos o la golpeaban con algún objeto duro? ¿Alguna vez la golpearon durante varios minutos seguidos o la amenazaron con una pistola o un cuchillo?	.10	.30	.40	.65
Ítem 8	¿Vivió usted con alguien que se emborrachaba, que era alcohólico o que usaba drogas?	.36	.48	.27	.67
Ítem 9	¿Algún miembro de su familia sufría depresión o alguna otra enfermedad mental, o trató de suicidarse?	.22	.41	.35	.65
Ítem 10	¿Algún miembro de su familia estuvo en la cárcel?	.19	.43	.21	.68

Nota: M = Media; D.E. = Desviación estándar.

Confiabilidad

Se utilizó la fórmula de Spearman-Brown, mediante el método de división por mitades, tomando en cuenta longitudes iguales, obteniéndose una r de .73 en ambas. El cálculo de este indicador también arrojó el coeficiente de dos mitades de Guttman ($r = .72$). Lo dos resultados se consideran aceptables si se toma en cuenta la cantidad pequeña de ítems que contiene el instrumento (Argibay, 2006; Kelinger y Lee, 2002).

Análisis factorial exploratorio

Para encontrar la estructura factorial de los diez reactivos del Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia, se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio con una muestra de 307 personas. El método utilizado fue el de componentes principales con rotación varimax. Las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin (.74) y de esfericidad de Bartlett ($\chi^2 = 414.39$, $gl = 45$, $p < .001$) indicaron que el tamaño de la muestra fue adecuado para llevar a cabo dicho análisis.

Los autovalores y el gráfico de sedimentación mostraron tres factores que representaron 50.87% de la varianza total explicada. Sin embargo, en esta estructura el tercer el factor incluía solo dos ítems, por lo que se procedió a analizar nuevamente los datos seleccionando dos factores fijos. Los resultados de este segundo análisis mostraron que, con dos factores, la varianza total explicada fue de 40.17%. Se decidió que la carga factorial mínima

requerida fuera de .30, por lo que el rango de carga resultante fue de .38 a .74 y las comunalidades de entre .18 y .54. Para evaluar la consistencia interna de cada factor se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach. El primer factor tuvo un α de .70 y el segundo uno de .45, lo que significa que aquel tuvo un coeficiente aceptable y el segundo una consistencia interna de moderada a baja (Kelinger y Lee, 2002; Nunnally, 1987) (Tabla 3).

Tabla 3. Estructura factorial del Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia.

ÍTEMS	Factor 1 Abuso	Factor 2 Disfunción familiar	h ²
2. ¿Alguno de sus padres u otros adultos en su casa lo empujaban, lo jalaban, lo abofeteaban, o le aventaban cosas con frecuencia o con mucha frecuencia?, o ¿alguna vez lo golpearon con tanta fuerza que le dejaron marcas o lo lastimaron?	.739		.546
7. ¿Con frecuencia o con mucha frecuencia empujaban, jalaban, golpeaban o le aventaban cosas a su madre o madrastra?, o ¿con frecuencia o con mucha frecuencia, le pegaban, la mordían, le daban puñetazos o la golpeaban con algún objeto duro? ¿Alguna vez la golpearon durante varios minutos seguidos o la amenazaron con una pistola o un cuchillo?	.704		.496
1. ¿Alguno de sus padres u otros adultos en su casa lo ofendían, lo insultaban, lo menospreciaban o lo humillaban con frecuencia o con mucha frecuencia, o actuaban de tal forma que temía que lo fueran a lastimar físicamente?	.701		.531
5. ¿Sentía usted con frecuencia o con mucha frecuencia que no tenía suficiente comida, que tenía que usar ropa sucia o que no tenía a nadie que lo protegiera? ¿Sus padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidarlo o llevarlo al médico si es que lo necesitaba?	.656		.451
4. ¿Sentía con frecuencia o con mucha frecuencia que nadie en su familia lo quería o pensaba que usted era especial o importante?, o ¿en su familia no se cuidaban unos a los otros, no sentían que tenían una relación cercana, o no se apoyaban?	.571		.385
9. ¿Algún miembro de su familia sufría depresión o alguna otra enfermedad mental, o trató de suicidarse?		.730	.548
3. ¿Algún adulto o alguna otra persona cuando menos cinco años mayor que usted lo tocó alguna vez, lo intentó o le pidió que usted lo tocara de alguna forma sexual?		.585	.354
8. ¿Vivió usted con alguien que se emborrachaba o era alcohólico, o que usaba drogas?		.562	.315
10. ¿Algún miembro de su familia estuvo en la cárcel?		.448	.203
6. ¿Alguna vez perdió a su padre o madre biológicos debido a un divorcio, abandono o alguna otra razón?		.385	.188
Autovalores	2.74	1.27	
Porcentaje de varianza	27.43	12.75	
Alfa de Cronbach	0.70	0.45	

Nota: h² = Comunalidades.

Análisis factorial confirmatorio

Se llevó a cabo el análisis factorial confirmatorio en una muestra de 365 individuos, mediante un modelo de ecuaciones estructurales, con base en los resultados del AFE, los que arrojaron dos factores: el primero se denominó Abuso infantil y el segundo Disfunción familiar. Para determinar el ajuste del

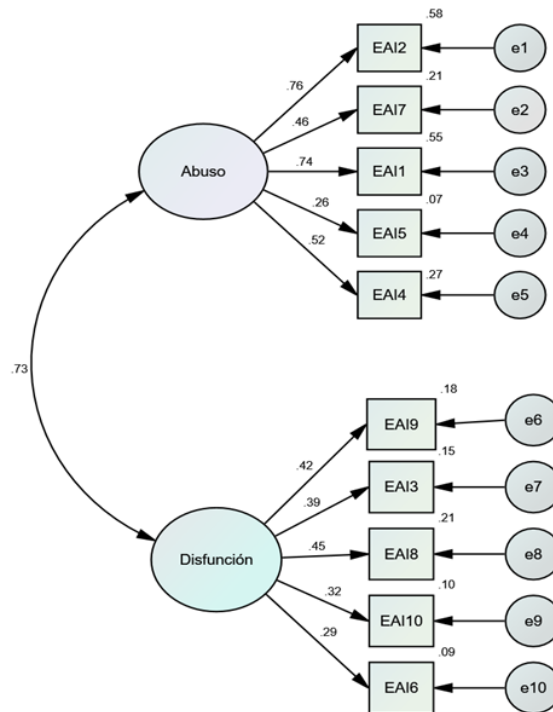
modelo, se tomaron en cuenta la $\chi^2 = 80.45$, $gl = 34$ y $p < .05$. También se obtuvieron los siguientes índices: CMIN/DF = 2.36; GFI = .96; AGFI = .93, los cuales indican ajustes aceptables, y RMSEA = .06, que se considera como un buen modelo de primer orden (Bollen y Long, 1993).

Los factores de abuso infantil y disfunción presentaron una correlación significativa (.73). Por

otra parte, los coeficientes de regresión estandarizados fueron todos ellos significativos, en un rango de .26 a .76, para el factor Abuso, considerándose de moderados a altos y de .29 a .42 para el factor

Disfunción, que se consideran cargas moderadas (Argibay, 2006; Nunnally, 1987). En la Figura 1 se muestra el diagrama de la estructura factorial y los valores correspondientes.

Figura 1. Modelo de dos factores del Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia.



DISCUSIÓN

En virtud de que en México no existen herramientas para evaluar la presencia retrospectiva de adversidad infantil en adultos, sino que las experiencias traumáticas se suelen medir de manera individual y no en conjunto, esta investigación tuvo como objetivo adaptar el Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia (ACE), desarrollado por Felitti *et al.* (1998), en población adulta que acudía a los servicios médicos primarios en Ciudad Juárez, Chih. (México). Para lograrlo, se consideraron las etapas para el desarrollo de instrumentos. La confiabilidad del instrumento obtenida mediante el método de división por mitades se considera moderada en ambas mitades ($r = .73$), cuestión que se debe interpretar con cautela debido a la tendencia de instrumentos pequeños a

mostrar índices de fiabilidad menores, aunque no por ello se debe asumir que carecen de esta (Catena, Ramos y Trujillo, 2003; Elosua, 2003).

La estructura factorial obtenida fue de dos componentes, que explicaron un buen porcentaje de la varianza total de los ítems (Catena *et al.*, 2003). Cabe señalar que esta estructura difiere de la original (*cf.* Ford *et al.*, 2014), la cual incluye el ítem referido al abuso hacia la madre o madrastra en el factor de disfunción familiar. En esta muestra, dicho aspecto quedó incluido en el factor de Abuso. Asimismo, el ítem relacionado con el abuso sexual quedó incluido en el factor Disfunción familiar, lo que difiere también de la estructura original del instrumento.

Los resultados del análisis factorial exploratorio del presente trabajo fueron semejantes a los obtenidos en un estudio sobre la estructura facto-

rial del cuestionario EAI, en el cual se identificaron tres factores: maltrato infantil, disfunción familiar y abuso sexual. La consistencia de los factores mostró un rango de $\alpha = .61$ (disfunción familiar) a $\alpha = .80$ (abuso sexual). Dicha estructura también reportó cargas factoriales moderadas: de .40 a .56 (cf. Ford *et al.*, 2014).

Dube *et al.* (2004) analizaron la confiabilidad del grado de acuerdo entre los participantes mediante el coeficiente Kappa en primera y segunda aplicación. Los resultados mostraron acuerdos moderados, sustanciales y buenos en los distintos componentes del cuestionario, señalando así que las respuestas fueron estables a través del tiempo, lo que favoreció la utilización del instrumento en las encuestas epidemiológicas empleadas de forma retrospectiva (Hardt y Rutter, 2004).

Hay estudios realizados en otros países, como una investigación llevada a cabo en Inglaterra por Bellis, Lowey, Leckenby, Hughes y Harrison (2013), que relacionó las experiencias adversas infantiles con la salud física, psicológica y comportamental. En Filipinas, Ramiro, Madrid y Brown (2010) reportaron haber utilizado el cuestionario EAI en su forma original en adultos mayores de 35 años para comprobar la relación con algunas condiciones de su salud física. En ambas investigaciones, los resultados fueron consistentes con los hallados en Estados Unidos. En Japón, Matura, Hashimoto y Toichi (2009) estudiaron las correlaciones entre EAI y agresividad, autoestima y depresión en una institución correccional para mujeres, obteniéndose una consistencia interna de .69, comparable a la del presente estudio, pese a que se administró a personas de menor edad.

La estructura original de este cuestionario se ha tomado como punto de partida para que otros investigadores hayan decidido ampliar, expandir y modificar algunos factores medidos por las EAI. Por ejemplo, Finkelhor, Shattuck, Turner y Hamby (2015) añadieron componentes raciales y comunitarios a la forma convencional del cuestionario para analizar subgrupos en distintos niveles; Chronholm *et al.*, (2015) y Wade *et al.* (2016) han agregado distintos tipos de adversidades que no se contienen en el cuestionario original bajo la premisa de que otras formas de abuso tienen el

mismo efecto en la vida de las personas, como la violencia social, la violencia entre pares y un estatus socioeconómico muy bajo. Algunos estudios han modificado la edad considerada en el cuestionario, que convencionalmente es para adultos mayores de los 18 años, ampliando así el rango para su administración al aplicarlo a adolescentes y jóvenes (Steele, Murphy, Bonuck, Meissner y Steele, 2019). Por otro lado, las mismas experiencias adversas se han medido de manera prospectiva y dirigiendo las preguntas a padres jóvenes con el fin de detectar la adversidad presente con fines preventivos (Murphy *et al.*, 2016).

Finalmente, de acuerdo con los resultados del presente estudio, se sugiere que el cuestionario EAI puede ser utilizado como cribado tipo *check-list*, con fines de correlación y predicción con otras variables de salud física y mental. Además, una cantidad considerable de investigaciones que han empleado el cuestionario EAI (Anda *et al.*, 2002, 2006; Bellis *et al.*, 2013; Campbell *et al.*, 2015; Chapman *et al.*, 2004; Dong, Giles *et al.*, 2004; Dube *et al.*, 2004, 2006; Felitti *et al.*, 1998; Hughes *et al.*, 2017; Khrapatina y Berman, 2017; Matura *et al.*, 2009; Monnat y Chandler, 2015; Murphy *et al.*, 2016; Steele *et al.*, 2019) respaldan su uso para comprender la relación entre la adversidad infantil y la calidad de vida en la edad adulta, toda vez que permite incluir la medida de EAI en un tamizaje más completo a partir de la consulta médica primaria y considerando distintas formas de violencia y disfunción (Brown *et al.*, 2009).

Una de las fortalezas de este trabajo fue que integra una ruta de validación de un instrumento según normas y criterios internacionales, y asimismo la utilización de modelos de ecuaciones estructurales en los análisis confirmatorios, los cuales conceden una mayor potencia a los resultados de la validez de constructo.

En conclusión, este trabajo aporta información suficiente para que el Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia sea utilizado en población mexicana para identificar en retrospectiva los eventos adversos experimentados en la infancia por los adultos y su relación con las condiciones de salud física, psicológica y comportamental, así como medir la posible concurrencia

entre las adversidades y el modo en que están íntimamente relacionadas (Vega y Nuñez, 2017). En consecuencia, se recomienda que se lleven a cabo

más estudios de validez con muestras regionales o nacionales, con participantes de otras edades y con distintos grupos poblacionales.

Citación: Nevárez M., B. y Ochoa M., G. (2022). Adaptación del Cuestionario de Experiencias Adversas en la infancia en muestras mexicanas. *Psicología y Salud*, 32(2), 203-214. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i2.2742>.

REFERENCIAS

- Aiken, L.R. (1985). Three coefficients for analyzing the reliability and validity of ratings. *Educational and Psychological Measurement*, 45, 131-142.
- American Educational Research Association, American Psychological Association y National Council on Measurement in Education (2014). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: American Educational Research Association.
- Anda, R.F., Felitti, V.J., Bremer, D., Walker, J.D., Withfield, C., Perry, B.D. y Giles, W.H. (2006). 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.
- Anda, R.F., Whitfield, C.M., Felitti, V.J., Chapman, D., Edwards, V.J., Dube, S.R. y Williamson, D.F. (2002). Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatric Services*, 53(8), 1001-1009.
- Argibay, J. (2006). Técnicas psicométricas. Cuestiones de validez y confiabilidad. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 8, 15-33.
- Bellis, M.A., Lowey, H., Leckenby, N., Hughes, K. y Harrison, D. (2013). Adverse childhood experiences: retrospective study to determine their impact on adult health behaviors and health outcomes in a UK population. *Journal of Public Health*, 36(1), 81-91.
- Bernstein, D.P., Ahluvalia, T., Pogge, D. y Handelsman, L. (1997). Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(3), 340-348.
- Bethell, C.D., Carle, A., Hudziak, J., Gombojav, N., Powers, K., Wade, R. y Braveman, P. (2017). Methods to assess adverse childhood experiences of children and families: toward approaches to promote child well-being in policy and practice. *Academic Pediatrics*, 17(7), 51-69.
- Bollen, K.A. y Long, J. (1993). *Testing structural equation models*. London: Sage Publications.
- Bremner, D., Vermetten, E. y Mazure, C. (2000). Development and preliminary psychometric properties of an instrument for the measurement of childhood trauma: The Early Trauma Inventory. *Depression and Anxiety*, 12, 1-12. Doi: 10.1002/1520-6394(2000)12:1%3C1::AID-DA1%3E3.0.CO;2-W.
- Brown, D., Anda, R., Tiemeier, H., Felitti, V., Edwards, V., Croft, J. y Giles, W. (2009). Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(5), 389-396. Doi: 10.1016/j.amepre.2009.06.021.
- Campbell, J., Walker, R. y Egede, L. (2015). Associations between adverse childhood experiences, high risk behaviors, and mortality in adulthood. *American Journal of Preventive Medicine*, 50(3), 344-352. Doi: 10.1016/j.amepre.2015.07.022.
- Cánepa, E. (2016). Recuerdos de la infancia. Las experiencias tempranas y la epigenética. *Química Viva*, 15(1), 13-19.
- Carretero D., H. y Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 521-551.
- Catena, A., Ramos, M. y Trujillo, H. (2003). *Análisis multivariado: un manual para investigadores*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Centro de Estudios para el Logro de la Igualdad de Género (2019). *Niñas, niños y adolescentes víctimas de la violencia*. México: Dirección de Estudios Sociales de la Posición y Condición de las Mujeres y la Equidad de Género.
- Chapman, D., Whitfield, C., Felitti, V., Dube, S., Edwards, V. y Anda, R. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82, 217-225.
- Chiang, J., Taylor, S. y Bower, J. (2015). Early adversity, neural development, and inflammation. *Developmental Psychobiology*, 55(7), 887-907.
- Chronholm, P.F., Forke, C.M., Wade, R., Bair-Merritt, M.H., Davis, M., Harkins-Shwarz, M. y Fein, J.A. (2015). Adverse childhood experiences: expanding the concept of adversity. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(3), 354-361.
- Danese, A. y McEwen, B. (2012). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology and Behavior*, 106, 29-39.
- Dong, M., Anda, R., Felitti, V., Dube, S., Williamson, D., Thompson, T. y Giles, W. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child, Abuse and Neglect*, 28, 771-784.

- Dong, M., Giles, W., Felitti, V., Dube, S., Williams, J., Champan, D. y Anda, R. (2004). Insights into causal pathways for ischemic heart disease Adverse Childhood Experiences Study. *Circulation*, 110, 1761-1766.
- Dube, S.R., Miller, J.W., Brown, D.W., Giles, W.H., Felitti, V.J., Dong, M. y Anda, R.F. (2006). Adverse childhood experiences and the association with ever using alcohol and initiating alcohol use during adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 38(4), 444.
- Dube, S.R., Williamson, D.F., Thompson, T., Felitti, V.J. y Anda, R.F. (2004). Assessing the reliability of retrospective reports of adverse childhood experiences among adult HMO members attending a primary care clinic. *Child Abuse & Neglect*, 28(7), 729-737.
- Elosua, P. (2003). Sobre la validez de los tests. *Psicothema*, 15(2), 315-321.
- Essex, M., Armstrong, J., Boyce, T., Hertzman, C., Newman, S. y Kobor, M. (2013). Epigenetic vestiges of early developmental adversity: childhood stress exposure and DNA methylation in adolescence. *Child Development*, 84, 58-75.
- Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Williamson, D., Spitz, A., Edwards, V. y Marks, J. (1998). Relationship of childhood abuse and 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.
- Ferraro, K., Schafer, M. y Wilkinson, L. (2016). Childhood disadvantage and health problems in middle and later life: early imprints on physical health? *American Sociological Review*, 81(1), 1007-133.
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H. y Hamby, S. (2015). A revised inventory of Adverse Childhood Experiences. *Child Abuse & Neglect*, 48, 13-21.
- Ford, D.C., Merrick, M.T., Parks, S.E., Breiding, M.J., Gilbert, L.K., Edwards, V.J. y Thompson, W.W. (2014). Examination of the factorial structure of adverse childhood experiences and recommendations for three subscales scores. *Psychology of Violence*, 4(4), 432-444. Doi: 10.1037/a0037723.
- González, S., Sánchez, S. y Ramírez, N. (2019). Epigénesis: secuelas de una infancia adversa. *Revista Digital Universitaria*, 20(2), 1-13. Doi: 10.22201/codeic.16076079e.2019.v20n2.a1.
- Hardt, J. y Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2), 260-273.
- Hu, L.-t. y 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.
- Hughes, K., Bellis, M., Hardcastle, C., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C. y Dunne, M. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), 356-366. Recuperado de [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(17\)30118-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(17)30118-4/fulltext).
- Kalmakis, K. y Chandler, G. (2014). Adverse childhood experiences: towards a clear conceptual meaning. *Journal of Advanced Nursing*, 70(7), 1489-1501.
- Kelinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Khrapatina, I. y Berman, P. (2017). The impact of adverse childhood experiences on health in college students. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 10, 275-287.
- Matsura, N., Hashimoto, T. y Toichi, M. (2009). Correlations among self-esteem, aggression, adverse childhood experiences and depression in inmates of a female juvenile correctional facility. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63, 478-485.
- Merino, C. y Livia, J. (2009). Intervalos de confianza asimétricos para el índice la validez de contenido: Un programa Visual Basic para la v de Aiken. *Anales de Psicología*, 25(1), 169-171.
- Monnat, S.M. y Chandler, R.F. (2015). Long term physical health consequences of adverse childhood experiences. *The Sociological Quarterly*, 56(4), 723-752.
- Murphy, A., Steele, H., Steele, M., Allman, B., Kastner, T. y Dube, S. (2016). The clinical Adverse Childhood Experiences (ACES) Questionnaire: implications for trauma-informed behavioral healthcare. En R. Brigs (Ed.): *Integrated early childhood behavioral health in primary care* (pp. 7-16). Cham (Switzerland): Springer International.
- Nemeroff, C. (2016). Paradise lost: the neurobiological and clinical consequences of child abuse and neglect. *Neuron*, 89(5), 892-909. Doi: 10.1016/j.neuron.2016.01.019.
- Nunnally, J. (1987). *Teoría psicométrica*. México: Trillas.
- Olvera, H., Kibzansky, L., Campen, M. y Slavich, J. (2018). Early life stress, air pollution, inflammation, and disease: an integrative review and immunologic model of social-environmental adversity and lifespan health. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 92, 226-242.
- Ordoñez C., N., Fonseca P., E., Paino, M., García Á., L., Pizarro R., J. y Lemos G., S. (2016). Evaluación de experiencias traumáticas tempranas en adultos. *Papeles del Psicólogo*, 37(1), 36-44.
- Organización Mundial de la Salud (2020, junio 8). *Maltrato infantil*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>.

- Pinto C., C., Moroaga, C. y Henríquez, D. (2018). Experiencias de polivictimización como predictoras de síntomas postraumáticos en una muestra de adolescentes chilenos. *Interciencia*, 43(5), 329-335.
- Ports, K.A., Ford, D.C., Merrick, M.T. y Guinn, A.S. (2020). ACEs: Definitions, measurement, and prevalence. En G. J. Asmundson y T. O. Afifi (Eds.): *Adverse childhood experiences. Using evidence to advance research, practice, policy, and prevention* (pp. 17-34). London: Academic Press.
- Ramiro, L.S., Madrid, B.J. y Brown, D.W. (2010). Adverse childhood experiences (ACE) and health-risk behaviors among adults in a developing country setting. *Child Abuse & Neglect*, 34, 842-855.
- Scott, K., Von Korff, M., Angermeyer, M., Benjet, C., Bruffaerts, R., De Girolamo, G. y Kessler, R. (2011). Association of childhood adversities and early-onset mental disorders with adult-onset chronic physical conditions. *Archives of General Psychiatry*, 68(8), 838-844.
- Steele, H., Murphy, A., Bonuck, K., Meissner, P. y Steele, M. (2019). Randomized control trial report on the effectiveness of Group Attachment-Based Intervention (GABI): Improvements in the parent-child relationship not seen in the control group. *Development and Psychopathology*, 31, 203-217.
- Turner, H.A., Shattuck, A., Finkelhor, D. y Hamby, S. (2015). Effects of poly-victimization on adolescent social support, self-concept, and psychological distress. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(5), 755-780. Doi: 10.1177/0886260515586376.
- Vega A., M. y Nuñez U., G. (2017). Experiencias adversas en la infancia: revisión de su impacto en niños de 0 a años. *Enfermería Universitaria*, 14(2), 124-130.
- Wade, R., Cronholm, P.F., Fein, J.A., Davis, M.B., Harkin-Schwarz, M., Pachter, L.M. y Bair-Meritt, M. (2016). Household community-level adverse childhood experiences and adult outcomes in a diverse urban population. *Child Abuse & Neglect*, 52, 134-145.
- Yang, Y. y Green, S.B. (2011). Coefficient Alpha: a reliability coefficient for the 21st century? *Journal of Psychoeducational Assessment*, 20(10), 1-16.
- Zarse, E.M., Neff, M.R., Yoder, R., Hulvershorn, L., Chambers, J.E. y Chambers, A. (2019). The adverse childhood experiences questionnaire: Two decades of research on childhood trauma as a primary cause of adult mental illness, addiction, and medical diseases. *Cogent Medicine*, 6(1), 1581447.