

Escala para evaluar indicadores de reparación en niños, niñas y adolescentes que han vivido maltrato grave (I-REPARACIÓN): Estructura factorial en Chile

Scale to evaluate the recovery process in children and adolescents exposed to serious abuse (I-REPARACIÓN): Factorial structure in Chile

Carolina Saavedra, Valeria Arredondo, Paula Lobos y Cristóbal Guerra
Centro de Estudios y Formación en Infancia, Adolescencia y Familia, ONG Paicabi, Viña del Mar, Chile

(Rec: abril de 2021- Acept: octubre de 2021)

Resumen

En este estudio se ofrece un análisis psicométrico de un instrumento que evalúa la reparación de las consecuencias del maltrato infantil en una muestra de adolescentes chilenos/as. La reparación es un concepto controvertido y complejo que requiere de instrumentos que logren capturar sus distintas dimensiones. En total participaron 491 adolescentes ($M = 14,32$; $DT = 1,70$; 74,7% de sexo femenino y 25,3% de sexo masculino) que fueron evaluados/as con el I-REPARACIÓN. Los resultados del análisis factorial exploratorio y confirmatorio apoyan la validez del instrumento ya que este reconoce tres dimensiones de la reparación coherentes con la teoría y evidencia previa: fortalecimiento de la identidad, integración de la experiencia y ausencia de sintomatología. A su vez los análisis de consistencia interna (alfa de Cronbach) apoyan la fiabilidad del instrumento dado que sus ítems miden el constructo de forma consistente. Se considera que, aunque se trata de resultados preliminares, los resultados ofrecen garantías psicométricas para el uso I-REPARACIÓN en el monitoreo del avance de las intervenciones en adolescentes expuestos/as a maltrato infantil.

Palabras claves: maltrato infantil, reparación, confiabilidad, validez, análisis factorial.

Abstract

This study offers a psychometric analysis of an instrument that assesses the recovery process of the consequences of child abuse in a sample of Chilean adolescents. Recovery is a controversial and complex concept that requires instruments that can capture its different dimensions. In total, 491 adolescents ($M = 14,32$; $SD = 1,70$; 74,7% girls, 25,3% boys) participated and were evaluated with the I-REPARACIÓN. The exploratory and confirmatory factor analysis results support the instrument's validity since it recognizes three dimensions of recovery consistent with theory and previous evidence: identity strengthening, integration of the traumatic experience, and absence of symptoms. In turn, internal consistency (Cronbach's alpha) analyses support the instrument reliability since its items measure the construct consistently. Although preliminary research, it is considered that the results offer psychometric guarantees for the use of I-REPARACIÓN in monitoring the progress of interventions in adolescents exposed to child abuse.

Keywords: child abuse, recovery, reliability, validity, factor analysis

Introducción

El maltrato infantil corresponde a una serie de acciones en contra de menores de 18 años ejecutadas en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza y/o poder que – ya sea por acción o por desatención- tengan el potencial de causarles un daño en su salud, desarrollo o dignidad, o bien poner en peligro su supervivencia (OMS, 2020). Estas acciones pueden a su vez clasificarse en maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial, no obstante, la evidencia indica que lo más frecuente es que exista una asociación entre las diferentes formas de maltrato infantil. De esta manera, se conforman perfiles de polivictimización, en donde un/a mismo/a niño/a ha sufrido diferentes manifestaciones de maltrato infantil a lo largo de su vida (Finkelhor, Ormrod y Turner, 2007).

En Chile, Pinto-Cortéz, Pereda y Álvarez-Lister (2018) realizaron un estudio con 706 adolescentes y concluyeron que el 76,8% había sufrido al menos una experiencia de victimización interpersonal en el último año. A un nivel más específico, se observó que el 39,8% había sufrido entre una y tres formas diferentes de victimización, el 21% había sufrido entre cuatro y seis formas distintas y el 16%, siete o más. En la misma línea, también en Chile, los resultados de la Encuesta Nacional de Polivictimización realizada en el año 2017 a 19.684 adolescentes de la población general del país arrojaron que el 64,1% había sufrido victimización en la comunidad, el 43,1% había sufrido agresiones o amenazas, 35,9 % había sufrido abuso o violencia doméstica, 29,9% había sufrido acoso escolar y 15,4% había sufrido victimización sexual o violencia de pareja en el último año (Consejo Nacional de Infancia, 2018).

Distintas investigaciones a nivel internacional han mostrado que las víctimas de maltrato infantil sufren una serie de síntomas entre los que destacan los de tipo internalizantes como la depresión, la ansiedad o el estrés postraumático (Gren-Landell, Aho, Andersson y Svedin, 2011; Játiva y Cerezo, 2014) y los de tipo externalizantes, como los problemas de regulación emocional y conductual, la adaptación escolar o incluso las conductas agresivas y antisociales (Ford, Wasser y Connor, 2011; Guerra, Ocaranza y Weinberger, 2016; Jaffee, Caspi, Moffitt, Polo-Tomas y Taylor, 2007).

Dentro de las complejidades del fenómeno se ha reportado que los efectos de la polivictimización serían más graves que los efectos de la exposición a un único tipo de violencia (Álvarez-Lister, Pereda, Abad, Guilera y Grevia, 2014). En efecto, en las últimas décadas se ha estado discutiendo y elaborando el concepto de “trauma complejo del desarrollo” para hacer referencias al cúmulo de consecuencias que sufren las personas que han sido polivictimizadas en distintas dimensiones de sus vidas. Entre ellas, Cloitre (2004) destaca las alteraciones en la regulación de los impulsos afectivos, alteraciones en la atención y la conciencia que conducen a amnesias y episodios disociativos, alteraciones en la percepción de sí mismos, sensación crónica de culpa, responsabilidad, vergüenza, alteraciones en la forma de percibir al perpetrador que pueden llevar a normalizar el abuso, alteraciones en la relación con los demás que llevan a la víctima a aislarse y a no confiar en las otras personas, además de sufrir somatización y problemas médicos asociados al estrés experimentado.

Por otro lado, al ser cometido en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder, el maltrato infantil también genera alteraciones en las creencias del niño/a o adolescente sobre sí mismo/a, sobre el mundo o sobre el futuro. Por ejemplo, Finkelhor y Brown (1985) elaboran un modelo referido a la dinámica traumatogénica del abuso sexual infantil que puede ser aplicable a otras formas del maltrato. Los autores plantean que los/las niños/as victimizados/as presentan signos de interacciones traumáticas (aplicado al ámbito del abuso sexual ellos lo denominan como *sexualización traumática*) en la que se ven alteradas las formas de relacionarse ya que el/la niño/a puede incluso llegar a normalizar ciertas interacciones abusivas. Además, la dinámica traumatogénica tendría un componente de sensación de *traición* donde el/la niño/a logra comprender que quienes se supone debían cuidarle han abusado de él/ella, generando una intensa *desconfianza* respecto de las relaciones interpersonales. A su vez, esto puede asociarse a una fuerte percepción de *indefensión*, donde el niño, niña o adolescente ve disminuida la sensación de autoeficacia, sintiendo no tener los recursos suficientes para protegerse en el futuro. Finalmente, Finkelhor y Brown (1985) dan cuenta de un aspecto central en la dinámica traumatogénica – y también en el proceso de reparación- como lo es la *estigmatización*. Dicha estigmatización dice relación con la tendencia de la sociedad a rotular o incluso culpar a los niños/as por los abusos sufridos, lo que se transforma en un obstáculo para la devaluación de los malos tratos como para la superación de sus consecuencias.

Por todo lo anterior, la OMS (2002) ha definido al maltrato infantil como un problema de salud global y ha instado a su prevención y al tratamiento de sus consecuencias. Favorablemente existen tratamientos que han demostrado efectividad para tratar las consecuencias traumáticas del maltrato infantil, destacando la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma, la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares, la terapia narrativa, entre otras (Morina, Koerssen, & Pollet, 2016; Gillies et al., 2012; Taylor, & Chemtob, 2004). No obstante, el éxito de estas terapias ha sido evaluado casi exclusivamente considerando el efecto en la disminución de sintomatología postraumática, descuidando otros indicadores de superación de las consecuencias del maltrato infantil. En el contexto nacional, distintos autores/as han hecho notar la necesidad de considerar elementos adicionales a la remisión de los síntomas para evaluar la forma en que una víctima de maltrato infantil está superando las consecuencias adversas de las situaciones traumáticas (Arredondo, 2010; Capella, 2011; Saavedra, 2010).

Hacia una delimitación amplia del concepto de reparación

Al momento de realizar este estudio, en Chile, el Servicio Nacional de Menores (Sename) era el encargado de entregar las directrices para el apoyo a las víctimas de maltrato infantil¹. Este servicio administraba fondos estatales y los distribuía en organizaciones colaboradoras, instituciones y ONGs que prestan los servicios de atención a niños, niñas y adolescentes que han sido vulnerados en sus derechos. Este organismo utilizó el concepto de “reparación” para referirse a la superación de las consecuencias del maltrato infantil y a la resignificación de la experiencia (Sename, 2019). Aunque algunos autores chilenos critican el concepto por considerar que este cosificaría al niño/a o adolescente que ha sufrido maltrato (como un objeto que

¹ A contar de mediados de 2021 Sename se reformuló en un nuevo servicio denominado “Mejor Niñez” con funciones similares

debe ser reparado) (Martínez, 2014) otros autores nacionales rescatan la utilidad del concepto, aunque resaltan que hay que definirlo de manera amplia de modo que logre representar el proceso de superación de la experiencia traumática (Capella y Gutiérrez, 2014). En efecto, Capella y Gutiérrez (2014) proponen ampliar la consideración de reparación únicamente centrada en la superación sintomática, a una que considere también el proceso interno que hace el niño, niña o adolescente que ha sufrido eventos traumáticos. Para las autoras, este proceso interno puede dar paso a una resignificación de las experiencias abusivas donde la persona que ha sido víctima elabore dichas experiencias y las integre a su vida, dotándola de un nuevo significado, más adaptativo. En este sentido la resignificación implica también modificar los significados previos adquiridos durante los episodios de maltrato (ej. sensación de indefensión, culpa, estigmatización), por otros que sean más adaptativos y permitan al niño, niña o adolescente enfrentar de mejor manera la situación.

Coherente con esta visión más amplia de la reparación, Llanos y Sinclair (2001) reconocen etapas de la reparación, refiriendo un primer momento en donde la persona que ha sido victimizada se reconoce como víctima (aumenta la conciencia de desigualdad jerárquica o de poder con el/la agresor/a y comprende que la responsabilidad del maltrato recae en esa persona); luego, gradualmente, comienza a reconocerse como sobreviviente (conectándose con los recursos personales que le han permitido ir superando sus consecuencias); para finalmente, retomar una integración social y funcionamiento adaptativo, comenzando a celebrar la vida (con un mayor optimismo respecto al futuro). Este proceso gradual de reparación implica un proceso de resignificación, en el que la persona que ha sido victimizada integra la situación (o situaciones) abusiva/s en su historia vital, supera la sintomatología, pero también reelabora los significados desadaptativos de forma de poder continuar con su vida.

Esta discusión sobre el concepto de reparación, propia del contexto chileno, no se observa con tanta claridad en la literatura en inglés. Los autores angloparlantes hablan del proceso de recuperación (“*recovery*”) haciendo un símil a lo que Llanos y Sinclair (2001) nominan como reparación. De hecho, a nivel internacional se reconoce la efectividad del tratamiento en fases para favorecer la recuperación (o reparación) (Cloitre et al., 2011; Herman, 1997). Este proceso considera tres fases: en una primera etapa, se sugiere trabajar para lograr condiciones de seguridad y estabilización de los síntomas; en una segunda fase, se enfrenta el recuerdo del trauma y se comienza con la resignificación; y en una etapa final, se trabaja para la integración del trauma en la historia personal y superación de las consecuencias del mismo (Danylchuck, & Connors, 2017).

Haciéndose cargo del debate interno sobre el concepto de reparación, Sename (2019) propone una visión amplia de este constructo que reconoce al niño, niña o adolescente como un agente activo en su proceso de recuperación. En concreto se propone que la reparación hace referencia tanto a la disminución de sintomatología a nivel físico, emocional y conductual, a la superación de las dinámicas traumatogénica y de fortalecimiento personal, como al favorecimiento del proceso de resignificación que permitan que el niño, niña o adolescente retome el curso normal de su desarrollo y se oriente de buena manera hacia el futuro.

Entendido de esta manera, el concepto de reparación parece apropiado para comprender el proceso complejo de recuperación de niños, niñas y adolescentes que han vivido maltrato infantil. Sin embargo, en nuestro conocimiento no existen instrumentos para evaluar y monitorear este proceso. Los instrumentos existentes se limitan mayoritariamente a la medición de síntomas, descuidando otros aspectos de la reparación altamente relevantes para caracterizar su proceso de resignificación y superación de la adversidad. En Chile se cuenta con instrumentos validados para la medición de diversos constructos relevantes para monitorear la evolución de los niños y adolescentes en terapia (ej. Escala de estrés postraumático, Bustos, Rincón y Aedo, 2010; Escala de depresión, Álvarez, Guajardo y Messen, 1986), sin embargo, no se cuenta con instrumentos para medir el constructo de la reparación con la complejidad descrita en este artículo.

Por esa razón es que en el presente estudio se evalúa la estructura factorial y la confiabilidad de un instrumento para evaluar la reparación en adolescentes que han vivido maltrato infantil (I-REPARACIÓN). El instrumento fue creado de forma colaborativa por la ONG Paicabi (2012) para monitorear el avance y recuperación de niños, niñas y adolescentes, considerando tres niveles de reparación relacionados con lo expuesto en los párrafos precedentes. Estos niveles corresponden a la reparación asociada a: i. la disminución de la sintomatología, ii. la superación de la dinámica traumatogénica y la alteración del sistema de creencias y iii. la resignificación de la experiencia abusiva. En concreto, el proceso de desarrollo de la escala comenzó en 2003 y terminó en 2012. Durante ese período se realizaron tres procesos de redacción de ítems, depuración, validación de jueces expertos y aplicación piloto de la escala. Para ello se realizaron mesas de expertos constituidas por psicólogos y trabajadores sociales con experiencia en el trabajo reparatorio. Estos expertos fueron redactando los reactivos, los que fueron pasando por procesos iterativos de validación de contenido, siguiendo el enfoque de comité (Brislin, 1980).

Este instrumento es hetero aplicado, siendo los profesionales a cargo de la atención quienes – luego de la fase diagnóstica- refieren el estado de avance del niño, niña o adolescente en el proceso de reparación. No obstante, pese a ser una herramienta utilizada cotidianamente por su utilidad práctica en el proceso de intervención, hasta la fecha no se han analizado las propiedades psicométricas del instrumento. Por esto, el presente estudio pretende responder a la disyuntiva de si el instrumento posee una estructura factorial coherente con la teoría de la que se desprende y de si logra medir el constructo de forma consistente. Coherente con ello, el objetivo es analizar la estructura factorial y la consistencia interna del I- REPARACIÓN. Se espera que el instrumento presente una estructura factorial que diferencie los tres niveles de reparación descritos. Se considera que este ejercicio es altamente necesario y relevante ya que, de comprobarse su validez y confiabilidad, avalará el uso de un instrumento que evalúa distintos componentes de la reparación, no incluidos en los instrumentos tradicionales para medir sintomatología.

Método

Participantes

Este estudio consideró dos fases en las que en total participaron 491 adolescentes. En la primera fase participaron 178 adolescentes atendidos/as entre el año 2014 y 2015 en once centros de intervención especializada en maltrato infantil grave

de la zona central de Chile. Los criterios de inclusión fueron: i. que los/as adolescentes se encontraran ingresados/as en el centro especializado y ii. que el equipo profesional tuviese toda la información necesaria para responder el I- REPARACIÓN (el instrumento fue respondido por los profesionales tratantes luego de 3 meses de intervención). Del total de participantes, 126 (79,7%) se identificaron con el género femenino y 32 (20,3%) con el género masculino. Las edades de los/as participantes fluctuaron entre los 12 y los 17 años ($M = 14,44$; $DT = 1,69$). Si bien todos los/as participantes ingresaron a los centros por haber sufrido maltrato infantil, al momento de realizar el estudio se tenía certeza de la situación principal de maltrato sufrido por 156 de los participantes: 84 (53,8%) habían sido víctimas de delitos sexuales, 28 (17,9%) habían sido testigos de violencia intrafamiliar, 26 (16,7%), habían sufrido maltrato físico y 18 (11,5%), maltrato psicológico.

En la fase 2 participaron 313 adolescentes atendidos/as en los mismos centros durante el período 2018 a 2019. Del total de participantes, 228 (72,8%) se identificaron con el género femenino y 85 (27,2%) con el género masculino. Las edades de los/as participantes fluctuaron entre los 12 y los 17 años ($M = 14,24$; $DT = 1,72$). Al momento de realizar el estudio se tenía certeza de la situación principal de maltrato sufrido por 292 de los/as participantes: 141 (45,1%) habían sido víctimas de delitos sexuales, 92 (29,4%) habían sido testigos de violencia intrafamiliar, 49 (15,7%), habían sufrido maltrato físico y 10 (3,2%), maltrato psicológico.

Instrumento

Se usó el Instrumento para evaluar indicadores de reparación en niños, niñas y adolescentes que habían vivido maltrato infantil (I-REPARACION). Este instrumento debió ser respondido por el equipo profesional tras la evaluación diagnóstica de cada adolescente en base a su protocolo de aplicación (Paicabi, 2012). La versión inicial aplicada en este estudio tuvo 31 ítems. El formato de respuestas de cada ítem ofreció 3 alternativas, donde 1= *baja presencia del indicador*, 2 = *presencia moderada del indicador*, y 3 = *alta presencia del indicador*. Las propiedades psicométricas del instrumento se describirán en los siguientes apartados.

Procedimiento

Previo a su implementación, el proyecto fue aprobado por el comité de ética de investigación de la ONG Paicabi. Únicamente se analizaron los datos de los adolescentes que contaba con el consentimiento de sus padres o tutores para hacerlo. Asimismo, para la ejecución del estudio, se seleccionaron los/as profesionales a cargo de la atención especializada de los/as adolescentes en los centros de la ONG Paicabi que estuviesen capacitados en la forma de responder los instrumentos del estudio (este instrumento forma parte del sistema de registro interno de la ONG y sus profesionales son capacitados en su uso mediante un curso de inducción personalizado al momento de ingresar a la institución, siendo monitoreados frecuentemente por los supervisores de apoyo técnico). Los/las profesionales respondieron el instrumento una vez finalizado la etapa de diagnóstico (en la fase 1 durante el período 2014-2015 y en la fase 2 en el período 2018-2019). En todo momento se guardó reserva de los datos de identificación de cada participante. Solo se incluyeron los protocolos sin datos perdidos, es decir los protocolos de adolescentes en que los/as profesionales, luego del proceso diagnóstico, tenían toda la información evaluada mediante el instrumento.

Análisis de datos

En la fase 1, los 31 ítems iniciales del I-REPARACIÓN fueron sometidos a un análisis factorial exploratorio de ejes principales con rotación Oblimin (se utilizó rotación oblicua dado que se esperaba obtener factores correlacionados entre sí). Siguiendo a Lorenzo-Seva, Timmerman, y Kiers (2011) el número de factores se determinó en base a la consideración de los autovalores de los factores resultantes, del análisis visual del gráfico de sedimentación y considerando la parsimonia e interpretabilidad de la solución. En base a los resultados de este análisis se seleccionaron los ítems definitivos. Luego, se evaluó la confiabilidad de los factores resultantes mediante el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach. Se utilizó el programa SPSS (IBM Corporation, 2012).

En la segunda fase se realizó un análisis factorial confirmatorio tendiente a evaluar el ajuste de la solución obtenida en la fase 1 con un nuevo set de datos. Para ello se utilizó el programa MPlus (Muthen y Muthen, 2012). Considerando el carácter ordinal de los datos (Forero y Maydeu-Olivares, 2009) se utilizó el estimador de mínimos cuadrados no ponderados (ULSMV). Además, se consideró un chi cuadrado no significativo como indicador de ajuste de los datos al modelo. No obstante, como el chi cuadrado tiende a ser significativo en muestras grandes, se consideraron indicadores de ajuste adicionales (Chen, 2007; Meade y Bauer, 2007). De este modo, se consideró un buen ajuste con un $RMSA \leq 0,08$ y un $CFI \geq 0,90$ (Schumacker y Lomax, 2004). Posteriormente, se realizó un nuevo análisis de confiabilidad.

Finalmente, utilizando la totalidad de los datos de ambas fases, se calcularon puntajes cuartiles para interpretar provisionalmente los resultados de futuras aplicaciones tanto en adolescentes de género masculino como femenino.

Resultados

Fase 1. Análisis factorial exploratorio y de confiabilidad

Previo al análisis factorial se analizó el coeficiente de significación de Kaiser Mayer (= 0,83) y el índice del test de esfericidad de Barlett (=1653,439; $p < 0,01$). Ambos análisis sugieren que los ítems están relacionados entre sí, lo que permite su factorización (Vivanco, 1999).

Si bien originalmente se reconocieron 8 factores con valores propios mayores a 1, el gráfico de sedimentación sugirió la conservación de tres factores. En efecto, después de explorar las soluciones posibles de 8 a 4 factores se decidió descartarlas, debido a que múltiples ítems eran explicados por más de un factor, y generaban soluciones difícilmente interpretables. Por esa razón se mantuvo la solución de 3 factores que explicaron un 46,56% de la varianza. Esta solución retiene 30 de los 31 ítems originales. El ítem "ausencia de conducta disruptiva" fue descartado por presentar cargas equivalentes en los tres factores (0,31, 0,37 y 0,34 respectivamente). La tabla 1 muestra las cargas factoriales de los ítems retenidos en los tres factores. El factor 1 fue denominado como "Fortalecimiento de la identidad" ya que agrupa 12 ítems (ítems 1, 7, 8, 9, 10, 11, 25, 26, 27, 28, 29 y 30) asociados al desarrollo de un sentido de sí mismo integrado, en el que recupera control y poder al estabilizar patrones de respuesta emocional, cognitivos y sociales afectados por la experiencia traumática (dinámica traumatogénica, sensación de vulnerabilidad, de indefensión y de amenaza permanente), y al

mejorar la representación que tiene de sí mismo, de los otros y de las relaciones interpersonales. El factor 2 fue denominado como "Integración de la experiencia abusiva" ya que agrupa 6 ítems (2, 3, 4, 5, 6, y 12) referidos a la capacidad del/la adolescente para sobrellevar la situación abusiva y construir aprendizajes en base a la experiencia traumática. El factor 3 fue denominado

"Ausencia de sintomatología" ya que agrupa 12 ítems (ítems 13 al 24) referidos a la superación de consecuencias emocionales, cognitivas o conductuales relacionadas con psicopatología (Ver tabla 1).

Tabla 1. Resultados análisis factorial exploratorio: Cargas factoriales en solución de 3 factores (n=178)

	Factor		
	1	2	3
1. Identifica experiencias de protección y seguridad con adultos presentes en su historia vital	0,45	0,40	
2. Construye relato idiosincrático de la experiencia de MIG vivida		0,76	
3. Expresa sentimientos y emociones asociados a la experiencia MIG vivida		0,64	
4. Identifica el MIG como tal en su relato		0,80	
5. Presenta alternativas a mecanismos evasivos de defensa frente a la experiencia de MIG vivida		0,41	
6. Distingue contextos protectores para relatar o expresar la experiencia de MIG vivida		0,65	
7. Estabiliza expresión emocional	0,65		
8. Estabiliza capacidad de contacto afectivo con otros	0,62		0,30
9. Valoración positiva de sus características personales	0,75		0,39
10. Ausencia de sentimientos de culpa integrados a su autoconcepto	0,48		
11. Construcción de identidad con ausencia de aspectos víctimales	0,66		0,35
12. Distingue nociones abusivas de las no abusivas asociadas a la sexualidad		0,45	0,38
13. Ausencia de hetero agresividad		0,36	0,41
14. Ausencia de aislamiento y ansiedad social	0,41		0,36
15. Ausencia de sintomatología asociada a trastornos alimenticios			0,66
16. Ausencia de sintomatología ansiosa (fobias y miedos u otros)			0,56
17. Ausencia de alteraciones del sueño.			0,70
18. Ausencia de síntomas psicósomáticos			0,65
19. Ausencia de indicadores clínicos depresivos.	0,49		0,69
20. Ausencia de indicadores clínicos de estrés postraumático.	0,40		0,68
21. Ausencia de ideación autoagresivas y/o suicida	0,42		0,58
22. Ausencia de indicadores clínicos de bipolaridad			0,40
23. Ausencia de indicadores disociativos			0,48
24. Ausencia de daño en la dimensión de sexualización traumática	0,33		0,41
25. Ausencia de daño en la dimensión de estigmatización	0,67		0,32
26. Ausencia de daño en la dimensión de impotencia y falta de control	0,61		0,36
27. Ausencia de daño en la dimensión de sentimientos de traición y desconfianza	0,55		0,35
28. Desarrolla áreas de interés personal.	0,61		
29. Desarrolla sentido de competencia (agencia) personal	0,70		
30. Desarrolla límites personales y límites normativos	0,58	0,38	0,31

Nota, solo se muestran las cargas factoriales mayores a 0,3

Respecto a su consistencia interna, los tres factores presentan un valor alfa de Cronbach adecuado (0,87 para el factor Fortalecimiento de la identidad, 0,80 para el factor Integración de la experiencia abusiva y 0,83 para Ausencia de sintomatología). La tabla 2 muestra la relación entre cada ítem y su respectivo factor, y el valor alfa que se obtendría al eliminar el ítem. Como se aprecia, todos los ítems se encuentran asociados a su factor y la eliminación de ninguno de ellos resultaría en incrementos en la consistencia interna del factor.

Tabla 2. Relación de cada ítem con su respectivo factor y valor alfa si se eliminara el ítem en la fase 1 (n=178) y 2 del estudio (n=313)

Ítems	Relación ítem total corregida	Fase 1		Fase 2	
		Alfa si se elimina el ítem	Relación ítem total corregida	Alfa si se elimina el ítem	Relación ítem total corregida
Factor 1. Fortalecimiento de la identidad					
1	0.44	0.87	0.53	0.86	0.86
7	0.58	0.86	0.58	0.86	0.86
8	0.58	0.86	0.57	0.86	0.86
9	0.69	0.85	0.58	0.86	0.86
10	0.49	0.87	0.52	0.86	0.86
11	0.60	0.86	0.62	0.85	0.85
25	0.49	0.87	0.51	0.86	0.86
26	0.57	0.86	0.51	0.86	0.86
27	0.53	0.86	0.49	0.86	0.86
28	0.59	0.86	0.54	0.86	0.86
29	0.67	0.85	0.70	0.85	0.85
30	0.50	0.86	0.51	0.86	0.86
Factor 2. Integración experiencia abusiva					
2	0.64	0.75	0.75	0.79	0.79
3	0.58	0.77	0.70	0.80	0.80
4	0.66	0.74	0.67	0.81	0.81
5	0.45	0.79	0.64	0.82	0.82
6	0.61	0.76	0.66	0.81	0.81
12	0.41	0.80	0.35	0.87	0.87
Factor 3. Ausencia de sintomatología					
13	0.38	0.83	0.47	0.88	0.88
14	0.34	0.83	0.58	0.87	0.87
15	0.56	0.82	0.63	0.87	0.87
16	0.52	0.82	0.55	0.87	0.87
17	0.61	0.81	0.67	0.87	0.87
18	0.57	0.81	0.69	0.86	0.86
19	0.66	0.81	0.67	0.87	0.87
20	0.57	0.81	0.66	0.87	0.87
21	0.53	0.82	0.58	0.87	0.87
22	0.35	0.83	0.53	0.88	0.88
23	0.45	0.82	0.50	0.88	0.88
24	0.36	0.83	0.42	0.88	0.88

En la tabla 3 se aprecian los estadísticos descriptivos de cada factor y la relación entre ellos. Se aprecia que el factor Fortalecimiento de la identidad presenta relaciones positivas moderadas con los otros dos factores. No obstante, el factor Integración de la experiencia no se asocia al factor Ausencia de sintomatología.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos (media, desviación típica, valor mínimo y máximo) y correlaciones (r pearson) entre los factores en la fase 1 (n=178) y fase 2 (n=313).

	Fase 1				Fase 2			
	M (DT)	Min-Max	Integr.	Ausen.	M (DT)	Min-Max	Integr.	Ausen.
Fortalecimiento	21,62(5,34)	12-35	0,26**	0,53**	21,05(5,15)	12-36	0,57**	0,68**
Integración	11,8 (3,09)	6-18	-	0,13	11,28(3,21)	6-18	-	0,43**
Ausencia Sint.	27,51(5,21)	12-36	-	-	27,05(5,98)	12-36	-	-

**p< 0,01

Fase 2. Análisis factorial confirmatorio y confiabilidad

Los resultados del análisis factorial confirmatorio muestran un ajuste aceptable de los datos al modelo de tres factores. Aunque el índice de chi cuadrado es significativo ($\chi^2_{(435)}= 6199,129$; $p<0,01$), los otros índices son próximos a los

valores esperados (RMSEA = 0,08; CFI= 0,87). La figura 1 muestra las cargas factoriales de cada ítem en su respectivo factor. Como se aprecia todas las cargas factoriales son mayores a 0,3.

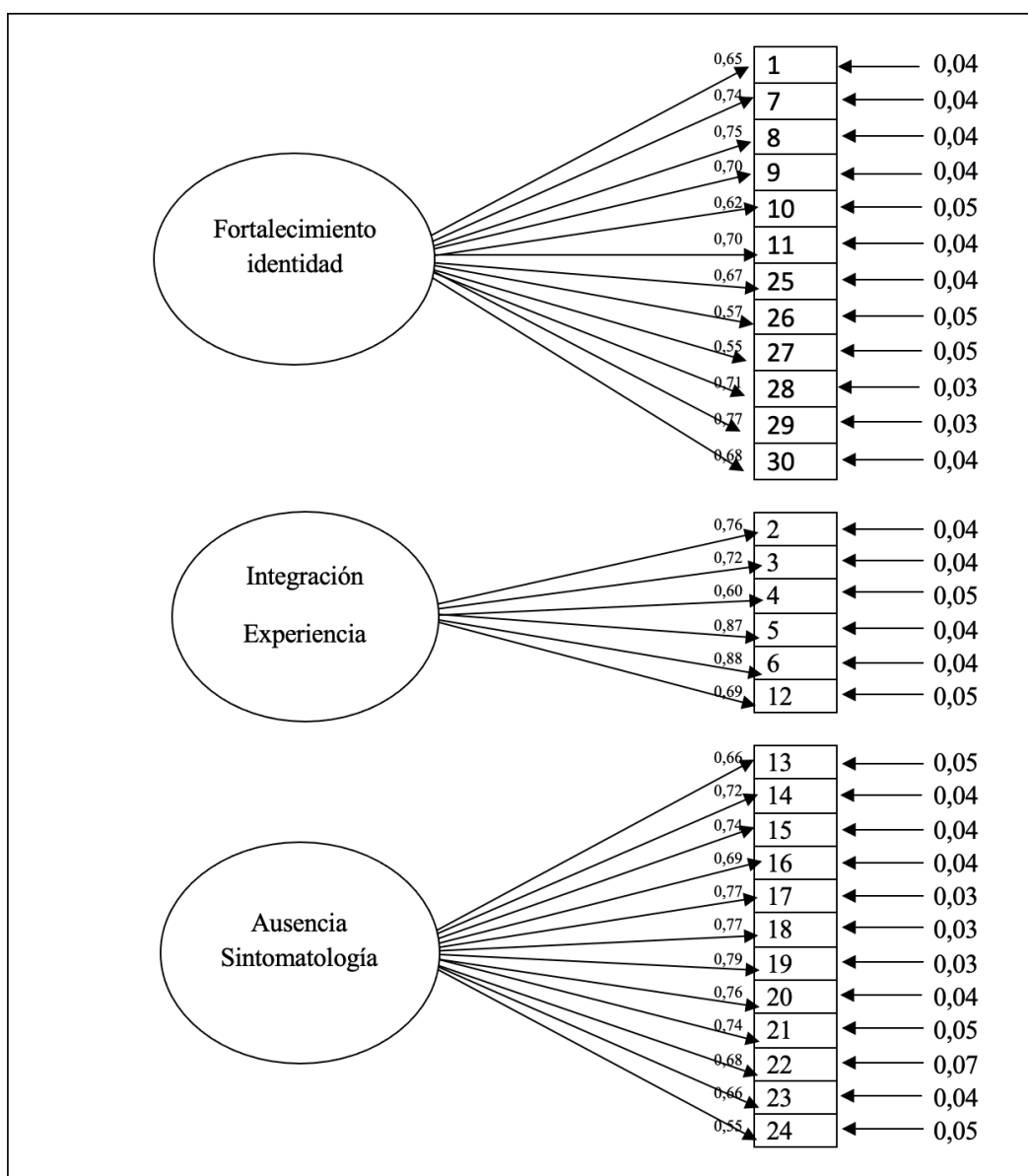


Figura 1. Resultados análisis factorial confirmatorio: Cargas factoriales en solución de 3 factores (n=313).

Al igual que en la fase anterior, los tres factores presentan un valor alfa de Cronbach adecuado en la fase dos (0,87 para el factor fortalecimiento de la identidad, 0,84 para el factor Integración de la experiencia abusiva y 0,88 para Ausencia de sintomatología). La tabla 2 incluye información más específica respecto a la relación entre cada ítem y su respectivo factor, y el valor alfa que se obtendría al eliminar el ítem. Como se aprecia, todos los ítems se encuentran asociados a su factor y la eliminación de ninguno de ellos resultaría en grandes incrementos en la consistencia interna del factor. La tabla 3 incluye la información respecto a los estadísticos descriptivos de cada factor y su relación entre ellos.

Normas provisionarias en cuartiles

Para obtener el puntaje total se suman todos los ítems de cada factor. A mayor puntaje, mayor es el indicador de

reparación. Hay que considerar que los factores "Fortalecimiento de la identidad" y "Ausencia de sintomatología" tienen 12 ítems cada uno, por lo tanto, sus puntuaciones posibles varían entre 12 y 36. En el caso del factor "Integración de la experiencia" las puntuaciones totales varían entre 6 y 18 dado que son solo 6 ítems. Contar con estos criterios permite evaluar qué tan cerca se encuentra el/la adolescente de un estado óptimo de reparación en distintas etapas de la intervención.

Además, en el ejercicio de la intervención, puede resultar de utilidad comparar el estado de reparación de un adolescente en particular con el de la muestra de este estudio. Para ello se ofrecen normas provisionarias en cuartiles (ver tabla 4). Dado que en el factor "Integración de la experiencia" se observan diferencias significativas entre niños/as y niñas, se ofrecen normas provisionarias en cuartiles diferenciadas por género.

Tabla 4. Media, desviación típica y normas provisionarias en cuartiles diferenciadas por género en la muestra total (n=491).

	Niñas				Niños/as				t
	M (DT)	Q1	Q2	Q3	M (DT)	Q1	Q2	Q3	
Fortalecimiento	21,23(5,40)	17	21	25	21,24(4,65)	18	21	24	0,02
Integración	11,65 (3,17)	9	12	14	10,93(3,16)	8	11	13	-2,15*
Ausencia Sint.	27,05 (5,81)	23	28	32	27,56(5,66)	24	29	32	0,79

*p< 0,05

Discusión

El objetivo de este estudio fue evaluar la estructura factorial y consistencia interna del I- REPARACIÓN (Paicabi, 2012) ya que pese a ser un instrumento en uso desde hace varios años y a otorgar una visión más completa de la reparación (más allá de la simple disminución de los síntomas), no había sido evaluado en términos psicométricos.

Los resultados del análisis factorial exploratorio muestran una estructura de tres factores que es respaldada por el análisis factorial confirmatorio realizado en la fase dos. Esta estructura es coherente con una conceptualización compleja de la reparación (Arredondo, 2010; Capella, 2011; Saavedra, 2010) dado que reconocen un factor de ausencia de sintomatología, uno de fortalecimiento de la identidad y otro de integración de la experiencia abusiva.

El factor "Ausencia de sintomatología" reconoce los indicadores tradicionales de la reparación, entendidos como la superación de síntomas internalizantes y externalizantes, aspecto de alta relevancia en el proceso de reparación. Como ya se ha señalado, el maltrato infantil ha sido asociado a sintomatología variada (Ford, et al., 2011; Gren-Landell et al., 2011; Guerra et al., 2016; Jaffee et al, 2007; Játiva y Cerezo, 2014), por lo que cualquier instrumento que pretenda evaluar la reparación debiera considerar esos síntomas.

Por su parte, el factor "Fortalecimiento de la identidad" es un aporte a la evaluación de la reparación ya que da cuenta de indicadores no considerados en los instrumentos tradicionales de medición de sintomatología. Este factor da cuenta de una reparación centrada en la modulación y equilibrio de la expresión emocional, contacto afectivo, autoeficacia, autoimagen e identidad, aspectos comúnmente dañados como consecuencia del maltrato infantil (Cloitre, 2004). Asimismo, el factor

Fortalecimiento de la identidad da cuenta de la mejora en áreas afectadas en la dinámica traumatogénica del maltrato infantil, como lo son la sensación de indefensión, culpa, estigmatización y desconfianza (Finkelhor y Brown, 1985). En síntesis, desarrollar un sentido de sí mismo integrado, en el que el niño, niña o adolescente recupere el poder y control sobre sus propias emociones y sensaciones, así como conseguir sus propios objetivos, proporciona seguridad en sí mismo/a, contrario a sentirse permanentemente victimizado/a (Barudy y Dantagnan, 2017).

Finalmente, el factor "Integración de la experiencia abusiva" apunta al aspecto de la reparación más centrado en la resignificación de la experiencia (Capella y Gutiérrez, 2014). Este factor permite evaluar de la capacidad del niño, niña o adolescente para reconocer las experiencias de maltrato vividas, identificarlas como tales dentro de su vida, pero diferenciándolas de otras experiencias satisfactorias y protectoras. Este factor reconoce elementos esenciales de la reparación que permiten al niño, niña o adolescente afrontar la situación abusiva de forma más adaptativa y construir aprendizajes en base a lo vivido, elemento esencial para lo que Llanos y Sinclair (2002) refieren dentro de las etapas de reconocerse como sobreviviente de situaciones traumáticas y encaminarse nuevamente a celebrar la vida.

La confirmación de la estructura trifactorial de la escala coincide con la evidencia revisada respecto de la complejidad de la reparación más allá de la simple ausencia de síntomas, lo que apoya la validez de constructo a la escala (Prieto y Delgado, 2010). Esta estructura de tres factores es coherente con los objetivos terapéuticos de modelos de intervención integradores, que abordan experiencias traumáticas tempranas, severas y acumulativas en niños, niñas y adolescentes. Su eje organizador parte de un principio neurosecuencial, es decir, toman en cuenta el modo en que el impacto del trauma vivido

ha repercutido, alterando sus circuitos neuronales y, por ende, su funcionamiento y desarrollo en las diversas áreas de su vida, a saber: Modelo Neurosecuencial Terapéutico (Neurosequencial Model of Therapeutics, NMT; Perry, y Hambrick, 2008); Modelo de Tratamiento Integrador de Trauma Complejo (ITCT Integrative Treatment of Complex; Briere, et al., 2012); y Marco de tratamiento Apego, Auto regulación y Competencia (ARC, Blaustein, y Kinniburgh, 2010). Estos modelos plantean la necesidad de abordar niveles de regulación fisiológica, emocional, cognitiva y conductual, entre otras, así como el trabajo referido al desarrollo de estrategias ejecutivas más adaptativas para situaciones difíciles de manejar para posteriormente, abordar contenidos traumáticos específicos (Barudy y Dantagnan, 2017).

Por otro lado, la consistencia interna obtenida por los tres factores es adecuada en ambas fases. Esto implica que los ítems de los tres factores son consistentes en la medición de la respectiva dimensión de la reparación lo que es un claro indicador de la fiabilidad de la medida (Oviedo & Campo-Arias, 2005).

La estructura de tres factores es coherente con los planteamientos teóricos que inspiraron la creación del instrumento, por lo que apoya (aunque de forma preliminar), la validez de constructo de la escala. Se considera que esta escala, permite medir distintas dimensiones de la reparación, lo que enriquece el trabajo de los/las profesionales y los programas encargados de apoyar a las víctimas de maltrato infantil, permitiéndoles hacer seguimiento de tres ejes diferentes de la intervención. Esto debido a que el proceso de reparación puede avanzar a distinto ritmo en cada una de sus tres dimensiones, es decir, por ejemplo, un/a adolescente puede presentar un rápido avance a nivel de la remisión de sintomatología, pero eso puede no ir acompañado del fortalecimiento de una identidad balanceada y autoestima positiva, ni de una integración de la experiencia vivida. De hecho, puede suceder que una persona que ha sido víctima de maltrato infantil supere la sintomatología debido al tratamiento farmacológico sin una mayor reelaboración de la experiencia. Por esa razón es posible señalar que la reparación será más probable cuando el niño, niña o adolescente tenga logros en las tres dimensiones propuestas en este estudio y los programas de intervención debieran aspirar a logros en todas ellas, tal como es destacado en las actuales normativas técnicas para los centros especializados en intervención en maltrato infantil en Chile (Sename, 2019).

Pese a los aportes del I- REPARACIÓN hay que ser claros en señalar que este instrumento no reemplaza a los instrumentos tradicionales de autorreporte que evalúan síntomas específicos en niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato infantil. Por el contrario, el I-REPARACIÓN debe ser considerado como un instrumento complementario a las escalas de autorreporte de síntomas específicos, dado que las consecuencias del maltrato son complejas y variadas y se requiere evaluar distintas variables. El I- REPARACIÓN corresponde a un instrumento completado por los/las profesionales que atienden a los niños, niñas y adolescentes, por lo que en el proceso de psicoterapia o atención psicosocial es relevante conocer si esa percepción del/la profesional es coherente con el autorreporte del propio niño, niña o adolescente. De hecho, un elemento a profundizar en futuros estudios es la validez convergente del I-REPARACIÓN en base al examen de correlación entre sus puntajes y los de instrumentos de autorreporte que han mostrado buenas propiedades psicométricas en Chile, como por ejemplo la Escala de Trauma

de Davidson (Guerra et al., 2013) o la Escala de Depresión Infantil (Álvarez, et al., 1986).

Así mismo, este estudio debe ser considerado como un estudio preliminar ya que se ha trabajado con una muestra pequeña, únicamente compuesta por adolescentes de la zona central del país. Es necesario realizar estudios con muestras más grandes y variadas, así como ejecutar otros procedimientos de validación (ej. validación de criterio) que permitan concluir con el proceso de validación del instrumento. Por ejemplo, resulta de suma relevancia evaluar las propiedades psicométricas en una muestra de niños y niñas menores de 12 años y profundizar en las diferencias asociadas al género. En este estudio se observaron algunas diferencias marginales entre adolescentes que se identifican con género masculino y femenino, pero valdría la pena incluir también un análisis más amplio que incluya una clasificación no binaria o más amplia del género. Por lo mismo, las normas de interpretación ofrecidas en este documento son solo una referencia inicial que debe ser confirmada o modificada por futuros estudios.

Referencias

- Álvarez, E., Guajardo, H., & Messen, R. (1986). Estudio exploratorio sobre una escala de autoevaluación para la depresión en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 57(1), 21–25. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41061986000100003>
- Álvarez-Lister, S., Pereda, N., Abad, J., Gilera, G., & Grevia (2014). Polyvictimization and its relationship to symptoms of psychopathology in a southern European sample of adolescent outpatients. *Child Abuse & Neglect*, 38(4), 747–756.
- Arredondo, V. (2010). Violencia sexual infantil vincular: Principios del proceso de intervención reparatoria. En Arredondo, V, y Toro, E. (comp.) *Espejos de Infancia: Análisis e Intervenciones en violencia infantil* (pp. 173 – 197). Editado por Corporación de Promoción y Apoyo a la Infancia – Paicabi.
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2017). Prólogo. En R. Benito y J.L. Gonzalo. *La armonía relacional. Aplicaciones de la caja de arena a la traumaterapia* (pp. 13-22). Bilbao: Declée de Brouwer.
- Blaustein, M. Kinniburgh, K. (2010). *Treating Traumatic Stress in children and Adolescents. How to Foster Resilience through Attachment, Self regulation, and Competency*. New York: The Guilford Press
- Brislin, R. W. (1980). Translation and content analysis of oral and written material. En H. C. Triandis, y J. W. Berry (dirs.), *Handbook of cross-cultural psychology* (pp. 389–444). Boston: Allyn and Bacon
- Bustos, P., Rincón, P., & Aedo, J. (2010). Validación preliminar de la Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Child PTSD Symptom Scale, CPSS) en niños/as y adolescentes víctimas de violencia sexual. *Psykhé*, 18(2), 113–126. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282009000200008>
- Chen, F. (2007). Sensitivity of goodness of fit indexes to lack of measurement invariance. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 14, 464–504.
- Capella, C. (2011). *Hacia narrativas de superación: El desafío para la psicoterapia con adolescentes de integrar la experiencia de agresión sexual a la identidad personal*. Tesis de doctorado, Universidad de Chile, Chile.

- Capella, C. y Gutiérrez, C. (2014). Psicoterapia con niños/as/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales: Sobre la reparación, la resignificación y la superación. *Psicoperspectivas* 13(2), 93-105.
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*, 24(6), 615-627. <https://doi.org/10.1002/jts.20697>
- Consejo Nacional de Infancia. (2018). *Análisis Multivariable de Estudio Polivictimización en Niños/as, Niñas y Adolescentes*. Santiago, Chile. http://www.creciendoconderechos.gob.cl/docs/Informe_Final_polivictimizacion.pdf
- Courtois, C. (2008). Complex Trauma, Complex Reactions: Assessment and Treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 5, 86-100. <http://dx.doi.org/10.1037/1942-9681.S1.86>.
- Danylchuck, L. & Connors, K. (2017). Treating complex trauma and dissociation. New York: Routledge.
- Finkelhor, D. & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530-541.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. y Turner, H. (2007) Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31, 7-26.
- Forero, C. y Maydeu-Olivares, A. (2009). Estimation of IRT graded response models: Limited versus full information methods. *Psychological Methods*, 14(3), 275-299. <http://dx.doi.org/10.1037/a0015825>
- Ford, J. D., Wasser, T., & Connor, D. F. (2011). Identifying and determining the symptom severity associated with polyvictimization among psychiatrically impaired children in the outpatient setting. *Child Maltreatment*, 16(3), 216-226.
- Gren-Landell, M., Aho, N., Andersson, G. y Svedin, C. G. (2011). Social anxiety disorder and victimization in a community sample of adolescents. *Journal of Adolescence*, 34, 569-577.
- Guerra, C., Martínez, P., Ahumada, C. y Díaz, M. (2013). Análisis psicométrico preliminar de la Escala de trauma de Davidson (DTS) en adolescentes chilenos. *Summa Psicológica*, 10(2), 41- 48.
- Guerra, C., Ocaranza, C., & Weinberger, K. (2016). Searching for social support moderate the relationship between polyvictimization and externalizing symptoms: A brief report. *Journal of Interpersonal Violence*. <http://dx.doi.org/10.1177/0886260516642293> Advance online publication.
- Herman, J. (1997). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence - From Domestic Abuse to Political Terror*. New York, NY: Basic Books.
- IBM Corporation (2012). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Játiva, R., & Cerezo, M. A. (2014). The mediating role of self-compassion in the relationship between victimization and psychological maladjustment in a sample of adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 38(7), 1180-1190.
- Jaffee, S., Caspi, A., Moffitt, T., Polo-Tomas, M. & Taylor, A. (2007). Individual, family, and neighborhood factors distinguish resilient from non-resilient maltreated children: A cumulative stressors model. *Child Abuse & Neglect*, 31, 231-252.
- Llanos, M. T., & Sinclair, C. (2020). Terapia de Reparación en Víctimas de Abuso Sexual. Aspectos Fundamentales. *Psyche*, 10(2). 53-60.
- Lorenzo-Seva, U., Timmerman, M. E. y Kiers, H. A. L. (2011). The Hull method for selecting the number of common factors. *Multivariate Behavioral Research*, 46(2), 340-364. <https://doi.org/10.1080/00273171.2011.564527>
- Martínez, J. (2014). *Abuso sexual infantil y psicoterapia: Análisis crítico del concepto "Reparación"*. Tesis de magíster, Universidad de Chile, Chile.
- Meade, A. W. y Bauer, D. J. (2007). Power and precision in confirmatory factor analytic tests of measurement invariance. *Structural Equation Modeling*, 14, 611-635.
- Muthen, L. K. y Muthen, B. O. (2012). *Mplus User's Guide. Seventh edition*. Los Ángeles, CA: Muthen y Muthen.
- OMS (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud*: Washington, D.C.
- OMS (2020). *Maltrato infantil*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>.
- ONG Paicabi (2012). *Protocolo de Aplicación de Instrumento de medición de indicadores de reparación*. Manuscrito inédito. ONG Paicabi, Viña del Mar, Chile.
- Oviedo, H. C., & Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34, 572-580.
- Perry, B., y Hambrick, E. (2008). The Neurosequential Model of Therapeutics. *The Journal of Strengths-Based Interventions*, 17(3), 38- 43.
- Prieto, G. y Delgado, A. (2019). Fiabilidad y Validez. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 67-74.
- Pinto-Cortez, C., Pereda, N., & Álvarez-Lister, M. S. (2018). Child victimization and poly-victimization in a community sample of adolescents in northern Chile. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 27(9), 983-1002.
- Saavedra, C. (2010). "La reparación del maltrato infantil grave como una intervención psicosocial. En Arredondo, V, y Toro, E. (comp.) *Espejos de Infancia: Análisis e Intervenciones en violencia infantil* (pp. 207 - 226). Editado por Corporación de Promoción y Apoyo a la Infancia - Paicabi.
- Schumacker, R. E. y Lomax, R. G. (2004). *A beginner's guide to structural equation modeling (2ª ed.)*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Sename (2019). *Bases técnicas línea de acción programas especializados programas especializados en maltrato y abuso sexual grave (PRM)*. Extraído desde https://www.sename.cl/wsename/p16_21-12-2018/2-BASES-TECNICAS-PRM.pdf