

PROPUESTA DE UN INVENTARIO PARA LA EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

María Crespo¹

M^a Mar Gómez²

Universidad Complutense de Madrid

Resumen

Desde su introducción en las clasificaciones, el diagnóstico del trastorno de estrés posttraumático (TEPT) ha resultado sumamente controvertido. Aunque las sucesivas revisiones de las clasificaciones han supuesto mejoras importantes, quedan abiertas cuestiones como la especificación y agrupación de los síntomas, el número de síntomas requeridos para el diagnóstico... que dificultan su identificación. Hasta la fecha el diagnóstico del TEPT se basa fundamentalmente en entrevistas estructuradas las cuales resultan altamente demandantes en cuanto a esfuerzo y tiempo para ser aplicadas en determinados contextos y servicios. En cuanto a las medidas de autoinforme, la mayor parte de los instrumentos disponibles resultan muy limitados. Partiendo de la revisión de los instrumentos de evaluación disponibles el artículo presenta un nuevo instrumento de evaluación, la *Escala de evaluación Global de Estrés Posttraumático (EGEP)*, un instrumento autoaplicado adaptado a población española que permite la evaluación integral de la psicopatología del TEPT y su diagnóstico según criterios DSM-IV.

PALABRAS CLAVE: *Trastorno de Estrés Posttraumático (TEPT), evaluación, diagnóstico.*

Abstract

The diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) has been highly controversial ever since its inclusion in diagnostic classification systems. Although the successive revisions of these classifications have brought about considerable improvement, some aspects remain open to discussion, such as the identification and clustering of nuclear symptoms of the disorder, the number of symptoms required for diagnosis, and so forth. Up to now, the diagnosis of PTSD has relied essentially on structured interviews, which turn out to be highly

¹ *Correspondencia:* Dpto. Psicología Clínica, Facultad de Psicología, Universidad Complutense, Campus de Somosaguas, 28223 Madrid. E-mail:mcrespo@psi.ucm.es

² *Agradecimientos:* Este trabajo ha sido financiado por sendos proyectos de la Universidad Complutense de Madrid (Proyectos de Investigación Complutense) y de la Comunidad Autónoma de Madrid (Proyectos de Investigación en Humanidades, Ciencias Sociales y Económicas).

demanding both in time and effort and not very helpful in some services and settings. On the other hand, the available self-report measures have important limitations. Stemming from a review of the available instruments for the assessment of the PTSD, this paper presents a new instrument, the Scale for the Global Assessment of Posttraumatic Stress (SGAPTS), a self-report scale developed in Spanish that allows the integral assessment of PTSD psychopathology and its diagnosis, following the criteria of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edition, American Psychiatric Association, 1994).

KEY WORDS: *Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), assessment, diagnosis.*

Introducción

Desde antiguo se encuentran en la literatura científica descripciones sobre la sintomatología observada en personas que han vivenciado acontecimientos traumáticos. Pero la primera descripción clínica sobre las reacciones psicológicas de víctimas, se debe al médico militar Jacob Mendes Da Costa (1871) quien, bajo el nombre de “corazón irritable”, describe un síndrome que se presenta como respuesta ante estresores de gran intensidad, y se caracteriza por dificultades respiratorias, taquicardia, insomnio, dolores precordiales, irritabilidad y depresión.

Las reacciones psicológicas frente acontecimientos traumáticos se incluyeron por primera vez en la clasificación diagnóstica DSM (APA,1952), bajo la denominación de “reacción intensa de estrés”. Sin embargo, la conceptualización e inclusión como tal del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) no se produjo hasta 1980, en el DSM III (APA, 1980), promovida posiblemente por su elevada incidencia entre los combatientes de Vietnam. En esta clasificación se incluía el TEPT dentro de los trastornos de ansiedad, indicándose que el trastorno se originaba por la exposición a un estresor capaz de provocar síntomas significativos de malestar en casi todo el mundo.

En la clasificación vigente en la actualidad, DSM IV-TR (APA, 2000), se describe el TEPT como un patrón de síntomas que pueden desarrollarse en individuos que han sido víctimas de catástrofes (inundaciones, terremotos,...), accidentes (de tráfico, incendios,...) o de agresiones causadas intencionadamente por otras personas (violaciones, malos tratos, torturas, actos terroristas, ...). El trastorno aparece cuando la persona ha sufrido o ha sido testigo de una agresión física o una amenaza para la vida de uno mismo o de otra persona, que ha sido experimentada con intenso miedo, horror o indefensión. La sintomatología del trastorno se caracteriza por la reexperimentación del acontecimiento traumático, las conductas de evitación de los estímulos relacionados con el trauma y el embotamiento de la actividad general, y la sobreactivación, prolongándose estos síntomas durante al menos un mes (véase Tabla 1).

Tabla 1. Criterios para el diagnóstico del TEPT según el DSM-IV-TR (APA, 2000).

-
- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):**
1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
 2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.
- B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:**
1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
 2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.
 3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de *flashback*, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse).
 4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
 5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la actividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:**
1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
 2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
 3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
 4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
 5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
 6. Restricción de la vida afectiva (e.g. incapacidad para tener sentimientos de amor).
 7. Sensación de un futuro desolador (e.g. no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).
- D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:**
1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño
 2. Irritabilidad o ataques de ira
 3. Dificultades para concentrarse
 4. Hipervigilancia
 5. Respuestas exageradas de sobresalto
- E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.**
- F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad el individuo.**
-

Desde su introducción en las clasificaciones diagnósticas, la categoría diagnóstica de TEPT ha resultado sumamente controvertido, y a pesar de las mejoras introducidas en las sucesivas revisiones de estas clasificaciones (e.g. en la caracterización del estresor), siguen abiertas cuestiones como su ubicación nosológica (entre los trastornos de ansiedad, entre los disociativos, o como entidad independiente), los síntomas definitorios del trastorno, el número de síntomas requeridos para el diagnóstico, o la especificación y agrupación de sus síntomas nucleares del trastorno, lo que genera una importante problemática a la hora de diagnosticar a las personas sometidas a acontecimientos traumáticos.

La identificación del trastorno se ve dificultada por el solapamiento entre los síntomas del TEPT y los de depresión o diversos trastornos de ansiedad, así como la alta comorbilidad en este trastorno, especialmente en los casos cronificados, que hace que en ocasiones el TEPT esté enmascarado. Así, algunos de los síntomas descritos en los criterios C del DSM IV-TR (i.e. reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas, sensación de un futuro desolador) y D (i.e. dificultades para mantener o conciliar el sueño, dificultades para concentrarse) pueden ser compartidos con los de depresión o diversos trastornos de ansiedad. Por otra parte, entre pacientes que buscan tratamiento por TEPT hasta un 80% presentan un trastorno adicional, especialmente trastornos afectivos (26-65%), de ansiedad (30-60%), abuso de alcohol o drogas (60-80%), o trastornos de personalidad (40-60%) (Jordan et al., 1991; Kulka et al., 1990). Así mismo son frecuentes los problemas de relación y pareja. Buena parte de estos pacientes acuden a consulta precisamente por esos trastornos, y sólo la evaluación de la historia de traumas permite comprender los síntomas actuales y desarrollar tratamientos eficaces y ajustados a las características de los pacientes. Es más, muchos pacientes no relacionan sus síntomas o quejas actuales con experiencias traumáticas previas, en ocasiones por la ausencia de un trauma claro y específico. A pesar de que, en principio, se propuso que el hecho de experimentar un evento traumático era necesario para que se produjera el trastorno, se han detectado casos con la sintomatología propia del TEPT tras la exposición repetida a estresores menores (Brewin, Dalgleish y Joseph, 1996).

Por otro lado, parece existir cierta variabilidad en la consideración de la agrupación de síntomas. La agrupación en tres factores (i.e. reexperimentación, evitación-embotamiento, y sobreactivación) recogida en las clasificaciones de la APA se realizó por consenso entre expertos, más que basándose en datos empíricos. Sin embargo, diversos estudios (cf. Asmundson et al, 2000; King, Leskin, King y Weathers, 1998) han puesto de manifiesto que un modelo de cuatro factores (reexperimentación, evitación, embotamiento y sobreactivación) es empíricamente superior.

Es más, no existe un acuerdo respecto a los síntomas definitorios del trastorno, por lo que diversos autores (Green, 1993; Stein et al., 1997) han propuesto un diagnóstico de TEPT Parcial caracterizado por la presencia de, al menos, un síntoma de cada uno de los criterios propuestos por la clasificación DSM. Otros autores (Resnick et al., 1993) utilizan un criterio más conservador para hablar del TEPT Parcial puesto que mantienen la misma

cantidad de síntomas en cada uno de los criterios a excepción del de evitación en el que sólo se requieren dos síntomas (en lugar de tres) para su identificación.

Por su parte, la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, el CIE-10 (OMS,1992) establece criterios similares a los propuestos por la APA, aunque presenta ligeras variaciones. Posiblemente, el aspecto distintivo más relevante de ambas clasificaciones sea la caracterización del acontecimiento traumático, delimitado en el CIE-10 mediante la siguiente descripción: “acontecimiento estresante o una situación breve o duradera de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en todo el mundo”. Esta descripción es prácticamente igual a la incluida en el DSM III-R, ya que en ambos la importancia no recae en la respuesta del individuo, sino en la naturaleza del acontecimiento traumático. Por otro lado, aunque en la CIE-10 se señala la posibilidad de un curso crónico en el trastorno, en aquellos sujetos en que éste persiste durante muchos años, no especifica el tiempo necesario de la duración de síntomas para considerarlo crónico, mientras que en la clasificación DSM IV-TR se concreta un marco temporal (duración de sintomatología más de tres meses). Además la CIE-10 plantea la posibilidad de una evolución del cuadro de TEPT hacia otra entidad diagnóstica denominada transformación persistente de la personalidad. También, en la CIE-10 se determinan factores agravantes del cuadro (consumo excesivo de alcohol o sustancias psicotropas) que no aparecen mencionados en la clasificación DSM IV-TR.

Respecto a la descripción de acontecimiento traumático cabe señalar que las clasificaciones al uso, no cuentan con una clara y concisa explicación del concepto de acontecimiento traumático, por lo que en ocasiones se plantea la duda de saber si determinados acontecimientos (e.g. pérdidas de seres queridos, pérdidas de negocios y conflictos familiares) podrían desencadenar un cuadro de estrés postraumático.

Por último, tanto la clasificación DSM como la CIE obvian algunos aspectos esenciales para la caracterización del trastorno. Ninguna de ellas considera síntomas del TEPT los cambios en las creencias y pensamientos del sujeto acaecidos a raíz del acontecimiento traumático y que parecen jugar un papel relevante en la respuesta emocional al trauma y en su evolución (Brewin, Christodoulides y Hutchinson, 1996; Foa y Riggs, 1993; Foa et al., 1999), y que suelen constituir objetivo en el tratamiento de personas que han sufrido traumas.

Estado actual de la evaluación del TEPT

Con el fin de conocer la situación actual respecto a los instrumentos disponibles para la evaluación del TEPT en adultos se ha llevado a cabo una revisión teniendo en cuenta los siguientes criterios (González et al., 2000; Muñoz et al., 2002): calidad métrica de la prueba, grado de difusión y de acceso, disponibilidad de versiones en castellano, y ajuste a los criterios diagnósticos de las últimas ediciones de las clasificaciones DSM y CIE. Los instrumentos recopilados a partir de esta revisión se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2. Instrumentos de Evaluación del TEPT.

PRUEBA AUTORES	FORMATO Y CONTENIDO	ADAPTACIÓN ESPAÑOL
Escala para el TEPT administrada por el clínico. CAPS-1 y CAPS-2. Blake et al., 1990.	Entrevista 3 ítems naturaleza y repercusión del acontecimiento 17 ítems (criterios B, C, y D del DSM IV) 5 síntomas asociados	Bobes et al., 2000.
CIDI Breslau et al., 1999	Entrevista 23 ítems (criterios CIE-10)	Rubio-Stipec, Bravo y Canino (1991)
Cuestionario de experiencias traumáticas. TQ Davidson, Hughes y Blazer., 1990.	Cuestionario 44 ítems (criterios A, B, C y D del , DSM-IV)	Bobes et al., 2000
Escala de Trauma de Davidson. DTS. Davidson et al., 1997.	Escala Autoaplicada 17 ítems (criterios B, C, y D del DSM IV)	Bobes et al., 2000
Escala de 8 ítems para los Resultados del Tratamiento del TEPT. TOP-8. Davidson y Colket., 1997.	Entrevista 8 ítems (síntomas criterios B, C y D del DSM IV): los más sensibles al cambio: Criterio B: recuerdos recurrentes e intrusos, y respuestas fisiológicas Criterio C: evitación, desapego, restricción vida afectiva, y reducción interés Criterio D: hipervigilancia, y sobresalto exagerado	Bobes et al., 2000
Entrevista estructurada para el TETP (SI-PTSD o SIP). Davidson, Malick y Travers, 1997.	Entrevista 17 ítems (criterios B, C, y D del DSM IV) 2 ítems sobre culpabilidad	No
Índice Global de Duke de Mejoría del TEPT. DRGP Davidson et al., 1998	Escala Heteroaplicada 4 ítems valoración efectos del tratamiento (los 3 criterios de síntomas del DSM IV y uno de evaluación global)	Bobes et al., 2000
Adis-R PTSD Di Nardo y Barlo, 1988	Entrevista 17 ítems (síntomas DSM IV- criterios B, C, D)	No
Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT. Echeburúa et al., 1997.	Entrevista 17 ítems (criterios B, C, y D del DSM IV) Subescala de síntomas psicofisiológicos del ataque de pánico	---
Modified PTSD Symptom Scale Self-Report. MPSS-SR. Falsetti et al., 1993.	Escala Autoaplicada 17 ítems (criterios B, C, y D del DSM IV) Frecuencia y nivel de angustia de cada síntoma	No
Posttraumatic Stress Diagnostic Scale. PDS. Foa, 1995.	Cuestionario 49 ítems (criterios A, B, C, D, E y F del DSM IV)	No

Posttraumatic Cognitions Inventory. PTCI. Foa et al., 1999.	Inventario 36 ítems (cogniciones negativas sobre uno mismo, sobre el mundo y autoinculpación).	Labrador y Rincón, 2003
Potencial Stressful Events Interview. PSEI. Kilpatrick, Resnick y Freedy, 1991.	Entrevista Tipo de estresor y cualidades de este 15 ítems sobre reacciones subjetivas	No
Traumatic Life Events interview. TLEI. Kubany, 1995.	Entrevista Historia de acontecimientos traumáticos (17 ítems) Presencia/ausencia, frecuencia y descripción	No
Trauma - Related Guilt Inventory. TRGI. Kubanny et al., 1996.	Cuestionario 32 ítems (malestar y cogniciones de culpa)	No
Distressing Event Questionnaire (DEQ). Kubany et al., 2000a	Cuestionario 34 ítems (criterios A2, B, C, D y F del DSM IV y síntomas asociados – culpa, cólera y dolor-)	No
Traumatic life events Questionnaire. TLEQ 2. Kubany et al., 2000b.	Cuestionario 16 acontecimientos traumáticos + otro no especificado	No
Instrumento de cribado para el TEPT. SPAN. Meltzer-Brody, Churchill y Davidson, 1999.	Cuestionario de cribado 4 ítems (criterios DSM-IV) Respuestas fisiológicas a la exposición (criterio B) Restricción vida afectiva (criterio C) Irritabilidad (criterio D) Sobresalto exagerado (criterio D)	No
Harvard Trauma questionnaire (HTQ) Mollica et al., 1992.	Entrevista 17 ítems (síntomas DSM IV- criterios B, C, D) Otros síntomas de estrés (experimentados por refugiados de Indochina)	No
Personal Beliefs and Reactions Scale. PBRs. Resick, 1993.	Cuestionario 55 ítems (diseñados para víctimas de violación)	No
Structured Clinical Interview for DSM IV (SCID-PTSD) Spitzer et al., 1990	Entrevista 19 ítems (criterios DSM IV)	No
Traumatic Events Questionnaire. TEQ. Vrana y Lauterbach, 1994.	Cuestionario 11 acontecimientos traumáticos + otro no descrito	No
The PTSD Checklist-Civilian Versión. PCL-C. Weathers et al., 1994.	Escala Autoaplicada 17 ítems (criterios B, C, y D del DSM IV) Presencia/ausencia y gravedad de cada síntoma	No
Escala Revisada del Impacto del Acontecimiento. IES-R. Weiss y Marmar, 1996.	Escala Autoaplicada 17 ítems (criterios B, C, y D del DSM IV)	No
Entrevista estructurada DSM IV Zimmerman, 1994	Entrevista Criterios DSM-IV (A, B, C, D, E y F)	No

A partir del análisis realizado se puede concluir que la principal deficiencia que presentan los instrumentos de diagnóstico para el TEPT se centra en la no inclusión de todos los criterios diagnósticos vigentes para éste. Gran parte de los instrumentos obvian la evaluación del *criterio A* (i.e. exposición a un acontecimiento traumático), aun cuando la evaluación de éste resulta imprescindible, ya que si no cabría preguntarse ¿Es posible ser diagnosticado de TEPT sin haber sufrido un acontecimiento traumático? No hay que olvidar que es este factor etiológico específico lo que hace al TEPT diferente de otros trastornos de ansiedad (McFarlane, 2000). Además, muchos de los pacientes no relacionan sus síntomas actuales con experiencias traumáticas previas, porque en ocasiones no existe un trauma claro y específico, y sólo una evaluación exhaustiva de la historia de traumas del sujeto permite comprender la sintomatología del paciente, con la implicación práctica de desarrollar tratamientos eficaces y ajustados a las características del individuo.

Si bien es cierto que los pacientes no relacionan su sintomatología actual con experiencias traumáticas previas, también es cierto que los pacientes en ocasiones omiten la información traumática, bien sea por vergüenza (e.g. mujeres víctimas de agresiones sexuales) o porque les resulta muy doloroso hablar de ello. Esto pone de manifiesto la necesidad de evaluar específicamente los traumas e indagar la posible presencia de síntomas relacionados con ellos. Escalona et al. (1997) al evaluar a los pacientes admitidos en una unidad psiquiátrica encontraron que sólo un 2% habían recibido un diagnóstico TEPT; sin embargo, cuando se valoró la historia de traumas y el TEPT como parte de un protocolo de investigación hasta un 39% cumplían criterios diagnósticos para el TEPT.

Por otro lado, cuando se evalúa el criterio A, no siempre es en su totalidad, ya que en general sólo se lleva a cabo una evaluación objetiva, es decir si el individuo ha vivido o no el acontecimiento, obviando una evaluación subjetiva la experiencia traumática, esto es, su vivencia personal del acontecimiento, y ello a pesar de que el DSM-IV-TR especifica que el acontecimiento ha de haber sido experimentado con indefensión, miedo u horror. Además, en ocasiones, los instrumentos no establecen una relación entre el acontecimiento traumático y la sintomatología actual, por lo que no puede descartarse la posibilidad de que la sintomatología actual estuviese presente antes del acontecimiento traumático, o no guarde relación alguna con éste.

También el *criterio E* (i.e. duración de los síntomas) y el *criterio F* (i.e. interferencia en la vida del individuo) han sido omitidos en la gran mayoría de los instrumentos de evaluación del TEPT, siendo igualmente relevantes para el diagnóstico.

Respecto a la evaluación de la sintomatología (*criterios B, C y D*), mencionar que esta suele ser limitada, ya que gran parte de los instrumentos evalúan únicamente el número de síntomas que presenta la persona, sin incidir en la frecuencia e intensidad de éstos, aspectos relevantes de cara fundamentalmente al tratamiento.

En la actualidad el diagnóstico se basa fundamentalmente en entrevistas (e.g. SCID, CAPS) las cuales resultan altamente demandantes en cuanto a esfuerzo y tiempo. En cuanto a las medidas de autoinforme, de los numerosos instrumentos disponibles tan sólo la *Escala*

Diagnóstica de Estrés Postraumático (PDS) (Foa, 1995) y el reciente *Cuestionario de Eventos Perturbadores (DEQ)* (Kubany et al., 2000a) se ajustan por completo a los criterios DSM-IV (i.e. estableciendo marco temporal, respuesta emocional al acontecimiento traumático y diferenciación de síntomas que se originaron antes y después del trauma).

Estos dos instrumentos poseen la ventaja adicional de haber sido validados en poblaciones que han sufrido diferentes tipos de acontecimientos traumáticos, frente a la práctica habitual en este campo de basar los estudios psicométricos en un único tipo de población (e.g. veteranos del Vietnam), lo que limita considerablemente su aplicación a otros tipos de traumas y poblaciones. Por mencionar tan sólo unos ejemplos, la *Personal Beliefs and Reactions Scales (PBRS)* (Resick, 1993) se ha diseñado exclusivamente para una población determinada (víctimas de violación), llegándose se ocasiones, como es el caso del *Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)* (Mollica et al., 1992) a incluir ítems que han sido experimentados exclusivamente por refugiados de Indochina. La aplicación de estos instrumentos a población sometida a otro tipo de acontecimientos, es, cuando menos, cuestionable.

Por lo que respecta a nuestro país, buena parte de los instrumentos de evaluación que se utilizan son meras traducciones de las versiones en inglés, sin adaptación a la población española (una completa revisión del tema puede consultarse en González et al., 2000). No obstante, en la actualidad hay una importante línea de investigación sobre el tema en la Universidad del País Vasco, centrada fundamentalmente en mujeres víctimas de abusos sexuales y físicos. Este equipo, dirigido por el profesor E. Echeburúa, cuenta con una amplia investigación en cuanto a tratamiento, variables personales de las víctimas y los maltratadores, y aspectos sociales y judiciales. En el campo de la evaluación, han desarrollado la *Escala de Gravedad de los Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático* (Echeburúa et al., 1997), instrumento de evaluación heteroaplicado que se centra exclusivamente en los síntomas recogidos en el DSM-IV.

Diseño de un instrumento de evaluación para el TEPT

A la luz de estos datos, se hace patente la necesidad, por un lado, de desarrollar instrumentos de medida breves, de fácil aplicación y psicométricamente potentes adaptados a población española que permitan la evaluación integral de la psicopatología del TEPT, incluyendo tanto la identificación y caracterización del acontecimiento traumático (especialmente pertinente en aquellos casos en los que no existe información previa sobre el mismo) como la sintomatología relacionada con dicho acontecimiento, y su diagnóstico; y por otro, la necesidad de validar estos instrumentos con muestras de sujetos que se han visto sometidos a diferentes tipos de acontecimientos traumáticos (e.g. naturales vs. provocados por el hombre, accidentales vs. intencionados,...), con objeto de determinar las características psicométricas de la prueba, estableciendo sistemas de corrección y puntos de

corte adecuados que maximicen la sensibilidad y especificidad. Este tipo de instrumentos resulta esencial no sólo en la clínica (para la determinación temprana del tratamiento más adecuado para cada paciente), sino también para la realización de estudios epidemiológicos que permitan establecer las tasas de prevalencia de la diferentes variantes del trastorno (TEPT y subsíndrome del TEPT), así como posibles factores de riesgo y protección ante el mismo.

Con este objetivo nuestro equipo de investigación de la Universidad Complutense de Madrid lleva dos años trabajando en el diseño y validación de un instrumento autoaplicado para la evaluación y diagnóstico del TEPT en adultos en distintos tipos de víctimas. El instrumento, al que se ha denominado *Escala Global de Evaluación de Estrés Postraumático (EGEP)*, se encuentra actualmente en fase de validación.

Para el diseño de la prueba se siguieron las directrices marcadas por Spector (1992). En primer lugar se generaron los ítems que iban a formar la escala. En la elaboración de los ítems se tuvieron en cuenta los propuestos en algunos instrumentos de evaluación del TEPT como el el *PDS* (Foa., 1995) y el *Postraumatic Cognition Inventory (PTCI)* (Foa et al, 1999). Además, se incluyeron aquellos ítems que puedan ser útiles para el diagnóstico de TEPT (según criterios DSM IV-TR) y que necesariamente abarcan los siguientes aspectos: caracterización del acontecimiento traumático (Criterio A1), reacción emocional ante el acontecimiento traumático (Criterio A2), 17 síntomas característicos del TEPT (Criterios B, C y D), duración de los síntomas (Criterio E), especificación de la relación entre síntomas y acontecimientos traumáticos e impacto de los síntomas en el funcionamiento del sujeto (Criterio F). Así mismo, se optó por incluir ítems específicos para la evaluación de otros síntomas clínicos subjetivos, relacionados con el trauma y sus secuelas.

En segundo lugar se diseñó el instrumento de evaluación, determinando para ello, las partes de las que habrá de constar, el formato de cada una de ellas, la redacción de cada ítem, las alternativas de respuesta, y la redacción de las instrucciones. El diseño de la prueba resultó especialmente complejo ya que por sus propias características el TEPT presenta una gran dificultad a la hora de su evaluación, ya que implica, por un lado, la valoración de la historia de traumas de individuo, y por otro la determinación de la sintomatología presente en el momento de la evaluación, teniendo siempre en cuenta, además, que es preciso establecer una relación entre acontecimiento traumático y síntomas. Por ello, fue preciso utilizar formatos de pregunta y de respuesta diferentes para los distintos apartados de la prueba. Por otra parte, se consideró especialmente importante la comprensibilidad de los textos, ya que se trata de un instrumento autoaplicado que pretende ser útil para la mayoría de la población, por lo que se decidió realizar alguna evaluación previa de la legibilidad, complejidad y claridad de la redacción.

Una vez diseñada y redactada la versión inicial de la prueba, se procedió a su revisión por un grupo de doce expertos nacionales en evaluación psicológica y en TEPT. Para llevar a cabo la prueba de jueces se diseñó una batería ad hoc en la que se incluía el borrador del cuestionario para la evaluación del TEPT así como diversos ítems para la

evaluación de éste, y en que se preguntaba a los jueces acerca de los siguientes aspectos:: ajuste de cada ítem a los criterios diagnósticos DSM-IV-TR, claridad de cada ítem, adecuación del formato de respuesta, adecuación de las instrucciones, y en aquellos ítems que no correspondían directamente con criterios diagnósticos al uso, conveniencia de incluirlos. Cada uno de estos aspectos se puntuaba en una escala tipo Likert de 0–5. Así mismo, para cada sección de la prueba se pedía a los jueces que indicaran qué otros aspectos incluirían y qué aspectos de los incluidos omitirían, así como posibles sugerencias. El cuestionario de evaluación de los jueces concluía con unos ítems de valoración general de la prueba.

A partir de las indicaciones señaladas por el grupo de expertos, se realizaron las modificaciones pertinentes atendiendo a sus sugerencias y comentarios y se obtuvo el instrumento piloto, que consta de 62 ítems divididos en tres secciones: 1ª) centrada en la identificación y caracterización de los acontecimientos traumáticos sufridos por la persona; 2ª) en la que se evalúan los síntomas experimentados por el sujeto como consecuencia del trauma; y 3ª) para la determinación del grado de deterioro funcional producido por los síntomas.

Sección 1: Acontecimientos.

Esta parte, que consta de 27 ítems incluye, en primer lugar una tabla para la evaluación de la historia de traumas del sujeto en la que se enuncian once tipos de acontecimientos traumáticos. El diseño de esta parte resultó especialmente problemático ya que, por un lado, la categorización y agrupación de los acontecimientos traumáticos varía considerablemente en función de los autores, y por otro, el listado de acontecimientos había de ser lo más exhaustivo posible, algo tremendamente difícil si se tiene en cuenta la enorme variedad de acontecimientos traumáticos a los que pueden verse sometidos los seres humanos, o incluso más, la gran variedad de acontecimientos que una persona dada puede considerar como traumáticos. Para el diseño de esta tabla antes de la evaluación de la prueba por parte del grupo de expertos se llevó a cabo un estudio piloto con población general en el que se entregaba una lista de tipos de acontecimientos traumáticos (elaborada a partir de la revisión de la bibliografía) debiendo indicar los participantes si los habían padecido, señalando además otros que consideraban quedaban excluidos de las categorías del listado. Una vez recogida la información se realizaron las modificaciones oportunas para obtener una tabla que abarcara la gran mayoría de acontecimientos. Tras la revisión de los jueces del listado original, el listado de acontecimientos quedó constituido por once categorías: desastres naturales; accidentes de medios de transporte; otro tipo de accidentes (laborales, industriales, domésticos, actividades de ocio,...); combate o exposición a zona de guerra; violación, abuso o ataque sexual; acoso y maltrato psicológico; violencia física; actos terroristas o tortura; encarcelamiento, detención o cautividad forzosa; enfermedad, lesión o intervenciones médicas; y muerte de una persona cercana o ser querido. Además se recoge

una categoría adicional en la que se ofrece la posibilidad de señalar otro tipo de acontecimiento no incluido en ninguna de las categorías anteriores. Para cada uno de estos tipos de acontecimientos la persona debe señalar si lo ha sufrido, si lo ha presenciado directamente en alguna ocasión, o si ha tenido conocimiento de que le haya sucedido a alguien cercano.

En este momento se incluye una instrucción específica en la que se indica a la persona que si no ha contestado afirmativamente a ninguno de los ítems anteriores de por finalizada la prueba, ya que de ser así indicaría que la persona nunca ha sufrido un acontecimiento que considere traumático lo que constituye una condición necesaria para el padecimiento de TEPT.

A partir de aquí, y una vez establecida la historia de traumas, el sujeto ha de seleccionar, de entre todos los sufridos, el acontecimiento que le ha causado o causa más molestias o malestar, que será el que centrará a partir de ese momento la evaluación. El resto de los ítems de la sección se centran en la evaluación tanto objetiva como subjetiva del trauma, incluyendo: valoración de la gravedad, cuándo sucedió por primera vez, frecuencia del acontecimiento, vivencia del mismo (miedo, indefensión y horror), y consecuencias del acontecimiento (lesión grave de la propia persona, lesión grave o muerte de otros, amenazas para la integridad física propia o de otros, amenaza para la vida propia o de otros, escenas desagradables y amenazas para la dignidad persona o el honor).

Sección 2: Síntomas.

Esta sección, que consta de 28 ítems, tiene por objeto la identificación de los síntomas experimentados por la persona como consecuencia del acontecimiento traumático, así como la valoración de su gravedad. Los síntomas incluidos abarcan los 17 enunciados en los criterios diagnósticos para el TEPT según DSM IV-TR (5 de reexperimentación, 7 de evitación y embotamiento, y 5 de sobreactivación), así como 9 síntomas clínicos subjetivos, en concreto: sentimientos de culpa por haber sobrevivido al acontecimiento, sentimientos de culpa por algo que hizo o dejó de hacer durante el acontecimiento, sentimientos de responsabilidad sobre el acontecimiento, sentimientos de desconfianza en los demás, sentir el mundo como un lugar peligroso, sensaciones de desrealización y/o despersonalización y sentimientos de autodesvalorización. Para cada uno de estos síntomas la persona debe señalar si lo ha experimentado o no durante el último mes, y en caso afirmativo ha de indicar el grado de malestar que éste le provoca en una escala de 0-4, siendo 0 nada de molestia y 4 extrema.

Con el fin de especificar si se trata de un TEPT crónico o agudo y si el inicio del trastorno es demorado, esta sección incluye dos ítems con los que se evalúa el momento de inicio de la sintomatología, así como el tiempo transcurrido entre el acontecimiento y el inicio de ésta.

Sección 3: Funcionamiento.

La sección final de la prueba, compuesta por 7 ítems, valora el grado de deterioro funcional ocasionado por los síntomas postraumáticos, valorando su posible interferencia en distintas áreas de funcionamiento. En concreto, se pregunta a los sujetos si han consultado a un médico u otro profesional por los síntomas, si han tomado medicación, o alcohol o drogas a causa de éstos, y si los síntomas han afectado negativamente a su vida laboral o académica, a sus relaciones sociales, a sus relaciones familiares o de pareja, o algún otro aspecto importante de su vida.

Discusión

En la actualidad se está llevando a cabo la validación de la EGEP en una muestra de víctimas de distintos acontecimientos traumáticos, mediante evaluaciones individuales llevadas a cabo por entrevistadores debidamente entrenados. La batería de evaluación incluye, además de la EGEP, distintas pruebas para la evaluación de otros síntomas psicopatológicos y variables frecuentemente relacionadas con el TEPT (e.g. depresión, ansiedad, autoestima, consumo de alcohol,...), así como una entrevista diagnóstica del TEPT, que permitirá la determinación de la validez predictiva de la escala para el diagnóstico del TEPT, estableciendo sensibilidad diagnóstica, especificidad, valor predictivo (positivo y negativo)

Hasta el momento se han recogido datos de víctimas de accidentes (fundamentalmente de medios de transporte, específicamente accidentes de tráfico y aéreos), de violación y abusos sexuales, de acoso y maltrato psicológico (tanto en entornos laborales como en relaciones de pareja), de violencia física (especialmente mujeres víctimas de malos tratos por parte de su pareja), actos terroristas, enfermedades, lesiones o intervenciones médicas, y muertes de seres queridos.

El acceso a la muestra y la recogida de datos está resultando sumamente laboriosos, ya que, por un lado resulta en ocasiones difícil acceder a este tipo de personas que con frecuencia se muestran reacias a revivir una situación que les resulta sumamente dolorosa. Una de las manifestaciones propias del trastorno, la evitación de todo aquello que rememora el acontecimiento traumático, les lleva en ocasiones a rechazar su participación en este tipo de estudios, e incluso una vez han accedido a ello, puede llevarles a escapar de la situación cuando el malestar que experimentan durante la evaluación les resulta intolerable. De hecho, en algunos casos nos hemos visto obligados a finalizar la evaluación, bien porque el paciente se negaba a seguir adelante, bien porque su malestar, claramente manifiesto, le dificultaba la realización de las pruebas. Por todo ello, hemos tenido especial cuidado a la hora de realizar las evaluaciones, proporcionando a aquellas personas que así parecían requerirlo, posibles vías para el tratamiento de sus síntomas, e intentando en todo caso concluir las evaluaciones con la tranquilización de la víctima.

No obstante, y a pesar de lo duro que resulta en algunos casos también para los evaluadores recordar acontecimientos tan traumáticos como los que han sufrido muchos de los participantes en el estudio, consideramos necesario persistir en esta labor, ya que disponer de un instrumento de evaluación como el que aquí se presenta, con propiedades psicométricas contrastadas en diferentes tipos de víctimas puede resultar de suma utilidad: en primer lugar, podría ser aplicado en estudios epidemiológicos, con objeto de conocer la prevalencia del TEPT en víctimas de distintos acontecimientos traumáticos, lo que, a su vez, permitirá conocer sus demandas específicas así como determinar las necesidades asistenciales para este tipo de personas; en segundo lugar, el disponer de un instrumento diagnóstico del TEPT como el que aquí se presenta, que pueda utilizarse en organismos públicos y centros de servicios sociales favorecería la detección temprana del trastorno, permitiendo así la determinación de las necesidades de intervención; y en tercer lugar, tangencialmente, este tipo de estudios ayuda a identificar los factores de riesgo y protección para el desarrollo del TEPT en las víctimas de distintos acontecimientos, lo que permitirá diseñar programas de intervención temprana y tratamiento específico ajustados a cada población y susceptibles de ser utilizados en catástrofes y otros tipos de acontecimientos traumáticos.

Referencias

- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (1st Edition). Washington: A. P. A
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3th Edition). Washington: A. P. A
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th Edition Text Revision). Washington: A.P. A1
- Asmundson, G.J.G., Frombach, I., Mc Quaid, J., Pedrelli, P., Lenox, R., y Stein, M.B.(2000). Dimensionality of posttraumatic stress symptoms: a confirmatory factor analysis of DSM-IV symptom clusters and other symptom models. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 203-214.
- Blake, D. D., Weathers, F.W., Nagy, L.M., Kaloupek, D.G., Charney, D.S. y Keane,T.M. (1998) *CAPS (Clinical Administered PTSD Scale for DSM-IV)*. Boston: National Center for Posttraumatic Stress Disorder.
- Bobes, J., Calcedo-Barba, A., García, M., Francois, M., Rico-Villademoros, F., González, M.P., Bascaran, M.T., Bousoño, M., y Grupo Español de Trabajo para el estudio del TEPT.(2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del TEPT. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28(4), 207-218.
- Breslau, N., Peterson, R., Ronald, C.K., Lonni., S. (1999). Short screening for DSM-IV posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156, 908-911.
- Brewin, C.R., Christodoulides, J., y Hutchinson, G.(1996). Intrusive thoughts and intrusive memories in a nonclinical sample. *Cognition and Emotion*, 10, 107-112.

- Brewin, C. R.; Dalgleish, T y Joseph, S. (1996) A Dual Representation Theory of Posttraumatic Stress Disorder. *Psychological Review*, 103, 670-686.
- Da Costa, J.M. (1871). On irritable heart. A clinical Study of a form of functional cardiac disorder and its consequences. *American Journal of Medicine and Sciences*, 61,17-52.
- Davidson, J.R., Book, S.W., Colket, J.T., Tupler, L.A., Roth, S., David, D., et al. (1997). Assessment of a new self-rating scale for posttraumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 27, 153-160.
- Davidson, J.R., y Colket, J.T.(1997). The Eight-Item Treatment-outcome Posttraumatic Stress Disorder Scale: a brief measure to assess treatment outcome in Posttraumatic Stress Disorder. *Clinical Psychopharmacology*, 12, 41-45.
- Davidson, J.R., Hughes, D., y Blazer, D.G. (1990). Traumatic experiences in psychiatric outpatients. *Trauma Stress*, 3, 459-475.
- Davidson, J.R., Malick, M.A., y Travers, J. (1997). Structured Interview for PTSD (SIP): Psychometric Validation for DSM-IV Criteria. *Depression and Anxiety*, 5,127-129.
- Davidson, J.R., Weisler, R.H., Malick, M.A., y Tupler, L.A. (1998). Fluvoxamine in civilians with posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 18, 93-95.
- DiNardo, P.A., y Barlow, D.H. (1988). *Anxiety Disorders Interview Scale-Revised*. Albany, NY: Center for Phobia and Anxiety Disorders.
- Echeburúa, E., Corral,P., Amor,P.J., Sarasua, B., y Zubizarreta, B. (1997). Escala de Gravedad de Síntomas del trastorno de estrés posttraumático: Propiedades Psicométricas.*Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 503-526.
- Escalona, R., Tupler, L.A., Saur, C.D., Krishnan, K.R., y Davidson, J.R.T. (1997). Screening for Trauma History on an Inpatient affective-disorder unit: a pilot study. *Journal of Traumatic Stress*,10, 299-305.
- Falsetti, S.A., Resnick, H.S., Resick, P.A., y Kilpatrick, D.G. (1993). The Modified PTSD Symptom Scale: A brief self-report measure of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapist*, 17, 66-67.
- Foa, E.B. (1995). *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS) Manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Foa, E.B., Cashman, L., Jaycox, L., y Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9, 445-451.
- Foa, E.B. y Riggs, D.S.. (1993). Post-traumatic stress disorder in rape victims. En J. Oldham, M.B. Riba y A. Tasman (eds.), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry* (vol. 12, pp. 273-303). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Foa ,E.B.,Tollin, D.F., Ehlers,A., Clark, D.M., y Orsillo, S.M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and Validation. *Psychological Assessment*, 11 (3), 303-314.
- Green, B.L. (1993). Trauma History Questionnaire. En B.H. Stamm y E.M. Varra (Eds.), *Instrumentación in stress, trauma and adaptation* (pp. 366-369). Northbrook, IL: Research and Methodology Interest Group of the ISTSS.
- González, M.P., Bascarán, M.T., Sáiz, P.A., Bousoño, M., Bobes, J., y Calcedo, A. (2000). Instrumentos de Evaluación. En J. Bobes, M. Bousoño, A. Calcedo y M.P. González (Eds.), *Trastorno de Estrés Posttraumático* (pp. 137-165). Barcelona: Masson.
- Jordan, B.K., Schlenger, W.E., Hough, R.L., Kulka, R.A., Weiss, D.S., Fairbank, J.A., y Marmar, C.E. (1991). Lifetime and current prevalence of specific psychiatric disorders among Vietnam veterans and controls. *Archives of General Psychiatry*, 48,207-215.

- Kilpatrick, D., Resnick, H., y Freedy, J. (1991). *The potential stressful events interview*. Unpublished instrument, University of South Carolina, Chaleston.
- King, D.W., Leskin, G.A., King, L.A. y Weathers, F.W. (1998). Confirmatory factor analysis of the clinician administered PTSD scale: evidence for the dimensionality of posttraumatic stress disorder. *Psychological Assessment*, 10, 90-96.
- Kubany, E.S. (1995). *Traumatic Life Events Interview (TLEI)*. Unpublished structured interview.
- Kubany, E.S., Abueg, F.R., Brennan, J.M., Haynes, S.N., Manke, F.P., y Stahura, C. (1996). Development and Validation of the Trauma-Related Guilt Inventory (TRGI). *Psychological Assessment*, 8 (4), 428-444.
- Kubany, E.S., Leisen, M.B., Kaplan, A.S., y Kelly, M.P. (2000a). Validation of a brief measure of posttraumatic stress disorder. The Distressing Event Questionnaire (DEQ) *Psychological Assessment*, 2, 197-209.
- Kubany, E.S., Leisen, M.B., Kaplan, A.S., Watson, S.B., Haynes, S.N., Owens, J.A., Burns, K. (2000b). Development and preliminary validation of a brief broad-spectrum measure of trauma exposure: The Traumatic Life Events Questionnaire. *Psychological Assessment*, 12, 210-224.
- Kulka, R.A., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., Hough, R.L., Jordan, B.K., Marmar, C.R. y Weiss, D.S. (1990). *Trauma and the Vietnam War generation: report of the findings from the national veterans readjustment study*. Nueva York: Brunner/Mazel
- Labrador, F.J., y Rincón, P.P., (2003). Trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: evaluación de un programa de intervención. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 905-932.
- McFarlane, A.C. (2000). Posttraumatic Stress Disorder: A model of the Longitudinal Course and the role of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (5), 15-20.
- Meltzer-Brody, S., Churchill, E., y Davidson, J.R. (1999). Derivation of de SPAN, a brief diagnostic screening test for posttraumatic stress disorder. *Psychiatry*, 88, 63-70.
- Mollica, R., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., y Lavelle, J. (1992). Harvard Trauma Questionnaire: Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *Journal of Nervous Mental Disease*, 180, 111-116.
- Muñoz, M., Roa, A., Pérez, E., Santos-Olmo, A.B., y de Vicente, A. (2002). Trastorno por estrés postraumático. En M. Muñoz, A. Roa, E. Pérez, A.B. Santos-Olmo y A. de Vicente (Eds.), *Instrumentos de evaluación en Salud Mental* (pp.111-117). Madrid: Pirámide.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor. (Org.1992).
- Resick, P.A. (1993). The Psychological Impact of rape. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 223-255.
- Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., Dansky, B.S., Saunders, B.E., y Best, C.L. (1993) Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 984-991.
- Rubio-Stípec, M., Bravo, M., y Canino, G. (1991) La entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI): Un instrumento epidemiológico adecuado para ser administrado conjuntamente con otros sistemas diagnósticos en diferentes culturas. *Acta psiquiátrica Psicológica de América Latina*, 37, 191-204.
- Spector, P.E. (1992). *Summated rating scale construction: an introduction*. Newbury Park, CA: Sage.

- Spitzer, R.L., Williams, J.B., Gibbon, M., y First, M.B. (1990). *User's Guide for the structured Clinical Interview for DSM-III-R*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Stein, M.B., Walker, J.R., Hazen, A.L. y Forde, D.R. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder. Findings from a community survey. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1114-1119.
- Vrana, S., y Lauterbach, D. (1994). Prevalence of Traumatic of Events and Posttraumatic Psychological Symptoms in a non Clinical sample of College Students. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 289-302.
- Weathers, F.W., Litz, B.T., Huska, J.A., y Keane, T.M. (1994). *The PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C)*. Boston, M. A: National Center for PTSD.
- Weiss, D.S., y Marmar, C.R. (1996). The impact of event scale-revised. En: Wilson, J., Keana, T.M (Eds), *Assesing Psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press.
- Zimmerman, M. (1994). *Interview Guide for Evaluating DSM-IV Psychiatric Disorders and the Mental Status Examination*. Philadelphia: Psych Press Products.