



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**Análisis de los Instrumentos de Evaluación Psicométrica
del TEPT en Población Española**

Autor/a: Gema Florido López
Director/a: Eva María Díaz Mesa

Madrid
2019/2020

Resumen:

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) puede aparecer en una persona que ha vivido un suceso violento, entre otras circunstancias, ya sea real o en forma de amenaza. Lo que puede conllevar que experimente algunos síntomas, como por ejemplo, pesadillas y/o recuerdos intrusivos, además de otros síntomas que se especificarán posteriormente. Se ha probado que la prevalencia de este trastorno puede oscilar entre un 1% y un 12,3%, aunque estos porcentajes pueden variar dependiendo del suceso traumático que ha experimentado la víctima. Por otro lado, es importante tener instrumentos psicométricos actualizados, validados y adecuados para la población diana, dado que de esta manera se podrá brindar una apropiada ayuda a las personas que presentan este trastorno. Por esta razón, se ha realizado una revisión bibliográfica de los diferentes instrumentos psicométricos relacionados con el TEPT y, a su vez, que estén adaptados a la población española. Como conclusión, se ha encontrado que la mayoría de los instrumentos psicométricos adecuados a la población española no están actualizados a los nuevos criterios del DSM-5. Por lo que, se puede considerar que una vía de estudio futura puede ser la adecuación de los instrumentos ya existentes a los nuevos criterios del DSM-5, como es el caso de la “Escala Revisada de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R)”.

Palabras clave: evaluación TEPT, TEPT, prevalencia TEPT y propiedades psicométricas instrumentos TEPT.

Abstract:

Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) can appear in a person who has experienced a violent event, among other circumstances, either real or threatening. This can lead to experiencing some symptoms, such as nightmares and/or intrusive memories, in addition to other symptoms that will be specified later. It has been proven that the prevalence of this disorder can swing between 1% and 12.3%, although these percentages can vary depending on the traumatic event that the victim has experienced. On the other hand, it is important to have up-to-date, validated and adequate psychometric instruments for the target population, because thanks to this, it will be possible to provide appropriate help to people with this disorder. For this reason, a bibliographic review has been carried out of the different psychometric instruments related to PTSD and also, that they are adapted to the Spanish population. In

conclusion, it has been found that most of the psychometric instruments suitable for the Spanish population are not updated to the new DSM-5 criteria. Therefore, it can be considered that a future study path may be the adaptation of the existing instruments to the new criteria of the DSM-5, as is the case of the “Escala Revisada de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R)”.

Key words: PTSD, evaluation PTSD, prevalence PTSD and psychometric properties PTSD instruments.

Índice

1. Introducción.....	5
1.1. Justificación.....	5
1.2. Objetivos.....	7
2. Definición del Trastorno de Estrés Postraumático.....	7
3. Cambios en la definición y diferencias en el diagnóstico según criterios del DSM-IV o DSM-5.....	8
4. Propiedades psicométricas.....	14
5. Instrumentos de medida.....	15
5.1. Cuestionario para experiencias traumáticas (TQ).....	19
5.2. Entrevista CAPS-DX.....	19
5.3. Escala de Trauma de Davidson DTS.....	20
5.4. Escala TOP-8.....	21
5.5. Índice Global de Duke DGRP.....	22
5.6. Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP).....	22
5.7. La Escala Revisada del impacto del Estresor (EIE-R).....	24
5.8. La Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS).....	24
6. Conclusiones.....	27
7. Limitaciones y prospectiva.....	28
8. Referencias bibliográficas.....	29
9. Anexos.....	33
Anexo 1.....	34
Anexo 2.....	38

1. Introducción

El Trastorno del Estrés Postraumático (TEPT) puede aparecer en una persona cuando ha vivido una experiencia cercana a la muerte, una lesión grave o violencia sexual, independientemente de si es real o si se trata de una amenaza, lo que puede conllevar que la persona presente, entre otros, síntomas como por ejemplo pesadillas y/o recuerdos intrusivos y recurrentes (American Psychiatric Association, 2014).

En el siguiente trabajo se van a analizar las propiedades psicométricas para los instrumentos de evaluación del Trastorno de Estrés Postraumático en población española. Para ello se van a comentar la prevalencia de este trastorno para observar su impacto sobre la sociedad. Por otro lado, se van a comentar los cambios en la definición de este trastorno en el DSM-5 y los cambios que se quieren realizar en la CIE-11. Asimismo, se van a explicar las variables que se tienen en cuenta para la validación de los instrumentos para una mejor comprensión de los resultados encontrados de cada uno de los instrumentos. Posteriormente, en base a estos resultados se va a concluir cuál es el instrumento más adecuado para una apropiada intervención psicológica.

1.1. Justificación

Se ha estudiado, por diferentes autores, la prevalencia del TEPT llegando a la conclusión de que este oscila entre un 1% y un 12,3%. La diferencia entre estos porcentajes es debida al tipo de suceso traumático, llegando incluso a aumentar a una prevalencia del 60% al 80% cuando las personas eran víctimas de violación. Por otra parte, en relación a la prevalencia-año, es decir, la prevalencia de las personas que sufrieron algún trastorno en los últimos 12 meses es del 0,50%. Mientras que la prevalencia-vida, es decir, aquella que hace referencia a las personas que fueron diagnosticadas con este trastorno en algún momento de su vida es del 1,95% (Bobes et al., 2000; Haro et al., 2006).

Otros estudios posteriores en población española son los de Gabriel et al. (2007) y el de Ferrando et al. (2011), en donde se utilizó la escala de trauma Davidson (DTS) para evaluar los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático según los criterios del DSM-IV. Estos dos estudios están relacionados entre ellos ya que los primeros analizaron la prevalencia del TEPT entre 5 y 12 semanas después del atentado terrorista del 11 de marzo de 2004 en Madrid, y los segundos lo analizaron habiendo transcurrido 18 meses desde el atentado. En el primer estudio, se encontró una prevalencia del TEPT

del 44,1% en las personas que habían sido lesionadas en el atentado, mientras que en el segundo estudio, la prevalencia de este trastorno en las mismas personas es de un 34%.

Se observa que hay una alta prevalencia en aquellas personas que han sufrido un evento traumático, en especial, aquellos que son graves siendo importante que haya instrumentos adecuados para el diagnóstico de este trastorno, que permitirán la toma de decisiones adecuadas de cara a la intervención y a los apoyos para las personas afectadas. En esta línea, Muñiz y Fernández-Hermida (2010) ponen en relevancia la importancia del uso de los tests psicométricos y concluyeron en su estudio que una gran mayoría de psicólogos los utilizan, dado que estos instrumentos junto con otros, como por ejemplo la entrevista clínica, dan mucha información acerca del paciente. Asimismo, Hernández, Ponsoda, Muñiz, Prieto y Elosua (2016) comentan en su estudio la adecuación de los test psicométricos ya que es importante a la hora de hacer seguimientos porque ofrecen información objetiva sobre la evolución de los síntomas que presentan las personas y/o al realizar estudios longitudinales. De igual modo, comentan que es preciso que un test tenga una validez y una fiabilidad adecuada y demostrada para que el test sea una herramienta apropiada para el diagnóstico. Una de las características primordiales de los tests psicométricos es la fiabilidad que es entendida como la consistencia o la replicabilidad de las puntuaciones (Castro, 2011). Es decir, si el test posee un nivel de fiabilidad adecuado, no presentará errores en las medidas, por lo que siempre se medirá el constructo del test.

Es importante indicar que ha habido un cambio en la definición del TEPT en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) con respecto al DSM-IV (American Psychiatric Association, 1997) y al DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), de manera que los criterios actuales se ajustan más rigurosamente a la realidad de las personas que sufren este trastorno. Cabe mencionar que la definición del TEPT presentada en la CIE-10 también ha cambiado con respecto a la futura versión de la CIE, es decir, la CIE-11 (Keeley et al., 2016). A raíz de esta reforma, se han encontrado algunos problemas relacionados con los instrumentos de medida del TEPT. Existen instrumentos que se han basado en la definición del TEPT dada por una versión antigua del DSM-5, como por ejemplo, la Escala de síntomas del TEPT (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta, y Sarasua, 1997). Cabe mencionar que con la modificación de la definición algunos autores, como Echeburúa et al. (2016), decidieron hacer cambios en los instrumentos ya validados según los criterios del DSM-IV y la transformaron para adaptarla a la definición del DSM-5.

1.1. Objetivos

El objetivo general de este estudio es conocer los diferentes instrumentos que existen para el diagnóstico del Trastorno del Estrés Postraumático en población española. Asimismo, este estudio presenta objetivos específicos, los cuales son:

- Determinar los cambios de definición que ha sufrido el TEPT desde el DSM-IV hasta el DSM-5, además de conocer los cambios en la definición que se están visualizando para la creación de la CIE-11 en comparación con la CIE-10.
- Definir las variables psicométricas que se deben de tener en cuenta a la hora de escoger un instrumento de evaluación
- Determinar cuál es el instrumento con las mejores propiedades psicométricas.

2. Definición del Trastorno de Estrés Postraumático

El Trastorno del Estrés Postraumático (TEPT) puede aparecer en una persona cuando ha vivido una experiencia cercana a la muerte, una lesión grave o violencia sexual, independientemente de si es real o se trata de una amenaza, lo que puede conllevar que la persona presente síntomas como por ejemplo pesadillas y/o recuerdos intrusivos y recurrentes, entre más síntomas que se encuentran definidos en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014). En la Tabla 1 se pueden ver los criterios monotéticos del DSM-5, es decir, los criterios que tiene que cumplir el individuo para poder ser diagnosticado con el trastorno (Delgado Criado, et al., 1994). Mientras que en el Anexo 1 se pueden ver los criterios monotéticos y los politéticos, estos últimos son los criterios que solo hace falta cumplir con algunos de ellos para poder ser diagnosticado.

Tabla 1.

Definición del Trastorno de Estrés Postraumático del DSM-5.

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes.

Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes.

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes.

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes.

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Fuente: American Psychiatric Association (2014)

3. Cambios en la definición y diferencias en el diagnóstico según criterios del DSM-IV o DSM-5

La primera inclusión del Trastorno del Estrés Postraumático fue en el año 1980, con la creación del DSM-III. Desde entonces, ha habido muchos cambios en la definición de este trastorno para lograr llegar a la definición actual recogida en el DSM-5. Cabe mencionar que no ha habido modificación en la definición entre la versión IV y la versión IV-TR del DSM. A continuación, se describen estos últimos cambios,

asimismo, en la Tabla 2 se pueden observar los criterios monotéticos y en el Anexo 2 se pueden ver los criterios monotéticos y politéticos.

Con respecto al criterio A del DSM-IV y del DSM-IV-TR, se puede ver una diferenciación en comparación con este mismo criterio del DSM-5 entre acontecimiento traumático y acontecimiento intenso pero que no llega a ser traumático. En la nueva versión del DSM, este criterio es más específico en relación a los sucesos traumáticos y no se hace referencia al acontecimiento intenso pero no traumático de la versión anterior. Además, se clarifica que solo las personas que trabajen con temas relacionados con el visionado de sucesos traumáticos ya sea por vía electrónica o análoga puedan ser diagnosticadas con este trastorno (Crespo y Gómez, 2012; Elhai, Miller, Ford, Biehn, Palmierir y Frueh, 2012).

En relación al criterio B del DSM-5, no ha sufrido grandes modificaciones. Se aprecia más especificación en relación a los criterios politéticos para una mejor comprensión de los mismos (Crespo y Gómez, 2012; Elhai et al., 2012).

Acerca del criterio C del DSM-5, se aprecia la eliminación de varios criterios politéticos y se agrupan los síntomas de evitación en dos grandes bloques, por un lado, tenemos la evitación de los estímulos internos, como puede ser, los pensamientos, recuerdos, entre otros. Y, por el otro lado, tenemos la evitación a los estímulos externos, tales como lugares en donde se dio el suceso traumático o personas, entre otros.

Conforme al criterios D del DSM-5, se observar la incorporación de algunos de los criterios politéticos del criterio anterior del DSM-IV y DSM-IV-TR. Por otra parte, en la nueva versión, este criterio trata las alteraciones cognitivas, que ya estaban tratadas anteriormente, pero incorpora las alteraciones anímicas.

Referente al criterio E del DSM-5, recoge los síntomas que antes se exponían en el criterio anterior.

En cuanto al criterio F del DSM-5, no hay modificaciones en cuanto al contenido, al igual que con el criterio G de la nueva versión del DSM. Cabe mencionar que los criterios F y G del DSM-5 corresponden a los criterios E y F respectivamente (Crespo y Gómez, 2012). Por último, en la definición del TEPT del DSM-5 se aprecia un último criterio monotético que no existía en las versiones anteriores del DSM. El cual hace referencia a que este trastorno no puede ser explicado por consumo de sustancias, como por ejemplo, medicamentos o sustancias de abuso; o alguna alteración médica.

Tabla 2.

Definición del Trastorno de Estrés Postraumático del DSM-IV.

-
- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):
 - B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:
 - C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:
 - D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (*arousal*) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:
 - 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 del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses **Crónico:** si los síntomas duran 3 meses o más

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses

Fuente: American Psychiatric Association (1997)

De igual modo, se ha propuesto un cambio en la definición de la CIE-11 en comparación con la CIE-10. Uno de los cambios más notorios en la CIE-11 es especificar la existencia de una alteración funcional en el ámbito personal, familiar, social, educacional, ocupacional u otra área importante en la vida del individuo, para así poder diferenciar mejor el TEPT de las reacciones comunes a factores estresantes.

Asimismo, en esta nueva versión de la CIE-11 se ha propuesto la simplificación de la sintomatología requerida para poder hacer el diagnóstico del TEPT, que se resumen en: (1) re-experimentar el evento traumático en el presente y normalmente en forma de imágenes, recuerdos o escenas retrospectivas intrusivos; (2) evitación deliberada de recordatorios del evento traumático, que se puede observar en evitación interna de recuerdos y pensamientos o evitación externa de personas, conversaciones,

actividades o situaciones que pueden reactivar el recuerdo del evento traumático; y (3) percepciones persistentes de un alto nivel de amenaza, como por ejemplo, la hipervigilancia o reacciones de sobresalto desmesuradas (Maercker et al., 2013; Keeley et al., 2016). A continuación, en la Tabla 3 se muestran los criterios de la CIE-10.

Tabla 3.

Definición del Trastorno de Estrés Postraumático de la CIE-10.

- A. El paciente tiene que haber estado expuesto a un acontecimiento o situación estresantes (de corta o larga duración) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que probablemente causaría malestar profundo en casi cualquier persona.
- B. Debe haber recuerdos persistentes de "revivir" el acontecimiento o situación estresantes en forma de reviviscencias ("flashbacks"), recuerdos vívidos o sueños recurrentes, o una sensación de malestar al exponerse a circunstancias parecidas o asociadas al acontecimiento o situación estresantes.
- C. El paciente debe mostrar una evitación real o preferente de circunstancias parecidas o asociadas al acontecimiento o situación estresantes, que no presentaba antes de la exposición al mismo.
- D. Presencia de alguno de los siguientes:
 - 1. Incapacidad para recordar, parcial o completa, algunos aspectos importantes del período de exposición al acontecimiento o situación estresantes.
 - 2. Síntomas persistentes de hipersensibilidad psicológica y activación (ausentes antes de la exposición), que se manifiestan por dos cualesquiera de los siguientes:
 - a) Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
 - b) Irritabilidad o arrebatos de ira.
 - c) Dificultad para concentrarse.
 - d) Hipervigilancia.
 - e) Reacción de sobresalto exagerada.
- E. Deben cumplirse los criterios B, C y D dentro de los seis meses del acontecimiento estresante o del fin de un período de estrés (el comienzo diferido más de seis meses puede incluirse en circunstancias especiales, pero debe especificarse claramente).

Fuente: Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 (2000)

Por otra parte, en un estudio realizado por Crespo y Gómez (2016), se analizaron las concordancias para el diagnóstico entre los criterios del TEPT del DSM-IV y los del DSM-5. Para realizar el estudio, los 166 participantes contestaron el test llamado Escala

de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP). Cabe destacar que este instrumento se basa en los criterios del TEPT del DSM-IV, pero a su vez también incluye algunos síntomas, como por ejemplo, la culpa, la desconfianza, sentimientos de miedo, desapego, despersonalización y una disminución del valor propio, que se encuentran definidos en los nuevos criterios del DSM-5.

Los resultados mostraron una alta concordancia entre las dos clasificaciones. Asimismo, se demostró que hubo un descenso del 1,7% de las personas que fueron diagnosticadas bajo los criterios del DSM-IV y que con los nuevos criterios del DSM-5 no presentarían el trastorno. Por otro lado, un 87% de las personas se mantienen en su categoría independientemente de qué criterios se aplicaron. Estos resultados concuerdan con los resultados encontrados por Elhai et al. (2012), en donde encontraron que cambiando los criterios del DSM-IV al DSM-5 para diagnosticar a la misma muestra, la prevalencia del TEPT no variaba significativamente. Pero difieren de los resultados encontrados por Calhoun et al. (2012), en donde se encontró que existe una mayor prevalencia del TEPT (52% frente al 50%) cuando las personas eran diagnosticadas con los criterios del DSM-5. Igualmente, un 14% de la muestra cambio de categoría dependiendo de los criterios que se usasen.

Otro dato interesante que encontraron Crespo y Gómez (2016) fue que las personas diagnosticadas con los criterios del DSM-IV y posteriormente no les aplicaron los criterios del DSM-5 eran principalmente víctimas indirectas y una persona cercana a ellos había sufrido el evento traumático. Estas personas también mostraban menos respuestas de miedo dado que ellos no habían presenciado el evento traumático, también presentaban menos comportamientos de evitación, ya sean hacia los recuerdos o hacia los recordatorios externos. Por otra parte, las personas que solo fueron diagnosticadas bajo los criterios del DSM-5 presentaban más comportamientos de evitación de recuerdos, respuestas de sobresalto, veían el mundo como un lugar peligroso y desapego.

Es importante mencionar que este estudio ha tenido limitaciones, tales como que el instrumento usado (EGEP) no se ajusta perfectamente a los nuevos criterios del DSM-5, además de que la muestra que escogieron tenía una alta prevalencia de este trastorno.

4. Propiedades psicométricas

Los instrumentos de medida tienen que presentar unos requisitos psicométricos mínimos, es decir, todos los instrumentos necesitan una fiabilidad y validez adecuadas para obtener unos datos objetivos y así poder hacer una idónea intervención psicológica para las personas. Cuando los instrumentos de medición presentan estas características, demuestran que miden el constructo que dicen medir por lo que se podrá replicar los resultados encontrados. Es importante el uso de los test dado que nos proporcionan una vía objetiva de obtener más información sobre la persona, aun así, hay que tener en cuenta otras técnicas, como por ejemplo la entrevista clínica, para obtener la mayor cantidad de información posible de la persona (González, 2007; Muñiz y Fernández-Hermida, 2010).

La fiabilidad de un test es entendida como la consistencia que presenta el instrumento de medida. Es decir, si se presenta varias veces el mismo test a la misma persona en un periodo de tiempo corto, se espera obtener la misma puntuación o una muy similar al primer resultado. Dentro de la fiabilidad, se tienen que tener en cuenta dos aspectos, la estabilidad temporal y la fiabilidad entre jueces. La primera se define como el grado en el que las puntuaciones varían a consecuencia de factores internos y externos al individuo, como por ejemplo, el ambiente. Es importante tenerlo en cuenta dado que algunos test tienen una alta fiabilidad cuando son realizados en periodos de tiempo cortos, pero si el periodo de tiempo aumenta, el test pierde fiabilidad. En relación con el segundo, dos profesionales calculan el índice de fiabilidad por separado y después se comparan los resultados encontrados. Para la comparación se suele utilizar el coeficiente Kappa creado por Cohen (Cohen, 1968; González, 2007).

Una forma de medir la fiabilidad de un test es el uso de la técnica test-retest, también llamada medida de estabilidad. Se caracteriza por la administración de la misma prueba en dos o más ocasiones para así poder relacionar las respuestas de los individuos y establecer su estabilidad. A la hora de aplicar esta técnica, hay que tener en cuenta los diferentes factores que pueden afectar a los resultados, por ejemplo, si el retest se aplica en un periodo de tiempo cercano a la primera administración de la prueba, los individuos pueden acordarse de las respuestas, por lo que pueden sesgar el segundo resultado. Por esta razón, se recomienda que la segunda aplicación del test se

haga en las mismas condiciones que la primera aplicación, además de haber esperado un tiempo prudente entre las dos aplicaciones (Alarcón y Muñoz, 2008).

En cuanto a la validez, se entiende como el grado en el que el test mide lo que dice medir. Existen varios tipos de validez (Pereiro, 2010; Pereiro y Fernández, 2018):

- La validez de contenido, la cual es entendida como la elección apropiada y representativa para la temática que se quiere evaluar;
- la validez predictiva, es definida como la eficacia para predecir algún resultado futuro gracias a las puntuaciones producidas por el test;
- la validez de constructo, la cual hace referencia al concepto que quiere medir el instrumento, es decir, el grado en el que la escala mide el concepto que queremos medir;
- y, por último, la validez discriminante, la cual es entendida como la capacidad del instrumento para encontrar diferencias entre dos grupos.

Para establecer la validez de un instrumento los autores suelen acudir al alpha de Cronbach. Se concluyó que para que el instrumento de medida fuese adecuado, su alpha de Cronbach tendría que tener un valor igual o mayor a 0,7 para los test que tengan una longitud menor o igual a 20 ítems y 0,9 para aquellos instrumentos de medida que tengan más de 20 ítems (Cervantes, 2005).

Por otra parte, cabe definir el término sensibilidad al cambio clínico. Esta terminología hace referencia a la capacidad que tiene un instrumento para hallar un cambio, de manera que cuando se administra el mismo instrumento a la misma persona en varias etapas diferentes de la terapia es para observar el cambio en la sintomatología presente (De Yébenes, Rodríguez y Carmona, 2008).

5. Instrumentos de medida

A continuación, todos los instrumentos que se van a describir están basados en los criterios del DSM-IV, salvo en los casos en los que se exprese específicamente que los instrumentos psicométricos se basan en los criterios del DSM-5. Tras una revisión de las herramientas para evaluar el TEPT encontramos que no se han hecho ajustes a los nuevos criterios, salvo en el caso de la “Escala Revisada de Gravedad de Síntomas del

Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R)” (Echeburúa et al., 2016) que se comentará más adelante. Así a continuación se exponen instrumentos psicométricos que están basados en los criterios del DSM-IV, salvo en el caso en el que se exprese específicamente que el instrumento psicométrico está basado en los criterios del DSM-5. Como se ha venido exponiendo es importante utilizar medidas objetivas para su validación. Asimismo, es importante que estén ajustados a los contextos socioeconómicos, culturales, clínicos de la población diana a la que queremos evaluar. A continuación, en la tabla 4 se presentan los instrumentos que se van a tratar a continuación, con sus respectivas referencias bibliográficas.

Tabla 4.

Presentación de los instrumentos de medida.

Instrumentos psicométricos	Autores	Referencias bibliográficas
“Cuestionario para experiencias traumáticas (TQ)”	Davidson, Hughes y Blazer en el año 1990	Bobes et al., (2000) y Bobes, Portilla, Bascarán, Sáiz, y Bousoño (2002).
“Entrevista CAPS-DX”	Blake, Weathers, Nagy, Kaloupek, Klauminzer, Charney, Keane y Buckley en 1990	Blake, et al. (2000) y Bobes et al. (2000).
“Escala de Trauma Davidson DTS”	Davidson, Book, Colket, Tupler, Roth, David, Hertzberg, Mellman, Beckham, Smith, Davidson, Katz y Feldman en 1997	Bobes et al. (2000); Bobes et al. (2002); Villafañe, Milanesio, Marcellino y Amodei (2003) y Echeburúa et al. (2016).
“Escala TOP-8”	Davidson y Colket en el año 1997	Bobes et al., (2000) y Bobes et al. (2002).
“Índice Global de Duke DGRP”	Davidson, Weisler, Malik y Tupler en 1998	Bobes et al., (2000) y Bobes et al. (2002).
“Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP)”	Crespo y Gómez en el 2012	Crespo y Gómez (2012).
“La Escala Revisada del impacto del Estresor (EIE-R)”	Horowitz, Wilner y Alvarez en 1979	Báguena et al. (2001) y Echeburúa et al. (2016).
“La Escala de Gravedad de	Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua en	Echeburúa et al. (1997)

Síntomas del Trastorno de 1997.

Estrés Postraumático (EGS)”

“Escala Revisada de Gravedad Echeburúa, Amor, Sarasua, Zubizarreta, Holgado- Echeburúa et al. (2016).

de Síntomas del Trastorno de Tello, y Muñoz en el 2016

Estrés Postraumático (EGS-R)”

Nota: elaboración propia.

5.1. Cuestionario para experiencias traumáticas (TQ)

El primer cuestionario que se va a tratar es el “Cuestionario para experiencias traumáticas (TQ)”, creado por Davidson, Hughes y Blazer en el año 1990 (Bobes et al., 2002). Según Bobes et al. (2002) este cuestionario autoaplicado tiene por objetivo cribar el TEPT. Está formado por 44 ítems los cuales fueron divididos en 3 bloques. El primer bloque consta de 17 ítems y sirven para conocer las experiencias traumáticas de las personas. El siguiente bloque se compone de 9 ítems y se utilizan para especificar cuál es el suceso traumático que más preocupa a la persona. Por último, el tercer bloque se constituye por los 18 ítems restantes y sirven para examinar los síntomas que presenta la persona evaluada. Este es el único bloque que se puntúa, cada síntoma equivale a 1 punto, si la persona no presenta ese síntoma equivale a 0 puntos. La puntuación final se hace sumando cuantitativamente los resultados. Asimismo, los autores no especificaron un punto de corte, por lo que a mayor puntuación, mayor gravedad. Los resultados encontrados por Bobes et al. (2000) fueron que este cuestionario no tiene una adecuada validez al poseer un α de Cronbach de 0,67, de igual modo, no consta de una adecuada fiabilidad.

5.2. Entrevista CAPS-DX

Bobes et al. (2000) también analizaron la “Entrevista CAPS-DX” realizada por Blake, Weathers, Nagy, Kaloupek, Klauminzer, Charney, Keane y Buckley en 1990. Este instrumento evalúa de manera objetiva los síntomas del TEPT, además de la frecuencia y gravedad de los síntomas. El bloque que sirve para la evaluación objetiva de los síntomas es denominado CAPS-1, y el bloque que evalúa la frecuencia y la gravedad es el llamado CAPS-2, y estas dos escalas unidas forman CAPS-DX. Esta escala ha de ser administrada por un profesional a tratarse de una entrevista (Bobes et al., 2002).

La escala presenta 30 ítems, de los cuales 22 de ellos son específicos para la intensidad y frecuencia de los síntomas del TEPT. Asimismo, 3 de los ítems totales valoran globalmente la validez de las respuestas del individuo a la vez que la gravedad de los síntomas y los cambios producidos por el proceso terapéutico. Y, por último, los 5 ítems restantes evalúan la intensidad y la frecuencia de 5 características específicas y asociadas a este trastorno. Los ítems están divididos según los criterios del DSM-IV, consistiendo los ítems de 1 al 5 la evaluación del criterio B, los ítems 6 al 12 el criterio

C, los ítems 13 al 17 el criterio D, los ítems 20 al 22 el criterio F, y finalmente los ítems 26 al 30 a características asociadas a este trastorno.

Bobes et al. (2000) para evaluar las propiedades psicométricas de esta escala usaron la regla original propuesta por los autores. Según esta regla, para poder diagnosticar a una persona con este trastorno, el individuo tiene que haber puntuado más de 1 ó 2 puntos en los síntomas. Con respecto a las puntuaciones del ítem 1 al 17, cabe mencionar que, se puntúan de 0 a 4 en dos subescalas las cuales miden la frecuencia y la intensidad de los síntomas, respectivamente. Por lo que aparecen dos subescalas en donde la puntuación mínima es 0, lo que significa que la persona no presenta sintomatología del TEPT; y la puntuación máxima es 68, lo que significa que la persona sufre este trastorno. Para los ítems del 20 al 22 y del 26 al 30 se aplica la misma regla de puntuación. Para los siguientes ítems, la regla de puntuación es diferente. Los ítems 18 y 19 son contestados de forma dicotómica, es decir, 0 ó 1, mientras que para los ítems 23 a 25 se puntúan de 0 a 4, significando 0 que las respuestas son válidas y 4 que las respuestas no son válidas (Blake, et al, 2000; Bobes et al., 2000).

Los resultados de las propiedades psicométricas encontradas por Bobes et al. (2000) fueron 0,94 en cuanto a la fiabilidad y 0,91 en relación a la validez. Estos datos son representativos de los ítems 1 a 17.

5.3.Escala de Trauma de Davidson DTS

En tercer lugar, nos encontramos con la “Escala de Trauma Davidson DTS” creada por Davidson, Book, Colket, Tupler, Roth, David, Hertzberg, Mellman, Beckham, Smith, Davidson, Katz y Feldman en 1997. Esta escala autoadministrada también mide la frecuencia y la gravedad de los síntomas del trastorno de forma subjetiva (Bobes et al., 2002; Echeburúa et al., 2016). Consta de 17 ítems, los cuales están agrupados según los criterios del DSM-IV. Los ítems comprendidos desde el 1º hasta el 4º y el ítem 17º forman parte del criterio B, desde el 5º ítem hasta el 11º corresponden al criterio C y los ítems restantes, es decir, desde el 12º hasta el 16º pertenecen al criterio D. Estos ítems se puntúan en dos subescalas en función de la gravedad y de la frecuencia, la puntuación máxima de cada una de estas subescalas es de 68 puntos, por lo que la puntuación total de esta escala es de 136 puntos. Los autores delimitaron el punto de corte en 40 puntos, por lo que si el individuo supera esta puntuación significa que presenta el trastorno de estrés postraumático.

En relación a las propiedades psicométricas de este instrumento, Bobes et al. (2000) demostraron que posee una adecuada fiabilidad y validez, a la vez que buena sensibilidad al cambio clínico provenientes del tratamiento. Además de concluir que es el instrumento más adecuado para ver el efecto que produce el tratamiento del TEPT con respecto a los demás instrumentos examinados. Asimismo, Villafañe, Milanesio, Marcellino y Amodei (2003) también analizaron las propiedades psicométricas de esta escala. Los datos encontrados fueron los siguientes, en relación a la validez del test, el alpha de Cronbach fue de 0,99 en la subescala de frecuencia, y 0,97 en la subescala de gravedad. Respecto a la fiabilidad del test, estos autores utilizaron el método de test-retest con un intervalo de 2 semanas entre cada administración del test. El coeficiente de correlación encontrado fue de 0,87. Estos datos demostraron que es una escala idónea para evaluar este trastorno.

5.4. Escala TOP-8

Por otra parte, Bobes et al. (2000) también analizaron la “Escala TOP-8”. La creación de esta escala fue en 1997 por Davidson y Colket. Es una escala que ha de ser administrada por un profesional por medio de una entrevista para evaluar la gravedad de los síntomas del TEPT y para evaluar los efectos del tratamiento. Consiste en 8 ítems que engloban los criterios B, C y D del DSM-IV. Cada uno de estos ítems se puntúan de 0 a 4, siendo 0 la no existencia de sintomatología y 4 la presencia de una sintomatología grave. Por lo que la máxima puntuación es de 32. Los autores de esta escala definieron diferentes puntos de corte. Si el individuo puntúa de 0 a 7, no presenta los síntomas del TEPT; pero si puntúa más o igual a 12, la persona presenta sintomatología del TEPT. Cabe destacar que si la persona acude a terapia y baja más o igual a un 40% de su primera clasificación, significa que el tratamiento es adecuado (Bobes et al., 2000; Bobes et al., 2002).

En este caso, los resultados del estudio mostraron que esta escala posee una adecuada validez y sensibilidad al cambio, dado que el resultado obtenido en cuanto a la validez es de un coeficiente de 0,79 en el alpha de Cronbach. Sin embargo, en las dimensiones de la escala que corresponden a los criterios B (“*el acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente*”) (American Psychiatric Association, 1997) y C (“*evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotellamiento de la reactividad general del individuo*”) (American Psychiatric Association, 1997) del

DSM-IV, no se obtuvieron datos satisfactorios sobre la fiabilidad porque sus puntuaciones fueron 0,77, 0,80 y 0,68 respectivamente (Bobes et al., 2000).

5.5. Índice Global de Duke DGRP

Por último, Bobes et al. (2000) analizaron el “Índice Global de Duke DGRP”, el cual fue realizado por Davidson, Weisler, Malik yTupler en 1998. Esta escala es utilizada para realizar una evaluación global del TEPT y para observar los resultados del paciente en tratamiento. Tiene que ser aplicada por un clínico y consta de 4 ítems, de los cuales los 3 primeros examinan la mejoría del cliente en relación a los 3 criterios del DSM-IV y el último ítem analiza la mejoría en global del TEPT. Estos ítems se puntúan entre 1 y 7, siendo 1 una gran mejoría con respecto a la sintomatología del TEPT, y 7 siendo la no evolución en la mejoría de la sintomatología. Se comparan los resultados al principio de la terapia y durante la terapia. Los autores no describieron un punto de corte dado que los resultados se basan en la percepción subjetiva del paciente a raíz de una escala descriptiva (Bobes et al., 2000; Bobes et al., 2002). No se dispone información acerca de las propiedades psicométricas de esta escala (Bobes et al., 2000).

5.6. Escala de Evaluación Global del Estrés Postraumático (EGEP)

Por su parte, Crespo y Gómez (2012) realizaron un nuevo cuestionario para evaluar el TEPT basándose en los criterios del DSM-IV-TR. Este instrumento de medida lo nombraron “Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP)”. Los objetivos para la creación de esta escala eran concebir un instrumento que fuese de fácil y reducida aplicación; poseer buenos datos psicométricos y adaptados a la población española, independientemente de cuál era el suceso traumático que habían sufrido las personas; que se incluyesen los criterios del TEPT, en este caso los presentes en el DSM-IV-TR, además de otros criterios que ayudasen en el tratamiento de las personas; que relacionase los síntomas con el acontecimiento traumático.

Esta escala es autoaplicada y consta de 62 ítems, los cuales se dividen en 3 bloques. El primer bloque está integrado por 27 ítems y buscan información sobre los acontecimientos traumáticos. En este apartado hay una lista de los 11 sucesos traumáticos más comunes y la persona puede señalar varios a la vez. A continuación, hay unos ítems que sirven para que para identificar si todos los sucesos que ha señalado anteriormente los ha vivido en persona o si los ha presenciado alguien cercano a ella. Aquí, la persona también tiene la opción de marcar todas las respuestas que desee. Más

adelante, la persona ha de señalar cuál es el suceso traumático que le causa malestar en la actualidad, y tiene que describirlo. Y, en relación con este último suceso, en la escala contiene ítems para que el individuo clasifique la gravedad, la frecuencia, el momento, las implicaciones del acontecimiento y especificar si este se definió por respuestas de miedo, indefensión u horror.

El segundo bloque está constituido por 28 ítems y el objetivo de estos ítems es la identificación de los síntomas. El individuo, en este bloque, tiene que señalar si hay sufrido los síntomas en el último mes, si es así, debe de señalar la gravedad del síntoma en una escala del 0 al 4, significando 0 que la persona no presenta malestar, y 4 que presenta un malestar extremo.

Por último, el tercer bloque consta de 7 ítems que hacen referencia al deterioro funcional de la persona al haber sufrido el acontecimiento traumático. En este apartado, la persona debe marcar las áreas en donde ha sufrido algún deterioro, tales como el área familiar, laboral entre otros.

Gracias a estos tres bloques, esta escala obtiene información sobre distintos elementos. Se extrae información sobre el diagnóstico del TEPT, la gravedad de los síntomas, el número de síntomas que posee la persona, la gravedad de los síntomas subclínicos que están presentes en el individuo y el nivel de deterioro que sufre la persona a consecuencia del TEPT.

En relación a las propiedades psicométricas, cabe destacar que poseen una adecuada validez dado que el coeficiente de alpha de Cronbach hallado fue de 0,92, y una apropiada fiabilidad porque gracias al índice de fiabilidad de los ítems, los datos demuestran que si se eliminase algún ítem de la escala, esta perdería fiabilidad. Asimismo, las autoras, al comparar sus resultados de validez predictiva con los de la escala PDS (Posttraumatic Stress Diagnostic Scale) de Foa (1995) obtuvieron mejores resultados que esta última escala, siendo los resultados de la validez predictiva para la escala PDS 82%, y para la escala EGEP 91% (Crespo y Gómez, 2012). Aunque cabe mencionar que los valores de las propiedades psicométricas de estas escalas son similares dado que el coeficiente del alpha de Cronbach para la escala PDS es de 0,92, y el coeficiente de fiabilidad de test-retest para esta misma escala es de 0,74. Asimismo, para la obtención de estos últimos resultados se utilizó una muestra de población no española (Foa, 1995). Por último, esta escala es útil en el ámbito clínico para evaluar y diagnosticar el TEPT (Crespo y Gómez, 2012).

5.7. Escala Revisada del Impacto del Estresor (EIE-R)

Por otra parte, también existe “La Escala Revisada del Impacto del Estresor (EIE-R)” creada por Horowitz, Wilner y Alvarez en 1979. Esta escala de autoinforme está compuesta por 22 ítems los cuales evalúan los 3 criterios del DSM-IV del TEPT, siendo 7 de estos ítems los que evalúan la intrusión, 8 ítems la evitación y los últimos 7 evalúan la hiperactivación. Es empleada para medir la gravedad de los síntomas de este trastorno, además de calcular los cambios debidos a la terapia. Las propiedades psicométricas son satisfactorias en cuanto a la fiabilidad y validez, dado que su alpha de Cronbach de la escala total es de 0,95. Aunque cabe destacar, en el estudio de Báguena et al. (2001) los resultados de fiabilidad no fueron adecuados, pero esto puede ser debido a que la muestra que se utilizó en este estudio no presentaba el Trastorno de Estrés Postraumático (Báguena et al., 2001; Echeburúa et al., 2016).

5.8. Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS)

De igual modo, Echeburúa et al. (1997) crearon “La Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS)”. Este instrumento se compone de 17 ítems, los cuales se basan en los criterios del DSM-IV, 5 de estos ítems hacen referencia a los síntomas de reexperimentación, 5 a los de hiperactivación y 7 a los de evitación. Las puntuaciones dentro de cada ítem pueden oscilar entre 0 y 3, siendo 0 la no frecuencia e intensidad de los síntomas y 3 la presencia de estos mismos. La puntuación total de la subescala de reexperimentación puede oscilar entre 0 y 15, al igual que la de hiperactivación, y la puntuación en la escala de evitación puede oscilar entre 0 y 21. Por lo que la puntuación total de la escala puede ser entre 0 y 51. Además, este instrumento cuenta con una subescala para evaluar las manifestaciones somáticas causadas por la ansiedad. Esta subescala cuenta con 13 ítems y las puntuaciones de cada ítem también oscilan entre 0 y 3, por lo que la puntuación total de la subescala es de 0 a 39. El objetivo de esta subescala es diferenciar entre los distintos perfiles de las víctimas para así poder orientar la terapia más adecuada para cada individuo.

La escala sirve para estimar los síntomas de este trastorno en personas que han vivido diferentes sucesos traumáticos. Asimismo, tiene que ser aplicada por un profesional. Este instrumento valora el trastorno de una manera objetiva por lo que es de gran utilidad para la creación de dictámenes periciales forenses. En relación a sus propiedades psicométricas, los autores encontraron que poseen unos adecuados niveles de fiabilidad dado que al aplicar el coeficiente de fiabilidad test-retest obtuvieron 0,89;

y de validez ya que el coeficiente de alpha de Cronbach fue de 0,92 con una muestra de personas que presentaban Trastorno de Estrés Postraumático y con personas que no presentaban este trastorno.

Al haber cambiado la definición de este trastorno del DSM-IV al DSM-5, Echeburúa et al. (2016) revisaron su escala heteroaplicada (“La Escala Revisada de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R)”) para adecuarla a los nuevos criterios, creando así la única escala basada en los criterios del DSM-5 y validada en población española.

El instrumento revisado consta de 21 ítems que engloban los nuevos criterios definidos en el DSM-5. De los 21 ítems, 5 hacen referencia a los síntomas de reexperimentación; 3 a los de evitación cognitiva y conductual, 7 a los de alteraciones cognitivas y estado negativo, y 6 a los de aumento de la activación y reactividad psicofisiológica. Se ha utilizado el mismo tipo de puntuación que en la versión antigua de esta escala, por lo que las puntuaciones de cada bloque oscilarían entre 0 y 15 en la escala de reexperimentación; 0 y 9 en la de evitación cognitiva y conductual; 0 y 21 en la escala de alteraciones cognitivas y estado negativo, y 0 y 18 en la escala de aumento de la activación y reactividad psicofisiológica. Por lo que la puntuación total de esta escala podría variar entre 0 y 63. Se estima que una persona presenta un síntoma cuando puntúa con 2 el ítem respectivo. Estos autores han puesto un punto de corte para definir si la persona presenta el trastorno en 20 puntos. Esta escala es útil para planificar el tratamiento de las personas a la vez que para realizar investigaciones clínicas.

Con respecto a sus propiedades psicométricas, posee buenos resultados en cuanto a la validez, dado que el coeficiente de alpha de Cronbach es de 0,91; en cuanto a su fiabilidad, no se han hallado datos. Y, en comparación con los resultados de la versión anterior de esta escala, los nuevos resultados son mejores dado que el coeficiente de alpha de Cronbach, teniendo en cuenta solo a las personas que presentaban este trastorno, es de 0,63.

A continuación, la Tabla 5 muestra un resumen en donde se pueden observar los datos de las propiedades psicométricas de los instrumentos comentados anteriormente. De igual modo, los instrumentos están expuestos de manera descendente en función de los resultados del alpha de Cronbach que presentan las escalas. Cabe destacar que el primer instrumento expuesto es el instrumento que está basado en los criterios de

definición del TEPT del DSM-5, los demás instrumentos están basados en los criterios del DSM-IV, por esa razón aparece en primer lugar (véase Tabla 5).

Tabla 5

Cuadro resumen de las propiedades psicométricas de las escalas en orden descendiente según los resultados del alpha de Cronbach.

Escalas	Validez	Fiabilidad
La Escala Revisada de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R)	0,91	-
Escala de Trauma de Davidson (DTS)	0,99 en subescala de frecuencia 0,97 en la subescala de gravedad	0,87
Escala Revisada del Impacto del Estresor (EIE-R)	0,95	-
La Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS)	0,92	0,89
Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP)	0,92	-
Entrevista CAPS-DX	0,91	0,94
Escala TOP-8	0,79	0,85
Cuestionario para experiencias traumáticas (TQ)	0,67	-
Índice Global de Duke (DGRP)	-	-

Nota: Elaboración propia.

En base a los datos expuestos anteriormente, solo existe una escala validada al español y basada en los criterios del DSM-5. Esta escala es la “Escala Revisada de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R)” creada por Echeburúa, Amor, Sarasua, Zubizarreta, Holgado-Tello, y Muñoz en el 2016. Asimismo, esta escala ha obtenido datos satisfactorios en cuando a su validez (Echeburúa et al., 2016). En relación al mejor instrumento de evaluación del TEPT que

se basa en los criterios diagnósticos del DSM-IV, se puede observar que se trata de la “Escala de Trauma de Davidson (DTS)” creada por Davidson, Book, Colket, Tupler, Roth, David, Hertzberg, Mellman, Beckham, Smith, Davidson, Katz y Feldman en 1997 (Bobes et al., 2000; Bobes et al., 2002; Villafaña, Milanesio, Marcellino y Amodei, 2003 y Echeburúa et al., 2016). Al obtener estos datos satisfactorios en cuanto a la validez, estas dos escalas son las que muestran una mayor capacidad para cuantificar de forma significativa y adecuada el Trastorno de Estrés Postraumático, teniendo en cuenta los criterios diagnósticos en los que se basa cada escala. En contraposición, no se han encontrado datos sobre la escala “Índice Global de Duke (DGRP)”, por era razón, se ha puesto en la última posición.

6. Conclusiones

Referente al objetivo general de este trabajo, los instrumentos para la evaluación del Trastorno de Estrés Postraumático en población española revisados son 10: 1) el Cuestionario para experiencias traumáticas (TQ); 2) Entrevista CAPS-DX; 3) Escala de Trauma de Davidson (DTS); 4) Escala TOP-8; 5) Índice Global de Duke (DGRP); 6) Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP); 7) la Escala Revisada del Impacto del Estresor (EIE-R); 8) la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS); y, 9) la Escala Revisada de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R).

En relación al objetivo específico que trata sobre los cambios de la definición del TEPT en el DSM-5 cabe destacar que se han especificado más los síntomas, además de una reordenación de estos. Y, en referencia a los cambios que se quieren realizar para la nueva versión de la CIE, es decir, la CIE-11, es preciso enfatizar en la especificación de las áreas alteradas si la persona presenta este trastorno, además de la simplificación de los síntomas.

Respecto al objetivo referente a las variables psicométricas que se deben de tener en cuenta a la hora de escoger un instrumento de evaluación, las más importantes son la validez y la fiabilidad del instrumento. En relación a la validez, todos los autores nombrados han tenido se han basado en la medida del alpha de Cronbach. Pero referente

a la fiabilidad, los diferentes autores han escogidos varias maneras de calcular esta variable.

Por último, la escala más conveniente para aplicar hoy en día es la “Escala Revisada de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R)” creada por Echeburúa, Amor, Sarasua, Zubizarreta, Holgado-Tello, y Muñoz en el 2016. Gracias a su validación bajo los nuevos criterios del DSM-5 y de sus propiedades psicométricas idóneas.

7. Limitaciones y prospectiva

En relación a las limitaciones para la realización de este trabajo, cabe destacar que han existido dificultades para la búsqueda de la totalidad de las escalas validadas en población española para la evaluación del Trastorno de Estrés Postraumático. Asimismo, se han encontrado dificultades acerca de la búsqueda de información en el ámbito de la psicometría de los instrumentos de medida del TEPT. Más específicamente en la falta de información sobre todo en relación a los datos sobre la fiabilidad de las escalas. Llegando incluso a no encontrar ninguna información sobre la validez y la fiabilidad en el instrumento “Índice Global de Duke (DGRP)”.

Respecto a la prospectiva, en este trabajo se ha realizado una recopilación sobre los diferentes instrumentos psicométricos que evalúan el Trastorno de Estrés Postraumático y sus propiedades psicométricas. Cabe destacar que se ha visto una falta de instrumentos validados en población española y que estén basados en los criterios del DSM-5, por lo que una vía de estudio podría ser la validación de los instrumentos psicométricos de evaluación del TEPT ya existentes y transformarlos para que se ajusten a los criterios del DSM-5, dada la falta de instrumentos validados en población española que se basen en los criterios diagnósticos del DSM-5.

8. Referencias bibliográficas

- Alarcón, A. M., y Muñoz, S. (2008). Medición en salud: Algunas consideraciones metodológicas. *Revista Médica de Chile*, 136(1), 125-130. doi:10.4067/s0034-98872008000100016
- American Psychiatric Association (1997). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR*. Barcelona: Elsevier-Masson.
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Báguena, M. J., Villarroya, E., Beleña, A., Díaz, A., Roldan, C., y Reig, R. (2001). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala revisada de impacto del estresor (EIE-R). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(114), 581- 604.
- Blake, D., Weathers, F., Nagy, L., Kaloupek, D., Klauminzer, G., Charney, D., Keane, T., y Buckley, T.C. (2000). *Clinician-administered PTSD scale (CAPS)*. Boston: National Center for PTSD.
- Bobes, J., Calcedo-Barba, A., García, M., François, M., Rico-Villademoros, F., González, M.P., Bascarán, M.T., Bousoño, M. y Grupo español de trabajo para el estudio del trastorno por estrés postraumático (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28(4), 207-218.
- Bobes, J., Portilla, M.P., Bascarán, M.T., Sáiz, P.A., y Bousoño, M. (2002). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: Psiquiatría Editores, S.L.

- Calhoun, P.S., Hertzberg, J.S., Kirby, A.C., Dennis, M.F., Hair, L.P., Dedert, E.A., y Beckham, J.C. (2012). The Effect of Draft DSM-V Criteria on Posttraumatic Stress Disorder Prevalence. *Depression and Anxiety*, 29(12), 1032–1042. doi:10.1002/da.22012
- Castro, M. (2011). ¿Qué sabemos de la medida de las competencias? Características y problemas psicométricos en la evaluación de competencias. *Bordón*, 63(1), 109-123.
- Cervantes, V.H. (2005). Interpretaciones del coeficiente alpha de Cronbach. *Avances en Medición*, 3(1), 9-28.
- Cohen, J. (1968). Weighted kappa: Nominal scale agreement provision for scaled disagreement or partial credit. *Psychological Bulletin*, 70(4), 213–220. doi:10.1037/h0026256
- Crespo, M. y Gómez, M.M. (2012). La evaluación del Estrés Postraumático: presentación de la Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP). *Clínica y Salud*, 23(1), 25-41. doi:10.5093/cl2012a4
- Crespo, M. y Gómez M.M. (2016). Diagnostic concordance of DSM-IV and DSM-5 Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in a clinical sample. *Psicothema*, 28(2), 161-166. doi: 10.7334/psicothema2015.213.
- Delgado Criado, M., González, A., Moreno Pérez, A., Pérez, E., Ponte Velón, N., y Sierra, A. C. (1994). ¿Locos o malos? Una revisión del trastorno de personalidad antisocial o disocial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 14(51), 611-632.
- De Yébenes Prous, M. J. G., Rodríguez Salvanés, F., y Carmona Ortells, L. (2008). Sensibilidad al cambio de las medidas de desenlace. *Reumatología Clínica*, 4(6), 240–247. doi:10.1016/s1699-258x(08)75545-1

- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P.J., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997). Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(90), 5033-526.
- Echeburúa, E., Amor, P.J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F.P. y Muñoz, J.M. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia Psicológica*, 34(2), 111-128. doi:10.4067/s0718-48082016000200004
- Editorial Médica Panamericana. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10*. Madrid.
- Elhai, J.D., Miller, M.E., Ford, J.D., Biehn, T.L., Palmieri, P.A. y Frueh, B.C. (2012). Posttraumatic stress disorder in DSM-5: estimates of prevalence and symptom structure in a nonclinical sample of college students. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(1), 58-64. doi:10.1016/j.janxdis.2011.08.013
- Ferrando, L., Galea, S., Sainz, E., Mingote, C., García-Camba, E., Fernández, A. y Gabriel, R. (2011). Long-term psychopathology changes among the injured and members of the community after a massive terrorist attack. *The journal of the Association of European Psychiatrist*, 26(8), 513-517. doi:10.1016/j.eurpsy.2010.07.009
- Foa, E.B. (1995). *PDS: Posttraumatic Stress Diagnostic Scale: manual*. Pearson.
- Gabriel, R., Ferrando, L., Sainz, E., Mingote, C., García-Camba, E., Fernández, A. y Galea, S. (2007). Psychopathological consequences after a terrorist: an epidemiological study among victims, the general population and police officers. *European Psychiatry*, 22(6), 339-346. doi:10.1016/j.eurpsy.2006.10.007
- González, F.M. (2007). *Instrumentos de evaluación psicológica*. Cuba: Editorial Ciencias Médicas.

- Haro, J.M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., Alonso J. y el Grupo ESEMeD-España. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126(12), 445-451. doi:10.1157/13086324
- Hernández, A., Ponsoda, V., Muñiz, J., Prieto, G. y Elosua, P. (2016). Revisión del modelo para evaluar la calidad de los test utilizados en España. *Papeles del Psicólogo*, 37(3), 192-197.
- Keeley, J.R., Reed, G.M., Roberts, M.C., Evans, S.C., Robles, R., Matsumoto, C., Brewin, C.R., Cloitre, M., Perkonig, A., Rousea, C., Gureje, O., Lovell, A.M., Sharan, P. y Maercker, A. (2016). Disorders specifically associated with stress: a case-controlled field study for ICD-11 mental and behavioural disorders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(2), 109-127. doi:10.1016/j.ijchp.2015.09.002
- Maercker, A., Brewin, C.R., Bryant, R.A., Cloitre, M., Van Ommeren, M., Jones L.M., Humayan, A., Kagee, A., Llosa, A.E., Rousseau, C., Somasundaram, D.J., Souza, R., Suzuki, Y., Weissbercker, I., Wessely, S.C., First, M.B., Reed, G.M. (2013). Diagnóstico y clasificación de trastornos específicamente relacionados con el estrés: propuestas para la ICD-11. *World Psychiatric Association*, 12, 198-206.
- Muñiz, J. y Fernández-Hermida, J.R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los tests. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 108-121.
- Pereiro, C. (2010). *Manual de adicciones para médicos especialistas en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Pereiro, C. y Fernández, J.J. (2018). *Guía de adicciones para especialistas en formación*. Valencia: Socidrogalcohol.
- Villafañe, A., Milanesio, M.S., Marcellino, C.M. y Amodei, C. (2003). La evaluación del Trastorno por Estrés Postraumático: aproximación a las propiedades

psicométricas de la Escala de Trauma de Davidson. *Evaluar*, 3, 80-93.
doi:10.35670/1667-4545.v3.n1.608

9. Anexos

Anexo 1.

Definición del Trastorno de Estrés Postraumático del DSM-5.

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
 2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).
 3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)
-

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”).

3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se

acuse a sí mismo o a los demás.

4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).

5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.

6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.

7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.

2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.

3. Hipervigilancia.

4. Respuesta de sobresalto exagerada.

5. Problemas de concentración.

6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).

2. Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

Fuente: American Psychiatric Association (2014)

Anexo 2.

Definición del Trastorno de Estrés Postraumático del DSM-IV.

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. **Nota:** En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

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. **Nota:** En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma
 2. sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. **Nota:** En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible
 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). **Nota:** Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico
 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 re-actividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y 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 (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)
7. sensación de un futuro desolador (p. ej., 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 del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses **Crónico:** si los síntomas duran 3 meses o más

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas

han pasado como mínimo 6 meses

Fuente: American Psychiatric Association (1997)