

## **ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS<sup>1</sup>**

**Enrique Echeburúa<sup>2</sup>**  
**Paz de Corral**  
**Pedro Javier Amor**  
**Irene Zubizarreta**  
**Belén Sarasua**

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos  
Facultad de Psicología. UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO

### **RESUMEN**

*La Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Posttraumático es una escala de evaluación heteroplicada que consta de 17 ítems, basados en los criterios diagnósticos del DSM-IV, y que sirve para evaluar los síntomas de este cuadro clínico en víctimas de diferentes sucesos traumáticos. En este trabajo se describen las propiedades psicométricas de este breve instrumento para evaluar el trastorno de estrés posttraumático. La muestra contó con 175 pacientes aquejados de este cuadro clínico según el DSM-IV, que habían sido víctimas de agresiones sexuales, maltrato doméstico, terrorismo o accidentes de coche, y con una muestra normativa de 463 sujetos. Se analizaron en estas dos muestras la fiabilidad y la validez de la escala. El instrumento mostró una estabilidad temporal y una consistencia interna satisfactorias, así como una validez discriminante, convergente y de constructo*

---

<sup>1</sup> *Agradecimientos.* Este estudio se ha financiado gracias a un convenio de investigación entre la Universidad del País Vasco, el Instituto Vasco de la Mujer, las Diputaciones de Vizcaya y Álava y el Ayuntamiento de Vitoria. El tercer autor cuenta con una beca de investigación predoctoral del Gobierno Vasco (proyecto nº BFI96.080).

<sup>2</sup> Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco. Avda. de Tolosa, 70. 20009 San Sebastián

*adecuada. Se presentan y comentan los resultados obtenidos con el análisis factorial. Esta escala, que es sensible al cambio terapéutico, parece un instrumento útil y puede ser de interés para planificar el tratamiento y las investigaciones clínicas.*

**Palabras clave:** *TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO. EVALUACIÓN. ENTREVISTA ESTRUCTURADA.*

## **SUMMARY**

*The Severity of Symptom Scale of Posttraumatic Stress Disorder is a new 17-item structured interview based in DSM-IV criteria and intended to assess the symptoms of this mental disorder in victims of different traumatic life-events. This paper describes the psychometric properties of this brief instrument for assessing posttraumatic stress disorder. The sample consisted of 175 patients -selected according to DSM-IV criteria, who had been victims of rape, family violence, terrorism and motor vehicle accidents, and 463 people from the general population. These two samples were used to analyze the reliability and validity of the interview. The instrument showed high internal consistency and test-retest reliability, as well as good discriminant, concurrent and construct validity. The results of factor analysis are presented and discussed. The interview, which is sensitive to therapeutic changes, appears to be a sound instrument and should prove useful for treatment planning and research.*

**Key words:** *POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER. ASSESSMENT. STRUCTURED INTERVIEW.*

## **INTRODUCCIÓN**

Según el *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994), el trastorno de estrés postraumático 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 y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión.

A diferencia del *DSM-III-R* (American Psychiatric Association, 1987), el suceso vivido no tiene que encontrarse necesariamente fuera del marco

habitual de la experiencia humana. De este modo, se eliminan unos componentes de subjetividad -la demarcación del límite de lo que es el marco habitual de la experiencia humana- y de imprecisión -la exposición a estresores comunes puede ser también marcadamente angustiante (Solomon y Canino, 1990)- que estaban presentes en el *DSM-III-R*. De hecho, el trastorno de estrés postraumático ya no se limita a los ex combatientes, a las personas torturadas, a los supervivientes del terrorismo o, en todo caso, a las mujeres agredidas sexualmente, sino que se extiende a las víctimas de violencia familiar, a los accidentados de tráfico e incluso a las personas diagnosticadas de enfermedades mortales o, cuando menos, incurables.

El cambio fundamental introducido por el *DSM-IV* en la definición del trastorno es el énfasis en la reacción de la persona y no tanto en el tipo de acontecimiento traumático (Barlow, 1993; Echeburúa y Corral, 1995). Por ello, si ya en la categorización de este cuadro clínico lo importante no es el tipo de suceso sufrido -algo fácil de objetivar- sino la reacción de la víctima -algo mucho más subjetivo-, resulta imprescindible en la clínica contar con instrumentos de medida fiables y válidos que sean adecuados para evaluar las conductas y las emociones de las víctimas (*cf.* Foa, Rothbaum y Steketee, 1993) con vistas a la intervención terapéutica.

Desde otra perspectiva, el establecimiento preciso de la tasa de prevalencia o de la presencia de diferentes variantes de este trastorno no puede hacerse al margen de la existencia de unos instrumentos de evaluación adecuados. En concreto, el diagnóstico de un *trastorno de estrés postraumático parcial* (Jordan, Schlenger, Hough, Kulka, Weiss, Fairbank y Marmar, 1991) o de un *subsíndrome del trastorno de estrés postraumático* (Hickling y Blanchard, 1992), referido en este último caso a la presencia de dos de los tres núcleos de síntomas (reexperimentación y evitación o activación), requiere medidas de valoración adecuadas.

Al margen de la clínica, la evaluación objetiva del trastorno de estrés postraumático resulta imprescindible en los dictámenes periciales forenses en el ámbito del derecho penal (cuando se trata de evaluar la veracidad de una relación sexual no consentida) o del derecho civil (cuando se trata de evaluar la existencia del daño psicológico derivado de un accidente de tráfico a efectos de la obtención de una indemnización).

Desde la introducción por vez primera del trastorno de estrés postraumático en el *DSM-III* (American Psychiatric Association, 1980) se han desarrollado diversos autoinformes y entrevistas estructuradas para evaluar este cuadro clínico.

Las entrevistas específicas más utilizadas en la actualidad, basadas en el *DSM-III-R* (APA, 1987), son la *Structured Clinical Interview for PTSD DSM-III-R (SCID)* (Spitzer, Williams y Gibbon, 1987) y la *Clinician Administered PTSD Schedule (CAPS)* (Blake, Weathers, Nagy, Kaloupek, Klauminzer, Charney y Keane, 1990).

Una limitación de la *SCID* es que, diseñada con un enfoque categorial, no permite evaluar la gravedad y frecuencia de cada uno de los síntomas del trastorno. La *CAPS* no presenta esta limitación e incluso establece unas puntuaciones por separado para cada una de ellas, pero, sin embargo, al haberse diseñado para la aplicación a ex combatientes, no es igualmente aplicable a otro tipo de víctimas, sobre todo cuando se quiere analizar la posible existencia del *subsíndrome del trastorno de estrés postraumático* (Blanchard, Hickling, Taylor, Forneris, Loos y Jaccard, 1995).

En cuanto a los autoinformes, los más citados son el *Impact of Event Scale (IES)* (Horowitz, Wilner y Álvarez, 1979; Zilberg, Weis y Horowitz, 1982), la *MMPI PTSD Subscale* (Keane, Malloy y Fairbank, 1984), la *Mississippi Scale for combat-related PTSD* (Keane, Caddell y Taylor, 1988) y la *PTSD Symptom Scale (PSS)* (Foa, Riggs, Dancu y Rothbaum, 1993).

La ventaja del *IES* es que se trata de un instrumento muy breve (15 ítems) y fácil de aplicar, pero cuenta con una limitación importante: al ser un autoinforme elaborado en 1979 (es decir, antes de la conceptualización del trastorno de estrés postraumático), abarca sólo dos (intrusión y evitación) de las tres subescalas de este cuadro clínico (Watson, Kucala, Juba, Manifold y Anderson, 1991). Por otra parte, y quizá por este mismo motivo, las correlaciones obtenidas con otros autoinformes específicos del trastorno de estrés postraumático son relativamente bajas (Hovens, Van der Ploeg, Bramsen, Klaarenbeek, Schreuder y Rivero, 1994).

La *Subescala del PTSD del MMPI*, derivada empíricamente del MMPI, presenta aún más limitaciones. No hay una correspondencia estricta entre este instrumento y los criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático en el *DSM-III* (la versión vigente en el momento de elaboración de la escala). Por ello, los resultados obtenidos con este autoinforme han sido contradictorios en distintas investigaciones (por ejemplo, Kulka, Schlenger, Fairbank, Jordan, Hough, Marmar y Weiss, 1991; Van der Ploeg, Sison y Hickling, 1987).

La *Escala de Mississippi del PTSD derivado del combate* es breve (35 ítems), se relaciona bien con los criterios diagnósticos del *DSM-III* y cuenta con buenas propiedades psicométricas. Hay una adaptación al español

de Almanza, Páez, Hernández, Barajas y Nicolini (1996) llevada a cabo con una muestra de soldados mexicanos. El inconveniente más importante es que se ha validado con ex combatientes y se ha aplicado fundamentalmente a este tipo de pacientes. No es por ello extraño que los resultados obtenidos con una versión adaptada a la población civil sean menos fiables y que los análisis factoriales confirmatorios sean también divergentes (Vreven, Gudanowski, King y King, 1995).

La *Escala de Síntomas del PTSD (PSS)* es un instrumento breve (17 ítems) que se presenta en dos formatos (autoinforme y entrevista). La validación de esta escala, adaptada a los criterios diagnósticos del DSM-III-R, se ha llevado a cabo con mujeres víctimas de agresiones sexuales y de atracos. Las propiedades psicométricas de este instrumento en relación con la fiabilidad test-retest, la consistencia interna y la validez concurrente son satisfactorias. La principal limitación de esta escala es que se refiere a un marco general (el trastorno de estrés postraumático) y que, sin embargo, se ha validado sólo con mujeres y con un determinado tipo de víctimas (de agresiones sexuales y de atracos). Este cuadro clínico afecta también a hombres y a otro tipo de sujetos (por ejemplo, víctimas de violencia familiar, personas implicadas en accidentes de tráfico, supervivientes de atentados terroristas, etc.).

En este artículo se presenta una nueva escala de evaluación heteroaplicada, a modo de una entrevista estructurada, que es sensible al cambio terapéutico. La *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático* tiene como objetivo facilitar el diagnóstico de este cuadro clínico desde una perspectiva categorial, pero también medir la severidad del trastorno, al cuantificar cada síntoma según su frecuencia e intensidad. A diferencia de la *CAPS*, en este instrumento la frecuencia e intensidad se valoran de forma conjunta porque existe una correlación elevada entre una y otra modalidad de cada síntoma (Hovens *et al.*, 1994).

## MÉTODO

### Sujetos

Esta escala heteroaplicada ha sido cumplimentada por dos grupos de sujetos:

a) Una muestra clínica de 175 pacientes diagnosticados con el trastorno de estrés postraumático -y no aquejados de otros cuadros psicopatológicos-

según los criterios diagnósticos del *DSM-IV* (APA, 1994), con una edad media de 33,5 años ( $DT=12,7$ ), un porcentaje de mujeres del 92,6% y una antigüedad media del problema de 6 años.

b) Una muestra normativa de 463 sujetos extraídos de la población normal y elegidos aleatoriamente, pero apareados con los pacientes en las variables de *edad y sexo* (Tabla 1). Los sujetos de ambos grupos viven en el País Vasco.

**Tabla 1.- Características de la muestra**

	<b>CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO</b>	<b>MUESTRA NORMATIVA</b>
<b>SUJETOS</b>		
N	175	463
<b>SEXO</b>		
Hombres	13 (7,4%)	135 (29,2%)
Mujeres	162 (92,6%)	328 (70,8%)
<b>EDAD</b>		
$\bar{X}$ (D.T.)	33,5 (12,7)	33,6 (12,7)
Rango	(13-68)	(15-76)

La muestra de pacientes de este estudio está constituida por sujetos que acudieron en busca de tratamiento a diferentes Centros de Asistencia Psicológica (Programas de Atención a Víctimas de Agresiones Sexuales y de Violencia Familiar y Centros de Salud Mental), ubicados en el País Vasco, durante el período comprendido entre enero de 1994 y julio de 1997.

En concreto, la mayor parte de este grupo clínico estuvo compuesta por víctimas de maltrato doméstico (53,1%) y de agresiones sexuales (24,6%), pero también se incluyeron a víctimas de accidentes de tráfico (5,7%), de terrorismo (5,7%) y de otro tipo de sucesos traumáticos (10,9%) (Tabla 2).

**Tabla 2.- Porcentajes de víctimas con trastorno de estrés postraumático en la muestra clínica utilizada**

SUCESOS	VÍCTIMAS CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	
	N	%
<b>AGRESIONES SEXUALES</b>		
Recientes (1-3 meses)	33	18,9%
No recientes (a partir de los 3 meses)	10	5,7%
<b>MALTRATO DOMÉSTICO</b>		
Físico	44	25,1%
Psicológico	49	28%
<b>ACCIDENTES DE TRÁFICO</b>		
Recientes (1-3 meses)	4	2,3%
No recientes (a partir de los 3 meses)	6	3,4%
<b>VÍCTIMAS DE TERRORISMO</b>	10	5,7%
<b>OTROS SUCESOS</b>		
Muerte inesperada de un familiar	7	4%
Ruptura traumática de pareja	5	2,9%
Diagnóstico de enfermedades graves	7	4%
<b>TOTAL</b>	175	100%

### **Instrumento de evaluación**

La *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático*, que funciona a modo de entrevista estructurada, es una escala heteroaplicada que sirve para evaluar los síntomas y la intensidad del trastorno de estrés postraumático según los criterios diagnósticos del *DSM-IV* (APA, 1994).

Esta escala, estructurada en un formato de tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas, consta de 17 ítems, de los que 5 hacen referencia a los síntomas de *reexperimentación*, 7 a los de *evitación* y 5 a los de *hiperactivación*. El rango es de 0 a 51 en la escala global; de 0 a 15 en la subescala de reexperimentación; de 0 a 21 en la de evitación; y de 0 a 15 en la de activación.

Este instrumento cuenta además con una subescala complementaria de manifestaciones somáticas de la ansiedad -única en este tipo de escalas-, que se compone de 13 ítems con una escala de tipo Likert de la misma estructura (rango: 0-39) y que puede ayudar a diferenciar entre distintos tipos de víctimas y a orientar al terapeuta en la elección de estrategias terapéuticas selectivas.

### Procedimiento

A todos los sujetos de este estudio -pacientes y muestra normativa- se les administró individualmente la *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático*. La administración se hizo de forma heteroaplicada -siempre había, por tanto, un investigador al lado del sujeto para aclarar las dudas- y se llevó a cabo en dos ocasiones, con un intervalo de 4 semanas entre ambas.

A los pacientes que acudieron en busca de ayuda terapéutica a los Centros de Asistencia Psicológica se les administró la prueba en el transcurso de las evaluaciones previas al tratamiento.

## RESULTADOS

### Fiabilidad

El *coeficiente de fiabilidad test-retest* -obtenido a partir de la muestra clínica ( $N=175$ ) y de los sujetos normativos ( $N=463$ )- es de 0,89 ( $p<0,001$ ), con un intervalo de 4 semanas. Los datos completos, especificados en cada una de las dos submuestras, respecto a las medias, desviaciones típicas y valores de  $t$  y de  $r$  figuran en la *Tabla 3*.

Por otra parte, el *índice de consistencia interna*, obtenido mediante el coeficiente *alfa* de Cronbach, en el conjunto total de sujetos (pacientes y muestra "normativa") ( $N=638$ ) es de 0,92. Al parcelar la muestra, el coeficiente *alfa* de los pacientes ( $N=175$ ) es de 0,63 y el de los sujetos normativos ( $N=463$ ) es de 0,84. No es extraño, desde una perspectiva estadística, que los valores de las correlaciones sean algo menores cuando, al parcelar la muestra total, los tamaños de las submuestras resultantes son más reducidos.

Tabla 3.- Medias, Desviaciones típicas, valor de t y coeficiente de fiabilidad test-retest (4 semanas de intervalo)

MUESTRA TOTAL (N=638)					
TEST		RETEST		t	r
$\bar{X}$	(D.T.)	$\bar{X}$	(D.T.)		
13,9	(6,94)	13,49	(6,82)	1,42 (n.s.)	0,89*
MUESTRA NORMATIVA (N=463)					
TEST		RETEST		t	r
$\bar{X}$	(D.T.)	$\bar{X}$	(D.T.)		
7,99	(6,95)	7,22	(6,54)	1,73 (n.s.)	0,86*
CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (N=175)					
TEST		RETEST		t	r
$\bar{X}$	(D.T.)	$\bar{X}$	(D.T.)		
29,54	(6,90)	28,95	(6,35)	1,65 (n.s.)	0,83*
* $p < 0,001$					

### Validez

La *validez de contenido* se refiere al grado en que un instrumento de medida abarca una muestra representativa de las conductas que son objeto de evaluación. En el caso concreto de la *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Posttraumático*, se ha procedido a definir este tipo de validez por medio de la determinación del grado en que los ítems de este cuestionario cubren los criterios diagnósticos del *DSM-IV* referidos al cuadro clínico estudiado (código 309.81).

El *DSM-IV* es un sistema politético de clasificación diagnóstica, es decir, que reconoce variantes de síntomas dentro de un mismo trastorno. Por ello,

en el caso concreto del trastorno de estrés postraumático se requiere la presencia de 1 síntoma en el criterio de *reexperimentación*, de 3 en el de *evitación* y de 2 en el de *aumento de la activación*.

Por otra parte, estos síntomas deben prolongarse más de un mes y provocar un malestar clínico significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la vida cotidiana de la persona.

Al realizar el diagnóstico de este cuadro clínico, se debe especificar si el comienzo ha sido *demorado* (entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses) y si el sujeto está en una *fase aguda* (los síntomas duran menos de 3 meses) o en una *fase crónica* (los síntomas duran 3 meses o más) (*cfr.* Echeburúa y Corral, 1995).

Desde esta perspectiva, la validez de contenido de esta escala, que abarca el 100% del contenido de los criterios diagnósticos del *DSM-IV*, puede considerarse totalmente satisfactoria.

**Tabla 4.- Validez discriminante de la escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático y de las diferentes subescalas**

	CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO N= 175		MUESTRA NORMATIVA N=463		t
	$\bar{X}$	(D.T.)	$\bar{X}$	(D.T.)	
<b>ESCALA GLOBAL</b> (Rango 0-51)	29,54	(6,90)	7,99	(6,95)	35 *
<b>ESCALAS ESPECÍFICAS</b>					
<i>Reexperimentación</i> (Rango 0-15)	9,27	(3,24)	3,34	(2,96)	21,10 *
<i>Evitación</i> (Rango 0-21)	10,79	(2,91)	2,32	(2,80)	33,76*
<i>Aumento de la activación</i> (Rango 0-15)	9,42	(3,03)	2,31	(2,65)	27,35 *
* $p < 0,001$					

Tabla 5.- Capacidad discriminativa de cada ítem de la escala

ÍTEM	FRECUENCIA DE RESPUESTAS POSITIVAS <sup>1</sup>		$\chi^2$
	Con estrés posttraumático	Muestra normativa	
<i>Subescala de reexperimentación</i>			
Ítem 1	94,3%	22,7%	266,78 *
Ítem 2	35,4%	6,3%	88,34 *
Ítem 3	40,6%	8,6%	90,11 *
Ítem 4	84,6%	27,6%	167,66 *
Ítem 5	74,3%	21%	157,62 *
<i>Subescala de evitación</i>			
Ítem 6	81,7%	13,8%	267,07 *
Ítem 7	54,3%	10,8%	136,75 *
Ítem 8	12%	4,5%	11,51 *
Ítem 9	81,1%	9,9%	309,83 *
Ítem 10	67,4%	6,5%	264,80 *
Ítem 11	38,9%	4,5%	124,63 *
Ítem 12	75,4%	14,3%	222,05 *
<i>Subescala de activación psicofisiológica</i>			
Ítem 13	70,3%	11,7%	217,72 *
Ítem 14	74,3%	11%	250,18 *
Ítem 15	82,3%	10,8%	306,69 *
Ítem 16	56%	14,5%	114,24 *
Ítem 17	60%	14,3%	135,46 *
* $p < 0,001$			
<sup>1</sup> Se considera respuesta positiva cuando el sujeto responde con una puntuación de 2 o 3 ( <i>bastante</i> o <i>mucho</i> ); respuesta negativa, cuando la puntuación es de 0 o 1 ( <i>nada</i> o <i>poco</i> ).			

En cuanto a la *validez convergente*, se ha establecido, por un lado, una correlación biserial puntual entre la puntuación total de la escala estudiada y la presencia o no del trastorno de estrés postraumático según el diagnóstico categorial del *DSM-IV* (APA, 1994) en la muestra total de sujetos, con el resultado de una correlación alta y significativa ( $r=0,82$ ;  $p<0,001$ ).

Por otro lado, se ha correlacionado la puntuación total de la escala con la de un instrumento -el *Impact Event Scale (IES)*, de Horowitz *et al.* (1979)- que se ha utilizado en esta validación por ser una prueba que mide varios criterios del trastorno de estrés postraumático (concretamente, reexperimentación y evitación) y por haber sido ampliamente utilizada en el ámbito clínico y en la investigación. La correlación resultante ha sido de 0,77 ( $p<0,001$ ).

Desde la perspectiva de la *validez discriminante*, se ha intentado determinar, en primer lugar, si la escala total y las distintas subescalas sirven para discriminar *globalmente* a los pacientes aquejados de este cuadro clínico de los sujetos normativos y, en segundo lugar, si hay algunos ítems que discriminan *específicamente* entre ambos tipos de sujetos. Los resultados figuran en las *Tablas 4 y 5*, respectivamente. Como se puede ver, este instrumento discrimina adecuadamente entre los sujetos normativos y los pacientes aquejados de trastorno de estrés postraumático tanto en la escala global como en las distintas subescalas y lo hace, además, en todos los ítems.

Por otra parte, en la subescala complementaria de *Manifestaciones Somáticas de la Ansiedad* los diferentes ítems también discriminan significativamente entre los sujetos normativos y los pacientes clínicos (*Tabla 6*).

La *validez de constructo* se refiere al grado en que un instrumento mide realmente lo que dice medir (en este caso, el trastorno de estrés postraumático). Si bien la validez de constructo abarca a los otros tipos de validez -y a la estructura factorial del cuestionario- y no puede, por ello, concretarse en un coeficiente determinado, en esta investigación se ha seguido el criterio de otros estudios (por ejemplo, Beck, Steer y Garbin, 1988) y se ha establecido este concepto correlacionando la puntuación de la escala global del instrumento con otros síntomas psicopatológicos presentes en este cuadro clínico, como la depresión, la ansiedad y la inadaptación en diferentes áreas de la vida cotidiana (*cfr.* Echeburúa y Corral, 1995).

Desde esta perspectiva, y según los datos obtenidos en la muestra clínica, la correlación entre la puntuación global obtenida en el instrumento estudiado

con el *Inventario de Depresión de Beck* (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) es de 0,54 ( $p < 0,001$ ); con la *Escala de Depresión de Hamilton* (Hamilton, 1960) es de 0,60 ( $p < 0,001$ ); con el *Inventario de Ansiedad-Estado* de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970) es de 0,62 ( $p < 0,001$ ); y, por último, con la *Escala de Inadaptación* (Echeburúa y Corral, 1987) es de 0,48 ( $p < 0,001$ ).

**Tabla 6.- Capacidad discriminativa de los ítems de la subescala complementaria de manifestaciones somáticas de la ansiedad <sup>1</sup>**

ÍTEM	FRECUENCIA DE RESPUESTAS POSITIVAS		$\chi^2$
	Con estrés postraumático	Muestra normativa	
	<i>Manifestaciones somáticas de la ansiedad</i>		
Ítem 1	33,1%	8,2%	61,77 *
Ítem 2	25,7%	4,3%	63,53 *
Ítem 3	44,6%	12,7%	76,30 *
Ítem 4	21,7%	5,6%	36,47 *
Ítem 5	33,7%	7,6%	69,15 *
Ítem 6	29,1%	5%	72,39 *
Ítem 7	25,7%	3,9%	67,98 *
Ítem 8	45,1%	9,3	105,57 *
Ítem 9	16,6%	2,8%	39,12 *
Ítem 10	18,3%	3,9%	36,45 *
Ítem 11	26,9%	6,5%	49,69 *
Ítem 12	35,4%	10,4%	55,90 *
Ítem 13	50,3%	9,1%	132,96 *

<sup>1</sup> Los ítems de esta subescala no contribuyen a la puntuación total del trastorno de estrés postraumático.

#### **Análisis de la estructura factorial del cuestionario**

Otro aspecto de la validez de constructo del cuestionario es la obtención de dimensiones significativas a partir del análisis factorial. Se ha llevado a cabo para ello un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax.

Tabla 7.- Factores de la escala de síntomas del trastorno de estrés postraumático

FACTORES	Nº DE ÍTEMS	VALOR PROPIO	VARIANZA EXPLICADA
1. Ansiedad	9	7,64	44,9%
2. Depresión	7	1,40	8,2%

Tabla 8.- Saturación de los ítems en los factores de la escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático

ÍTEMS	FACTOR 1 (ANSIEDAD)	FACTOR 2 (DEPRESIÓN)	COMUNALIDAD $h^2$
<i>Subescala de reexperimentación</i>			
Ítem 1*		0,59	0,64
Ítem 2	0,69		0,50
Ítem 3	0,67		0,48
Ítem 4*	0,64		0,61
Ítem 5	0,68		0,61
<i>Subescala de evitación</i>			
Ítem 6*	0,65		0,63
Ítem 7	0,60		0,41
Ítem 8			0,01
Ítem 9		0,76	0,67
Ítem 10		0,79	0,66
Ítem 11		0,70	0,48
Ítem 12		0,77	0,64
<i>Subescala de activación psicofisiológica</i>			
Ítem 13*	0,53		0,49
Ítem 14*		0,58	0,53
Ítem 15*		0,67	0,64
Ítem 16	0,71		0,50
Ítem 17	0,67		0,52
*Los ítems marcados saturan por encima de 0,40 en el factor 1 y en el factor 2. No obstante, se ha considerado oportuno introducirlos sólo dentro del factor en el que su saturación es mayor.			

En la extracción de los distintos factores se han valorado dos criterios: a) presencia de factores con valores propios superiores a 1; y b) significación psicológica de las soluciones factoriales.

En la definición de cada factor sólo se han tomado en consideración aquellos ítems que saturan igual o por encima de 0,40 y que no presentan una saturación de cuantía similar en los otros factores elegidos de la matriz factorial. Este tipo de solución factorial permite rastrear los elementos estadísticamente más representativos de cada núcleo dentro del trastorno de estrés postraumático y fomenta la independencia de los factores obtenidos (*cfr.* Pelechano y Báguena, 1983).

Con estos criterios se han obtenido en la *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático* dos factores (*Tablas 7 y 8*). El primer factor, que abarca 9 ítems, representa una dimensión general de *ansiedad*, es el más global y explica un 44,9% de la varianza. El segundo factor, que comprende 7 ítems, refleja fundamentalmente una dimensión de *depresión* y explica el 8,2% de la varianza.

En resumen, la estructura de esta escala parece consistente. Como se ha podido observar, consta de dos factores que representan unas dimensiones coherentes en sí mismas, con validez aparente y que dan cuenta de algo más del 50% de la varianza.

### **Eficacia diagnóstica del cuestionario**

Tal como se ha mostrado en las *Tablas 4-6*, la escala en su conjunto, y en cada uno de los ítems en particular, permite discriminar significativamente entre los sujetos normativos y los pacientes aquejados de trastorno de estrés postraumático.

El punto de corte propuesto para la escala global es de 15. En este caso la sensibilidad sería del 100% y la especificidad del 93,7%: la eficacia diagnóstica resultante sería del 95,45% (*Tabla 9*), que se puede considerar muy satisfactoria. Ahora bien, una evaluación precisa del trastorno de estrés postraumático requiere que la puntuación total de la escala se distribuya equilibradamente en las diferentes subescalas. De este modo, los puntos de corte propuestos para detectar la gravedad clínica de este trastorno en cada una de las subescalas parciales son los siguientes: reexperimentación, 5 puntos; evitación, 6 puntos; y aumento de la activación, 4 puntos (*Tabla 10*).

**Tabla 9.- Eficacia diagnóstica de la escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático (Punto de corte=15)**

GRUPOS DIAGNÓSTICOS	GRUPOS PREDICHOS POR LA FUNCIÓN DISCRIMINANTE		
	"NORMATIVOS"	CON PTSD	TOTAL
"Normativos"	434	29	463
Con PTSD	0	175	175
<b>Sensibilidad =</b>	$\frac{\text{Verdaderos positivos}}{\text{Total de pacientes}} \times 100 = \frac{175}{175} \times 100 = 100\%$		<b>= 100%</b>
<b>Especificidad = 100 -</b>	$\frac{\text{Falsos positivos}}{\text{Total de normales}} \times 100 = 100 - \frac{29}{463} \times 100 = 93,7\%$		<b>= 93,7%</b>
<b>Eficacia diagnóstica =</b>	$\frac{\text{Total bien clasificados}}{\text{Total global}} \times 100 = \frac{609}{638} \times 100 = 95,45\%$		<b>= 95,45%</b>

**Tabla 10.- Eficacia diagnóstica de la escala global y de las diferentes subescalas del trastorno de estrés postraumático**

	Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad	Eficacia Diagnóstica
<b>ESCALA GLOBAL</b> (Rango 0-51)	15	100%	93,7%	95,45%
<b>ESCALAS ESPECÍFICAS</b>				
<i>Reexperimentación</i> (Rango 0-15)	5	93,71%	70,8%	77,1%
<i>Evitación</i> (Rango 0-21)	6	100%	85,96%	90%
<i>Aumento de la activación</i> (Rango 0-15)	4	100%	74,3%	81,3%
*El diagnóstico del trastorno de estrés postraumático, según esta escala, requiere la superación del punto de corte en la escala global, así como la del punto de corte de cada una de las escalas específicas.				

En resumen, esta escala constituye un instrumento diagnóstico del trastorno de estrés postraumático muy adecuado, que permite, además, cuantificar la gravedad y la sintomatología de este cuadro clínico. Por otra parte, esta escala resulta sensible al cambio terapéutico y, por último, contiene una subescala complementaria de manifestaciones somáticas del estrés, en donde todos los ítems discriminan satisfactoriamente entre la muestra normativa y los pacientes aquejados de este trastorno (*cfr. Tabla 6*).

El formato definitivo de la escala propuesta figura en el *Apéndice 1*.

## CONCLUSIONES

No es exagerado señalar que en la práctica y en la investigación clínica con pacientes aquejados del trastorno de estrés postraumático las entrevistas estructuradas y los autoinformes constituyen los instrumentos fundamentales de evaluación. Más en concreto, las escalas de evaluación heteroaplicadas son de gran ayuda para el diagnóstico de este cuadro clínico y han contribuido a aumentar el acuerdo entre evaluadores (Hovens *et al.*, 1994), sobre todo cuando son empleadas por clínicos experimentados (Williams, Gibbon, First, Spitzer, Davies, Borus, Howes, Kane, Pope, Rounsaville y Wittchen, 1992).

Por ello, resulta oportuno poder contar con la escala presentada en este artículo, que es breve y sencilla de corregir, dispone de unas propiedades psicométricas adecuadas, resulta sensible al cambio terapéutico y, en última instancia, sirve de apoyo a la práctica profesional y a la investigación clínica. No está de más señalar el interés adicional que ofrece desde una perspectiva dimensional, al permitir la cuantificación del trastorno de estrés postraumático, tanto en la escala global como en las diferentes subescalas.

Las diferencias más relevantes en relación con otros autoinformes y entrevistas estructuradas son que la *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático* se ha basado en los criterios diagnósticos del *DSM-IV*, que se ha contado con una muestra más bien amplia - tanto entre los pacientes como en la población normal-, que se han estudiado víctimas heterogéneas (de agresiones sexuales, violencia familiar, terrorismo, accidentes de tráfico, otros traumas, etc.), que se ha validado en una población española y que, de forma complementaria, se ha añadido una subescala de manifestaciones somáticas de la ansiedad.

El trastorno de estrés postraumático es un cuadro clínico complejo que presenta diversos núcleos sintomáticos. En concreto, según el análisis factorial

de la escala, han surgido dos factores claramente diferenciados (uno relacionado con la *ansiedad* y otro con la *depresión*), que, en conjunto, explican más del 53% de la varianza. Quizá ello permita explicar la observación clínica -tan habitual en los pacientes aquejados de este trastorno- de la presencia de síntomas de malestar y desasosiego junto con un nivel de apatía y de desmotivación hacia el futuro.

La eficacia diagnóstica de la escala es muy alta si se establece un punto de corte global de 15 y unos puntos de corte parciales de 5, 6 y 4 en las subescalas de reexperimentación, evitación y aumento de la activación, respectivamente. No debe resultar sorprendente, sin embargo, que el nivel de exigencia en la subescala de reexperimentación sea más alto que en la de activación porque el criterio de reexperimentación es el más relevante del trastorno de estrés postraumático y el que lo diferencia de otros trastornos de ansiedad (Davidson y Foa, 1991; Echeburúa y Corral, 1995).

En suma, se trata de una escala de evaluación heteroaplicada que es poco costosa y resulta útil para diagnosticar y cuantificar el trastorno de estrés postraumático en diferentes tipos de víctimas. Quedan aún, sin embargo, varias incógnitas sin resolver. Por ejemplo, una línea de investigación sugerente, en la que están implicados actualmente los autores de este trabajo, es la determinación de perfiles diferenciales de este cuadro clínico en función de las diferencias individuales y de los tipos de estresores sufridos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Almanza, J.J., Páez, F., Hernández, M., Barajas G. y Nicolini, H. (1996). Traducción, confiabilidad y validez concurrente de dos escalas del trastorno por estrés postraumático. *Salud Mental*, 19, 2-4.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd. ed.)*. Washington, DC. Author.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd. ed. rev.)*. Washington, DC. Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th. edition)*. Washington, DC. Author.
- Barlow, D.H. (1993). Avances en los trastornos por ansiedad. *Psicología Conductual*, 1, 291-300.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Klauminzer, G., Charney D.S. y Keane, T.N. (1990). *Clinician-Administered PTSD Scale-Form 1 (CAPS-1): Current and lifetime diagnosis version*. Boston. National Center for PTSD, Behavioral Science Division.

- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Taylor, A. E., Forneris, C. A., Loos, W. y Jaccard, J.** (1995). Effects of varying scoring rules of the Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) for the diagnosis of post-traumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 471-475.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G.** (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York. Guilford Press.
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Garbin, M.G.** (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five Years of Evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Davidson, J.R. y Foa, E.B.** (1991). Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: Considerations for the DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 346-355.
- Echeburúa, E. y Corral, P.** (1987). *Escala de Inadaptación*. Manuscrito no publicado.
- Echeburúa, E. y Corral, P.** (1995). Trastorno de estrés postraumático. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). *Manual de psicopatología (Vol. 2)*. Madrid. McGraw-Hill.
- Foa, E.B., Riggs, D.S., Dancu, C.V. y Rothbaum, B.O.** (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459-473.
- Foa, E.B., Rothbaum, B.O. y Steketee, G.S.** (1993). Treatment of Rape Victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 256-276.
- Hamilton, M.** (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 53-62.
- Hickling, E. J. y Blanchard, E. B.** (1992). Post-traumatic stress disorder and motor vehicle accidents. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 283-304.
- Horowitz, M.J., Wilner, N. y Álvarez, W.** (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Hovens, J.E., Van der Ploeg, H.M., Bramsen, I., Klaarenbeek, M.T.A., Schreuder, J.N. y Rivero, V.V.** (1994). The development of the Self-rating Inventory for Posttraumatic Stress Disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 172-183.
- Jordan, B.K., Schlenger, W.E., Hough, R., Kulka, R.A., Weiss, D., 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.
- Keane, T.M., Cadell, J.M. y Taylor, K.L.** (1988). Mississippi scale for combat-related posttraumatic stress disorder: three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 85-90.
- Keane, T.M., Malloy, P.F. y Fairbank, J.A.** (1984). Empirical development of an MMPI subscale for the assessment of combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 888-891.

- Kulka, R. A., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Jordan, B. K., Hough, R.L., Marmar, C.R. y Weiss, D.S. (1991). Assessment of posttraumatic stress disorder in the community: Prospects and pitfalls from recent studies of Vietnam veterans. *Psychological Assessment*, 3, 547-560.
- Pelechano, V. y Báguena, M.J. (1983). Un cuestionario de locus de control (LUCAM). *Análisis y Modificación de Conducta*, 9, 5-46.
- Solomon, S.D. y Canino, G.C. (1990). Appropriateness of DSM-III-R criteria for posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 227-237.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto, CA. Consulting Psychologists Press.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. y Gibbon, M. (1987). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Version NP-V*. New York. Biometrics Research Department.
- Van der Ploeg, R.D., Sison, G.F.P. y Hickling, E.J. (1987). A reevaluation of the use of the MMPI in the assessment o combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Personality assessment*, 51, 140-150.
- Vreven, D. L., Gudanowski, D. M., King, L. A., y King, D. W. (1995). The civilian version of the Mississippi PTSD Scale: A psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 91-109.
- Watson, C. G., Kucala, T., Juba, M. P., Manifold, V., y Anderson, P.E.D. (1991). A factor analysis of the DSM-III Post-Traumatic Stress Disorder criteria. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 205-214.
- Williams, J.B.W., Gibbon, M., First, M.B., Spitzer, R.L., Davies, M., Borus, J., Howes, M., Kane, J., Pope, H.G., Rounsaville B. y Wittchen, H.U. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID): Multisite test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry*, 49, 630-636.
- Zilberg, N.J., Weis, D.S. y Horowitz, M.J. (1982). Impact of event scale: A cross-validation study and some empirical evidence supporting a conceptual model of stress response syndromes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 407-414.

APÉNDICE 1

ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

(Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997)

NOMBRE:

Nº:

EDAD:

FECHA:

Colóquese en cada frase la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad del síntoma.

0: NADA

1: UNA VEZ POR SEMANA O MENOS/POCO

2: DE 2 A 4 VECES POR SEMANA/BASTANTE

3: 5 O MÁS VECES POR SEMANA/MUCHO

SUCESO TRAUMÁTICO: .....

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió (meses/años)?: .....

¿Desde cuándo experimenta el malestar?: .....

REEXPERIMENTACIÓN

1. ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones? -----

2. ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso? -----

3. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo? -----

4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? -----

5. ¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? -----

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE REEXPERIMENTACIÓN:  
(Rango 0-15) -----

### EVITACIÓN

1. ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados al suceso? -----

2. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso? -----

3. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso? -----

4. ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas? -----

5. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás? -----

6. ¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)? -----

7. ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)? -----

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE EVITACIÓN:  
(Rango 0-21) -----

**AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN**

- 1. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño? -----
- 2. ¿Está irritable o tiene explosiones de ira? -----
- 3. ¿Tiene dificultades de concentración? -----
- 4. ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso? -----
- 5. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso? -----

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE ACTIVACIÓN: -----  
 (Rango 0-15)

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE  
 ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: -----  
 (Rango 0-51)

*Escala complementaria*

**Manifestaciones somáticas de la ansiedad en relación con el suceso**

- Respiración entrecortada (disnea) o sensación de ahogo -----
- Dolores de cabeza -----
- Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia) -----
- Dolor o malestar en el pecho -----
- Sudoración -----
- Mareos, sensación de inestabilidad o desmayo -----
- Náuseas o malestar abdominal -----
- Sensación de extrañeza respecto a uno mismo o de irrealidad -----

- Entumecimiento o sensación de cosquilleo (parestias) —
- Sofocos y escalofríos —
- Temblores o estremecimientos —
- Miedo a morir —
- Miedo a volverse loco o a perder el control —

Puntuación específica de las manifestaciones  
somáticas de la ansiedad:  
(Rango 0-39) -----

### Trastorno de estrés postraumático

Se requiere la presencia de 1 síntoma en el apartado de reexperimentación; de 3, en el de evitación; y de 2, en el de aumento de la activación.

SÍ

Agudo (1-3 meses)

Crónico (> 3 meses)

Con inicio demorado

NO

### Gravedad del trastorno de estrés postraumático

	PUNTO DE CORTE	PUNTUACIÓN OBTENIDA
<b>ESCALA GLOBAL</b> (Rango 0-51)	15	
<b>ESCALAS ESPECÍFICAS</b>		
<i>Reexperimentación</i> (Rango 0-15)	5	
<i>Evitación</i> (Rango 0-21)	6	
<i>Aumento de la activación</i> (Rango 0-15)	4	