

# La Evaluación del Estrés Postraumático: Presentación de la Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP)

Accésit de la XVIII edició del Premi de Psicologia Aplicada "Rafael Burgaleta" 2011

---

## Posttraumatic Stress Assessment: Introducing the Global Assessment of Posttraumatic Stress Questionnaire

Second prize in the 18th "Rafael Burgaleta" Applied Psychology Awards 2011

María Crespo y M<sup>a</sup> Mar Gómez  
Universidad Complutense de Madrid, España

**Resumen.** Desde su introducción en las clasificaciones diagnósticas, el diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) ha resultado sumamente controvertido, presentando también problemas importantes a la hora de su evaluación. Hasta la fecha el diagnóstico del TEPT se basa fundamentalmente en entrevistas estructuradas que resultan altamente demandantes en tiempo y esfuerzo para ser aplicadas en determinados contextos y servicios. En cuanto a los autoinformes, la mayor parte de ellos resultan muy limitados. El presente artículo introduce un nuevo autoinforme para la evaluación del estrés postraumático en adultos, la Escala Global de Estrés Postraumático (EGEP) con las siguientes características: evaluación de todos los criterios diagnósticos incluidos en el DSM-IV-TR, establecimiento de relación entre la sintomatología y el acontecimiento traumático, validación con población española expuesta a diversos tipos de acontecimientos traumáticos, y aplicación fácil y breve. Se describe el proceso de elaboración de la prueba, la estructura y formato de la misma, y sus principales propiedades psicométricas.

*Palabras clave:* Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), evaluación, diagnóstico.

**Abstract.** The diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) has been highly controversial ever since its inclusion in diagnostic classification systems. Its assessment has also proved troublesome. Up until now, the diagnosis of PTSD has relied essentially on structured interviews, which are highly demanding both in terms of time and effort, and are not very helpful in certain services and settings. Furthermore, the available self-report measures have important limitations. The present paper introduces a new self-report instrument for assessment of posttraumatic stress in adults, the Global Assessment of Posttraumatic Stress Questionnaire. This has the following features: it considers all the diagnostic criteria of the DSM-IV-TR; it establishes the relationship between the actual symptoms and the traumatic event; it is validated in Spanish people who have been victims of different types of traumatic events; and it is brief and easy in its application. The paper includes the description of the instrument's elaboration process, of its structure and format, and its psychometrics.

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

---

La correspondencia sobre este artículo dirigirla debe enviarse a la primera autora al e-mail: mcrespo@psi.ucm.es

## **Introducción: algunas consideraciones sobre el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático (TEPT)**

Desde que las reacciones psicológicas frente a acontecimientos traumáticos se incluyeron como categoría diagnóstica en las clasificaciones al uso, bajo la denominación de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), su conceptualización y definición, y por ende su evaluación, ha ido evolucionando y modificándose, resultando en muchos aspectos enormemente controvertida. El concepto de TEPT cuenta con una historia de algo más de 30 años (desde su inclusión como tal en el DSM III en 1980) en los que ha sido objeto de interés de numerosas revistas científicas, libros y artículos en los campos de la salud, la legislación y la política social a nivel mundial (Williams y Somers, 2002; Wilson, Friedman y Lindy, 2001). Ese interés se ha visto acompañado de algunas interesantes controversias que reflejan los problemas detectados por los profesionales en su uso y aplicación.

Tal vez entre las áreas problemáticas la que ha suscitado mayor debate ha sido la del diagnóstico y clasificación del trastorno. A este respecto, uno de los puntos fundamentales es el relacionado con la definición de acontecimiento traumático y las posibles repercusiones que de ésta se pueden derivar. Hay que tener en cuenta que la definición del acontecimiento traumático resulta esencial en el diagnóstico de un trastorno como el TEPT en el que ese acontecimiento es el origen del cuadro, ya que el diagnóstico tiene como punto de partida la etiología (i.e. el acontecimiento) y no la sintomatología que presenta la persona.

La definición y caracterización del concepto "acontecimiento traumático" ha ido fluctuando en las clasificaciones diagnósticas desde su consideración como un suceso poco habitual y marcadamente angustiante para todo el mundo, a la descripción del mismo como un suceso en el que la vivencia subjetiva (miedo, indefensión u horror) de la persona es fundamental para la determinación del carácter traumático de un determinado suceso.

Aunque posiblemente la inclusión en la definición de acontecimiento traumático de la experiencia subjetiva tuvo como objetivo facilitar la compren-

sión de este concepto, las investigaciones realizadas desde entonces, e incluso las valoraciones profesionales en la comunidad científica, han puesto de manifiesto las dificultades que ha supuesto ampliar el abanico de acontecimientos. Entre estas dificultades, cabe destacar la posibilidad de encontrar a personas diagnosticadas de TEPT a partir de acontecimientos absolutamente distantes como puede ser un superviviente de un campo de concentración o una persona que ha sufrido una caída en su domicilio, en los que la sintomatología puede ser también tan diversa que podrían parecer hasta cuadros diagnósticos diferentes. Por todo ello, se han planteado estudios sobre la sintomatología postraumática de forma específica en los distintos grupos de personas en función del acontecimiento vivido, encontrado que efectivamente según el acontecimiento sufrido prevalecían unos síntomas sobre otros, o incluso aumentaba la probabilidad de desarrollar un TEPT (Breslau, Peterson, Poisson, Scheltz y Lucia, 2004). Entre las características propias del acontecimiento facilitadores para el inicio del TEPT se han señalado (Echeburúa y Corral, 1995): la elevada intensidad del acontecimiento, su alta frecuencia, la exposición al acontecimiento en edades tempranas, y que el agente causante del acontecimiento sea el ser humano.

Por lo tanto, parece que el concepto de acontecimiento traumático se enmarca dentro de una matriz de variables bastante compleja que supone contemplar aspectos muy diversos relacionados tanto con el acontecimiento como con la persona, y que se pueden combinar de múltiples maneras. Así, la modificación de una sola variable de la matriz podría suponer variaciones importantes (e.g. si la persona cuenta o no con apoyo social).

Posiblemente esta gran cantidad de variables relacionadas con el concepto de estrés postraumático hayan dificultado el desarrollo de una descripción consensuada y aprobada por la comunidad científica para el concepto de acontecimiento traumático. Situación que de alguna manera debe ser solucionada porque en función de la definición de acontecimiento traumático que asumamos podríamos encontrar variaciones importantes respecto a aspectos tales como la epidemiología del trastorno.

Otra de las dificultades que ha acompañado al

concepto de TEPT hace referencia a su estrecha relación (o incluso solapamiento) con otro grupo de trastornos con los que comparten determinados síntomas, como son los trastornos del estado del ánimo, los trastornos de ansiedad, los trastornos adaptativos o el duelo, y que puede justificar, al menos en parte, la elevada comorbilidad entre el TEPT y algunos de esos trastornos.

Las dificultades para establecer límites diferenciadores entre el TEPT y estos trastornos tienen una repercusión sobre la caracterización clínica del cuadro que se ha visto reflejada en las clasificaciones diagnósticas, ya que éstas han sufrido a lo largo de la historia inclusiones y exclusiones de diversos síntomas correspondientes al TEPT, como el referido a los posibles sentimientos de culpa o remordimientos por lo sucedido durante el acontecimiento, que continuamente ha sido incluido o excluido en cada revisión del DSM.

Mención especial habría que hacer en este punto a la relación entre TEPT y Trastorno de Estrés Agudo (TEA), del que se diferencia únicamente por un criterio temporal que puede presentar alguna controversia. Esto es, si el cuadro por estrés agudo supone una respuesta frente a un acontecimiento traumático con una duración máxima de un mes, que pasará a formar parte de un cuadro de TEPT cuando supere este criterio temporal ¿no estamos refiriéndonos al mismo cuadro pero con una mayor proyección temporal? Si bien es cierto que no es fácil encontrar una respuesta a esta pregunta, sí que contamos con datos de diversos estudios (Brewin, Andrews, Rose y Kirk, 1999; Bryant y Harvey, 1998; Harvey y Bryant, 1998; Holeva, Tarrier y Wells, 2001; Schnyder, Moergeli, Klaghofer y Buddeberg, 2001; Staab, Grieger, Fullerton y Ursano, 1996) que corroboran la estrecha relación entre estos dos cuadros diagnósticos. Estos estudios reflejan, que entre el 30% y el 83% de las personas que fueron diagnosticadas de TEA posteriormente desarrollaron un TEPT. Sin embargo, las personas con un diagnóstico de TEPT habían recibido con menos frecuencia (entre un 10% un 72%) un diagnóstico de TEA, lo cual posiblemente esté vinculado con el limitado criterio temporal del TEA, ya que para cumplir los criterios diagnósticos propuestos para este cuadro clínico es necesario que la sintoma-

tología no supere el mes y esto puede suponer que algunas de las personas diagnosticadas de TEPT no fuesen evaluadas en el primer mes tras sufrir el acontecimiento traumático y por lo tanto ya no podrían recibir el diagnóstico de TEA.

Por otra parte, también se ha puesto en entredicho la estructura sintomática del TEPT. Un cuerpo cada vez mayor de investigaciones defienden que la actual conceptualización de los síntomas del TEPT que ofrece el sistema de clasificación DSM (i.e. reexperimentación, evitación – embotamiento, e hiperactivación), surgido a partir del consenso de expertos y no siempre de criterios empíricos, no recoge la estructura básica de este trastorno. De la realización de numerosos análisis factoriales han surgido nuevos modelos, que parecen aportar mejores estructuraciones (e.g. Amdur y Liberzon, 2001; Asmundson, Frombach, McQuaid, Pedrelli, Lenox y Stein, 2000). Entre ellos los mejores resultados los han obtenido los modelos factoriales que abogan por separar la sintomatología de evitación de la de embotamiento afectivo, considerando cuatro factores (i.e. reexperimentación, evitación, embotamiento emocional e hiperactivación).

Con el fin de solventar estas dificultades, desde el año 2000 se han realizado numerosas investigaciones sobre el TEPT. Estos estudios han estado vinculados a la realidad social vivida en estos años, especialmente a los atentados del 11 de septiembre en Nueva York, a las guerras de Afganistán e Irak, al terremoto del Océano Índico (Tsunami asiático) y a los atentados del 11 de marzo en Madrid (Schnurr, 2010). Los resultados de estas investigaciones han servido de apoyo para las modificaciones en el cuadro diagnóstico del TEPT que recientemente han sido publicadas por la APA en el *borrador del DSM V* (APA, 2010). La propuesta (véase Tabla 1) supone las siguientes modificaciones respecto a las ediciones anteriores:

- Respecto al criterio A (acontecimiento traumático): la definición se mejora para facilitar la diferencia entre acontecimiento traumático y acontecimiento estresante que no llega al umbral de traumático. Además, esta edición parece que va a prescindir del actual criterio A2 (La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos) que pone

gran valor en el impacto emocional subjetivo de la persona. En consecuencia, la propuesta aboga por volver a una consideración meramente “objetiva” del acontecimiento traumático, obviando la respuesta subjetiva.

- Respecto al criterio B (reexperimentación): solo supone ligeras variaciones en la especificación de algunos de los síntomas, lo que quizá refleje que es este el aspecto menos controvertido de la definición y caracterización del TEPT.
- Respecto al criterio C (evitación): incluye únicamente los síntomas de evitación en los cuales solamente incluye algunas variaciones en la especificación de los síntomas. Al considerar la evitación como criterio independiente la propuesta viene a recoger los resultados de los modelos de cuatro factores anteriormente comentados.
- Respecto al criterio D (alteraciones cognitivas en las cogniciones y el estado de ánimo): su inclusión constituye la principal novedad de la clasificación. Los síntomas definitorios del criterio incluyen los previamente considerados de embotamiento emocional (e incluidos en el criterio C junto con los de evitación), así como la presencia de creencias negativas sobre uno mismo, otros y el futuro (en la línea del modelo de Janoff-Bulman, 1992), y de emociones como culpa, vergüenza, ira,... (esto es, las denominadas emociones secundarias que acompañan a las memorias verbalmente accesibles según la teoría del procesamiento dual de Brewin, Dalgleish y Joseph, 1996).
- Respecto al criterio E (alteraciones en la activación y reactividad): recoge en buena parte los síntomas del criterio de Hiperactivación de las clasificaciones previas, introduciendo como novedad los síntomas relacionados con la presencia de comportamientos irritables y agresivos, o bien temerarios y auto-destructivos.
- Respecto al criterio F (duración de los síntomas): no se introducen modificaciones.
- Respecto al criterio G (afectación de los síntomas en la vida de la persona): no se introducen modificaciones.

## **Problemática de la evaluación del TEPT en adultos**

Pero más allá de las controversias sobre los criterios diagnósticos, tampoco la evaluación de los acontecimientos traumáticos y sus efectos, sean estos considerados un cuadro con diagnóstico propio o no, ha estado exenta de problemas. La revisión de los instrumentos actualmente disponibles (estén o no adaptados al castellano), pone de manifiesto que la principal deficiencia de aquellos que tienen como finalidad el diagnóstico del TEPT es la no inclusión de todos los criterios diagnósticos vigentes para éste. De hecho gran parte de los instrumentos obvian la evaluación del criterio A (la persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático), siendo necesaria la evaluación de éste, ya que si no cabría preguntarse ¿es posible ser diagnosticado de TEPT sin haber sufrido un acontecimiento traumático? Además, es preciso evaluar este criterio porque es precisamente este factor etiológico específico lo que hace al TEPT diferente de otros trastornos de ansiedad (McFarlane, 2000) y porque muchos de los pacientes no relacionan sus síntomas actuales con experiencias traumáticas previas, en ocasiones porque no existe un trauma claro y específico. Incluso se han detectado casos con la sintomatología propia del TEPT tras la exposición repetida a estresores menores (Brewin, Dalgleish y Joseph, 1996). Sólo una evaluación exhaustiva de la historia de acontecimientos traumáticos del sujeto permite comprender la sintomatología del paciente, con la implicación práctica de desarrollar tratamientos eficaces y ajustados a las características de la persona.

Si bien es cierto que los pacientes pueden no relacionar su sintomatología actual con experiencias traumáticas previas, también es cierto que en ocasiones los pacientes omiten la información traumática, bien sea por vergüenza (e.g mujeres víctimas de agresiones sexuales), porque les resulta muy doloroso hablar de ello, o incluso porque la propia sintomatología postraumática, evitación, no favorece las verbalizaciones relacionadas con el acontecimiento traumático. Esto pone de manifiesto la necesidad de evaluar específicamente los acontecimientos traumáticos e indagar la posible

Tabla 1. Propuesta para los criterios diagnósticos del Trastorno de Estrés Postraumático DSM-V (2010)

**A. La persona ha estado expuesta a: muerte o amenaza de muerte o peligro de daño grave, o violación sexual real o amenaza, en una o más de las siguientes maneras:**

- 1) Experimentar uno mismo el acontecimiento.
- 2) Ser testigo del acontecimiento que le ha ocurrido a otro.
- 3) Tener conocimiento de un acontecimiento que le ha ocurrido a alguien cercano o a un amigo.
- 4) Experimentar exposiciones repetidas o de extrema aversión a detalles del acontecimiento (por ejemplo personal de emergencias que recoge partes de cuerpo; agentes de policía expuestos repetidamente a detalles sobre abuso infantil).

**B. Síntomas intrusivos que están asociados con el acontecimiento traumático (iniciados después del acontecimiento traumático), tal y como indican una (o más) de las siguientes formas:**

- 1) Recuerdos dolorosos del acontecimiento traumático, espontáneos o con antecedentes recurrentes, e involuntarios e intrusivos.
- 2) Sueños recurrentes angustiosos en los que el contenido y / o la emoción del sueño están relacionados con el acontecimiento.
- 3) Reacciones disociativas (por ejemplo, flashbacks) en el que el individuo se siente o actúa como si el acontecimiento traumático estuviese ocurriendo (estas reacciones pueden ocurrir en un continuo, en el que la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno).
- 4) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- 5) Importantes respuestas fisiológicas al recordar el acontecimiento traumático.

**C. Evitación persistente de estímulos relacionados con el acontecimiento traumático (iniciados después del acontecimiento traumático), a través de la evitación de una (o más) de las siguientes formas:**

- 1) Evitación de recordatorios internos (pensamientos, sentimientos o sensaciones físicas) que estimulan recuerdos relacionados con el acontecimiento traumático.
- 2) Evitación de recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que estimulan recuerdos relacionados con el acontecimiento traumático.

**D. Alteraciones negativas en las cogniciones y del estado de ánimo que se asocian con el acontecimiento traumático (iniciadas o empeoradas después del acontecimiento traumático), tal y como indican tres (o más) de las siguientes formas:**

- 1) Incapacidad para recordar un aspecto importante del acontecimiento traumático
- 2) Persistente y exageradas expectativas negativas sobre uno mismo, otros, o sobre el futuro
- 3) Culpa persistente sobre uno mismo o sobre los otros sobre la causa o las consecuencias del acontecimiento traumático.
- 4) Estado emocional negativo generalizado- por ejemplo: miedo, horror, ira, culpa o vergüenza.
- 5) Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
- 6) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
- 7) Incapacidad persistente para experimentar emociones positivas

**E. Alteraciones en la activación y reactividad que están asociados con el acontecimiento (iniciadas o empeoradas después del acontecimiento traumático), tal y como indican tres (o más) \* de las siguientes formas:**

- 1) Comportamiento irritable, enojado o agresivo.
- 2) Comportamiento temerario o auto-destructivo.
- 3) Hipervigilancia.
- 4) Respuestas exageradas de sobresalto.
- 5) Dificultades para concentrarse.
- 6) Trastornos del sueño - por ejemplo, dificultad para quedarse o permanecer dormido.

\* Los síntomas necesarios para el cumplimiento de este criterio serán contrastados con datos a nivel empírico.

**F. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C, D y E) se prolongan más de 1 mes.****G. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.****H. Los problemas no se deben a efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una condición médica general.**

presencia de trastornos relacionados con ellos. En esta línea, Escalona, Tupler, Saur, Krishnan y Davidson (1997), encontraron que al evaluar a los pacientes admitidos en una unidad psiquiátrica sólo un 2% habían recibido un diagnóstico TEPT;

sin embargo, cuando se valoró la historia de traumas y el TEPT como parte de un protocolo de investigación hasta un 39% cumplían criterios diagnósticos para el TEPT.

Pero incluso cuando se evalúa el criterio A, no

siempre se hace en su totalidad, obviándose en muchos casos la respuesta de la persona ante la situación, esto es, el componente subjetivo, que aparece como definitorio del carácter traumático del acontecimiento en las clasificaciones DSM más recientes.

Otros criterios frecuentemente omitidos en los instrumentos de diagnóstico del TEPT son el criterio E (duración de los síntomas) y el criterio F (interferencia en la vida del individuo).

Considerando de una manera más amplia los instrumentos para la evaluación del TEPT en general, y no solo los referidos al diagnóstico, se detecta que en ocasiones no establecen una relación entre el acontecimiento traumático y la sintomatología, por lo que no se podría asegurar que la sintomatología actual se relacione con el acontecimiento traumático (e.g. podría estar presente incluso antes del mismo).

Por otra parte, y respecto a la evaluación de la sintomatología del TEPT, cabe mencionar que esta suele ser limitada, ya que la mayoría de los instrumentos evalúan únicamente el número de síntomas que presenta la persona, sin incidir en la frecuencia e intensidad de éstos, y limitándose, además, a los síntomas incluidos en las clasificaciones diagnósticas, obviando por tanto aspectos relevantes de cara fundamentalmente al tratamiento (e.g. la presencia de emociones secundarias que pueden mediatizar la aplicación de técnicas como la exposición).

Otra de las dificultades que presentan los instrumentos de evaluación del TEPT tiene que ver con la metodología empleada en su validación y en concreto con la población de estudio, ya que gran parte de ellos han sido validados con personas que se han expuesto a un único tipo de acontecimiento traumático. Por mencionar solo algunos ejemplos, la Personal Beliefs and Reactions Scale (PBRS) (Resick, 1993) se ha diseñado exclusivamente para una población determinada (víctimas de violación), llegando incluso algunos instrumentos a incluir ítems para poblaciones específicas (e.g. el Harvard Trauma Questionnaire –HTQ– de Mollica, Caspi-Yavin, Bollini, Truong, Tor, y Lavelle, 1992 para refugiados de Indochina). La aplicación de estos instrumentos a población sometida a otro tipo de acontecimientos, resulta, cuando menos, cuestionable.

En la actualidad el diagnóstico del TEPT se basa fundamentalmente en entrevistas (e.g. la entre-

vista CAPS de Blake et al., 1998, que constituye punto de referencia fundamental en esta área) las cuales resultan altamente demandantes en cuanto a tiempo y esfuerzo. En cuanto a las medidas de autoinforme, de los numerosos instrumentos disponibles tan solo la Escala Diagnóstica de Estrés Posttraumático (PDS) (Foa, 1995) y el Cuestionario de Eventos Perturbadores (DEQ) (Kubany, Leisen, Kaplan y Kelly, 2000) se ajustan por completo a los criterios DSM (i.e. estableciendo marco temporal, respuesta emocional al acontecimiento traumático y diferenciación de síntomas que se originaron antes y después del trauma). Por lo que respecta a nuestro país hay que reseñar además que, a excepción de la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT de Echeburúa, Corral, Amor, Sarasua y Zubizarreta, (1997), no existe un instrumento desarrollado y validado con población española, estando buena parte de ellos editados únicamente en inglés o, en el mejor de los casos, simplemente traducidos al castellano.

Por todo ello, podemos concluir, que ningún instrumento de evaluación del TEPT, disponible hasta la fecha en castellano, cuenta con los requisitos necesarios para afirmar que se trata de un adecuado instrumento de evaluación y diagnóstico del TEPT, ya que ninguno de ellos evalúa todos los criterios diagnósticos, establece una relación entre la sintomatología y el acontecimiento traumático, ha sido validado con población española expuesta a diversos acontecimientos traumáticos, ofrece garantías psicométricas adecuadas y con todo ello no resulta muy demandante. Por ello, posiblemente, se han ido generando instrumentos de evaluación del TEPT con el objetivo de cubrir aspectos muy concretos (e.g. evaluación de acontecimientos traumáticos vividos por la persona), dando lugar a una gran cantidad de instrumentos de evaluación del TEPT pero incompletos.

### **Presentación de la escala global de estrés posttraumático (EGEP)<sup>1</sup>**

A la luz de estos datos se plantea la necesidad, por un lado, de desarrollar instrumentos de medida

<sup>1</sup> Se puede obtener información más amplia sobre la prueba en Crespo, M. y Gómez, M. M. (2012). Escala Global de Estrés Posttraumático (EGEP). Madrid: TEA Ediciones.

breves, de fácil aplicación y psicométricamente potentes adaptados a población española que permitan la evaluación integral de la psicopatología del TEPT, incluyendo tanto la identificación y caracterización del acontecimiento traumático (especialmente pertinente en aquellos casos en los que no existe información previa sobre el mismo) como la sintomatología relacionada con dicho acontecimiento, y su diagnóstico; y, por otro, la necesidad de validar estos instrumentos con muestras de personas que se hayan visto sometidas a diferentes tipos de acontecimientos traumáticos.

Con este objetivo se planteó el diseño, desarrollo y validación de un instrumento autoaplicado para la evaluación y diagnóstico del TEPT en adultos en nuestro país, que cumpliera los siguientes requisitos: que evaluara todos los criterios diagnósticos para el TEPT incluidos en las clasificaciones diagnósticas; que incluyera información sobre otros aspectos de la sintomatología postraumática no incluidos en los criterios diagnósticos y relevantes para el tratamiento de los pacientes; que estableciera la relación entre la sintomatología presente y el acontecimiento traumático; que fuera validado con población española y expuesta a diversos tipos de acontecimientos traumáticos; que ofreciera garantías psicométricas adecuadas; y que fuera de aplicación fácil y breve. Una primera presentación de la prueba puede encontrarse en (Crespo y Gómez, 2003).

### **Proceso de elaboración**

El diseño, desarrollo y validación de la prueba se llevó a cabo en dos fases. La primera, tuvo como objetivo el diseño del instrumento de evaluación. Para ello se comenzó elaborando un *listado de acontecimientos traumáticos* que habría de formar parte de la escala, ya que aunque los instrumentos disponibles hasta la fecha suelen recoger un listado de acontecimientos traumáticos, pareció oportuno realizar una nueva propuesta para cubrir determinadas dificultades encontradas. Entre estas, cabe destacar: el limitado número de acontecimientos recogidos en los listados, la no inclusión de determinados acontecimientos traumáticos (e.g. “acoso o maltrato psicológico”, “enfermedad, lesión o intervención médica”), la especificación de determinados acontecimientos dejando

otros al margen (e.g. “accidente industrial” y “accidente de transporte” dejando al margen los accidentes domésticos o los que han podido darse durante actividades de ocio), o la inclusión de consecuencias tras el acontecimiento traumático identificadas como el acontecimiento propiamente (e.g. “sufrir quemaduras”). En la elaboración del listado se tomaron como referencia el Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS; Foa, 1995), el Questionnaire to Rate Traumatic Experiences (TQ; Davidson, Hughes y Blazer., 1990) y el Traumatic Life Events Questionnaire (TLEQ; Kubany, Leisen, Kaplan, Watson, et al., 2000).

Para la determinación final del listado se llevó a cabo un estudio piloto con 44 estudiantes de 4º curso de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. A los participantes se les presentaban una lista con 10 situaciones difíciles o estresantes en formato tabla, en la que tenían que indicar si las habían presenciado o experimentado a lo largo de su vida. Para cada una de estas situaciones los participantes tenían que indicar si lo habían sufrido, si lo habían presenciado en alguna ocasión o si tenían conocimiento de que le sucedió a alguien cercano. Así mismo se les solicitaba que indicasen las dificultades que habían tenido al cumplimentar el documento.

Una vez recogida la información facilitada por los participantes se realizaron las modificaciones que se consideraron oportunas y se llegó al listado definitivo de acontecimientos, en el que se incluían: desastres naturales (e.g. inundaciones, huracán, tornado, terremoto...); accidentes de medios de transporte (coche, tren, avión, barco...); otro tipo de accidentes (laborales, industriales, domésticos, actividades de ocio...); combate o exposición a zona de guerra (en el ejército o como civil); violación, abuso o ataque sexual; acoso (sexual, en el trabajo, por parte de antiguas relaciones...) y maltrato psicológico; violencia física (ataques, asaltos, maltrato...); actos terroristas o de tortura; encarcelamiento, detención o cautividad forzosa; enfermedad, lesión o intervenciones médicas que suponen una amenaza para la vida o la integridad física; muerte de una persona cercana o ser querido; y una categoría adicional para otro tipo de acontecimiento.

Una vez diseñado el listado de acontecimientos traumáticos se pasó a *diseñar la escala* propiamente, siguiendo para ello las directrices de Spector (1992) para el desarrollo de instrumentos de evalua-

ción. En primer lugar se generaron los ítems que iban a formar la escala. En la elaboración de los ítems se tuvieron en cuenta los propuestos en algunos instrumentos de evaluación del TEPT como el Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS; Foa, 1995), la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (EGS; Echeburúa et al., 1997), y la Escala de Inadaptación (EI; Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000). Se optó por incluir además de la sintomatología postraumática descrita en las clasificaciones diagnósticas para el TEPT, determinada sintomatología postraumática, denominada en la prueba Síntomas Clínicos Subjetivos, que hace referencia a la presencia de sentimientos de desvaloración de uno mismo, de culpa y de inseguridad que no han sido recogidos habitualmente en los instrumentos de evaluación del TEPT aunque los estudios (Bordier, Goavec y Serpinet, 1986 y Foa, Tollin, Ehlers, Clark y Orsillo, 1999) manifiestan como frecuentes en las personas que han sufrido un acontecimiento traumático.<sup>2</sup> Para la elaboración de estos ítems se tomó como referencia fundamental el Posttraumatic Cognitions Inventory, PTCI (Foa, et al., 1999).

En este primer momento además de los ítems a incluir y sus alternativas de respuesta, quedó delimitada la estructura de la escala con las secciones que la compondrían así como las instrucciones y el formato de respuesta.

Una vez finalizada la versión inicial de la escala, el instrumento fue *revisado por un grupo de doce expertos en evaluación psicológica y en TEPT*. Para llevar a cabo esta prueba de jueces se diseñó un documento en el que se incluía la prueba diseñada y un cuestionario de evaluación de ésta. La evaluación se centró en los siguientes aspectos de la prueba: relevancia y representatividad de cada ítem, concisión y claridad de la prueba y de cada ítem, adecuación del formato de respuesta y de las instrucciones, aspectos claves y omitidos de la prueba, y validez de contenido. Cada uno de estos aspectos se puntuaba en una escala tipo Likert de 0 – 5. Además se incluyó un apartado en el que se recogían los aspectos claves y omitidos de la prueba. Por último se inclu-

yeron seis ítems para valorar la opinión general de la prueba. A partir de las indicaciones señaladas por el grupo de expertos se realizaron las correspondientes modificaciones llegándose a la versión final de la prueba, a la que se denominó Escala de Evaluación Global de Estrés Posttraumático (EGEP).

En una segunda fase, se validó la escala, aplicando para ello, por personal entrenado, la batería de evaluación desarrollada *ad hoc* que comprendía una parte de evaluación autoaplicada, compuesta por la EGEP además de otros instrumentos de evaluación psicológica, y otra heteroaplicada que consistía en la aplicación de la Entrevista Diagnóstica Internacional CIDI (OMS, 1990), que fue el instrumento seleccionado para ser utilizado como “prueba de oro” para el establecimiento de la calidad diagnóstica de la EGEP. Se optó por utilizar esta entrevista diagnóstica, que se ajusta a los criterios de clasificación CIE, porque es la única entrevista adaptada con población española para la evaluación del TEPT con un tiempo de aplicación no superior a 15 minutos. Sin embargo, tanto el desarrollo de la EGEP como los aspectos teóricos referidos en este trabajo están basados en la clasificación DSM siguiendo indicaciones como las de Montgomery, et al. (2000). Además la Entrevista Diagnóstica Internacional CIDI (OMS, 1990) aunque fue desarrollada y validada por la OMS muestra una correspondencia del 100% a los criterios diagnósticos de la clasificación DSM.

Para la validación de la prueba se contó con 175 personas, mayores de edad, que habían estado expuestas a algún acontecimiento traumático, con una media de edad de 39,21 años, y mayoritariamente mujeres (70%). Todos ellos fueron evaluados de forma individual.

### **Descripción del instrumento**

La versión final de la prueba, consta de 62 ítems divididos en tres secciones:

#### **Sección 1: Acontecimientos**

Esta parte está compuesta por 27 ítems y en ella se recoge la descripción, la reacción emocional ante

<sup>2</sup> Hay que reseñar que si bien la escala se diseñó mucho antes de que se publicara la propuesta de criterios diagnósticos de TEPT para el DSM-V (APA, 2010), estos síntomas aparecen considerados en la misma.



el acontecimiento traumático y la caracterización de este. En primer lugar, se incluye una tabla en la que se listan once tipos de acontecimientos traumáticos anteriormente enumerados más una categoría adicional en la que se ofrece la posibilidad de señalar otro tipo de acontecimiento no incluido en ninguna de las categorías anteriores. Para cada uno de estos tipos de acontecimientos la persona debe señalar si lo ha sufrido, si lo ha presenciado directamente en alguna ocasión, o si tiene conocimiento de que le haya sucedido a alguien cercano, pudiendo marcar tantas opciones como desee.

A continuación de esta tabla, se vuelve a encontrar en esta sección, la misma tabla para que la persona señale aquel acontecimiento que le “ha causado o le causa en la actualidad mayor malestar” de todos los que ha señalado con anterioridad. Una vez seleccionado este acontecimiento, se le pide que lo describa brevemente, reservándose un espacio a tal efecto.

Una vez descrito este acontecimiento, se incluyen 14 ítems (con opciones de respuesta cerrada) para su caracterización, considerando los siguientes aspectos: gravedad (leve-moderada-grave-extrema), momento en que ocurrió el acontecimiento, frecuencia de éste, si la vivencia del suceso se caracterizó por respuestas de miedo, indefensión u horror, e implicaciones del suceso (e.g. amenaza para la integridad física, amenaza para la integridad física de otras personas, lesión grave,...).

## Sección 2: Síntomas

Esta sección, compuesta por 28 ítems, tiene como objeto la identificación de los síntomas experimentado por la persona como consecuencia del acontecimiento traumático, así como una valoración de su gravedad. Los síntomas incluidos abarcan los 17 considerados en los criterios diagnósticos para el TEPT según DSM IV-TR (5 de reexperimentación, 7 de evitación y embotamiento, y 5 de hiperactivación), así como 9 síntomas clínicos subjetivos. Para cada uno de estos síntomas la persona debe señalar si lo ha experimentado o no durante el último mes, y en caso afirmativo ha de indicar el grado de malestar que éste le provoca en una escala de 0-4, siendo 0 nada de molestia y 4 extrema.

Con el fin de especificar si se trata de un TEPT crónico o agudo y si el inicio del trastorno es demorado, se evalúa también en esta sección, el momento de inicio de la sintomatología, así como el tiempo transcurrido entre el acontecimiento y el inicio de la sintomatología, mediante dos ítems con opciones de respuesta cerrada.

## Sección 3: Funcionamiento

La última sección de la prueba evalúa el grado de deterioro funcional ocasionado por los síntomas postraumáticos, valorando su posible interferencia en distintas áreas de funcionamiento. Para ello incluye 7 ítems que hacen referencia a las principales áreas de la vida del individuo (e.g. laboral, familiar,...), debiendo marcar la persona todas aquellas a las que afecta la sintomatología.

La prueba está diseñada de modo que permite obtener información sobre los siguientes aspectos: diagnóstico TEPT, intensidad o gravedad de los síntomas postraumáticos, número de síntomas postraumáticos presentes, intensidad o gravedad de los síntomas clínicos subjetivos, especificación del trastorno (si se trata de un TEPT crónico o agudo, y si es de inicio demorado), y nivel de deterioro en el funcionamiento.

## Propiedades psicométricas

Los 175 participantes en el estudio de validación habían experimentado una media de 6 acontecimientos traumáticos a lo largo de su vida, seleccionando mayoritariamente (80%) algún acontecimiento vivido en primera persona como el que mayor malestar les producía en el momento de la evaluación. En cuanto al tipo, los más frecuentes fueron: acoso o maltrato psicológico (cerca del 23%), accidentes de medios de transporte (20%) y actos terroristas o de tortura (13%), si bien todos los tipos de acontecimientos aparecían en alguna media (a excepción de la exposición a combate o zona de guerra, que no fue identificada como tal por ninguno de los participantes). El 90% de los participantes refirieron que la vivencia del aconte-

cimiento traumático fue grave o extrema y ninguno de ellos la clasificó como leve. La gran mayoría (81%) vivió, presenció o tuvo conocimiento del acontecimiento más de tres meses antes de la evaluación, y más del 50% lo vivió en una única ocasión.

Los resultados encontrados pusieron de manifiesto, mediante el de los coeficientes alfa de Cronbach, que la prueba presentaba una buena *consistencia interna* para la escala total incluyendo sólo los síntomas postraumáticos recogidos en la clasificación diagnóstica (.90), para la escala total incluyendo además de los síntomas postraumáticos recogidos en la clasificación diagnóstica los síntomas clínicos subjetivos (.92), y también para las subescalas de cada grupo de síntomas: reexperimentación (.86), evitación y embotamiento afectivo (.77), hiperactivación (.73) y síntomas clínicos subjetivos (.80).

Además se realizó un análisis pormenorizado de los ítems mediante el cálculo del *índice de fiabilidad de los ítems*, que puso de manifiesto que todos los ítems (salvo el referente a dificultades para recordar algunos aspectos importantes del acontecimiento) suponían una contribución a la escala, ya que su fiabilidad disminuía con la eliminación del ítem.

El análisis de *validez de constructo*, mediante análisis factorial, puso de manifiesto la presencia de cuatro factores que explicaban un 63.31% de la varianza total. El primer factor se denominó embotamiento e hiperactivación, ya que suponía la inclusión de síntomas correspondientes hiperactivación (i.e. los que formarían parte del criterio D de la clasificación DSM) y los síntomas de embotamiento (i.e. los correspondientes a embotamiento dentro del criterio C – Evitación y Embotamiento afectivo- de las clasificaciones DSM). En el segundo factor, que se denominó reexperimentación, se incluyeron todos los síntomas referidos al criterio B- reexperimentación del DSM IV-TR y un ítem (“dificultades para dormir o mantener el sueño”) correspondiente según la clasificación diagnóstica DSM al criterio D-hiperactivación. En el tercer factor, denominado evitación de pensamientos y actividades, se incluyeron los ítems referidos a evitación correspondientes al criterio C- evitación y embotamiento afectivo. En el cuarto factor se incluyó solamente el ítem referido a las dificultades para recordar algún aspecto signifi-

cativo del acontecimiento, que según las clasificaciones DSM correspondería al criterio de evitación y embotamiento emocional.

Para el análisis de la *validez convergente* se analizaron los ítems y las correlaciones entre las subescalas de la prueba. El análisis de ítems puso de manifiesto que todas las correlaciones fueron significativas y todos los ítems obtuvieron correlaciones superiores con la subescala a la que pertenecían que con cualquier otra subescala, siendo en todos los casos superiores a 0.4. Estos resultados parecen apoyarse en los resultados de las correlaciones entre las subescalas (i.e. reexperimentación, evitación y embotamiento, hiperactivación y síntomas clínicos subjetivos, y puntuaciones totales), ya que todas ellas fueron significativas al nivel 0.01.

En el estudio de la *validez predictiva*, mediante la aplicación de curvas COR y los correspondientes análisis de Bayes (en relación con la entrevista CIDI) se establecieron como puntos de corte: 1 para la subescala de reexperimentación, 3 para la subescala de evitación y embotamiento afectivo, 2 para la subescala de hiperactivación, y 2 para la subescala de funcionamiento. Con estos puntos de corte, que coinciden en su totalidad con los que indica la clasificación DSM actual, se obtuvo una sensibilidad del 91%, una especificidad del 75%, un valor predictivo positivo de 0.89, un valor predictivo negativo de 0.78, una eficiencia de 86.11%, un coeficiente de error del 21.97%, un Índice de Youden de 0.66, y un índice Kappa de 0.67 ( $p < .001$ ).

Por último, el estudio de la validez de la EGEP supuso el análisis de la *validez clínica*, en la que se encontró que los participantes clasificados como “caso” (en función de sus puntuaciones en la prueba) presentaban un nivel de sintomatología, ya sea postraumática o asociada, significativamente superior a los participantes que fueron clasificados como “no caso”.

## Discusión

A partir de todo lo expuesto se puede concluir que con este trabajo se ha conseguido desarrollar y validar un instrumento de evaluación del TEPT en adultos que cubre los siguientes objetivos propuestos:

Tabla 2. Consistencia interna (valores alfa de Cronbach) en la EGEP y en otros instrumentos de diagnóstico y/o valoración de síntomas del TEPT

|   | $\alpha$<br>Escala Total | $\alpha$<br>Reexperiment. | $\alpha$<br>Evitación y Embotamiento | $\alpha$<br>Hiperactivación |
|---|--------------------------|---------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|
| <b>EGEP</b>   | .92                      | .86                       | .77                                  | .73                         |
| <b>Escala Gravedad Síntomas</b><br>(Echeburúa et al., 1997) | .90                      | –                         | –                                    | –                           |
| <b>PDS (Foa, 1995)</b>                                      | .92                      | .78                       | .84                                  | .84                         |
| <b>CAPS (Blake et al., 1998)</b>                            | .91                      | .83                       | .79                                  | .76                         |
| <b>DEQ (Kubany et al., 2000)</b>                            | .93                      | .91                       | .88                                  | .91                         |

(1) evalúa todos los criterios diagnósticos para el TEPT incluidos en las clasificaciones diagnósticas actuales; (2) establece una relación entre la sintomatología a valorar y el acontecimiento traumático; (3) considera otra sintomatología postraumática, al margen de la señalada en las clasificaciones diagnósticas; (4) ofrece garantías psicométricas adecuadas tanto en términos de fiabilidad como de validez, (5) ha sido validado con población española expuesta a diversos tipos de acontecimientos traumáticos, y (6) es de aplicación fácil y breve.

También podemos afirmar que la EGEP cumple con los estándares relativos a la validación de los instrumentos de evaluación señaladas por la APA y otras organizaciones profesionales y científicas (AERA, APA y NCME, 1999). Además, sus propiedades psicométricas son similares a las ofrecidas por otros instrumentos de evaluación del TEPT. Así, respecto a sus consistencia interna (véase Tabla 2), los datos son similares a los de las pruebas más utilizadas en nuestro entorno. En cuanto a su validez predictiva, la comparación con la PDS de Foa (véase Tabla 3) nos muestra que todos los valores predictivos obtenidos por la EGEP mejoran los ofrecidos por la PDS, ya que las diferencias en los valores más desfavorables para la EGEP (i.e. especificidad y valor predictivo negativo) son pequeñas (tan solo un 2%), y más aun

si se tiene en cuenta el incremento que esta leve diferencia supone para otros valores, como la sensibilidad. Hay que tener en cuenta, por otra parte, que dados los objetivos de la prueba, se consideró que la mejor validez predictiva supondría valores de sensibilidad lo suficientemente altos para asegurar que la gran mayoría de las personas con TEPT son diagnosticadas, y con valores de especificidad adecuados para que el instrumento no sobre-diagnostique casos.

Es de señalar, por otra parte, que los resultados de los análisis de validez de constructo ponen de manifiesto que la sintomatología de evitación, y la referida a embotamiento afectivo corresponden a factores diferentes, tal y como ya afirmaron, entre otros Foa, Zinarg y Rothbaum (1992). Es más en este modelo también se defendía la vinculación entre el embotamiento afectivo y la hiperactivación, en la medida en que el primero sería la consecuencia de un hiperactivación incontrolable, y la vinculación entre reexperimentación y evitación, en la medida en que la evitación actúa como mecanismo para no recordar aspectos relacionados con el acontecimiento traumático. De hecho esta conceptualización aparece reflejada también en la propuesta de la APA para el DSM-V (2010) en la que se opta por una estructura en cuatro factores en la que se separa en dos el actual criterio de evitación y embotamiento. Además, otra de las modificaciones planteadas en el borrador DSM V, referida a la estructura del TEPT, ya ha sido contemplada en el diseño de la EGEP al incluir los denominados síntomas clínicos subjetivos, que tal vez podrían considerarse como una de las principales aportaciones de la prueba.

Aunque los objetivos planteados en este trabajo han sido cubiertos, el diseño y desarrollo de la EGEP presenta ciertas limitaciones en relación con el tamaño muestral ( $n = 175$ ), ya que en general la valida-

Tabla 3. Validez predictiva de la EGEP vs. PDS (Foa, 1995)

|                                  | PDS / SCID <sup>1</sup><br>(n = 248) | EGEP / CIDI<br>(n = 175) |
|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| <b>Sensibilidad</b>              | 82%                                  | 91%                      |
| <b>Especificidad</b>             | 77%                                  | 75%                      |
| <b>Valor predictivo positivo</b> | 77%                                  | 89%                      |
| <b>Valor predictivo negativo</b> | 80%                                  | 78%                      |
| <b>Eficiencia</b>                | 79%                                  | 86%                      |
| <b>Índice Kappa</b>              | .59                                  | .66                      |

<sup>1</sup> La "prueba de oro" utilizada para establecer la validez predictiva de la PDS fue la entrevista SCID.

ción de instrumentos de evaluación cuentan con tamaños muestrales más amplios. Aunque también es cierto que no todos ellos cuentan con muestra clínica que además ha vivido diversos acontecimientos, como es el caso de este estudio. Hay que tener en cuenta, no obstante, la dificultad de acceso que presenta este tipo de población, y que además conlleva otras limitaciones, como, por ejemplo, la dificultad de establecer medidas de fiabilidad test-retest.

Con todo ello, podemos concluir que la EGEP puede ser de utilidad en varios ámbitos: en primer lugar, en el ámbito clínico, para determinar, junto con otros instrumentos de evaluación, un posible diagnóstico del TEPT, así como la intensidad de los síntomas postraumáticos (estén o no incluidos en los criterios diagnósticos) y el número de síntomas presentes, lo que puede ser especialmente interesante para concretar la sintomatología sobre la que inter-

venir en cada caso e incluso las prioridades a establecer, facilitando la aplicación de programas más individualizados que aborden de forma específica la sintomatología más frecuente en cada persona y cómo le afecta a esta. Por otra parte, podría ser de aplicación en estudios epidemiológicos sobre la incidencia y prevalencia del TEPT y para la determinación de los efectos de determinados acontecimientos traumáticos. Así mismo, la prueba puede ofrecer información en la evaluación del daño psicológico dentro del ámbito forense. No obstante, es importante recordar que en este ámbito debe enmarcarse dentro del protocolo de valoración psicológica que el profesional lleva a cabo y nunca de forma aislada.

En cualquier caso, la EGEP, que estará próximamente a disposición del público, comienza ahora su andadura, y será el tiempo quien de respuesta a las cuestiones sobre sus aportaciones y utilidades<sup>3</sup>.

## Extended Summary

### **Introduction: some issues about posttraumatic stress disorder (PTSD) diagnosis**

The diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) has been highly controversial ever since its inclusion in diagnostic classification systems. Among the controversial issues, it is worth mentioning the definition of a traumatic event, something which is essential in the conceptualization of PTSD, since the event, and not the symptoms themselves, is the etiological starting point for the disorder. The definition of the concept "Traumatic event" has changed in successive diagnostic classifications, from an "intolerable stress" and "generally beyond the realm of normal human experience", to an extremely stressful experience with a specific emotional reaction, namely "intense fear, helplessness or horror".

The concept of PTSD has also shown problems concerning the close relationship (and even overlap) with some other disorders with which it shares a number of symptoms, which could explain, at least partially, the high comorbidity these have with PTSD. Such is the case of some mood disorders, anxiety disorders, adjustment disorders or grief. Particularly significant is the connection between PTSD and Acute

Stress Disorder (ASD), with the main difference between them seeming to be a purely temporal criterion: ASD is a form of short-term stress-response syndrome that occurs within one month of the traumatic event. If after one month the disorder may become PTSD, could they not be the same disorder, but with a longer temporal projection?

Furthermore, the PTSD symptom cluster has also been questioned. There is currently growing research data that argue that the PTSD structure in the DSM diagnostic systems (i.e., re-experience, avoidance and numbing, and hyperarousal), and which stemmed from expert consensus and agreement, do not in fact correspond to the basic structure of the disorders. Several investigations based on factor analysis have proposed new models, with those that split the avoidance-numbing criteria into two separate ones (i.e. avoidance and numbing), and consequently consider four factors being especially relevant.

Taking all these issues into account, and also considering some research data, the APA has introduced significant modification in PTSD in the DSM-V

<sup>3</sup> Se puede encontrar más información sobre la prueba en [www.teaediciones.com](http://www.teaediciones.com)

development (APA, 2010). Among these modifications it is worth mentioning the following:

- It returns to a purely “objective” definition of the traumatic event, removing the subjective response to it.
- It splits avoidance and numbing, which are considered two different criteria.
- Moreover, the numbing symptoms are included in the new “negative alterations in cognitions and mood” criterion, which also includes persistent and exaggerated negative expectations about one’s self, others, or the world (the core concept in the Janoff-Bulman’s model, 1992), and emotional states such as guilt, shame, anger and so on (i.e., the secondary emotion in the Dual-Process Model by Brewin, Dalgleish & Joseph, 1996).

### Problems of PTSD assessment in adults

The review of the available assessment instruments (be they adapted to the Spanish population or not), makes evident that the main shortcoming in the diagnostic instruments is that they tend not to include all the diagnostic criteria of the disorder. Indeed, many of them omit the assessment of the A-Criterion (i.e., the person has been exposed to a traumatic event). However, the assessment of this criterion seems to be essential, since if it is not done, there could be a case of PTSD diagnosis without a traumatic event. Furthermore, the assessment of this criterion is necessary since the traumatic event is the etiological factor that makes PTSD different from other anxiety disorders (McFarlane, 2000). Moreover, there are a number of patients that are not able to relate their present symptoms to previous traumatic experiences, especially when there are no specific or concrete events. Additionally, patients could omit trauma information because of feelings of shame (e.g., in women after suffering rape), because of the pain in talking about what happened, or even because of posttraumatic avoidance symptoms.

Other criteria frequently missed in the PTSD diagnostic instruments are the E-Criterion (symptoms duration) and F-Criterion (distress or impairment).

The PTSD assessment instruments in general (that is, not only the ones aimed at diagnosis) tend to

omit the assessment of the connection between the traumatic event and the present symptoms; consequently it will not be possible to assure that the symptoms have such a connection with the event (e.g., they could be previous to it).

As far as symptom assessment is concerned, it is usually limited, since the instruments often consider only the number of symptoms and not their frequency or severity; moreover, they only consider those symptoms included in the diagnostic classification systems, missing symptoms that are essential for treatment decision (e.g., secondary emotion, whose presence has a fundamental influence in the application of exposure procedures).

In addition, the instruments show some further problems in their validation methods, particularly in the validation sample and population selection: a good number of instruments have been validated with people that have been exposed to a specific type of traumatic event, but they are applied to other trauma populations, which could be considered questionable.

Regarding Spanish versions of the instruments, there is no specifically developed or adapted instrument, apart from the Severity of PTSD Symptom Scale (*Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT*) by Echeburúa, Corral, Amor, Sarasua & Zubizarreta, (1997).

### Introducing the Global Assessment of Posttraumatic Stress Questionnaire

The preceding review makes evident: (1) the need for well-validated, brief and easy, Spanish-adapted measures for the global assessment of PTSD symptoms, which consider both the traumatic event (especially useful when no previous information is available) and the event-related symptoms, as well as diagnosis; and (2) the need for a Spanish validation with people exposed to different types of traumatic events. With these considerations in mind, the Global Assessment of Posttraumatic Stress Questionnaire (*Evaluación Global de Estrés Postraumático, EGEP*) was developed as a brief self-rated assessment for posttraumatic stress reactions and PTSD diagnosis.

### ***Instrument development***

The EGEP design, development and validation was carried out in two stages. The first step, that is, the design, began with the creation of a *traumatic events list*, the content of which was drawn from a number of sources: the Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS; Foa, 1995), the Questionnaire to Rate Traumatic Experiences (TQ; Davidson, Hughes & Blazer, 1990) and the Traumatic Life Events Questionnaire (TLEQ; Kubany, Leisen, Kaplan, Watson, et al., 2000). Moreover, a pilot study with 44 Psychology students was carried out using the initial list. According to the pilot study results and the participants' comments, the final traumatic event list was constructed. This list consists of 11 types of traumatic events and an additional category for any other type not included in the former ones. The types of events were: natural disasters; accidents on transport; other kinds of accidents (work, home, leisure activities and so on); combat or war zone exposure; rape, sexual abuse and violence; harassment or psychological violence; physical violence; terrorism or torture; imprisonment or captivity; illness, life threatening injury or medical intervention; and the death of loved ones.

Afterwards, the *instrument was designed*. Firstly, the content and format of the items was established based on a number of sources: the Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS; Foa, 1995), the Severity of PTSD Symptom Scale (*Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT*) (EGS; Echeburúa et al., 1997), and the Impairment Scale (*Escala de Inadaptación*) (EI; Echeburúa, Corral & Fernández-Montalvo, 2000). Beside the posttraumatic symptoms considered in the diagnostic classification systems, the instrument included other posttraumatic symptoms, such as guilt, derealization, sense of danger, and so on. These symptoms were labeled in the instrument as "Subjective Clinical Symptoms". The main source for these items was the Posttraumatic Cognitions Inventory, PTCI (Foa, Tollin, Ehlers, Clark & Orsillo, 1999).

At this point, the response format and the instrument structure and sections, as well as the instructions, were created.

This initial version of the instrument was reviewed by *twelve judges*, all of them experts in psychological assessment or in PTSD. Taking their comments into account, the instrument was revised to get the final version of the EGEP.

The second step of the process was the validation of the EGEP. The study sample consisted of 175 people who had been exposed to a traumatic event. All of them were over 18 years old. Their mean age was 39.21, and they were mostly female (70%). They were individually assessed by trained psychologists. The assessment includes the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (OMS, 1990) that was the "gold standard" for the analysis of the diagnosis quality of EGEP.

### ***Instrument description***

The EGEP final version consists of 62 items in three sections:

#### **Section 1: Traumatic events**

This section includes 27 items concerning the description and features of the traumatic event and the subject's emotional reaction to it. First, the individual ranks all the traumatic events suffered through life (directly suffered, witnessed or suffered by a loved one). Then the "most distressing event" is selected and featured with 14 close-response items. These items ask about event severity, time of onset, frequency, personal reaction (fear, horror and helplessness), event consequences or implications (death, injury, and so on).

#### **Section 2: Symptoms**

This section, with 28 items, aims to identify the posttraumatic symptoms and rate their severity. It consists of the 17 symptoms included in the diagnostic criteria of DSM systems, and 9 subjective clinical symptoms. For each symptom, the individual has to assess if it has been present during the last month, and, if it has, its severity on a 0-4

range of response. Two additional items rate whether the disorder is chronic or acute, or with delayed onset.

### Section 3: Impairment

This assesses the distress and impairment caused by posttraumatic symptoms. It consists of 7 yes/no items related to functional areas (e.g. work, family, etc.).

### Psychometrics

*Internal consistency* of the EGEP, analyzed using Cronbach's alphas, was as follows: .90 for the 17 symptoms included in DSM; .92 for the 26 symptoms (that is, the 17 diagnostic symptoms plus the 9 clinical subjective symptoms); .86 for re-experience symptoms; .77 for avoidance and numbing symptoms; .73 for hyperarousal symptoms; and .80 for the clinical subjective symptoms.

The factor analysis for the *construct validity* yielded four factors (63,31% of variance explained) that could be interpreted as follows: Factor 1 includes numbing and hyperarousal symptoms together; Factor 2 corresponds to re-experimentation symptoms; Factor 3 reflects thought and activity avoidance; and Factor 4, which includes a single item, refers to the inability to remember an important aspect of the traumatic event.

*Convergent validity* analysis showed significant correlations between each item and its scale. Moreover, all the item correlations were higher for their scale than for any other scale, at over .40. Additionally, all inter-subscale correlations were significant ( $p < .01$ ).

The ROC curves and the Bayes analysis with the CIDI data were applied for the *predictive validity*, and their cut-off points were fixed as follows: 1 for the re-experience scale, 3 for the avoidance and numbing scale, 2 for the hyperarousal scale, and 2 for the impairment scale. The EGEP diagnostic performance with these cut-off points was as follows: 91% sensitivity, 75% specificity, 0.89 positive pre-

dictive value, 0.78 negative predictive value, 86,11% accuracy, 0,66 Youden Index, and 0,67 Kappa Index ( $p < .001$ ).

Finally, in the *clinical validity* analysis the participants labelled as "cases" (according to their EGEP data) showed significant higher posttraumatic and associated symptoms in comparison with the "non-case" participants.

### Discussion

All in all, the data show that EGEP would be an instrument for the assessment of PTSD in adults with the following features: (1) it includes all the diagnostic criteria for PTSD; (2) it explicitly establishes the connection between event and symptoms; (3) it also includes other significant posttraumatic symptoms not considered in diagnostic criteria; (4) it demonstrates sound psychometric properties, with good internal consistency, validity and diagnostic performance; (5) it has been tested in populations exposed to different traumatic events; and (6) it is brief and easy to apply.

### Agradecimientos

Este estudio ha contado con la financiación de la Universidad Complutense de Madrid y de la Comunidad de Madrid. Los autores quieren agradecer la colaboración de los siguientes centros, asociaciones e instituciones, sin los que este estudio no habría sido posible: Hospital Nuestra Señora de América, Hospital Militar Gómez Ulla, Beccaria - Asociación de ayuda a las víctimas, Stop-Accidentes -Asociación de ayuda a víctimas de accidentes de tráfico, Asociación Nacional de Víctimas de Delitos Violentos (ANVDV), ICAS - Atención en catástrofes, Comedor de Refugiados Políticos de la Comunidad de Madrid, Centro de la Mujer Rosa de Luxemburgo de Leganés, Centro de la Mujer de Collado-Villalba y Servicios Sociales de Entrevías, IPSE-Intervención Psicológica Especializada y Asociación ACAL - Asociación contra el acoso Laboral.

## Referencias

- AERA, APA y NCME (1999). *Standards for educational and psychological testing*. Washington: A.P.A.
- Amdur, R. y Liberzon, I. (2001). The structure of posttraumatic stress disorder symptoms in combat veterans: a confirmatory factor analysis of the impact of event scale. *Journal of Anxiety Disorders*, *15*, 345-357.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3th Edition). Washington: author.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th Edition, rev.). Washington: author.
- American Psychiatric Association (en línea). 2010. <http://www.dsm5.org>. (Consulta: 12 de diciembre de 2011).
- Asmundson, G., Frombach, I., Mc Quaid, J., Pedrelli, P., Lenox, R. y Stein, M. B. (2000). Dimensionality of posttraumatic stress symptoms: a confirmatory factor analysis of DSM-IV symptom clusters and other symptom models. *Behaviour Research and Therapy*, *38*, 203-214.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Charney, D. S. y Keane, T. M. (1998) *CAPS (Clinical Administered PTSD Scale for DSM-IV)*. Boston: National Center for Posttraumatic Stress Disorder.
- Bordier, A., Goavec, A. y Serpinet, J. F. (1986). Psychic disorders connected with recent wars. *Psychiatrie Francaise*, *17*, 39-50.
- Breslau, N., Peterson E. L., Poisson, L. M., Schultz, L. R. y Lucia, V. C. (2004). Estimating post-traumatic stress disorder in the community: lifetime perspective and the impact of typical traumatic events. *Psychological Medicine*, *34*, 889-898.
- Brewin, C. R., Andrews, B., Rose, S. y Kirk, M. (1999). Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 360-366.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T. y Joseph, S. (1996). A dual representation theory of post traumatic stress disorder. *Psychological Review*, *103*, 670-686.
- Bryant, R. A. y Harvey A. G. (1998). Relationship of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry*, *115*, 215-220.
- Crespo, M. y Gómez, M. M. (2003). Propuesta de un inventario para la evaluación y el diagnóstico del Trastorno de Estrés Posttraumático. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, *3*, 41-57.
- Davidson, J. R., Hughes, D. y Blazer, D. G. (1990). Traumatic experiences in psychiatric outpatients. *Trauma Stress*, *3*, 459-475.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1995). Trastorno de estrés posttraumático. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). *Manual de psicopatología* (Vol.2). Madrid: Mc Graw-Hill.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Sarasua, B. y Zubizarreta, B. (1997). Escala de Gravedad de Síntomas del trastorno de estrés posttraumático: Propiedades Psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, *23*, 503-526.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, *26*, 325-340.
- Escalona, R., Tupler, L.A., Saur, C. D., Krishnan, K. R. y Davidson, J. R. T. (1997). Screening for Trauma History on an Inpatient affective-disorder unit: a pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, *10*, 299-305.
- Foa, E. B. (1995). *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS) Manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Foa, E. B., Tollin, D. F., Ehlers, A., Clark, D. M. y Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and Validation. *Psychological Assessment*, *11*, 303-314.
- Foa, E. B., Zinbarg, R. y Rothbaum, B. O. (1992). Uncontrollability and unpredictability in posttraumatic stress disorder. An animal model. *Psychological Bulletin*, *112*, 218-238.
- Harvey, A. G. y Bryant, R. A. (1998). Relationship of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following motor vehicle accidents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*, 507-512.
- Holeva, V., Tarrrier, N. y Wells, A. (2001). Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accidents: Thought control strategies and social support. *Behavior Therapy*, *32*, 65-83.



- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Kubany, E. S., Leisen, M. B., Kaplan, A. S. y Kelly, M. P. (2000). Validation of a brief measure of posttraumatic stress disorder. The Distressing Event Questionnaire (DEQ) *Psychological Assessment*, 2, 197-209.
- Kubany, E. S., Leisen, M. B., Kaplan, A. S., Watson, S. B., Haynes, S. N., Owens, J. A. y Burns, K. (2000). Development and preliminary validation of a brief broad-spectrum measure of trauma exposure: The Traumatic Life Events Questionnaire. *Psychological Assessment*, 12, 210-224.
- McFarlane, A. C. (2000). Posttraumatic Stress Disorder: A model of the Longitudinal Course and the role of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 15-20.
- Mollica, R., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S. y Lavelle, J. (1992). Harvard Trauma Questionnaire: Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *Journal of Nervous Mental Disease*, 180, 111-116.
- Montgomery, S. A., Bech, P., Angst, J., Davidson, J. R. T., Delini-Stula, A., van Ree, J. M., ... Dunbar, G. (2000). Post-traumatic stress disorder: guidelines for investigating efficacy of pharmacological intervention. *European Neuropsychopharmacology*, 10, 297-303.
- Organización Mundial de la Salud (1990). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Resick, P. A. (1993). The Psychological Impact of rape. *Journal of interpersonal violence*, 8, 223-255.
- Schnurr, P. (2010). PTSD, 30 years on. *Journal of Traumatic Stress*, 23 (1), 220-240.
- Schnyder, U., Moergeli, H., Klaghofer, R. y Buddeberg, C. (2001). Incidence and prediction of posttraumatic stress disorder symptoms in severely injured accident victims. *American Journal of Psychiatry*, 158, 549-599.
- Spector, P. E. (1992). *Summated rating scale construction: an introduction*. Newbury Park, CA: Sage.
- Staab, J. P., Grieger, T.A., Fullerton, C. S. y Ursano, R. J. (1996). Acute stress disorder, subsequent posttraumatic stress disorder and depression after a series of typhoons. *Anxiety*, 2, 219-225.
- Williams, M. B. y Somers, J. (2002). *Simple and complex PTSD*. New York: Haworth Press.
- Wilson, J. P., Friedman, M. J. y Lindy, J. D. (2001). *Treating psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press.

Artículo recibido: 14/12/2011

Revisión recibida: 08/01/2012

Aceptado: 14/01/2012