

Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas

Posttraumatic Stress Disorder Symptom Severity Scale-Revised (EGS-R) according to DSM-5 criteria: Psychometric Properties

Enrique Echeburúa

Universidad del País Vasco (UPV-EHU), San Sebastián, España

Pedro J. Amor.

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España

Belén Sarasua.

Centro de Asistencia Psicológica para la Violencia de Género, Vitoria, España

Irene Zubizarreta.

Centro de Asistencia Psicológica para la Violencia de Género, Vitoria, España

Francisco Pablo Holgado-Tello.

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España.

José Manuel Muñoz.

Psicólogo Forense.

Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad de Madrid (España)

Resumen

La Escala de Gravedad de Síntomas Revisada del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es una entrevista estructurada que consta de 21 ítems, basada en los criterios diagnósticos del DSM-5, y sirve para evaluar la gravedad de los síntomas de este cuadro clínico. En este trabajo se describen las propiedades psicométricas de este instrumento. La muestra contó con 526 víctimas de agresiones sexuales o de violencia familiar y con una muestra normativa de 193 participantes. El instrumento global mostró una alta consistencia interna ($\alpha = .91$), así como una buena validez discriminante ($g = 1.27$) y convergente ($r_{pb} = .78$ con el diagnóstico). Los resultados del análisis factorial confirmatorio apoyan los cuatro núcleos de síntomas del DSM-5. Un punto de corte de 20, con una eficacia diagnóstica del 82.48%, es apropiada para discriminar a las víctimas con un TEPT. Esta escala resulta útil para planificar el tratamiento y las investigaciones clínicas.

Palabras clave: Trastorno de estrés postraumático. DSM-5. Evaluación. EGS-R. Propiedades psicométricas.

Abstract

The Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) Symptom Severity Scale-Revised is a 21-item structured interview based in DSM-5 criteria and intended to assess the severity of the symptoms of this mental disorder. This paper describes the psychometric properties of this instrument for assessing PTSD. The sample consisted of 526 patients who had been victims of sexual aggression or family violence and 193 people from the general population. The global instrument showed high internal consistency ($\alpha = .91$), as well as good discriminant ($g = 1.27$) and concurrent validity ($r_{pb} = .78$ with diagnosis of PTSD). The results of confirmatory factor analysis are presented and give support to the DSM-5 four symptom clusters. A cut-off point of 20, with a diagnostic efficacy of 82.48%, is appropriate to discriminate the victims with PTSD. The interview appears to be a sound instrument and should prove useful for treatment planning and research.

Key words: Post-Traumatic Stress Disorder. DSM-5. Assessment. EGS-R. Psychometrics.

* Correspondencia: Enrique Echeburúa. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco (UPV/EHU). Avda. de Tolosa, 7. 20018 San Sebastián (España). E-mail: enrique.echeburua@ehu.eus

Introducción

Los sucesos traumáticos generan terror e indefensión, ponen en peligro la integridad física o psicológica de una persona y dejan con frecuencia a la víctima en tal situación emocional que es incapaz de afrontarla por sí misma. Cualquier acontecimiento de este tipo (una agresión sexual o la violencia machista, por ejemplo) supone una quiebra profunda en el sentimiento de seguridad de una persona (Echeburúa, Corral y Amor, 2014; Picó-Alfonso, Echeburúa y Martínez, 2008).

Un suceso traumático genera un cuadro clínico solo cuando el acontecimiento supera en una persona el *umbral para el trauma* e interfiere negativamente en su vida cotidiana. Es decir, el trauma viene definido por la respuesta traumática, no por el suceso traumático en sí mismo. A su vez, el alcance del daño psicológico está mediado por la gravedad del suceso, la mayor o menor vulnerabilidad de la víctima, la posible concurrencia de otros problemas actuales (a nivel familiar y escolar/laboral, por ejemplo) y pasados (historia de victimización), el apoyo social existente y los recursos psicológicos de afrontamiento disponibles. Todo ello configura la mayor o menor resistencia de la víctima al estrés (Echeburúa, 2010).

El cuadro clínico más frecuentemente asociado a un suceso de este tipo es el trastorno de estrés postraumático (TEPT). Los criterios diagnósticos del TEPT en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) difieren considerablemente de los expuestos en el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). En concreto, en el DSM-5, respecto a su versión anterior, los estresores se exponen de forma más explícita, sin tener en cuenta la reacción subjetiva genérica de la víctima (criterio A), y se señalan cuatro núcleos de síntomas (a diferencia de los tres de la versión anterior): reexperimentación, evitación conductual/cognitiva, alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo, que no figuraban explícitamente en el DSM-IV, y aumento de la activación y reactividad psicofisiológica, que se amplía para incluir también las conductas de riesgo o autodestructivas. Asimismo se debe especificar ahora si se presentan adicionalmente síntomas disociativos, se indican los síntomas específicos en niños menores de 6 años y se elimina la distinción entre el TEPT agudo y crónico (Bovin, Marx y Schnurr, 2015; Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014; Keane et al., 2014).

La tasa de prevalencia de este cuadro clínico puede oscilar entre el 0.5% y el 3.5% de la población adulta, según el DSM-5. En concreto, el TEPT puede estar presente en el 15%-30% de quienes sufren un suceso traumático, con una incidencia más baja en los supervivientes de una catástrofe o accidente y más alta en el caso de las víctimas de hechos

violentos. Así, las tasas más elevadas se han descrito entre las víctimas de violencia o de agresiones sexuales, que pueden alcanzar hasta el 50%-70% de las personas afectadas (Miller et al., 2013; Wittchen, Gloster, Beesdo, Schönfeld y Perkonig, 2009).

El TEPT requiere una evaluación cuidadosa. La naturaleza misma de los síntomas -especialmente la evitación por parte del paciente de cualquier estímulo o referencia asociados al trauma experimentado-, así como la existencia de fenómenos disociativos, pueden inducir al terapeuta a no ver la conexión entre los síntomas actuales -ansiedad, depresión, irritabilidad, consumo abusivo de alcohol, etcétera- y la experiencia del trauma y, en último término, a no ofrecer el tratamiento adecuado (Echeburúa, Corral y Amor, 2002; McDonald y Calhoun, 2010; Stewart, Tuerk, Metzger, Davidson y Young, 2016).

Los instrumentos empleados con más frecuencia para evaluar el TEPT han sido, por una parte, las entrevistas diagnósticas y, por otra, los autoinformes y los listados de síntomas (García-Portilla, Bascarán, Sáiz, Parellada, Bousoño y Bobes, 2015). Entre las entrevistas más difundidas figura la *Escala del Trastorno de Estrés Postraumático (CAPS)* (*Clinician-Administered PTSD Scale*; Blake et al., 1995; validación española de Bobes et al., 2000), que es muy utilizada (pero especialmente con excombatientes), tiene buenas propiedades psicométricas y se adecua a los criterios del DSM-IV. Hay una versión reciente de esta escala adaptada al DSM-5 (*CAPS-5*) (Weathers, Blake, Schnurr, Kaloupek, Marx y Keane, 2013), no validada aún en población hispanohablante.

Otra entrevista estructurada es el *PTSD Symptom Scale-Interview for DSM-5 (PSSI-5)* (Foa et al., 2016). El PSSI-5 es una entrevista estructurada de 24 ítems que evalúa los síntomas del TEPT en el último mes y que establece un diagnóstico basado en los criterios del DSM-5. Los 20 primeros ítems abarcan los cuatro núcleos sintomáticos del DSM-5; los 4 últimos hacen referencia al malestar emocional global y al grado de interferencia en la vida cotidiana, a la duración de los síntomas y al posible inicio demorado del trastorno. Es un instrumento con buenas propiedades psicométricas para diagnosticar el TEPT y evaluar la gravedad de los síntomas.

En España se ha desarrollado la *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS)* (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997), que es una entrevista estructurada que sirve para diagnosticar el TEPT en víctimas diversas, así como para evaluar la gravedad e intensidad de los síntomas de este cuadro clínico, según los criterios diagnósticos del DSM-IV. La *EGS* -a diferencia de la *CAPS*- evalúa la frecuencia e intensidad

de los síntomas del TEPT de forma conjunta. Se hace así porque, en primer lugar, hay una elevada correlación entre ambas modalidades de cada síntoma y, en segundo lugar, porque de esta forma se agiliza y facilita la evaluación. Las propiedades psicométricas de esta escala son muy satisfactorias (Echeburúa, Amor y Corral, 2005).

Se han elaborado asimismo autoinformes, que resultan más fáciles de aplicar, si bien son menos válidos que las entrevistas estructuradas porque están sujetos a diversas fuentes de error. Entre ellos figuran la *Escala Revisada del Impacto del Estresor (IES-R)* (*Impact of Event Scale-Revised*; Weiss y Marmar, 1997; validación española de Báguena, Villarroya, Beleña, Díaz, Roldán y Reig, 2001), de 22 ítems, que ha sido un autoinforme muy utilizado y que permite evaluar los tres núcleos de síntomas del DSM-IV: reexperimentación, evitación y activación psicofisiológica. Este instrumento permite cuantificar la gravedad de los síntomas del TEPT y se muestra sensible al cambio terapéutico. Las propiedades psicométricas de fiabilidad y validez resultan satisfactorias. Otra prueba es la *Escala de Trauma de Davidson (DTS)* (*Davidson Trauma Scale*; Davidson, Malik y Travers, 1997; validación española de Bobes et al., 2000), diseñada para evaluar subjetivamente la frecuencia y gravedad de los síntomas.

Más recientemente se ha desarrollado en España la *Evaluación Global del Estrés Posttraumático (EGEP)* (Crespo y Gómez, 2012), que es un autoinforme que consta de 64 ítems, evalúa los principales síntomas posttraumáticos (y su gravedad), permite establecer la relación entre la sintomatología y la vivencia de un acontecimiento traumático y posibilita el diagnóstico del TEPT según los criterios diagnósticos del DSM-IV. Esta escala, validada en una muestra de 175 víctimas de diferentes sucesos traumáticos, incluye la totalidad de los criterios diagnósticos para el TEPT y otros síntomas posttraumáticos, como emociones negativas, disociación o culpa. Las propiedades psicométricas de la EGEP respecto a la fiabilidad y validez son satisfactorias (Crespo y Gómez, 2015).

Un problema común a todos los instrumentos citados es que toman como referencia los criterios del DSM-IV o no están validados en población española o hispanohablante. Como el DSM-5 ha supuesto cambios considerables respecto al DSM-IV en la conceptualización del TEPT, según ya se ha señalado, resulta necesario desarrollar nuevos instrumentos (o adaptar los ya existentes) ajustados a los nuevos criterios diagnósticos. Todo ello va a facilitar al clínico una evaluación más precisa de este trastorno. Por ello, el objetivo principal de este estudio es validar psicométricamente en la

población española una nueva escala para adultos (la *Escala Revisada de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Posttraumático*), que supone una adaptación mejorada de la EGS (Echeburúa et al., 1997) a los criterios diagnósticos del DSM-5. Otros objetivos complementarios son el análisis factorial de la escala para ver si se adapta a los cuatro núcleos sintomáticos establecidos por el DSM-5, así como el establecimiento de los puntos de corte para discriminar los casos clínicos de los sujetos de la población normativa.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por dos grupos de mujeres: a) 526 víctimas de diferentes tipos de violencia familiar y sexual, con edades comprendidas entre los 18 y 76 años ($M = 37.03$ y $DT = 12.50$), con una antigüedad media del problema de 9.7 años; y b) 193 participantes de la población normativa, que no habían experimentado sucesos traumáticos, con edades comprendidas entre los 18 y 65 años ($M = 37.26$ y $DT = 13.12$).

Las participantes del grupo clínico habían acudido en busca de tratamiento al Centro de Asistencia Psicológica para la Violencia de Género de la Diputación Foral de Álava (País Vasco, España) entre enero de 2014 y enero de 2016. La mayor parte de las víctimas habían padecido violencia física ($n = 363$; 69%); el resto habían sufrido violencia exclusivamente psicológica ($n = 90$; 17.1%) o violencia sexual ($n = 73$; 13.9%). En el 79.3% de los casos la violencia la había ejercido la pareja o expareja de la víctima, en el 7.6% el padre o padrastro, en el 9.9% otras personas conocidas (familiares y no familiares de la víctima) y en el 3.2% restante personas desconocidas.

Las participantes del grupo de control eran mujeres de la población general, pertenecientes al mismo estrato socioeconómico y geográfico, que participaron voluntariamente en el estudio. A su vez, los dos grupos eran similares en cuanto a edad y nivel educativo. Estas personas referían haber experimentado algunos sucesos de vida estresantes (pero no traumáticos), tales como la muerte de seres queridos, el diagnóstico de enfermedades graves en ellas mismas o en sus familiares, la ruptura de pareja, el abandono o rechazo de seres queridos y, en menor medida, otro tipo de sucesos heterogéneos.

Instrumentos

- *Entrevista ad hoc*. Se centra fundamentalmente en datos relacionados con el suceso traumático y la disfuncionalidad que dicho suceso ha producido en la vida cotidiana de la persona y permite llevar a cabo un diagnóstico categorial del TEPT.
- *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R)*. Es una escala heteroaplicada que está estructurada en un formato tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas. Consta de 21 ítems en correspondencia con los criterios diagnósticos del DSM-5: 5 hacen referencia a los síntomas de reexperimentación (rango de 0 a 15 puntos), 3 a los de evitación conductual/cognitiva (rango de 0 a 9 puntos), 7 a alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo (rango de 0 a 21 puntos) y 6 a los síntomas de aumento de la activación y reactividad psicofisiológica (rango de 0 a 18 puntos). Se considera un síntoma presente cuando se puntúa, al menos, con dos puntos en el ítem correspondiente. El rango de la escala global oscila de 0 a 63 puntos. Además de los síntomas nucleares del TEPT, se han añadido cuatro ítems destinados a evaluar de forma complementaria la presencia de síntomas disociativos por la importancia que se concede a estos síntomas en el DSM-5 y seis ítems para valorar el grado de afectación o disfuncionalidad relacionado con el suceso traumático. Esta escala supone una versión modificada y actualizada de la EGS (Echeburúa et al., 1997), que mostraba unas buenas propiedades psicométricas.
- *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) (versión española de Spielberger et al., 1982): es un autoinforme que consta de 20 ítems relacionados con la ansiedad-rasgo y de otros 20 relacionados con la ansiedad-estado. El rango de puntuaciones oscila de 0 a 60 en cada escala. En esta investigación se utilizó la escala de ansiedad-estado (STAI-E). El punto de corte elegido para la población femenina en el STAI-E es de 31 (correspondiente al percentil 75). La consistencia interna de esta escala varía de .83 a .92. Por otra parte, la validez convergente con otras medidas de ansiedad oscila entre .58 y .79.
- *Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)* (Beck, Steer y Brown, 1996; versión española de Sanz, Navarro y Vázquez, 2003): es un autoinforme de 21 ítems (rango: 0-63 puntos) que mide la intensidad de los síntomas depresivos y da más importancia a los componentes cognitivos de la depresión que a los conductuales y somáticos. El punto de corte más utilizado para discriminar entre población sana

y aquejada de sintomatología depresiva es de 18 (Beck, Brown y Steer, 1996). El coeficiente de fiabilidad por el método de las dos mitades es de .93. Desde la perspectiva de la validez convergente, la correlación con la evaluación clínica de la depresión oscila de .62 a .66.

Procedimiento

A todas las participantes en esta investigación se les administró individualmente la EGS-R. La administración en ambos grupos se realizó en una sesión y de forma heteroaplicada, con la ayuda de una psicóloga clínica con experiencia para la aclaración de dudas o el manejo de las emociones surgidas. Las participantes del grupo clínico cumplieron la prueba en la evaluación previa al tratamiento, que incluyó también la aplicación del STAI y del BDI-II. A las mujeres del grupo normativo se les preguntaba inicialmente por el suceso más negativo experimentado en su vida y se analizaba si había algún tipo de sintomatología postraumática relacionada con el mismo. Se eliminaron 15 participantes de este grupo porque habían sufrido sucesos traumáticos similares al grupo clínico -9 casos de violencia de género (2 intentos de agresión sexual, 2 casos de abuso sexual en la infancia, 2 casos de violencia psicológica y 3 casos de violencia física)- o diferentes, pero especialmente traumáticos, como la muerte de un hijo en 4 casos o de varios familiares a la vez en un único accidente.

Todas las participantes, antes de cumplimentar los instrumentos de evaluación, firmaron el consentimiento informado. Solo se incluyeron en esta investigación a aquellas personas que respondieron a todos los ítems de la EGS-R. Finalmente, ninguna de las participantes del grupo clínico o normativo recibió compensación económica o de otro tipo.

Análisis estadístico y psicométrico

Inicialmente se analizaron las propiedades psicométricas básicas -media, desviación típica, asimetría y curtosis- de la EGS-R. Posteriormente, se estudió la dimensionalidad de la EGS-R mediante el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) y se calculó su fiabilidad (alfa de Cronbach); para el AFC se emplearon correlaciones policóricas y el método de estimación de mínimos cuadrados no ponderados (ULS) (Yang-Wallentin, Jöreskog y Luo, 2010; Morata-Ramírez, Holgado-Tello, Barbero-García y Méndez, 2015).

Se calculó la validez discriminante entre los dos grupos (clínico y normativo), en la puntuación total de la EGS-R y de las diferentes subescalas, mediante la *t* de Student y la *g* de Hedges (tamaño del efecto) y en función de cada ítem de

la escala mediante χ^2 y el coeficiente Φ (tamaño del efecto). Para determinar el grado de validez convergente de la EGS-R, se calculó la correlación biserial puntual entre la puntuación total de la escala y la presencia o no del TEPT según el diagnóstico categorial del DSM-5 en la muestra total y en los dos grupos (clínico y normativo). Para estudiar la validez concurrente se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson entre la EGS-R con el BDI-II y el STAI-E. Por otra parte, se estudiaron los puntos de corte de la EGS-R (puntuación total y puntuación en cada una de las cuatro subescalas) mediante el análisis de la curva ROC (Receiver-Operating Characteristics) con respecto a la presencia de este cuadro clínico según los criterios diagnósticos del DSM-5. Finalmente, se realizó un análisis discriminante para determinar qué dimensiones del TEPT eran más relevantes para delimitar la presencia o no de este cuadro clínico. Los análisis se realizaron con los programas estadísticos SPSS 19 y LISREL 8.71. La versión de los síntomas nucleares del TEPT quedó conformada por 21 ítems, por 4 ítems complementarios correspondientes a la presencia de síntomas disociativos y por 6 ítems relacionados con el grado de disfuncionalidad ocasionado por el suceso traumático (ver Apéndice).

Resultados

Propiedades psicométricas básicas

En la Tabla 1 figuran las propiedades psicométricas básicas de la EGS-R y de las subescalas complementarias

de síntomas disociativos y de disfuncionalidad en áreas importantes de la vida cotidiana. En las diferentes subescalas, a pesar de la existencia de asimetría, las respuestas de los participantes se distribuyeron a lo largo de los diferentes valores de cada variable. Sin embargo, los síntomas disociativos se concentraron en los valores de baja frecuencia, mostrando asimetría y curtosis.

Estructura factorial y fiabilidad

La estructura factorial de segundo orden hipotetizada se estudió a través del AFC con el grupo clínico y normativo por separado. Los índices de ajuste para este modelo en el primer grupo fueron los siguientes: χ^2 ($df=185$; $p=.0001$) = 413.51; RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) = .049 (el intervalo de confianza [IC] al 90% osciló entre .042 y .055); SRMR (Standardized Root Mean Square Residual) = .051; GFI (Global Fit Index) = .99; AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index) = .98; CFI (Comparative Fit Index) = .99; NFI (Normed Fit Index) = .98; y NNFI (Non-Normed Fit Index) = .98. A su vez, los índices en el grupo normativo fueron: χ^2 ($df=185$; $p=.0001$) = 303.92; RMSEA = .058 (IC al 90% entre .046 y .069); SRMR = .09; GFI = .96; AGFI = .95; CFI = .99; NFI = .97; y NNFI = .98. Estos índices indican un buen ajuste a los datos, mostrando que la estructura factorial de segundo orden (TEPT), conformada por cuatro dimensiones de primer orden -Reexperimentación, Evitación conductual/cognitiva, Alteraciones cognitivas negativas/estado de ánimo negativo y Aumento de la activación/reactividad psicofisiológica-, tal como figura en el DSM-5, es aceptable. Todas las cargas factoriales fueron

Tabla 1. Propiedades psicométricas básicas de la EGS-R (puntuaciones totales en la escala y en las subescalas) en el grupo clínico ($n = 526$)

Escala	Nº ítems	Rango	M	DT	Asimetría	Curtosis
Reexperimentación	5	(0-15)	5.88	3.27	.34	-.46
Evitación	3	(0-9)	4.15	2.47	.13	-.83
ACN/EAN	7	(0-21)	7.15	4.65	.41	-.62
Hiperactivación	6	(0-18)	6.63	3.78	.33	-.46
Puntuación Total EGS-R	21	(0-63)	23.83	12.02	.24	-.66
Síntomas disociativos	4	(0-12)	.76	1.64	3.00	10.33
Disfuncionalidad ¹	6	(0-18)	10.23	4.54	-.31	-.66

Nota: Criterio B = Reexperimentación del suceso traumático; Criterio C = Evitación conductual/cognitiva; Criterio D ACN/EAN = Alteraciones cognitivas negativas/estado de ánimo negativo; Criterio E Hiperactivación = Aumento de la activación/reactividad psicofisiológica; ¹ = calculado sobre 516 casos.

estadísticamente significativas ($p < .05$) y, salvo el ítem 9 (en ambos grupos), estuvieron comprendidas entre .52 y .82 para el grupo clínico y entre .42 y .86 para el normativo. Asimismo, los parámetros del modelo estructural, también fueron elevados y significativos ($p < .05$), comprendiéndose entre .82 y .98 para la población normativa, y .85 y .98 para la clínica (ver Tabla 2).

Las correlaciones entre los cuatro núcleos de síntomas del TEPT estuvieron comprendidas entre .55 y .67 para el

grupo clínico y entre .75 y .92 para el grupo normativo. A su vez, las correlaciones entre la puntuación total del TEPT y de los cuatro núcleos de síntomas fueron elevadas en ambas muestras (grupo clínico/grupo control): Reexperimentación (.84/.86), Evitación (.78/.77), Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo (.87/.86) y Aumento de la activación y de reactividad psicofisiológica (.87/.85).

En cuanto a la fiabilidad, con el grupo clínico se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de .91 para la escala total

Tabla 2. EGS-R. Solución completamente estandarizada (fiabilidad si se elimina el ítem), correlaciones entre los factores, fiabilidad y discriminación media para el grupo clínico ($n = 526$) y normativo ($n = 193$)

Ítem	F1	F2	F3	F4
	Clínico/Normativo	Clínico/Normativo	Clínico/Normativo	Clínico/Normativo
1	.68 (.72)/.72 (.70)	---	---	---
2	.66 (.76)/.73 (.73)	---	---	---
3	.61 (.77)/.78 (.72)	---	---	---
4	.77 (.70)/.82 (.70)	---	---	---
5	.77 (.71)/.61 (.77)	---	---	---
6	---	.72 (.69)/.65 (.56)	---	---
7	---	.82 (.63)/.86 (.48)	---	---
8	---	.74 (.68)/.61 (.65)	---	---
9	---	---	.34 (.82)/.07 (.74)	---
10	---	---	.68 (.76)/.75 (.63)	---
11	---	---	.61 (.78)/.42 (.70)	---
12	---	---	.81 (.76)/.81 (.64)	---
13	---	---	.74 (.76)/.85 (.64)	---
14	---	---	.69 (.76)/.74 (.68)	---
15	---	---	.66 (.77)/.81 (.65)	---
16	---	---	---	.52 (.70)/.69 (.72)
17	---	---	---	.53 (.71)/.76 (.73)
18	---	---	---	.62 (.67)/.62 (.67)
19	---	---	---	.67 (.65)/.57 (.65)
20	---	---	---	.60 (.67)/.79 (.70)
21	---	---	---	.67 (.67)/.80 (.68)
TEPT	.90/.95	.86/.82	.85/.92	.98/.98
F2	.64/.78	---	---	---
F3	.59/.87	.55/.75	---	---
F4	.65/.92	.60/.82	.67/.92	---
A	.775/.770	.754/.663	.795/.704	.717/.733
Discriminación media (Rango)	.541/.552 (.441 - .642)/ (.394-.624)	.588/.476 (.563 - .613)/ (.410-.481)	.434/.439 (.255 - .614)/ (.008-.555)	.442/.476 (.348 - .537)/ (.321-611)

Nota. F1 = Reexperimentación; F2 = Evitación conductual/cognitiva; F3 = Alteraciones cognitivas negativas/estado de ánimo negativo; F4 = Aumento de la activación/reactividad psicofisiológica; α = alfa de Cronbach.

(21 ítems) y la consistencia interna de los cuatro núcleos de síntomas del TEPT estuvo comprendida entre .72 y .79. La discriminación media de la escala total fue de .53, con un rango comprendido entre .27 y .67.

A su vez, el coeficiente alfa de Cronbach de la subescala complementaria de síntomas disociativos (4 ítems) fue de .73 (.75 si se basa en los elementos estandarizados), con una discriminación media de .56 (rango entre .46 y .65), y de la subescala de disfuncionalidad derivada del suceso traumático fue de .82, con una discriminación media de .59 (rango entre .39 y .75).

Al analizar la fiabilidad de la escala con el grupo normativo, se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de .89

para la escala total y entre .66 y .77 para los cuatro núcleos de síntomas del TEPT: Reexperimentación (.77), Evitación (.66), Alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo (.70) y Aumento de la activación/reactividad psicofisiológica (.73). Finalmente, para las subescalas complementarias de síntomas disociativos y de disfuncionalidad, fue de .61 y de .75, respectivamente. En la Tabla 2 se muestra la solución completamente estandarizada para cada grupo, la fiabilidad de cada subescala si se elimina el ítem entre paréntesis, las correlaciones entre los cuatro factores, los valores alfa de Cronbach y las discriminaciones medias.

Tabla 3. Diferencias de medias (*t* de Student) y tamaño del efecto (*g* de Hedges) entre el grupo clínico y el grupo normativo

	Total (<i>N</i> = 719)	Grupo clínico (<i>n</i> = 526)	Grupo normativo (<i>n</i> = 193)	<i>t</i>	<i>g</i>	g de Hedges 95% IC	
						Inferior	Superior
EGS-R Total (21 ítems)							
<i>M</i>	19.98	23.83	9.50	17.42*	1.27	.45	2.09
<i>DT</i>	12.91	12.02	8.81				
B. Reexperimentación (5 ítems)							
<i>M</i>	5.02	5.88	2.65	13.16*	1.03	.80	1.26
<i>DT</i>	3.46	3.27	2.78				
C. Evitación (3 ítems)							
<i>M</i>	3.67	4.15	2.36	8.80*	.74	.56	.91
<i>DT</i>	2.55	2.47	2.30				
D. ACN/EAN (7 ítems)							
<i>M</i>	5.92	7.15	2.57	15.72*	1.08	.76	1.39
<i>DT</i>	4.71	4.65	2.91				
E. Hiperactivación (6 ítems)							
<i>M</i>	5.37	6.63	1.92	18.77*	1.34	1.08	1.60
<i>DT</i>	4.08	3.78	2.63				
Sínt. disociativos (4 ítems)							
<i>M</i>	.63	.76	.26	5.23*	.34	.23	.45
<i>DT</i>	1.50	1.64	.90				
Disfuncionalidad (6 ítems) ¹							
<i>M</i>	8.62	10.23	2.66	22.48*	1.76	1.43	2.09
<i>DT</i>	5.30	4.54	3.20				

Nota. 95% IC = Intervalo de Confianza al 95%; * = *p* < .001; ACN/EAN = Alteraciones cognitivas negativas/Estado de ánimo negativo; Hiperactivación = Aumento de la activación/reactividad psicofisiológica; ¹ El grado de disfuncionalidad relacionada con el suceso traumático se calculó con un menor tamaño muestral (516 casos del grupo clínico y 140 del grupo normativo).

Tabla 4. *Capacidad discriminativa de los ítems nucleares del TEPT entre los grupos clínico y normativo*

Ítem	Grupo clínico (n = 526)		Grupo normativo (n = 193)		χ^2	p	Φ
	n	%	n	%			
Ítem 1	255	48.5	35	18.1	54.02	.000	-.27
Ítem 2	132	25.1	9	4.7	37.39	.000	-.23
Ítem 3	76	14.4	22	11.4	1.12	.291	-.04
Ítem 4	306	58.2	59	3.6	43.05	.000	-.24
Ítem 5	231	43.9	12	6.2	89.68	.000	-.35
Ítem 6	217	41.3	56	29	8.98	.003	-.11
Ítem 7	252	47.9	61	31.6	15.27	.000	-.15
Ítem 8	256	48.7	34	17.6	56.57	.000	-.28
Ítem 9	90	17.1	14	7.3	11.09	.001	-.12
Ítem 10	206	39.2	21	1.9	52.28	.000	-.27
Ítem 11	224	42.6	56	29	1.93	.001	-.12
Ítem 12	222	42.2	12	6.2	83.3	.000	-.34
Ítem 13	203	38.6	18	9.3	56.81	.000	-.28
Ítem 14	143	27.2	5	2.6	52.25	.000	-.27
Ítem 15	156	29.7	10	5.2	47.64	.000	-.26
Ítem 16	164	31.2	6	3.1	61.62	.000	-.29
Ítem 17	59	11.2	6	3.1	11.29	.001	-.12
Ítem 18	217	41.3	27	14	46.82	.000	-.25
Ítem 19	217	41.3	23	11.9	54.65	.000	-.28
Ítem 20	190	36.1	5	2.6	8.31	.000	-.33
Ítem 21	291	55.3	18	9.3	121.89	.000	-.41

Nota. Φ = Coeficiente phi (tamaño del efecto); se consideró como síntoma la presencia de 2 o más puntos en cada ítem (rango de cada ítem entre 0-3).

Validez discriminante de la EGS-R

La puntuación total de la EGS-R y la de las cuatro subescalas nucleares del TEPT discriminaron estadísticamente entre los grupos clínico y normativo, con un tamaño del efecto medio para los síntomas de evitación y grande para la puntuación total de la EGS-R y del resto de las subescalas (ver Tabla 3). También las subescalas complementarias discriminaron estadísticamente entre los dos grupos, con un tamaño del efecto grande para la de disfuncionalidad y pequeño para la de los síntomas disociativos. Por otra parte, todos los ítems de la EGS-R (salvo el ítem nº 3) discriminaban estadísticamente entre los grupos clínico y normativo (ver Tabla 4), aunque con tamaños del efecto pequeños (entre .11 y .41).

Validez convergente con el diagnóstico de TEPT y validez concurrente de la EGS-R con el BDI-II y el STAI-E

Desde una perspectiva categorial, el 37.6% de las víctimas de violencia ($n = 198$ participantes) cumplían los criterios

diagnósticos del TEPT según el DSM-5, en contraste con el 6.2% del grupo normativo ($n = 13$).

Respecto a la validez convergente, se obtuvo una correlación de .78 para la muestra total, de .79 para el grupo clínico y de .58 para el grupo normativo entre la puntuación total de la EGS-R y la presencia o no del TEPT según los criterios diagnósticos del DSM-5 ($p = .000$ en las tres correlaciones).

Por otra parte, se encontraron relaciones estadísticamente significativas y de magnitud elevada entre la puntuación total de la EGS-R y la sintomatología depresiva (BDI-II) y ansiosa (STAI-E) (Tabla 5). Asimismo los cuatro núcleos de síntomas del TEPT estaban relacionados estadísticamente con la sintomatología depresiva y la ansiosa. La magnitud de las asociaciones fue grande entre los síntomas de los criterios D (alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo) y E (aumento de la activación/reactividad psicofisiológica) con la sintomatología depresiva y ansiosa, pero fue media para los criterios B (reexperimentación del suceso traumático) y C (evitación del suceso traumático). Asimismo la magnitud

Tabla 5. *Correlaciones entre le EGS-R y otras variables psicopatológicas (n = 526)*

	BDI-II	STAI-E
Criterio B – Reexperimentación	.47*	.45*
Criterio C - Evitación	.38*	.36*
Criterio D - ACN/EAN	.61*	.50*
Criterio E - Hiperactivación	.56*	.56*
Puntuación Total EGS-R (21 ítems)	.62*	.57*
Síntomas disociativos (4 ítems)	.30*	.18*
Disfuncionalidad (6 ítems) ¹	.53*	.56*

Nota: * $p < .01$; Criterio B = Reexperimentación del suceso traumático; Criterio C = Evitación conductual/cognitiva; Criterio D - ACN/EAN = Alteraciones cognitivas negativas/estado de ánimo negativo; Criterio E - Hiperactivación = Aumento de la activación/reactividad psicofisiológica; BDI-II = Inventario de depresión de Beck; STAI-E = Inventario de ansiedad-estado de Spielberger; ¹ = calculado sobre 516 casos.

de las asociaciones de los cuatro núcleos de síntomas fue similar para la sintomatología depresiva y ansiosa, salvo para el criterio D, que correlacionó algo más con la sintomatología depresiva que ansiosa. Por otra parte, las dos escalas complementarias correlacionaron estadísticamente con la sintomatología depresiva y ansiosa, aunque la escala complementaria de síntomas disociativos presentó una magnitud media para la sintomatología depresiva y pequeña para los síntomas de ansiedad.

Análisis de la curva ROC de la EGS-R respecto a los criterios diagnósticos del DSM-5

Para poder interpretar las puntuaciones obtenidas en la EGS-R, se estudiaron los puntos de corte de la EGS-R y de sus cuatro núcleos de síntomas mediante el análisis de las curvas ROC. Se tomó como referencia el diagnóstico o no del TEPT en función del DSM-5: cumplir al menos un síntoma de reexperimentación, un síntoma en evitación, dos síntomas en alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo y dos síntomas en aumento de la activación/reactividad psicofisiológica. Según estos criterios, de los 719 participantes (526 víctimas de violencia y 193 participantes procedentes de la población normativa), 211 presentaban el TEPT (padecían los cuatro núcleos de síntomas) y 508 no cumplían con todos los criterios diagnósticos para este cuadro clínico. De todas las personas que padecían el TEPT,

el 93.8% ($n = 198$) pertenecían al grupo clínico y el 6.2% ($n = 13$) al grupo normativo. Específicamente, 117 casos cumplían con tres de los cuatro núcleos de síntomas, 134 presentaban dos, 95 uno y 162 no cumplían con ninguno de los cuatro núcleos de síntomas de este cuadro clínico. En este sentido, la puntuación total de la EGS-R dejó un área bajo la curva de .98 ($p = .000$; IC al 95% comprendido entre .97 y .99).

En la Tabla 6 se señalan los diferentes índices descriptivos para definir los puntos de corte de la puntuación total en la EGS-R. Así, con un punto de corte de 20, se clasificaría correctamente al 100% de las personas que sufren un TEPT y al 75% de las participantes que no padecen este cuadro clínico (eficacia diagnóstica del 82.5%). Es decir, clasificaría correctamente a 593 personas (211 verdaderos positivos y 382 verdaderos negativos), mientras que habría 126 falsos positivos y ausencia de falsos negativos. A tenor de las distintas puntuaciones propuestas, el punto de corte más adecuado en un contexto terapéutico sería el de 20. De este modo, se prioriza la sensibilidad, dado que conviene detectar a los pacientes que sufren un TEPT; a su vez, la mayoría de los 126 casos de falsos positivos, aun no cumpliendo estrictamente con todos los criterios diagnósticos para este cuadro clínico, presentaban síntomas psicopatológicos subsindrómicos que requerían tratamiento psicológico.

Por otra parte, también se estudiaron los puntos de corte de las cuatro subescalas (o núcleos de síntomas) del TEPT mediante el cálculo de las curvas ROC. Específicamente, la subescala de reexperimentación dejó un área bajo la curva de .97 ($p = .000$; IC al 95% entre .96 y .98); la subescala de evitación, de .97 ($p = .000$; con un IC al 95% entre .97 y .98); la subescala de alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo, de .98 ($p = .000$; IC al 95% entre .98 y .99); y, finalmente, la subescala de aumento de la activación/reactividad psicofisiológica, de .98 ($p = .000$; IC al 95% entre .97 y .99). En la Tabla 7 se señalan los valores de sensibilidad y especificidad a partir de los diferentes puntos de corte seleccionados para cada subescala. En resumen, los puntos de corte recomendables a nivel clínico de los síntomas nucleares del TEPT para los criterios B, C, D y E deberían estar por encima de 3, 3, 5 y 5, respectivamente, para obtener una buena sensibilidad y eficacia diagnóstica.

Finalmente, se realizó un análisis discriminante para determinar qué dimensiones de la EGS-R eran las más relevantes para diferenciar mejor a las personas con y sin TEPT. Para ello, se consideró como variable dependiente la presencia o no del TEPT y como independientes las puntuaciones totales en cada una de las cuatro subescalas. La función discriminante indicó que el aumento de la activación/

Tabla 6. *Índices descriptivos de selección para definir los puntos de corte de la EGS-R a partir de la puntuación total (21 ítems).*

Punto de corte	S	E	VP	VN	FN	FP	ED
19	1.00	.71	211	362	0	146	79.69
20	1.00	.75	211	382	0	126	82.48
21	.99	.78	208	396	3	112	84.01
22	.98	.81	206	410	5	98	85.67
23	.97	.83	204	423	7	85	87.20
24	.96	.87	203	441	8	67	89.57
25	.94	.89	198	453	13	55	90.54
26	.92	.91	195	463	16	45	91.52
27	.90	.93	189	472	22	36	91.93
28	.85	.94	180	476	31	32	91.24
29	.82	.96	172	486	39	22	91.52
30	.77	.97	163	492	48	16	91.10
31	.74	.98	157	499	54	9	91.24
32	.71	.99	149	503	62	5	90.68
33	.66	.99	140	503	71	5	89.43
34	.60	.99	127	505	84	3	87.90
35	.55	1.00	117	506	94	2	86.65

Nota: S = sensibilidad; E = especificidad; VP = verdaderos positivos; VN = verdaderos negativos; FN = falsos negativos; FP = falsos positivos; ED = eficacia diagnóstica.

Tabla 7. *Puntos de corte de las subescalas de la EGS-R (n = 719)*

	Punto de corte	S	E	VP	VN	FN	FP	ED
B. Reexperimentación (0-15)	3	.98	.72	206	367	5	141	79.66
	5	.83	.97	175	495	36	13	93.20
	6	.70	1.00	147	508	64	0	91.11
C. Evitación (0-9)	3	.93	.86	196	435	15	73	87.77
	4	.80	1.00	170	508	41	0	94.25
D. ACN/EAN (0-21)	5	.98	.85	207	429	4	79	88.52
	7	.86	.96	180	487	31	21	92.89
	9	.63	1.00	133	508	78	0	89.16
Hiperactivación (0-18)	5	.98	.85	206	433	5	75	88.81
	6	.91	.94	193	476	18	32	93.04
	8	.64	1.00	136	508	75	0	89.58

Nota: S = sensibilidad; E = especificidad; VP = verdaderos positivos; VN = verdaderos negativos; FN = falsos negativos; FP = falsos positivos; ED = eficacia diagnóstica; Criterio B = Reexperimentación del suceso traumático; Criterio C = Evitación conductual/cognitiva; Criterio D - ACN/EAN = Alteraciones cognitivas negativas/estado de ánimo negativo; Criterio E - Hiperactivación = Aumento de la activación/reactividad psicofisiológica.

reactividad psicofisiológica fue el núcleo de síntomas más relevante (.83), seguido de alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo (.81), de reexperimentación (.67) y, finalmente de evitación (.58). El valor de *Lambda de Wilks* mostró que las medias de los dos grupos (TEPT y no TEPT) eran significativamente diferentes ($\chi^2_{(4)} = 675.86; p < .01$).

Conclusiones

Las entrevistas estructuradas son de gran ayuda para el diagnóstico del TEPT y tienen una ventaja sobre los autoinformes porque se pueden aplicar en pacientes poco colaboradores, con dificultades de concentración o con problemas para entender el lenguaje escrito. Asimismo han contribuido a aumentar el acuerdo entre evaluadores, sobre todo cuando son empleadas por clínicos experimentados (García-Portilla et al., 2015).

Por ello, resulta oportuno poder contar con la escala para adultos presentada en este artículo, que es breve (21 ítems) y sencilla de corregir, dispone de unas propiedades psicométricas adecuadas y, en última instancia, sirve de apoyo a la práctica profesional y a la investigación clínica. Asimismo ofrece un interés adicional desde una perspectiva dimensional, al permitir la cuantificación de la gravedad de los síntomas según su frecuencia e intensidad, tanto en la escala global como en las diferentes subescalas. Además, se incluye una información complementaria en cuanto al tipo de suceso traumático, el momento (con una antigüedad mayor de 1 mes) y la frecuencia del suceso, los síntomas disociativos existentes y el grado de disfuncionalidad en la vida cotidiana producido por el suceso, que encaja bien con el diagnóstico clínico y funcional del DSM-5 (Armour et al., 2015).

Las diferencias más relevantes en relación con otros autoinformes y entrevistas estructuradas son que la EGS-R se ha basado en los criterios diagnósticos del DSM-5, que se ha contado con una muestra muy amplia de mujeres víctimas de delitos violentos (violencia de género), que se ha comparado con un grupo de control de la población normativa, que se ha validado en una población española y que, de forma complementaria, se han añadido dos subescalas -de síntomas disociativos y de disfuncionalidad ocasionada por el suceso traumático- por la relevancia de estos en el TEPT (Weathers, Marx, Friedman y Schnurr, 2014).

Respecto a las propiedades psicométricas, la versión depurada y actualizada de la EGS-R supone una mejora clara respecto a la versión anterior. Así, la consistencia interna de la escala global y de los diferentes núcleos sintomáticos es

alta. Además, en el análisis factorial se confirman los cuatro grupos de síntomas (reexperimentación, evitación conductual/cognitiva, alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo y aumento de la activación). Quizá ello permita explicar la observación clínica -tan habitual en los pacientes aquejados de este trastorno- de la presencia de síntomas múltiples junto con un nivel de desesperanza y de desmotivación hacia el futuro (Foa, Keane y Friedman, 2003).

En este estudio la EGS-R permite discriminar entre las personas que presentan propiamente un TEPT y aquellas que pueden sufrir un cierto malestar emocional asociado a una adversidad de la vida cotidiana. Lo que mejor discrimina a las personas con o sin TEPT son dos núcleos sintomáticos: la reactividad psicofisiológica y las alteraciones cognitivas negativas/estado de ánimo negativo. A diferencia de otros estudios (Foa et al., 2016; Miller et al., 2013), el papel de la reexperimentación no resulta tan determinante, quizá porque esos estudios cuentan con una muestra amplia de excombatientes que están ya en un lugar seguro. En nuestro estudio, con víctimas de agresiones sexuales y violencia familiar, el riesgo de una nueva agresión es alto y, por ello, la hiperactivación y el estado de ánimo negativo desempeñan un papel importante. En cualquier caso, esta hipótesis hay que ponerla a prueba en estudios futuros porque la estructura de los núcleos sintomáticos del TEPT es objeto de discusión (Yufik y Simms, 2010).

Este instrumento muestra asimismo una validez convergente alta con el diagnóstico categorial del TEPT llevado a cabo con una entrevista clínica y una validez concurrente satisfactoria con las puntuaciones obtenidas en la sintomatología ansiosa y depresiva.

Se establecen unos puntos de corte para la puntuación total y para cada una de las cuatro dimensiones de primer orden, de manera que se pueda establecer el diagnóstico de este cuadro clínico, además de estimar la gravedad de la sintomatología. La eficacia diagnóstica de la escala es muy alta (82.5%) si se establece un punto de corte global de 20 y unos puntos de corte parciales por encima de 3, 3, 5 y 5 en las subescalas de reexperimentación, evitación, alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo y aumento de la activación, respectivamente.

Este estudio presenta, sin embargo, algunas limitaciones. La muestra clínica, aun habiendo sido muy amplia (mucho mayor que en los estudios previos: por ejemplo, Crespo y Gómez, 2015 o Foa et al., 2016), ha estado limitada a mujeres víctimas de violencia de género. Aun siendo estos grupos en los que es más frecuente el TEPT y los que mayor demanda terapéutica generan en nuestro medio en relación con este cuadro clínico (Miller y Resick, 2007), convendría

en estudios posteriores replicar la validación de la escala también en hombres y en otro tipo de sucesos traumáticos. Asimismo sería de interés averiguar si el perfil clínico del TEPT varía en función del tipo específico de victimización.

El control de la simulación es un reto de futuro en los instrumentos de evaluación. No hay que olvidar que el TEPT, en la medida en que constituye una forma específica de daño psicológico, es un trastorno que puede ser objeto de simulación o de exageración por las posibles ganancias secundarias que puedan obtenerse: incapacidad laboral, indemnizaciones económicas, etcétera (Delgado et al., 2013; Echeburúa et al., 2005). Conviene, por ello, diseñar pruebas que controlen la simulación cuando se vayan a utilizar en un contexto forense (Santamaría y González-Ordí, 2012).

En cualquier caso, el desafío para los próximos años es contar con una variedad de instrumentos de evaluación (entrevistas estructuradas, autoinformes, pruebas psicofisiológicas), sencillos de aplicación, con buenas propiedades psicométricas y adaptados a poblaciones específicas (Bovin et al., 2015). De lo que se trata es de poder utilizarlos diferencialmente según sea el objetivo deseado (clínico, forense, de investigación) y la edad del paciente (Stewart et al., 2016).

Referencias

- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: Author.
- Armour, C., Tsai, J., Durham, T. A., Charak, R., Biehn, T. L., Elhai, J. D., y Pietrzak, R. H. (2015). Dimensional structure of DSM-5 posttraumatic stress symptoms: Support for a hybrid Anhedonia and Externalizing Behaviors model. *Journal of Psychiatric Research, 61*, 106-113. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.10.012
- Báguena, M. J., Villarroya, E., Beleña, A., Díaz, A., Roldan, C., y Reig, R. (2001). Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala Revisada de Impacto del estresor (EIE-R). *Análisis y Modificación de Conducta, 27*(114): 581- 604.
- Beck, A. T., Brown, G. K., y Steer, R. A. (1996). *Beck Depression Inventory-II (BDI-II)*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory (2nd ed.)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., y Keane, T. M. (1995). The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress, 8*(1), 75-90. doi:10.1002/jts.2490080106
- Bobes, J., Calcedo-Barba, A., García, M., François, M., Rico-Villademoros, F., González, M.P., y ... Bousoño, M. (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del TEPT. *Actas Españolas de Psiquiatría, 28*, 207-218.
- Bovin, M. J., Marx, B. P., y Schnurr, P. P. (2015). Evolving DSM Diagnostic Criteria for PTSD: Relevance for Assessment and Treatment. *Current Treatment Options in Psychiatry, 2*, 86-98. doi:10.1007/s40501-015-0032-y
- Crespo, M., y Gómez, M. (2012). *Evaluación global de estrés posttraumático. EGEP*. Madrid, España: Tea Ediciones.
- Crespo, M., y Gómez, M. (2015). Development and validation of the global assessment of post-traumatic stress scale. *Revista de Victimología/ Journal of Victimology, 2*, 55-71. doi:10.12827-RVJV-2-03
- Davidson, J. R. T., Malik, M. A., y Travers, J. (1997). The Structured Interview for PTSD (SIP): Psychometric validation for DSM-IV criteria. *Depression and Anxiety, 5*, 127-129.
- Delgado, S., Echeburúa, E., Vicente-Herrero, M. T., Torres, J. I., López, A. A., Ramírez y, ... Aguilar, E. (2013). Trastorno de estrés posttraumático en psiquiatría forense (II). El TEPT en diferentes contextos situacionales. Implicaciones médico-legales. En S. Delgado y J. M. Maza (Eds.), *Psiquiatría legal y forense (Vol. 1)* (pp. 699-736). Barcelona, España: Bosch.
- Echeburúa, E. (2010). The challenge of posttraumatic stress disorder prevention: How to survive a disaster?. *Terapia Psicológica, 28*(2), 147-154.
- Echeburúa, E., Amor, P. J., y Corral, P. (2005). Evaluación del trastorno de estrés posttraumático. En V. E. Caballo (Ed.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad* (pp. 489-505). Madrid, España: Pirámide.
- Echeburúa, E., Corral, P., y Amor, P. J. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema, 14* (supl.), 139-146.
- Echeburúa, E., Corral, P., y Amor, P. J. (2014). Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. En V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carrobes (Eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (2^a edic.)* (pp. 290-313). Madrid, España: Pirámide.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Zubizarreta, I., y Sarasua, B. (1997). Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Posttraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta, 23*, 503-526.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., y Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia Psicológica, 32*(1), 65-74. doi:10.4067/S0718-48082014000100007
- Foa, E. B., Keane, T., y Friedman, M. (2003). *Tratamiento del estrés posttraumático*. Barcelona, España: Ariel.
- Foa, E. B., McLean, C. P., Zang, Y., Zhong, J., Rauch, S., Porter, K., y ... Kauffman, B. Y. (2016). Psychometric Properties of the Posttraumatic Stress Disorder Symptom Scale Interview for DSM-5 (PSSI-5). *Psychological Assessment, 28*(10), 1159-1165. doi:10.1037/pas0000259
- García-Portilla, M. P., Bascarán, M. T., Sáiz, P.A., Parellada, M., Bousoño, M., y Bobes, J. (2015). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica (7^a ed.)*. Madrid, España: Cyesan.
- Keane, T. M., Rubin, A., Lachowicz, M., Brief, D., Enggasser, J. L., Roy, M., y ... Rosenbloom, D. (2014). Temporal stability of DSM-5 posttraumatic stress disorder criteria in a problem-drinking sample. *Psychological Assessment, 26*(4), 1138-1145. doi:10.1037/a0037133
- McDonald, S. D., y Calhoun, P. S. (2010). The diagnostic accuracy of the PTSD Checklist: A critical review. *Clinical Psychology Review, 30*(8), 976-987. doi:10.1016/j.cpr.2010.06.012
- Miller, M. W., y Resick, P. A. (2007). Internalizing and externalizing subtypes in female sexual assault survivors: Implications for the understanding of complex PTSD. *Behavior Therapy, 38*(1), 58-71. doi:10.1016/j.beth.2006.04.003
- Miller, M. W., Wolf, E. J., Kilpatrick, D., Resnick, H., Marx, B. P., Hollowka, D. W., y ... Friedman, M. J. (2013). The prevalence and latent structure of proposed DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms in U.S. national and veteran samples. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 5*(6), 501-512. doi:10.1037/a0029730
- Morata-Ramírez, M., Holgado-Tello, F. P., Barbero-García, I., y Méndez, G. (2015). Análisis factorial confirmatorio: recomendaciones sobre mínimos cuadrados no ponderados en función del error Tipo I de Ji-Cuadrado y RMSEA. *Acción Psicológica, 12*(1), 79-90. doi: http://dx.doi.org/10.5944/ap.12.1.14362
- Picó-Alfonso, M. A., Echeburúa, E., y Martínez, M. (2008). Personality disorder symptoms in women as a result of chronic intimate male partner

- violence. *Journal of Family Violence*, 23(7), 577-588. doi:10.1007/s10896-008-9180-9
- Santamaría, P., y González-Ordi, H. (2012). Evaluación mediante autoinforme. En H. González-Ordi, P. Santamaría y P. Capilla (Eds.), *Estrategias de detección de la simulación. Un manual clínico multidisciplinar* (pp. 185-274). Madrid, España: TEA Ediciones.
- Sanz, J., Navarro, M. E., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 239-288.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1970). *Manual of State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto CA: Consulting Psychologists Press (versión española, TEA, 1982).
- Stewart, R. W., Tuerk, P. W., Metzger, I. W., Davidson, T. M., y Young, J. (2016). A decision-tree approach to the assessment of posttraumatic stress disorder: Engineering empirically rigorous and ecologically valid assessment measures. *Psychological Services*, 13(1), 1-9. doi:10.1037/ser0000069
- Weathers, F. W., Marx, B. P., Friedman, M. J., y Schnurr, P. P. (2014). Posttraumatic stress disorder in DSM-5: New criteria, new measures, and implications for assessment. *Psychological Injury and Law*, 7(2), 93-107. doi:10.1007/s12207-014-9191-1
- Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., y Keane, T. M. (2013). *The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5)*. Interview available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov.
- Weiss, D. S., y Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale- Revised. En J. P. Wilson, y T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD: A handbook for practitioners* (pp. 399-411). New York: Guilford Press.
- Wittchen, H., Gloster, A., Beesdo, K., Schönfeld, S., y Perkonig, A. (2009). Posttraumatic stress disorder: Diagnostic and epidemiological perspectives. *CNS Spectrums*, 14(Supl. 1), 5-12.
- Yang-Wallentin, F., Jöreskog, K. G., y Luo, H. (2010). Confirmatory factor analysis of ordinal variables with misspecified models. *Structural Equation Modeling*, 17(3), 392-423. doi:10.1080/10705511.2010.489003
- Yufik, T., y Simms, L. J. (2010). A meta-analytic investigation of the structure of posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 764-776. doi:10.1037/a0020981

APÉNDICE

**ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO-REVISADA (EGS-R)
(Versión clínica)
(Echeburúa, Amor, Sarasua, Zubizarreta, Holgado-Tello y Muñoz, 2016)**

Nº:	Fecha:	Sexo:	Edad:
Estado civil:	Profesión:	Situación laboral:	

1. SUCESO TRAUMÁTICO

Descripción: _____

Tipo de exposición al suceso traumático

<input type="checkbox"/>	Exposición directa
<input type="checkbox"/>	Testigo directo
<input type="checkbox"/>	Otras situaciones
<input type="checkbox"/>	Testigo por referencia (la víctima es una persona significativa para el sujeto)
<input type="checkbox"/>	Interviniente (profesional/particular que ha ayudado en las tareas de emergencias)

Frecuencia del suceso traumático

<input type="checkbox"/>	Episodio único
<input type="checkbox"/>	Episodios continuados (por ej., maltrato, abuso sexual)

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

¿Ocurre actualmente? No Sí (indíquese el tiempo transcurrido desde el último episodio): _____ (meses) / _____ (años)

¿Ha recibido algún tratamiento por el suceso sufrido? No Sí (especificar):

Tipo de tratamiento		Duración	¿Continúa en la actualidad?
<input type="checkbox"/>	Psicológico	_____ (meses) / _____ (años)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/>	Farmacológico	_____ (meses) / _____ (años)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

Exposición al suceso traumático en la infancia/adolescencia: No Sí

Revictimización a otro suceso traumático: No Sí

Secuelas físicas experimentadas: No Sí (especificar):

2. NÚCLEOS SINTOMÁTICOS

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

0	1	2	3
Nada	Una vez por semana o menos/Poco	De 2 a 4 veces por semana/ Bastante	5 o más veces por semana/ Mucho

Reexperimentación	
Ítems	Valoración
1. ¿Experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma involuntaria?	0 1 2 3
2. ¿Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso?	0 1 2 3
3. ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?	0 1 2 3
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/imágenes que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3
5. ¿Siente reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mareos, etc.) al tener presentes pensamientos/imágenes o situaciones reales que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3

Puntuación en reexperimentación: ____ (Rango: 0-15)

Evitación conductual/cognitiva	
Ítems	Valoración
6. ¿Suele evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
7. ¿Evita o hace esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
8. ¿Procura evitar hablar de determinados temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3

Puntuación en evitación: ____ (Rango: 0-9)

Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	
Ítems	Valoración
9. ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?	0 1 2 3
10. ¿Tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro?	0 1 2 3
11. ¿Suele culparse a sí mismo o culpar a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático?	0 1 2 3
12. ¿Experimenta un estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror, ira, culpa o vergüenza?	0 1 2 3
13. ¿Se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana?	0 1 2 3
14. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean?	0 1 2 3
15. ¿Se nota limitado para sentir o expresar emociones positivas (por ejemplo, alegría, satisfacción o sentimientos amorosos)?	0 1 2 3

Puntuación en alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo: ____ (Rango: 0-21)

Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	
<i>Ítems</i>	<i>Valoración</i>
16. ¿Suele estar irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que la justifiquen?	0 1 2 3
17. ¿Muestra conductas de riesgo (comida descontrolada, conducción peligrosa, conductas adictivas, etc.) o autodestructivas?	0 1 2 3
18. ¿Se encuentra en un estado de alerta permanente (por ejemplo, pararse de forma repentina para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso?	0 1 2 3
19. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?	0 1 2 3
20. ¿Tiene dificultades de concentración, por ejemplo, para seguir una conversación o al atender a sus obligaciones diarias?	0 1 2 3
21. ¿Muestra dificultades para conciliar o mantener el sueño o para tener un sueño reparador?	0 1 2 3

Puntuación en activación/reactividad psicofisiológica: _____ (Rango: 0-18)

Puntuación total de la gravedad del TEPT: _____ (Rango: 0-63)

3. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Síntomas disociativos	
<i>Ítems</i>	<i>Valoración</i>
1. ¿Al mirarse en un espejo se siente como si realmente no fuera usted?	0 1 2 3
2. ¿Siente como si su cuerpo no le perteneciera?	0 1 2 3
3. ¿Siente que las cosas que le ocurren son una especie de fantasía o sueño?	0 1 2 3
4. ¿Percibe al resto de las personas como si no fueran reales?	0 1 2 3

Presencia de, al menos, dos síntomas disociativos: Sí No

Presentación demorada del cuadro clínico (al menos, 6 meses después del suceso)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--

4. DISFUNCIONALIDAD EN LA VIDA COTIDIANA RELACIONADA CON EL SUCESO TRAUMÁTICO

Áreas afectadas por el suceso traumático	
Áreas	Valoración
1. Deterioro en la relación de pareja	0 1 2 3
2. Deterioro de la relación familiar	0 1 2 3
3. Interferencia negativa en la vida laboral/académica	0 1 2 3
4. Interferencia negativa en la vida social	0 1 2 3
5. Interferencia negativa en el tiempo de ocio	0 1 2 3
6. Disfuncionalidad global	0 1 2 3

Puntuación en el grado de afectación del suceso: _____ (Rango: 0-18)