

Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático¹

BOBES, J.*; CALCEDO-BARBA, A.**; GARCÍA, M.***; FRANÇOIS, M.***; RICO-VILLADEMOROS, F.***; GONZÁLEZ, M. P.*; BASCARÁN, M. T.*; BOUSOÑO, M.* y GRUPO ESPAÑOL DE TRABAJO PARA EL ESTUDIO DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO****.

* Cátedra de Psiquiatría y Psicología, Universidad de Oviedo. ** Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, Universidad Complutense de Madrid. *** Biométrica, Barcelona. **** Grupo de Trabajo: Bascarán MT. Universidad de Oviedo. Oviedo; Deza C. Hospital Divino Vallés. Burgos; Franch J. Hospital Clínico. Valladolid; García G. Parc Taulí. Barcelona; González MP. Universidad de Oviedo. Oviedo; González MT. Hospital del Aire. Madrid; Iglesias C. Centro de Salud Mental de Sama de Langreo. Asturias; Losantos R. Hospital del Aire. Madrid; Medina JL. Hospital Militar Central Gómez Ulla. Madrid; Mingote JC. Hospital 12 de Octubre. Madrid; Orengo F. Hospital Gregorio Marañón. Madrid; Portilla JI. CSM El Coto. Gijón; Rojo JE Hospital de Bellvitge. Barcelona.

Evaluation of the psychometric properties of the Spanish version of five questionnaires for the assessment of post-traumatic stress disorders

Resumen

Objetivo: *Evaluar las propiedades psicométricas de la versión española de los instrumentos de medida TQ, CAPS-DX, DTS, TOP-8 y DGRP para su uso en la investigación y la práctica asistencial con pacientes que padecen trastorno de estrés postraumático (TEPT).*

Métodos: *63 pacientes diagnosticados de TEPT y 23 individuos sanos fueron reclutados y valorados. Se analizó la fiabilidad en términos de consistencia interna y test-retest (a los 15 días). La validez concurrente se analizó mediante análisis correlacionales con el número de síntomas según criterios DSM-IV y la escala CGI. La validez discriminante se evaluó comparando la puntuación obtenida en los cuestionarios de evaluación de TEPT entre pacientes y controles y entre subgrupos de pacientes según presencia de trastornos psiquiátricos concomitantes y el estado de salud en la escala CGI.*

Resultados: *Todas las subescalas de los cinco cuestionarios mostraron una adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach: 0,74-0,91), excepto el cuestionario TQ y los criterios B y C del cuestionario TOP-8. Además, todas mostraron adecuada fiabilidad test-retest (CCI= 0,77-0,93), excepto la subescala del criterio D del cuestionario TOP-8. Los cinco cuestionarios discriminaron entre pacientes y controles y entre subgrupos de pacientes según comorbilidad y el nivel de gravedad medido mediante la escala CGI.*

Conclusiones: *La versión española de los cuestionarios TQ, CAPS-DX, DTS, TOP-8 y DGRP ha mostrado poseer adecuada fiabilidad y validez en la evaluación de pacientes con TEPT, aunque la entrevista CAPS-DX parece ser más adecuada para ayuda diagnóstica y el cuestionario DTS para la evaluación en la práctica asistencial habitual.*

Palabras clave: *Adaptación. Validación. Escalas para el TEPT.*

Summary

Aim: *to determine the psychometric properties of the Spanish versions of the following scales for assessing PTSD patients: TQ, CAPS-DX, DTS, TOP-8, and DGRP.*

Methods: *data from 63 PTSD patients and 23 healthy subjects were analysed. Internal consistency and test-retest reliability (after 15 days) were calculated. Convergent validity was analysed by correlating subjects' scores with the number of symptoms (DSM-IV) and scores on the CGI scale. Discriminative capability was analysed by comparing TQ, CAPS-DX, DTS, TOP-8, and DGRP patients' scores with scores from healthy subjects, and between patients' subgroups according to the presence or absence of psychiatric comorbidity and to the degree of severity as determined by the CGI-S.*

Results: *CAPS-DX, DTS, TOP-8, and DGRP showed an adequate internal consistency (Cronbach alpha: 0.74-0.91) and all of them obtained ICC between 0.77 and 0.93. The five questionnaires were able to discriminate between patients and healthy subjects, and between the patients' subgroups.*

Conclusions: *the Spanish versions of the TQ, CAPS-DX, DTS, TOP-8, and DGRP have shown adequate reliability and validity for assessing PTSD patients in daily clinical practice. CAPS-DX seems to be more adequate a diagnostic and DTS a severity rating scale.*

Key words: *Adaptation. Validation. PTSD scales.*

¹ Este estudio ha sido patrocinado por laboratorios Pfizer, Madrid.

A pesar de la larga historia del trastorno por estrés posttraumático (TEPT) (1), la validez de su diagnóstico, tal y como fue definido formalmente por primera vez en el DSM-III (2) recibió importantes críticas, siendo considerado por algunos autores como la expresión de otros trastornos psicopatológicos como el de la compensación o como un tipo de trastorno de personalidad. Posteriormente, en la edición del DSM-IV (3) el diagnóstico de este trastorno se ha ampliado, aceptándose también como «evento estresante» (criterio A) la observación de accidentes graves o muerte no natural de otras personas. Más recientemente, las elevadas tasas de prevalencia, cronicidad y comorbilidad encontradas y el hallazgo de tratamientos eficaces dirigidos a este trastorno, han hecho que en la actualidad el diagnóstico de TEPT sea plenamente reconocido y estudiado con gran interés.

Los estudios epidemiológicos realizados muestran que el porcentaje de personas de la población general que ha experimentado un evento traumático a lo largo de su vida oscila desde un 39,1% hasta un 89,6% según los criterios utilizados en cada estudio. Estos estudios también muestran que la tasa de prevalencia de TEPT oscila entre un 1% y un 12,3% (4-10), aunque puede variar de un estudio a otro según el tipo de evento traumático desencadenante, encontrándose que puede llegar a ser de hasta un 60-80% en personas víctimas de violación (11). Estos estudios también muestran tasas de cronicidad y comorbilidad elevadas, encontrándose que el TEPT es un trastorno que persiste tras más de un año después del evento traumático desencadenante en más de un tercio de los pacientes (4-6, 9), y que alrededor de un 80% de los pacientes con TEPT padecen algún otro trastorno psiquiátrico (6, 9).

Dada la alta prevalencia, cronicidad y comorbilidad de este trastorno, existe un creciente interés por optimizar su tratamiento. Por una parte, los tratamientos cognitivo-conductuales han sido modificados en los últimos años para su aplicación específica en pacientes con TEPT, evaluándose en diversos estudios la eficacia y coste-efectividad de los tratamientos de exposición e inoculación del estrés (12). Por otra parte, los crecientes progresos en el conocimiento de la psicobiología del TEPT conseguidos en los últimos años (13, 14) han abierto nuevas expectativas en cuanto al abordaje farmacológico de este trastorno (15). Varios ensayos y estudios controlados sugieren la eficacia del tratamiento psicofarmacológico con antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la monoaminaoxidasa (IMAOs), inhibidores de los receptores de la serotonina (IRSS) y ansiolíticos (15, 16). Más recientemente, ha sido aprobado por la Food and Drug Administration el primer fármaco con esta indicación (17).

Por todo ello, ha aumentado la necesidad de disponer de instrumentos de evaluación de este trastorno adecuados. Por ello en los últimos años se han utilizado instrumentos de medida que ya existían previamente para evaluar el TEPT, como es el caso de la escala de impacto de eventos IES (18), la escala de ansiedad-estado de Spielberger (19) o las escalas de TEPT de Keane y Schlenger del inventario de personalidad MMPI (20). Además, se

han elaborado diversos instrumentos específicos para la valoración del TEPT como las escalas CAPS (21, 22), TOP-8 (23), el Índice global de Duke para el trastorno por estrés posttraumático DGRP (24), el Cuestionario para Experiencias Traumáticas TQ (25), la Escala de Trauma de Davidson (24, 26) o el cuestionario de disociación peritraumática PDEQ (27).

En España en concreto, no existe ningún instrumento específico de evaluación del TEPT debidamente adaptado y válido para su uso en la investigación y la práctica clínica. Por ello, los cuestionarios TQ, CAPS-DX, DTS, TOP-8 y DGRP fueron traducidos y adaptados al español según los estándares actuales. Tras ello, el propósito del presente estudio fue evaluar las propiedades psicométricas de la versión española de estos cinco instrumentos de medida para su uso en la investigación y la práctica asistencial con pacientes que padecen TEPT.

MÉTODOS

Muestra del estudio

Los pacientes incluidos en el estudio fueron reclutados consecutivamente de una población muestreable de pacientes controlados clínicamente en 13 centros asistenciales españoles. El diagnóstico de trastorno por estrés posttraumático fue realizado por un psiquiatra experimentado y según criterios DSM-IV. Fueron excluidos del estudio los pacientes que presentaban síndrome cerebral orgánico, retraso mental, y/o trastorno por abuso de sustancias, esquizofrénico o bipolar. A priori se determinó que este grupo de pacientes estuviesen a su vez distribuidos en dos subgrupos: *grupo de pacientes A*, a los que se administraron las escalas CAPS-DX y DTS en este orden, y *grupo de pacientes B*, a los que se administraron las escalas CAPS-DX y DTS en el orden inverso, es decir, primero la escala DTS y posteriormente la escala CAPS-DX.

Los controles sanos fueron seleccionados y reclutados por el clínico de cada centro participante de manera libre de una población muestreable de individuos sanos accesibles dentro de su entorno. Se incluyeron como controles sanos aquellos que habían sido expuestos a lo largo de su vida a algún acontecimiento traumático que cumpliera las características del criterio A del DSM-IV de que hubiese experimentado, presenciado o que le hubiesen explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás, y que hubiese respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Fueron excluidos del estudio aquellos individuos que habían sido expuestos en los últimos tres meses a algún acontecimiento traumático, diagnosticados o tratados por algún trastorno psiquiátrico en el último año o con patología psiquiátrica relevante a juicio del clínico en el momento del estudio y los familiares que convivían con el paciente.

A todos los pacientes y sujetos controles se les informó oralmente de su participación en el estudio.

Medidas de evaluación del TEPT

Las medidas de evaluación del TEPT a validar fueron las cinco que se describen a continuación.

Cuestionario para Experiencias Traumáticas TQ

Esta escala, que fue inicialmente concebida para ser administrada mediante entrevista aunque posteriormente ha sido utilizada de modo autoadministrado (28), fue elaborada con el fin de ser un instrumento de cribaje de TEPT y no propiamente de diagnóstico (25). En el presente estudio se aplicó de modo autoadministrado. Consta de 19 ítems que cuantifican la presencia de eventos estresantes a lo largo de la vida, la edad en que se experimentaron y su duración, y de otros 27 ítems relacionados con las características y los síntomas asociados al evento marcado por el paciente como el más desagradable (nueve acerca de las características del evento y 18 acerca de síntomas del trastorno por estrés posttraumático asociado a dicho evento). Cada ítem es contestado en un formato de respuesta de tipo dicotómico «no o sí» que se puntúa 0 ó 1. La puntuación total se obtiene de la suma de las respuestas afirmativas de los 18 ítems acerca de síntomas de TEPT, y va entre 0, que representa ausencia de síntomas de TEPT y 18, que representa el máximo grado de gravedad de los síntomas de TEPT. Hasta la actualidad esta escala solamente ha mostrado poseer adecuada validez (25, 28).

Entrevista CAPS-DX

Esta escala, que debe ser administrada por un clínico mediante entrevista, evalúa la frecuencia y gravedad de los síntomas del trastorno por estrés posttraumático (21, 22). Consta de 30 ítems: 22 cuantifican la intensidad y frecuencia de una serie de síntomas agrupados en categorías de acuerdo con los criterios establecidos en el DSM-IV para este trastorno; otros tres ítems son valoraciones globales de la validez de las respuestas, la gravedad de los síntomas y los cambios en síntomas desde la anterior valoración o durante los últimos seis meses; y otros cinco ítems cuantifican la intensidad y frecuencia de cinco características asociadas al trastorno.

Como instrumento diagnóstico existen referencias bibliográficas acerca de distintas reglas para determinar la presencia o ausencia de síntomas de TEPT (29). En el presente trabajo se ha empleado la regla propuesta originalmente para confirmar el diagnóstico de TEPT, consistente en considerar la presencia de un determinado síntoma cuando éste era puntuado ≥ 1 en frecuencia y ≥ 2 en intensidad (21).

Como instrumento evaluativo, para los ítems 1-17, 20-22, y 26-30, cada ítem es contestado de 0 a 4 en una

escala de frecuencia y en una escala de intensidad, generándose dos puntuaciones para cada una de las subescalas que se recogen correspondientes a cada criterio DSM-IV del TEPT y a una serie de características asociadas: criterio B (ítems 1-5), criterio C (ítems 6-12), criterio D (ítems 13-17), criterio F (ítems 20-22) y características asociadas (ítems 26-30). Adicionalmente, pueden generarse dos puntuaciones totales de entre 0 y 68 puntos, a partir de la suma de las puntuaciones obtenidas en los ítems 1-17 en intensidad y frecuencia. El 0 representa un grado de frecuencia e intensidad de los síntomas de TEPT nulo, y el 68 representa el máximo grado de frecuencia e intensidad de los síntomas de TEPT. Para los ítems 18 y 19 correspondientes al criterio DSM-IV del TEPT, cada ítem es contestado en un formato de respuesta de tipo dicotómico que se puntúa 0 ó 1, y para los ítems 23-25 se emplea una escala de respuesta de 0 a 4 en la que el 0 indica excelente validez y el 4 respuestas no válidas.

Los ítems de la escala son evaluados en referencia a episodios de estrés posttraumático diagnosticados en el momento actual y a lo largo de la vida, aunque el presente trabajo se ha centrado en los datos referidos al episodio actual respecto al momento del estudio. Esta escala permite realizar el diagnóstico de trastorno por estrés posttraumático de forma objetiva y cuantificar la frecuencia y gravedad del trastorno mediante una puntuación final, pudiéndose obtener separadamente puntuaciones totales de frecuencia y gravedad de los síntomas. Esta escala, en su versión previa a la actual y definida según los criterios DSM-III, ha demostrado poseer adecuada fiabilidad y validez en diversos trabajos (21, 22, 29-32), siendo una de las escalas que más se ha utilizado en investigación psicofarmacológica (33, 34).

Escala de Trauma de Davidson DTS

Esta escala, que fue concebida para ser autoadministrada, evalúa la frecuencia y gravedad de los síntomas del trastorno por estrés posttraumático (26, 35). Consta de 17 ítems que cuantifican la frecuencia y la gravedad de una serie de síntomas agrupados en categorías de acuerdo con los criterios establecidos en el DSM-IV para este trastorno. Cada ítem es contestado de 0 a 4 en una escala de frecuencia y en una escala de gravedad, generándose dos puntuaciones para cada una de las subescalas que se recogen correspondientes a cada criterio DSM-IV del TEPT: criterio B (ítems 1-4, y 17), criterio C (ítems 5-11) y criterio D (ítems 12-16). Adicionalmente, pueden generarse dos puntuaciones totales de entre 0 y 68 puntos, a partir de la suma de las puntuaciones obtenidas en los ítems 1-17 en frecuencia y gravedad. El 0 representa un grado de frecuencia y gravedad de los síntomas de TEPT nulo, y el 68 representa el máximo grado de frecuencia y gravedad de los síntomas de TEPT. Esta escala ha demostrado poseer adecuada fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio clínico asociado a cambios en el tratamiento (26, 35).

Escala TOP-8

Esta escala, que ha sido concebida para ser administrada por un clínico mediante entrevista, evalúa la gravedad de los síntomas del trastorno por estrés posttraumático asociados a la presencia del trastorno (23). Está formada por ocho ítems que evalúan la gravedad de ocho síntomas del trastorno por estrés posttraumático que son evaluados por ocho de los 17 ítems que configuran la escala DTS. En el presente estudio se analizaron las propiedades psicométricas de la versión española de esta escala indirectamente, analizándolas separadamente a partir del subconjunto de ocho ítems de la escala DTS que evalúan los aspectos evaluados por la escala TOP-8 original. Cada ítem fue puntuado tal y como se ha descrito en el apartado anterior referido a la escala DTS, generándose de forma semejante dos puntuaciones para cada una de las subescalas que se recogen correspondientes a cada criterio DSM-IV del TEPT: criterio B (ítems 3 y 17), criterio C (ítems 5, 7, y 9-11) y criterio D (ítem 16). Adicionalmente, se generaron dos puntuaciones totales de entre 0 y 40 puntos. Esta escala ha demostrado poseer adecuada validez y sensibilidad al cambio clínico asociado a cambios en el tratamiento (23).

Índice Global de Duke DGRP

Esta escala, que ha sido concebida para ser administrada por un clínico (24), evalúa los cambios en la gravedad del trastorno por estrés posttraumático asociados a un tratamiento. Consta de cuatro ítems que cuantifican el cambio en la gravedad de cuatro componentes del trastorno por estrés posttraumático. Cada ítem es contestado en una escala de respuesta de 1 a 7, generándose en total una puntuación global entre cuatro puntos (muchísimo mejor) y 28 (muchísimo peor). No se dispone de información acerca de sus propiedades psicométricas.

Otras medidas

Además de las medidas de evaluación del TEPT a validar, se registró el nivel de educación, estado civil y situación laboral de cada individuo, y en el grupo de pacientes los siguientes datos clínicos: especificación del TEPT, otros diagnósticos psiquiátricos en eje I según criterios diagnósticos DSM-IV, tiempo de evolución del TEPT, tratamiento actual y valoración global del estado del paciente según la escala de Impresión Clínica Global (CGI) (de gravedad en la visita basal y de cambio en la visita a las dos semanas).

Recogida de información

La recogida de datos se realizó entre marzo de 1999 y abril de 2000. Todos los pacientes diagnosticados de TEPT fueron reclutados y entrevistados por el clínico

que les atendía habitualmente. Tras ello, el psiquiatra recogía las variables sociodemográficas y clínicas del paciente, y le administraba la escala CGI y los cuestionarios TQ, CAPS-DX y DTS. Al cabo de dos semanas se citó nuevamente a todos los pacientes y se les realizó un retest en las mismas condiciones que en la visita inicial, pero administrándoles la escala CGI de cambio y los cuestionarios CAPS-DX, DTS y DGRP. Al grupo Control sólo se les administraron los cuestionarios TQ, CAPS-DX y DTS en la visita basal siguiendo el mismo procedimiento que con los pacientes.

Análisis de datos

Para los análisis con las puntuaciones totales de los cuestionarios se estableció a priori que los valores omitidos serían excluidos del análisis. Con el fin de evaluar la posible influencia de las características sociodemográficas y clínicas de la muestra en los resultados del estudio se analizaron posibles diferencias entre pacientes y controles en las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios en estudio según estas características.

Factibilidad. Se calculó el tiempo requerido para contestar cada uno de los distintos cuestionarios en fase de validación y el porcentaje de preguntas en blanco.

Fiabilidad. 1) Fiabilidad en términos de consistencia interna: se evaluó mediante el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach de cada una de las dimensiones y de los cuestionarios con puntuación global del trastorno por estrés posttraumático. 2) Fiabilidad test-retest: se examinó mediante el cálculo del coeficiente de correlación intraclass (CCI), basado en un modelo de efectos aleatorios (36). 3) Fiabilidad según orden de administración en que se habían administrado las escalas CAPS-DX y DTS: se examinó mediante el cálculo del coeficiente de correlación intraclass (CCI) por separado para los grupos de pacientes A y B.

Validez concurrente. Se llevaron a cabo análisis correlacionales entre las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios en fase de validación y las puntuaciones obtenidas en la escala CGI.

Validez discriminante. Se llevaron a cabo análisis de comparación entre pacientes y controles y entre distintos subgrupos de pacientes según el tipo de TEPT especificado (agudo, crónico o de inicio demorado) y las puntuaciones obtenidas en la escala CGI (englobando como «leve» las categorías «normal, sin enfermedad», «muy levemente enfermo», «levemente enfermo» y «moderadamente enfermo», y como «grave» las categorías de «marcadamente enfermo», «gravemente enfermo» y «extremo enfermo»). Para este análisis se utilizaron pruebas de comparación de muestras paramétricas (t de Student para datos apareados e independientes) o no paramétricas (T de Wilcoxon para datos apareados, y U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis para datos independientes), según se consideró lo más apropiado.

En todas las pruebas estadísticas se fijó un error Tipo I bilateral del 5% ($p < 0,05$).

TABLA I Características sociodemográficas

Característica	Pacientes (n= 63)		Controles (n= 23)	
Edad (media, DE)	39,2	12,9	42,6	12,2
Edad por sexos (media, DE)				
Varón	40,3	10,4	41,5	11,5
Mujer	38,7	14,0	43,5	13,0
Edad (n, %)				
< 20 años	4	6,7	0	0
20-29 años	13	21,7	4	17,4
30-39 años	17	28,3	7	30,4
40-49 años	13	21,7	5	21,7
≥ 50 años	13	21,7	7	30,4
Sexo (n, %)				
Varón	20	31,7	10	43,5
Mujer	43	68,3	13	56,5
Nivel cultural (n, %)				
Ninguno	2	4,7	0	0
Educación básica	17	39,5	2	15,4
Educación media	11	25,6	3	23,1
Universidad	13	30,2	8	61,5
Estado civil (n, %)				
Casado/a o convive con otra persona	16	40,0	8	61,5
Soltero/a	15	37,5	4	30,8
Separado/a o divorciado/a	3	7,5	0	0
Viudo/a	6	15,0	1	7,7
Situación laboral (n, %)				
Activo	9	23,1	8	61,5
Activo parcial	9	23,1	0	0
Trabajo voluntario	1	2,6	0	0
Jubilado	2	5,1	1	7,7
Paro	2	5,1	0	0
Incapacidad transitoria o permanente	6	15,4	0	0
Ama de casa	7	17,9	3	23,1
Otros	3	7,7	1	7,7

TABLA II Características clínicas

Característica	Pacientes (n= 63)	
Diagnóstico DSM-IV: Tipo (n, %)		
Agudo	30	52,6
Crónico	20	35,1
De inicio demorado	7	12,3
Diagnóstico DSM-IV: Especificación (n, %)		
Primario	48	90,6
Secundario	1	1,9
Otros	4	7,5
Tiempo desde primer diagnóstico en años (media, DE)	0,8	2,2
Tiempo desde primer diagnóstico en años (n, %)		
< 1 año	43	91,5
≥ 1 año	4	8,5
Tiempo desde diagnóstico del episodio actual en meses (media, DE)	3,1	6,3
Tiempo desde diagnóstico del episodio actual en meses (n, %)		
< 1 mes	33	66,0
≥ 1 mes	17	34,0
Otros diagnósticos psiquiátricos (n, %)*		
Trastornos afectivos	16	25,4
Otros trastornos de ansiedad	4	6,3
Trastornos de la personalidad	3	4,8
Trastornos por somatización	1	1,6
Trastornos por abuso de sustancias	0	0
Trastornos disociativos	0	0
Otros	4	6,3
Tratamiento farmacológico previo por TEPT (n, %)		
Sí	35	55,6
No	28	44,4
Tratamiento no farmacológico previo por TEPT (n, %)		
Sí	25	59,7
No	37	40,3
Tratamientos concomitantes (n, %)		
Sí	14	22,2
No	49	77,8

* Los tantos por ciento son referidos al tanto por ciento de pacientes que presentaron cada uno de los trastornos descritos.

RESULTADOS

Descripción de la muestra

Se incluyeron 67 pacientes con diagnóstico de trastorno por estrés posttraumático (grupo experimental) y 24 controles sanos sin patología psiquiátrica relevante (grupo control), de ambos sexos y con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años de edad. De los 67 pacientes reclutados, 63 fueron valorables para el análisis que se llevó a cabo (94,0%). Los únicos cuatro pacientes excluidos lo fueron por tener incompleto el cuaderno de recogida de datos (n= 2), por incumplimiento de los criterios diagnósticos de TEPT (n= 1) y por la presencia de un trastorno psicótico (n= 1). De los 24 controles reclutados, 23 fueron valorables para el análisis (93,8%), siendo el motivo de exclusión de este sujeto tener incompleto el cuaderno de recogida de datos.

Para el análisis de fiabilidad test-retest se excluyeron además siete pacientes (10,4%) cuyo tratamiento por el trastorno por estrés posttraumático había variado durante las cuatro semanas anteriores al inicio del estudio, siete pacientes (10,4%) a los que se instauró tratamiento sintomático durante las dos semanas de seguimiento del estudio, tres pacientes (4,5%) para los que el intervalo de tiempo entre las dos visitas fue menor o mayor a las dos semanas \pm 7 días, tres pacientes no estables clínicamente según la puntuación en la escala ICG de cambio (4,5%), y dos pacientes (3,0%) que interrumpieron el estudio de forma anticipada antes de completar las dos semanas de seguimiento, de tal forma que en los análisis test-retest de fiabilidad fueron evaluados 41 pacientes (61,2%) tanto en la visita basal como en la visita a la semana 2. Los

TABLA III Fiabilidad test-retest de los cuestionarios evaluados

		Nº ítems	n	Basal		A las 2 semanas		CCI**
				m	DE	m	DE	
CAPS (F+I)*	Criterio B	5	40	22,83	10,09	21,10	9,48	0,93
	Criterio C	7	40	27,48	12,04	26,20	12,17	0,92
	Criterio D	5	38	25,24	8,81	22,68	8,69	0,87
	Criterio F	3	40	7,43	3,03	7,00	3,04	0,92
	Características asociadas	5	21	8,67	8,10	6,10	5,52	0,82
	Total (ítems 1-17)	17	38	75,18	28,87	69,84	23,39	0,94
DTS (F+I)*	Criterio B	5	38	23,92	9,61	22,74	9,16	0,83
	Criterio C	7	38	30,05	11,11	28,76	13,06	0,78
	Criterio D	5	39	25,74	10,04	24,00	9,32	0,83
	Total	17	36	80,31	27,69	73,92	28,60	0,87
TOP-8 (DTS) (F+I)*	Criterio B	2	39	8,54	4,29	8,31	4,12	0,77
	Criterio C	5	38	22,74	8,35	21,24	9,50	0,80
	Criterio D	1	39	5,85	2,37	5,21	2,38	0,68
	Total	8	36	37,42	12,26	33,97	14,29	0,85

* Puntuaciones de severidad obtenidas mediante la suma de las puntuaciones obtenidas en frecuencia e intensidad (F+I). ** $p < 0,01$ para todos los Coeficientes de Correlación Intraclass (CCI).

dos casos de interrupción anticipada para los cuales se especificó el motivo fueron por pérdida de seguimiento por causas ajenas al estudio (1,5%), y por traslado a otro centro (1,5%).

En la tabla I se describen las principales características sociodemográficas de la muestra de pacientes y controles del estudio. La mayoría de los pacientes fueron mujeres ($n = 43$; 68,3%), con un nivel de educación básico ($n = 17$; 39,5%) y estado civil casado ($n = 17$; 39,5%). Aproximadamente la mitad de los pacientes se encontraba en activo ($n = 18$; 46,2%) y la otra mitad sin actividad laboral ($n = 17$; 43,5%). La edad media fue de 39,2 años, con una desviación estándar (DE) de 12,9 años. En el grupo de sujetos controles la mayoría de los controles reclutados y evaluados fueron mujeres ($n = 13$; 56,5%), con un nivel de educación universitario ($n = 8$; 61,5%), estado civil casado ($n = 7$; 53,8%) y trabajando a tiempo completo ($n = 8$; 61,5%). La edad media de los pacientes fue de 42,6 años, con una desviación estándar (DE) de 12,2 años. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre pacientes y controles respecto a las características sociodemográficas recogidas excepto para el nivel cultural y la situación laboral (prueba de Chi-Cuadrado: $p < 0,05$), observándose un mayor porcentaje de pacientes con estudios universitarios y con situación laboral en activo en el grupo de sujetos controles.

En la tabla II se describen las principales características clínicas de la muestra de pacientes. La mayoría de los pacientes reclutados y evaluados estaban diagnosticados de trastorno por estrés posttraumático de tipo agudo ($n = 30$; 52,6%) y primario ($n = 48$; 90,6%). Una tercera parte de los pacientes presentaba algún/ os otro/s trastorno/s psiquiátrico/s ($n = 18$; 28,6%). El tiempo medio desde el primer diagnóstico de TEPT fue de 0,8 años, con una desviación estándar (DE) de

2,2 años, y el tiempo medio desde el diagnóstico del episodio actual de TEPT fue de 3,1 meses, con una desviación estándar (DE) de 6,3 meses. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de estas variables clínicas basales entre los grupos de pacientes A y B (pruebas de Chi-Cuadrado y t de Student: $p > 0,05$). La mayoría de los pacientes estaban recibiendo algún tratamiento farmacológico ($n = 35$; 55,6%), siendo el más frecuente el tratamiento con antidepresivos ISRS ($n = 33$; 54,1%), de los que destacaron como los más frecuentemente administrados la sertralina ($n = 16$; 26,2%) y la fluoxetina ($n = 6$; 9,8%). La mayoría de los pacientes no estaba recibiendo ningún tratamiento no farmacológico ($n = 37$; 59,7%) ni tampoco ningún otro tratamiento concomitante ($n = 49$; 77,8%).

Factibilidad

El tiempo medio requerido por los pacientes para contestar los cuestionarios TQ, CAPS-DX y DTS en la visita basal, y DGRP en la visita a las dos semanas fue, respectivamente, 15,6 minutos (DE= 9,4), 41,2 minutos (DE= 17,3), 11 minutos (DE= 8,7) y 3,7 minutos (DE= 2,9). En el grupo de controles el tiempo medio requerido para contestar los cuestionarios TQ, CAPS-DX y DTS fue, respectivamente, 10,4 minutos (DE= 7,2), 36,8 minutos (DE= 26,7) y 6,6 minutos (DE= 5,0). En el grupo de pacientes solamente se encontró un porcentaje de pacientes sin respuesta $> 10\%$ para la dimensión de características asociadas de la entrevista estructurada CAPS, mientras que en el grupo de controles sanos se encontró un porcentaje de pacientes sin respuesta $> 10\%$ para todas las dimensiones de la entrevista estructurada CAPS en el momento actual.

TABLA IV Análisis correlacionales entre los cuestionarios TQ, CAPS, DTS y TOP-8 y el número de síntomas en cada criterio DSM-IV y la escala CGI, y coeficientes alfa de Cronbach de los cuestionarios evaluados

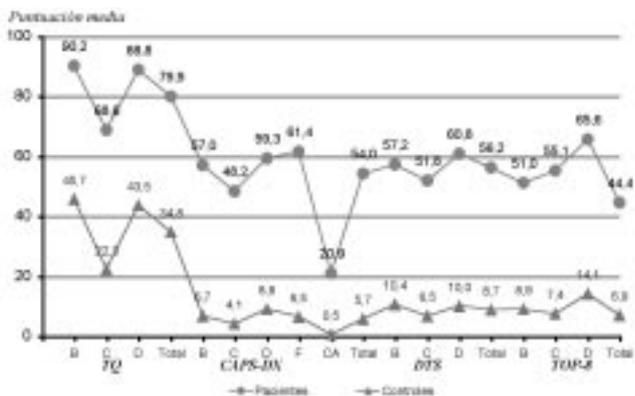
<i>r</i> (<i>n</i>)	TQ				CAPS				DTS				TOP-8				DSM-IV				CGI-G	α Cronbach																	
	B	C	D	T*	B	C	D	T*	B	C	D	T*	B	C	D	T*	B	C	D	T*																			
TQ	B	1,000																			-0,16																		
	(61)																																						
	C	0,328	1,000																			0,54																	
	(60)	(61)																																					
	D	0,323	0,661	1,000																	0,36																		
	(61)	(60)	(62)																																				
	T*	0,554	0,938	0,817	1,000																0,67																		
	(60)	(60)	(60)	(60)																																			
CAPS	B	0,145	0,214	0,103	0,266	1,000															0,83																		
	(60)	(60)	(61)	(59)	(62)																																		
	C	0,087	0,438	0,224	0,426	0,740	1,000														0,79																		
	(60)	(60)	(61)	(59)	(62)	(62)																																	
	D	0,248	0,411	0,438	0,518	0,714	0,691	1,000													0,77																		
	(57)	(58)	(58)	(57)	(59)	(59)	(59)																																
	T*	0,171	0,409	0,279	0,461	0,903	0,921	0,872	1,000												0,91																		
	(57)	(58)	(58)	(57)	(59)	(59)	(59)	(59)																															
DTS	B	0,096	0,248	0,207	0,307	0,786	0,613	0,686	0,769	1,000											0,83																		
	(59)	(59)	(60)	(58)	(60)	(60)	(57)	(57)	(61)																														
	C	0,148	0,435	0,223	0,447	0,707	0,794	0,589	0,786	0,710	1,000										0,74																		
	(57)	(57)	(58)	(56)	(58)	(58)	(56)	(56)	(58)	(59)																													
	D	0,217	0,342	0,445	0,482	0,677	0,660	0,789	0,779	0,704	0,641	1,000									0,77																		
	(57)	(57)	(58)	(56)	(58)	(58)	(56)	(56)	(58)	(58)	(59)																												
	T*	0,192	0,419	0,351	0,508	0,814	0,787	0,780	0,885	0,897	0,898	0,869	1,000								0,90																		
	(56)	(56)	(57)	(55)	(57)	(57)	(55)	(55)	(58)	(58)	(58)	(58)																											
TOP-8	B	0,185	0,121	0,177	0,212	0,655	0,475	0,588	0,628	0,879	0,554	0,674	0,776	1,000							0,57																		
	(59)	(59)	(60)	(58)	(60)	(60)	(57)	(57)	(61)	(58)	(58)	(58)	(61)																										
	C	0,128	0,336	0,207	0,355	0,685	0,762	0,581	0,761	0,621	0,954	0,641	0,846	0,502	1,000						0,70																		
	(58)	(58)	(59)	(57)	(59)	(59)	(56)	(56)	(59)	(59)	(58)	(58)	(59)	(60)																									
	D	0,267	0,224	0,315	0,342	0,481	0,414	0,668	0,559	0,548	0,468	0,790	0,664	0,557	0,469	1,000					NA																		
	(59)	(59)	(60)	(58)	(60)	(60)	(57)	(60)	(58)	(58)	(59)	(58)	(60)	(59)	(61)																								
	T*	0,211	0,326	0,279	0,401	0,766	0,751	0,720	0,833	0,804	0,913	0,799	0,949	0,766	0,926	0,682	1,000				0,79																		
	(57)	(57)	(58)	(56)	(58)	(58)	(55)	(55)	(59)	(58)	(58)	(58)	(59)	(59)	(59)	(59)																							
DSM-IV	B	0,216	0,107	-0,053	0,136	0,236	0,061	0,001	0,110	0,175	0,124	0,076	0,154	0,241	0,035	0,103	0,127	1,000				-																	
	(61)	(61)	(62)	(60)	(62)	(62)	(59)	(59)	(61)	(59)	(59)	(58)	(61)	(60)	(61)	(59)	(63)																						
	C	0,280	0,431	0,347	0,454	0,064	0,169	0,175	0,155	-0,013	0,197	0,245	0,195	0,019	0,138	0,181	0,154	0,404	1,000			-																	
	(61)	(61)	(62)	(60)	(62)	(62)	(59)	(59)	(61)	(59)	(59)	(58)	(61)	(60)	(61)	(59)	(63)	(63)																					
	D	0,132	0,283	0,365	0,342	0,138	0,047	0,237	0,144	0,089	0,055	0,105	0,103	0,045	-0,039	0,180	0,025	0,246	0,353	1,000		-																	
	(61)	(61)	(62)	(60)	(62)	(62)	(59)	(59)	(61)	(59)	(59)	(58)	(61)	(60)	(61)	(59)	(63)	(63)	(63)																				
	T*	0,294	0,412	0,326	0,453	0,163	0,145	0,194	0,186	0,077	0,186	0,218	0,212	0,106	0,087	0,211	0,149	0,664	0,895	0,631	1,000			-															
	(61)	(61)	(62)	(60)	(62)	(62)	(59)	(59)	(61)	(59)	(59)	(58)	(61)	(60)	(61)	(59)	(63)	(63)	(63)	(63)																			
CGI-G		0,039	0,351	0,179	0,311	0,699	0,653	0,526	0,699	0,473	0,636	0,540	0,622	0,387	0,665	0,398	0,649	0,018	0,086	0,131	0,104	1,000		-															
	(61)	(61)	(62)	(60)	(62)	(62)	(59)	(59)	(61)	(59)	(59)	(58)	(61)	(60)	(61)	(59)	(63)	(63)	(63)	(63)																			

Nota: En letra negra aparecen marcados los coeficientes de correlación de Spearman estadísticamente significativos ($p < 0,05$). * T: Total; NA: No aplicable dado que esta dimensión solamente está constituida por un solo ítem.

Fiabilidad

Los coeficientes de consistencia interna alfa de Cronbach obtenidos para las distintas subescalas de los cuestionarios evaluados que se muestran en la tabla IV fueron todos ellos $> 0,70$, que es el valor mínimo límite recomendado, excepto para el cuestionario TQ y para las dimensiones de los criterios B y C del cuestionario TOP-8 en que no se obtuvo este valor mínimo, indicando una alta fiabilidad.

Asimismo, en la tabla III se muestran los coeficientes de correlación intraclase (CCI) obtenidos en las distintas dimensiones y el total de los cuestionarios CAPS, DTS y TOP-8 para el total de pacientes, que resultaron $> 0,70$, que es el valor mínimo límite recomendado, excepto para el criterio D del cuestionario TOP-8 (CCI= 0,68), indicando una alta fiabilidad. Al replicar este mismo cálculo de los coeficientes de correlación intraclase (CCI) por separado para los grupos de pacientes A y B, en que se administraron los instrumentos de medida CAPS y DTS



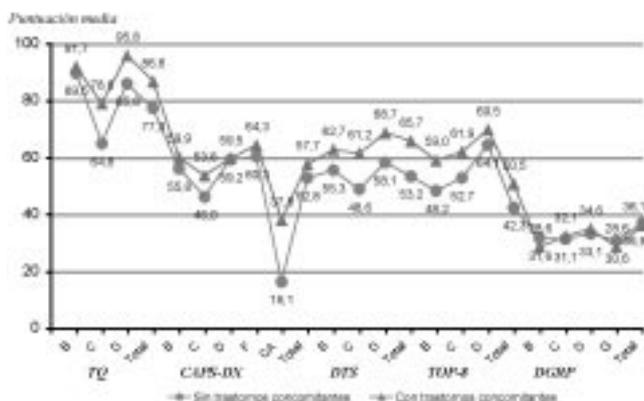
Nota: Las puntuaciones obtenidas en las distintas subescalas de los cinco cuestionarios fueron previamente transformadas a una escala de 0 a 100 a fin de facilitar la interpretación del gráfico.

FIG. 1.—Comparación entre las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios TQ, CAPS-DX, DTS y TOP-8 entre pacientes y controles.

en distinto orden, resultaron de forma similar que para el total de pacientes todos los coeficientes de correlación intracase > 0,70, que es el valor mínimo límite recomendado, excepto para el criterio D del cuestionario TOP-8 en el grupo A (CCI= 0,47).

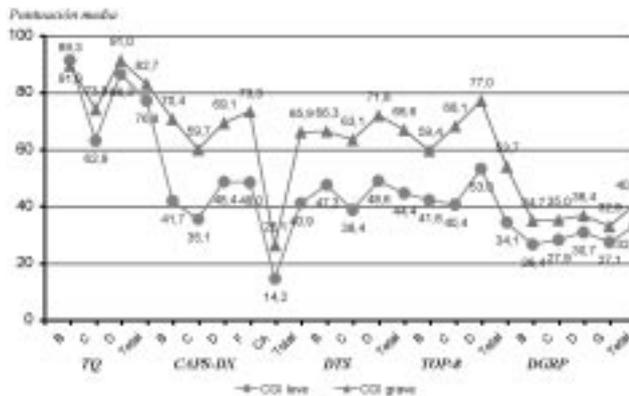
Validez concurrente

En la tabla IV se muestran las correlaciones obtenidas según el coeficiente de Spearman entre las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios TQ, CAPS, DTS y TOP-8, y las variables clínicas de número de síntomas correspondientes a los criterios B, C y D de TEPT según el manual DSM-IV y la escala ICG. Puede observarse que las correlaciones con el recuento de número de síntomas para



Nota: Las puntuaciones obtenidas en las distintas subescalas de los cinco cuestionarios fueron previamente transformadas a una escala de 0 a 100 a fin de facilitar la interpretación del gráfico.

FIG. 2.—Comparación entre las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios TQ, CAPS-DX, DTS, TOP-8 y DGRP (a las dos semanas) entre subgrupos de pacientes sin y con trastornos psiquiátricos concomitantes.



Nota: Las puntuaciones obtenidas en las distintas subescalas de los cinco cuestionarios fueron previamente transformadas a una escala de 0 a 100 a fin de facilitar la interpretación del gráfico.

FIG. 3.—Comparación entre las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios TQ, CAPS-DX, DTS, TOP-8 y DGRP (a las dos semanas) entre subgrupos de pacientes con nivel de gravedad leve y grave según puntuación en CGI.

cada uno de los criterios DSM-IV B, C y D, no fueron en ningún caso estadísticamente significativas excepto entre los criterios DSM-IV C y D y la puntuación total de criterios DSM-IV y las puntuaciones en el cuestionario TQ, en que se obtuvieron correlaciones entre bajas ($r < 0,30$) y moderadas ($r \geq 0,30$ y $< 0,70$). Por el contrario, las correlaciones con la escala CGI de gravedad fueron estadísticamente significativas, resultando moderadas ($r \geq 0,30$ y $< 0,70$), excepto para el cuestionario TQ y los criterios B y D del cuestionario TOP-8.

Validez discriminante

En las figuras 1, 2 y 3 se presentan gráficamente las puntuaciones medias obtenidas en los cinco cuestionarios en estudio por pacientes y controles, y por subgrupos de pacientes distintos según ausencia o presencia de trastornos psiquiátricos concomitantes y según el nivel de gravedad leve o grave indicado a partir de la puntuación en la escala CGI. En la tabla V se detallan dichas puntuaciones, así como la significación estadística de las diferencias halladas entre grupos. Entre pacientes y controles se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones y puntuaciones totales de los cuestionarios TQ, CAPS, DTS y TOP-8 tanto en las puntuaciones en frecuencia (f) y gravedad (i) de los síntomas como en su severidad (f+ i) (prueba U de Mann-Whitney de comparación entre grupos: $p < 0,05$). Entre pacientes sin y con trastornos psiquiátricos concomitantes, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones y puntuaciones totales de los cuestionarios TQ, CAPS, DTS, TOP-8 y DGRP (prueba U de Mann-Whitney de comparación entre grupos: $p < 0,05$), excepto en las puntuaciones en los criterios B (f), D (f, f+ i) y puntuación total (f) de la entrevista CAPS, criterio B (f) del cuestionario DTS, criterio D (f)

TABLA V Comparación entre las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios TQ, CAPS, DTS, TOP-8 y DGRP por pacientes y controles y entre subgrupos de pacientes

	Rango	Pacientes		Controles		p***		Sin trastornos concomitantes		Con trastornos concomitantes		p***		CGI leve		CGI grave		p***
		F+I*		DE		DE		p***		DE		p***		m		DE		
		m	DE	m	DE	m	DE	m	DE	m	DE	m	DE	m	DE			
TQ	0-6	5,41	0,59	2,74	1,74	f+i	f+i	5,37	0,62	5,50	0,51	f+i	f+i	5,46	0,69	5,36	0,49	ns
	0-8	5,49	1,62	1,78	1,91	f+i	f+i	5,18	1,59	6,29	1,45	f+i	f+i	5,03	1,61	5,91	1,53	f+i
	0-4	3,55	0,74	1,74	1,36	f+i	f+i	3,43	0,82	3,83	0,38	f+i	f+i	3,45	0,83	3,64	0,65	ns
Total (1-18)	0-18	14,38	2,44	6,26	4,45	f+i	f+i	13,91	2,45	15,59	2,00	f+i	f+i	13,82	2,57	14,88	2,24	f+i
CAPS	0-40	22,79	9,22	2,67	3,13	f+i	f+i	22,32	8,77	23,94	10,42	f+i	f+i	16,69	8,94	28,15	5,36	f+i
	0-56	27,00	11,81	2,31	4,09	f+i	f+i	25,77	10,54	30,00	14,37	f+i	f+i	19,66	9,73	33,45	9,56	f+i
	0-40	23,71	8,55	3,53	4,09	f+i	f+i	23,68	7,86	23,80	10,64	ns	ns	19,36	8,21	27,65	6,85	f+i
	0-12	7,37	2,83	0,78	1,17	f+i	f+i	7,23	2,63	7,72	3,32	f+i	f+i	5,76	2,82	8,79	1,96	f+i
Características as.	0-40	8,34	8,23	0,21	0,80	f+i	f+i	6,44	5,40	15,11	12,64	f+i	f+i	5,67	5,65	10,43	9,39	ns
Total (1-17)	0-136	73,46	27,00	7,71	7,72	f+i	f+i	71,77	24,12	78,40	34,61	f+i	f+i	55,64	24,08	89,55	17,99	f+i
DTS	0-40	22,89	9,35	4,17	6,16	f+i	f+i	22,11	8,91	25,06	10,48	f+i	f+i	18,90	9,35	26,50	7,87	f+i
	0-56	29,00	11,46	3,65	9,53	f+i	f+i	27,20	10,46	34,27	12,96	f+i	f+i	21,52	10,16	35,31	8,31	f+i
	0-40	24,31	9,44	4,00	8,01	f+i	f+i	23,23	9,29	27,47	9,47	f+i	f+i	19,43	9,53	28,71	6,95	f+i
Total	0-136	76,48	27,01	11,83	22,24	f+i	f+i	72,39	25,43	89,36	28,72	f+i	f+i	60,33	26,17	90,55	18,81	f+i
TOP-8 (DTS)	0-16	8,16	4,20	1,43	2,69	f+i	f+i	7,71	3,98	9,44	4,68	f+i	f+i	6,69	3,86	9,50	4,10	f+i
	0-40	22,05	8,65	2,96	6,81	f+i	f+i	21,07	8,27	24,75	9,36	f+i	f+i	16,14	7,60	27,22	5,75	f+i
	0-8	5,25	2,35	1,13	2,07	f+i	f+i	5,13	2,34	5,56	2,42	f+i	f+i	4,24	2,43	6,16	1,89	f+i
Total	0-80	35,49	12,90	5,52	11,06	f+i	f+i	33,82	12,10	40,40	14,31	f+i	f+i	27,25	11,99	42,94	8,46	f+i
DGRP**	1-7	-	-	-	-	-	-	3,21	0,83	3,00	0,91	ns	ns	2,85	0,93	3,43	0,68	f+i
	1-7	-	-	-	-	-	-	3,18	0,98	3,25	0,75	ns	ns	2,95	0,94	3,45	0,83	ns
	1-7	-	-	-	-	-	-	3,32	0,86	3,42	1,00	ns	ns	3,15	1,09	3,55	0,60	ns
TEPT global	1-7	-	-	-	-	-	-	3,14	0,80	3,00	0,95	ns	ns	2,90	0,97	3,30	0,66	ns
Total	4-28	-	-	-	-	-	-	12,86	2,86	12,67	3,37	ns	ns	11,85	3,44	13,75	2,12	f+i

* F+I: Puntuaciones en los cuestionarios: F+I: Severidad. ** Puntuaciones obtenidas en la visita a las dos semanas en la submuestra de pacientes valorables para el análisis de fiabilidad test-retest. *** prueba U de Mann-Whitney de comparación entre grupos: f+i: p < 0,05 en severidad; ns: p ≥ 0,05 (no estadísticamente significativo).

del cuestionario TOP-8, y cuestionario DGRP. Comparando entre pacientes con estado de salud leve o grave según la escala ICG, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones y puntuaciones totales de los cuestionarios TQ, CAPS, DTS, TOP-8 y DGRP (prueba U de Mann-Whitney de comparación entre grupos: $p < 0,05$), excepto en las puntuaciones en los criterios B y D del cuestionario TQ, características asociadas (f, i, f+i) de la entrevista CAPS y criterios C, D y de TEPT global del cuestionario DGRP.

Sin embargo, comparando entre pacientes según la especificación del trastorno por estrés posttraumático (agudo, crónico o de inicio demorado), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones y puntuaciones totales de los cuestionarios TQ, CAPS, DTS, TOP-8 y DGRP (prueba Kruskal-Wallis de comparación entre grupos: $p < 0,05$), excepto en la puntuación total (f+i) del cuestionario TQ y en las puntuaciones del criterio B (f) y características asociadas (f) de la entrevista CAPS.

DISCUSIÓN

El propósito del presente estudio era evaluar las propiedades psicométricas de la versión española de los cuestionarios TQ, CAPS-DX, DTS, TOP-8 y DGRP para su uso en la investigación y la práctica asistencial con pacientes que padecen TEPT.

No se detectaron problemas de factibilidad para aplicar ninguno de los cuestionarios evaluados, aunque la administración de la entrevista estructurada CAPS-DX requirió un intervalo de tiempo superior a los 30 minutos (media= 41,2, DE= 17,3, en el grupo de pacientes) que supone un inconveniente para su uso habitual.

La fiabilidad de la versión española de los cinco cuestionarios en estudio fue satisfactoria, de forma similar a sus correspondientes versiones originales. Los cinco cuestionarios presentaron una consistencia interna aceptable excepto el cuestionario TQ y las dimensiones de los criterios B y C del cuestionario TOP-8. Además, los cinco cuestionarios mostraron correlaciones entre bajas y moderadas entre ellas y con la escala CGI de gravedad, lo que corrobora la validez concurrente de estas medidas. La fiabilidad test-retest de los cuestionarios fue igualmente satisfactoria para todas las subescalas y cuestionarios excepto para el criterio D del cuestionario TOP-8. De forma general, las puntuaciones obtenidas en la visita retest fueron menores que las obtenidas en la visita test en todas las escalas, indicando una disminución de la gravedad de la sintomatología de TEPT posiblemente relacionada con el tratamiento concomitante. Adicionalmente se analizó la fiabilidad test-retest de los cuestionarios CAPS-DX, DTS y TOP-8 según el orden de administración de los dos primeros, encontrándose resultados similares a los obtenidos con la muestra total de pacientes.

Para evaluar la validez discriminante de los cuestionarios en estudio, en primer lugar se examinó su capacidad para discriminar entre pacientes y controles, encontrán-

dose diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones y puntuaciones totales de los cuestionarios TQ, CAPS, DTS y TOP-8. La comorbilidad es una de las características asociadas al TEPT que más se ha estudiado en estudios anteriores, destacando además de la elevada prevalencia de trastornos afectivos en pacientes con TEPT (9, 10), las diferencias existentes en el nivel de gravedad del TEPT entre aquellos pacientes que presentan específicamente TEPT y aquellos otros que presentan otros trastornos psiquiátricos concomitantes (37) Por ello en el presente estudio también se empleó la comorbilidad para estudiar la validez discriminante de los cuestionarios estudiados, encontrándose que los pacientes con otros trastornos psiquiátricos concomitantes presentaban mayores puntuaciones en los cuestionarios indicadores de mayor gravedad del TEPT. Finalmente también se estudió esta propiedad comparando entre subgrupos de pacientes según la puntuación en la escala CGI, encontrándose según lo esperado que los pacientes con estado de salud «leve» en la escala CGI obtuvieron menores puntuaciones en los cuestionarios de TEPT. Estos análisis de comparación entre pacientes y controles y entre subgrupos de pacientes apoyan la validez discriminante de estos cuestionarios. Sin embargo, según los resultados obtenidos la entrevista estructurada CAPS-DX parece discriminar peor que los cuestionarios TQ, DTS y TOP-8 entre pacientes sin y con trastornos psiquiátricos concomitantes, y el cuestionario TQ parece discriminar peor que los instrumentos de medida CAPS-DX, DTS y TOP-8 entre pacientes con distinto nivel de gravedad según la escala CGI.

Una posible limitación del presente estudio para evaluar la validez discriminante de los cinco cuestionarios examinados son las diferencias existentes en el tipo de evento referido entre pacientes y controles, encontrándose mayor prevalencia de casos de violencia no familiar en el grupo de pacientes ($n = 15$, 23,8% versus $n = 2$, 8,7% en controles), y mayor prevalencia de casos de accidentes de tráfico en el grupo de controles ($n = 10$, 43,5% versus $n = 21$, 33,3% en pacientes). Estas diferencias, añadidas al limitado tamaño de la muestra, han impedido determinar más diferencias entre subgrupos de pacientes (por ej., según el tipo de evento desencadenante). En un futuro próximo sería conveniente que se realizasen estudios adicionales con el fin de evaluar la capacidad discriminante de estos cuestionarios con otros tipos de pacientes y contextos, especialmente al tener en cuenta que una adecuada validez discriminante es una condición necesaria aunque no suficiente, para que un instrumento posea una adecuada sensibilidad al cambio clínico.

En el presente estudio se muestra que las versiones adaptadas al español de los cuestionarios TQ, CAPS-DX, DTS, TOP-8 y DGRP poseen adecuadas propiedades psicométricas para su uso en la investigación y la práctica clínica en España. Sin embargo, dados los resultados obtenidos y coincidiendo con las recomendaciones aceptadas internacionalmente (38), la entrevista CAPS-DX aparece como un instrumento más adecuado para aplicarse

puntualmente al principio y al final de un ensayo clínico con finalidades diagnósticas, mientras que el cuestionario DTS aparece como el instrumento más fiable y válido de los que fueron examinados para ser empleado como una medida evaluativa del efecto de un determinado tratamiento. Propiedades psicométricas adicionales como la fiabilidad inter-observadores, la sensibilidad al cambio y posibles diferencias en las puntuaciones obtenidas al administrarse estos instrumentos de medida en otras poblaciones, son cuestiones pendientes que requieren más investigación y que deben tenerse en consideración.

El reciente interés por validar cuestionarios de evaluación del TEPT responde a la necesidad de disponer de instrumentos de medida fiables y válidos para evaluar el impacto de los nuevos fármacos y opciones terapéuticas en general que están apareciendo para el tratamiento del TEPT (17, 39, 40). Pese a este interés existen escasos estudios de validación de las propiedades psicométricas de los cuestionarios TQ, CAPS-DX, DTS, TOP-8 y DGRP, por lo que cabe destacar la novedad de los resultados presentados en este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Trimble MR. Post-traumatic neurosis: From railway spine to the whiplash. New York: Wiley; 1981.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3ª ed. Washington, DC: APA; 1980.
3. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Versión española de la cuarta edición de la obra original en lengua inglesa. Barcelona: Masson; 1995.
4. Helzer JE, Robins LN, McEvoy L. Post-traumatic stress disorder in the general population. *N Engl J Med* 1987;317:1630-4.
5. Davidson JRT, Hughes D, Blazer, George LK. Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychol Med* 1991;21:713-21.
6. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:216-22.
7. Norris FH. Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *J Consult Clin Psychol* 1992;60:409-18.
8. Resnick H, Kilpatrick DG, Dansky B, Saunders BE, Best CL. Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:984-91.
9. Kessler R, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:1048-60.
10. Breslau N, Kessler R, Chilcoat H, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in the Community. The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:626-32.
11. Solomon SD, Davidson JRT. Trauma: Prevalence, Impairment, Service Use, and Cost. *J Clin Psychiatry* 1997;58 (Supl 9):5-11.
12. Foa EB. Trauma and Women: Course, Predictors, and Treatment. *J Clin Psychiatry* 1997;58 (Supl 9):25-8.
13. Wang S, Mason J, Southwick S, Johnson D, Lubin H, Charney D. Relationship Between Thyroid Hormones and Symptoms in Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder. *Psychosom Med* 1995;57:398-402.
14. Kolk BA. The Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder. *J Clin Psychiatry* 1997;58 (Supl 9):16-24.
15. Davidson JRT. Biological Therapies for Posttraumatic Stress Disorder: An overview. *J Clin Psychiatry* 1997a;58 (Supl 9):29-32.
16. Davidson JRT. Drug Therapy of Post-traumatic Stress Disorder. *Br J Psychiatry* 1992;160:309-14.
17. Brady KT, Pearlstein T, Asnis GM, Baker D, Rothbaum B, Sikes CR, Farfel GM. Efficacy and Safety of Sertraline Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *JAMA* 2000;283:1837-44.
18. Horowitz M, Wilner N, Álvarez W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med* 1979;41:209-18.
19. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press; 1970.
20. Lyons JA, Wheeler-Cox T. MMPI, MMPI-2 and PTSD: Overview of Scores, Scales, and Profiles. *J Trauma Stress* 1999;1:175-83.
21. Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Klauminzer G, Charney DS, et al. A Clinician Rating Scale for Assessing Current and lifetime PTSD: The CAPS-1. *Beh Ther* 1990;18:187-8.
22. Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Gusman FD, Charney DS, Keane TM. The Development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *J Trauma Stress* 1995;8:75-90.
23. Davidson JRT, Colket JT. The eight-item treatment-outcome post-traumatic stress disorder scale: a brief measure to assess treatment outcome in post-traumatic stress disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 1997b;12:41-5.
24. Davidson JR, Hughes DC, George LK, Blazer DG. The association of sexual assault and attempted suicide within the community. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:550-5.
25. Davidson JRT, Smith R. Traumatic experiences in psychiatric outpatients. *J Trauma Stress* 1990;3:459-75.
26. Davidson JRT, Book SW, Colket JT, Tupler LA, Roth S, David D, et al. Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychol Med* 1997c;27:153-60.
27. Marmar CR, Weiss DS, Schlenger WE, Fairbank JA, Jordan BK, Kulka RA, Hough RL. Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *Am J Psychiatry* 1994;151:902-7.

28. Escalona R, Tupler LA, Saur CD, Krishnan KR, Davidson JR. Screening for trauma History on an Inpatient Affective-Disorders Unit: A Pilot study. *J Trauma Stress* 1997;10:299-305.
29. Blanchard EB, Hickling EJ, Taylor AE, Forneris CA, Loos W, Jaccard J. Effects of varying scoring rules of the Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) for the diagnosis of post-traumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. *Behav Res Ther* 1995;33:471-5.
30. Hovens JE, Ploeg HM, Klaarenbeek MT, Bramsen I, Schreuder JN, Rivero VV. The assessment of post-traumatic stress disorder: with the Clinician Administered PTSD Scale: Dutch results. *J Clin Psychol* 1994;50:325-40.
31. Neal LA, Busuttill W, Rollins J, Herepath R, Strike P, Tumbull G. Convergent Validity of Measures of Post-Traumatic Stress Disorder in a Mixed Military and Civilian Population. *J Trauma Stress* 1994;7:447-55.
32. Malezkai AS, Niazi JM, Paige SR, Hendricks SE, Fitzpatrick D, Leuschen MP, Millimet CR. Modification of CAPS-1 for Diagnosis of PTSD in Afghan Refugees. *J Trauma Stress* 1996;9:891-8.
33. Rothbaum BO, Ninan PT, Thomas L. Sertraline in the treatment of rape victims with posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 1996;9:865-71.
34. Canive JM, Clark RD, Calais LA, Qualls C, Tuason VB. Bupropion treatment in veterans with posttraumatic stress disorder: an open study. *J Clin Psychopharmacol* 1998;18:379-83.
35. Zlotnick C, Davidson J, Tracie M, Pearlstein T. Validation of the Davidson Trauma Scale in a Sample of Survivors of Childhood Sexual Abuse. *J Nerv Ment Dis* 1996;184:255-7.
36. Prieto L, Lamarca R, Casado A. La evaluación de la fiabilidad en las observaciones clínicas: el coeficiente de correlación intraclase. *Med Clin* 1998;110:142-5.
37. Brady KT, Killeen TK, Brewerton T, Lucerini S. Comorbidity of Psychiatric Disorders and Posttraumatic Stress Disorder. *J Clin Psychiatry* 2000;61 (Supl 7):22-32.
38. Charney DS, Davidson JRT, Friedman M, Rajinder J, Keane T, McFarlane S, et al. A Consensus Meeting on Effective Research Practice in PTSD. *CNS Spectams* 1998;3 (7 Supl 2):7-10.
39. Foa EB, Davidson JRT, Frances A. The Expert Consensus Guideline Series: Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *J Clin Psychiatry* 1999;60 (Supl 16):1-76.
40. Pearlstein T. Antidepressant Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *J Clin Psychiatry* 2000;61 (Supl 7):40-3.

Correspondencia:
Julio Bobes
Cátedra de Psiquiatría y Psicología Médica
Facultad de Medicina
Universidad de Oviedo
Julián Clavería, 6
33006 Oviedo
E-mail: bobes@correo.uniovi.es