Desarrollo de una escala para la evaluación del Trauma Psicológico

Autores:

Lic. Eduardo H. CAZABAT (director),

Dra. Evangelina Raquel REGNER,

Lic. María R. C. KRIWET

Ruth VIALE (alumna)

Analise JAUCHEN (alumna)

Introducción

En el año 1980, la American Psychiatric Association incluyó el diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático, dándole entidad oficial a las consecuencias psicológicas de la exposición a eventos altamente amenazantes y/o estresantes. A partir de ese momento, y como fruto de una definición operativa clara, el ámbito del estudio y la investigación en el campo del trauma no ha cesado de desarrollarse en distintas direcciones (Friedman, Keane & Resick, 2007). Una de las áreas desarrolladas con particular impulso ha sido la de la evaluación. La evaluación objetiva por medio de escalas ha hecho aportes significativos en el campo de la clínica, la investigación y la psicología forense. Desde el punto de vista clínico, las escalas ayudan a identificar los síntomas que requieren mayor atención, como también son un instrumento para la evaluación del curso del proceso terapéutico. En el área forense resultan indispensables para la evaluación del daño provocado por las experiencias traumáticas sufridas. Asimismo sería impensable la investigación científica sin la existencia de medios objetivos de medición (Keane, Brief, Pratt, & Miller, 2007).

Los autoinformes han jugado un papel muy importante en el terreno de la evaluación psicopatológica, y han sido objeto de miles de estudios empíricos. Las escalas autoadministradas se constituyeron durante la segunda mitad del siglo XX en el método de evaluación de la personalidad y la psicopatología más ampliamente estudiado (Keane et al, 2007). El amplio uso de estos instrumentos ha mostrado buenas características psicométricas tales como la fiabilidad y validez. Habitualmente se caracterizan por requerir al sujeto que indique si un síntoma, conducta o descriptor lo describen bien, y, en algunos casos, en qué medida lo hacen. La interpretación de los resultados es relativamente simple y rápida (Keane et al, 2007). Para el uso de entrevistas estructuradas, se requiere demasiado tiempo. En su lugar, las escalas autoadministradas presentan una utilidad clínica específica, especialmente en la detección masiva. Algunas

de las ventajas que ofrecen es que reduce el tiempo del clínico invertido en la evaluación, al tiempo que resalta la percepción del consultante sobre sus propias dificultades (Solomon, Keane, Newman & Kaloupek, 1996).

Desde comienzos de los años 90, se ha verificado una incesante demanda de instrumentos de evaluación breves y focalizados en los síntomas. Algunas de las razones de este fenómeno están relacionadas con el auge de los sistemas de salud prepagos y su necesidad de bajar costos, y al mismo tiempo la necesidad de documentar la eficacia de los tratamientos. Por otro lado, el movimiento de las terapias basadas en la evidencia, se apoya fuertemente en esta posibilidad de rápida y efectiva evaluación de resultados. Estos factores han alentado la investigación en los resultados de la psicoterapia, y el desarrollo de instrumentos pre y post test. Las técnicas más usadas hasta el presente, entonces, incluyen cuestionarios autoadministrados, entrevistas estructuradas y semi-estructuradas, medidas psicométricas empíricamente derivadas, medidas psicofisiológicas, e información derivada de otros significativos (Norris & Hamblen, 2004). Como es habitual, la mayoría de estos instrumentos son de origen anglo sajón, entre las cuales la DTS (por sus siglas en inglés, *Davidson Trauma Scale*, Escala de Trauma de Davidson) (Davidson et al., 1997; Villafañe et al., 2003), es la única que cuenta con una adaptación a la población argentina, y la validación del MMPI-2 y el MCMI-III no alcanzan cubrir el vacío debido a la longitud de ambos tests, lo que los vuelve poco prácticos.

La traducción de escalas a diferentes idiomas, y su uso en poblaciones diferentes de aquellas para las cuales han sido diseñadas, está basado en el presupuesto de que los trastornos psicológicos permanecen invariables, o al menos son muy similares, en diferentes contextos culturales. Sin embargo, todas estas escalas se basan en la subjetividad del que la completa, la cual es función de la cultura y el lenguaje (Osterman & de Jong, 2007; Wilson, 2007). Por lo tanto, resulta indispensable el desarrollo de herramientas en nuestro medio, que reflejen las particularidades idiomáticas y socioculturales específicas de las poblaciones con las que debemos tratar los psicólogos argentinos.

Por otra parte, la reciente aparición de la quinta edición del DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) de la APA (American Psychiatric Association) en la que se realiza una revisión de los criterios diagnósticos del Trastorno por Estrés Postraumático, pone a la orden del día la necesidad de contar con nuevos instrumentos adaptados a los nuevos criterios.

La construcción de una escala original propia, que mida las reacciones frente a los hechos traumáticos permitirá la evolución del conocimiento sólidamente asentado en la investigación. El desarrollo de instrumentos de evaluación potencialmente de amplia utilización en la comunidad académica argentina, y eventualmente su adaptación en otros países de habla hispana, puede proporcionar a la UCSF una presencia y consolidación académica a nivel nacional, y eventualmente, internacional.

Fines y objetivos generales:

El presente estudio se propone:

1) Diseñar un instrumento de evaluación del Estrés Postraumático en población adulta en nuestro país, de acuerdo con los nuevos criterios enunciados en el DSM5.

2) Estudiar las propiedades psicométricas de la prueba construida.

3) Sentar las bases fundamentales para la aplicación del instrumento construido en otras muestras y contextos, como así también para estudios futuros en la construcción de baremos para nuestro país.

Metodología

El procedimiento metodológico es el siguiente:

1) Elaboración de los ítems y escala de respuesta. El primer paso es la delimitación del dominio, por medio de un análisis conceptual del constructo a medir: trauma psicológico. Para ello se revisó la literatura más reciente sobre el tema y los estudios de campo realizados hasta el momento en el marco de los estudios del DSM5. Se incluyen las principales dimensiones, tales como experiencias traumáticas vividas, reexperimentación, cambios cognitivos y emocionales, evitación, anestesiamiento emocional, hiperactivación y reacciones disociativas.

2) Realización de un análisis de contenido de la versión preliminar de la prueba. Sometimiento a revisión de expertos para evaluar: (a) claridad semántica y corrección gramatical, (b) adecuación al nivel de comprensión de la población meta, y (c) congruencia con el constructo medido (Tornimbeni, Pérez y Olaz, 2008).

3) selección de la muestra: la muestra estará integrada por sujetos adultos (entre 5 y 10 por ítem), que hayan experimentado alguna situación estresante, a partir de 18 años de edad, los cuales serán seleccionados mediante un muestreo de tipo no probabilístico;

4) Análisis de los ítems: se realizará una administración de la prueba piloto con el objetivo de profundizar el análisis en la comprensión y adecuación de los ítems, como así

también se realizará un análisis preliminar exploratorio de validez factorial y de confiabilidad sobre el funcionamiento de la prueba. Esto permitirá realizar las modificaciones pertinentes de la prueba para su posterior administración a la muestra en estudio.

Luego de la recolección de la muestra se realizarán los siguientes procedimientos estadísticos: (a) poder discriminativo (a partir de las diferencias de medias de cada ítem correspondientes a los valores totales ubicados en los cuartiles 1 (Q_1) y 4 (Q_4); (b) Estudio de la Confiabilidad, (c) Estudio de la Validez Factorial exploratorio y confirmatorio, y (e) estudio de validez convergente y discriminante.

(a) Se realizará un análisis del poder discriminativo de los ítems, a partir de las diferencias de medias de cada ítem correspondientes a los valores totales ubicados en los cuartiles 1 (Q_1) y 4 (Q_4). Se aplicará la prueba *t* de diferencia de medias para muestras independientes, a partir de la cual serán comparadas las respuestas dadas por los sujetos con el fin de conocer si cada uno de los ítems discrimina entre quienes poseen en mayor (25% superior) y menor (25% inferior) medida el atributo.

(b) Se estudiará la confiabilidad de la prueba tanto en la versión preliminar como en la versión final mediante el análisis de su consistencia interna mediante Alpha de Cronbach.

(c) Se realizará un estudio de validez factorial de la versión preliminar como de la final mediante el método de ejes principales. Mediante este estudio se analizará la posible estructura subyacente factorial del instrumento.

(d) En cuanto a la validez convergente las mediciones del instrumento diseñado y otra prueba validada que mide estrés postraumático se espera que mediante el análisis de correlación se constate una correlación significativa entre sí. En cuanto a la validez discriminante se espera un grado de diferenciación entre los distintos constructos. Es decir, las medidas deberán evidenciar una baja correlación, es decir independencia entre ambos instrumentos.

PLAN DE TRABAJO.

1) Construcción de los ítems del instrumento.
2) Análisis de contenido de la versión preliminar
3) Aplicación de la prueba piloto y análisis correspondiente.
4) Administración de la prueba.
5) Estudio del poder discriminativo de los ítems.
6) Estudio de confiabilidad.
7) Estudio de validez factorial.

8) Estudio de validez convergente y discriminante.

Actividades Realizadas hasta el momento

En primer término se analizó la literatura más reciente sobre el trauma psicológico, sus definiciones y criterios diagnósticos, realizando un análisis conceptual a fin de delimitar el dominio. Además se realizó un relevamiento y análisis crítico sobre instrumentos diseñados para la evaluación de estrés postraumático.

Sobre la base del estudio y análisis teórico, se procedió a la construcción del instrumento el cual, integró dos partes: la construcción de un cuestionario de eventos potencialmente traumáticos y el diseño de una escala de síntomas de estrés postraumático.

Se diseñó el instrumento para medir situaciones altamente estresantes y/o traumatizantes, con el objetivo de indagar sobre el tipo de experiencia/s que ha experimentado, discriminando las diferentes formas de traumatización (protagonista, testigo o por enterarse), demarcando el rango de tiempo, y la cantidad de veces que la persona atravesó la/s experiencia/s.

En segundo lugar, sobre la base de los criterios diagnósticos del DSM5 (2014), de reciente edición en castellano, se construyeron cincuenta y un ítems, representativos de los veinte criterios diagnósticos, los cuales integraron la escala (versión preliminar) para medir los síntomas de estrés postraumático. Posteriormente, se establecieron dos escalas diferentes para evaluar, por un lado la frecuencia con que la persona ha experimentado los síntomas y el nivel de intensidad de los mismos. Para evaluar la frecuencia se construyó una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta: NUNCA, MUY POCAS VECES, ALGUNAS VECES, CON BASTANTE FRECUENCIA y MUY FRECUENTEMENTE. Mientras que para medir la intensidad de la perturbación o malestar con que ha experimentado el síntoma, se estableció como opción de respuesta una escala numérica que va entre 0 (nivel mínimo) a 10 (nivel máximo). La prueba piloto fue sometida a 7 jueces expertos que evaluaron: (a) la claridad semántica y la corrección gramatical, (b) la adecuación al nivel de comprensión de la población meta, y (c) la congruencia con el constructo medido (Tornimbeni, Pérez & Olaz, 2008).

Para el estudio de validez convergente y discriminante, se seleccionaron las siguientes pruebas: (a) la DTS (por sus siglas en inglés, *Davidson Trauma Scale* – Escala de Trauma de Davidson) (Davidson et al., 1997; Villafañe et al., 2003), y (2) SCL-90-R (por sus siglas en inglés, *Symptom Check List-90 Revised* - Listado de Síntomas 90-Revisado) (Derogatis, 1994; Casullo, 1999, 2004). Ambas cuentan con adaptación a población argentina.

La administración de los instrumentos, etapa en la cual nos encontramos, incluye: (a) la administración de la versión preliminar a una muestra clínica de 3 sujetos adultos por ítem,

mediante muestreo no probabilístico con el objetivo de realizar un estudio de validez factorial y confiabilidad exploratorios; (b) la administración de la versión final del instrumento a una muestra entre 5 a 10 sujetos por ítem para el estudio de confiabilidad y validez factorial y confiabilidad confirmatorios y, (c) la administración conjunta a 100 sujetos del instrumento diseñado y de las pruebas DTS y SCL-90-R para el estudio de validez convergente y discriminante.

Asimismo, se realizó un llamado al alumnado para la participación en la investigación, habiéndose seleccionado dos alumnos que ya se integraron al equipo.

Referencias Bibliográficas

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Washington: American Psychiatric Publishing.

Casullo, M. M. (1999). *Inventario de Síntomas SCL-90-R*. Inédito. Recuperado el 01 de junio de 2011 de http://entomologia.rediris.es/pub/bscw.cgi/d531850 /EL%20INVENTARIO%20DE%20S%C3%8DNTOMAS%20SCL-90-R%20de%20L.%20 Derogatis.pdf

Casullo, M. M. (2004). *Síntomas psicopatológicos en adolescentes y adultos: el SCL-90-R y los estudios epidemiológicos*. Recuperado el 3 de abril de 2008 de: http://www.aidep.org/uba/Bibliografia/scl90ap2004.pdf.

Davidson, J. R. T., Book, S. W., Colket, J. T., Tupler, L. A. , Roth, S., David, D., & Feldman, M. E. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine 27*, 153-60. doi: http://dx.doi.org/10.1017/ S0033291796004229

Friedman, M, Resick, P. A. & Keane T. M. (2007) PTSD. Twenty-five years of progress and challenges. En Friedman, M, Keane T. M. & Resick, P. A Handbook of PTSD. New York, NY: The Guilford Press. pp: 3-18

Keane, T.M., Brief, D. J., Pratt, E. M. & Miller, M. W. (2007) Assessment of PTSD and Its Comorbidities in Adults. En Friedman, M, Keane T. M. & Resick, P. A Handbook of PTSD. New York, NY: The Guilford Press. pp: 279-305

Norris, F. H. & Hamblen, J. L. (2004). Standardized Self-Report Measures of Civilian Trauma and PTSD. En Wilson, J. P. & Keane T. M. Assessing psychological trauma and PTSD. New York, NY: The Guilford Press. 2nd ed. pp: 63-102

Osterman, J. E. &. de Jong, J. T. V. M (2007). Cultural Issues and Trauma. En Friedman, M, Keane T. M. & Resick, P. A Handbook of PTSD. New York, NY: The Guilford Press. pp: 425-448

Solomon, S., Keane, T., Newman, E. & Kaloupek, D. (1996). Choosing Self-report measures and structured interviews. En Carlson, E. Trauma research methodology. Sidran: Lutherville. pp: 56-81

Tornimbeni, S., Pérez, E., & Olaz, F. (2008). *Introducción a la psicometría*. Buenos Aires: Paidós.

Villafañe, A., Milanesio, M. S., Marcellino, C. M., & Amodei, C. (2003). La evaluación del trastorno por estrés postraumático: Aproximación a las propiedades psicométricas de la Escala de Trauma de Davidson. *Evaluar, 3,* 80-93.

Wilson, J. P. (2007). The Lens of Culture: Theoretical and Conceptual Perspectives in the Assessment of Psychological Trauma and PTSD. En Wilson J. P. & So-kum Tang, C. (Eds.). *Cross-Cultural Assessment of Psychological Trauma and PTSD*. New York, NY: Springer pp: 3-30