

## EVALUACION COGNITIVO-CONDUCTUAL DEL TRASTORNO POR ESTRES POSTRAUMATICO

Haydeé Aguado Molina<sup>1</sup>; Edwin Manrique Gálvez<sup>2</sup>; Raquel Silberman Pach<sup>3</sup>

*Cada nuevo cliente trae consigo algo de misterio. El terapeuta y el cliente necesitan „solucionar el misterio” para desarrollar un apropiado plan de tratamiento. Descifrar el misterio implica la evaluación de los síntomas actuales del cliente y arribar a una conceptualización integral de sus problemas psicológicos. El presente artículo expone una revisión actualizada de las más importantes estrategias de evaluación cognitivo-conductual del trastorno por estrés postraumático (TEPT). Se incluye información respecto a métodos de evaluación como la entrevista clínica, el uso de medidas de autoinforme (cuestionarios, escalas) tanto para el TPET como para constructos relacionados, exploración de aspectos cognitivos implicados en el TEPT, pruebas de evaluación conductual (BATs) y autorregistros. Se proporciona información relevante respecto a algunos instrumentos de evaluación.*

**Palabras Clave:** *Evaluación Cognitivo-Conductual, Trastorno por Estrés Postraumático*

*Each new client bears a mystery about his(her) sufferings. Both therapist and client need to “unmask the mystery” in order to develop an adequate therapeutic working plan. Uncovering this mystery supposes an appropriate evaluation of his(her) symptoms, leading to a comprehensive conceptualization of his(her) psychological problems. In this paper we investigate the state of the art of the most important cognitive-behavioral strategies of intervention in the post-traumatic stress disorder (PTSD). Evaluative methods, clinical interviewing models and the use of self-measuring devices (surveys, questionnaires) are included, both for the PTSD itself and for other related constructs, such as the cognitive components in the PTSD, behavioral assessment tests (BATs) and self-registered reports. Relevant information about some of these instruments is provided.*

**Key words:** *Cognitive-behavioral evaluation, PTSD*

<sup>1</sup> Psicóloga, terapeuta cognitivo-conductual, Directora del Programa de Especialización en Terapia Cognitivo-Conductual (PROMOTEC).

<sup>2</sup> Psicólogo, Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Hermilio Valdizán; Coordinador de PROMOTEC. e-mail: emanriqueg@hotmail.com

<sup>3</sup> Psicóloga, terapeuta cognitivo-conductual, integrante del equipo docente de PROMOTEC.

Los profesionales de la salud que trabajan en una amplia variedad de escenarios, incluyendo las unidades de internamiento, los hospitales y clínicas de consulta ambulatoria, y los centros y postas de salud, inevitablemente entran en contacto con personas que experimentan diferentes niveles de perturbación psicológica en respuesta a eventos potencialmente traumáticos (EPTs). Sin embargo, el hecho de que la historia del trauma de estas personas sea identificada e incluida en la conceptualización que el clínico hace del caso, depende de la naturaleza y alcance de la evaluación. El trastorno por estrés postraumático (TEPT), uno de los más significativos desórdenes relacionados con el trauma, es frecuentemente pasado por alto en los ámbitos de salud mental. Por este mismo hecho, resulta de suma importancia una evaluación estructurada de los EPTs y de la psicopatología relacionada para una aplicación efectiva de los tratamientos (Zimmerman & Mattia, 1999).

Como acertadamente señalan Williams & Poijula (2002), la palabra *trauma* resulta muy familiar. Se la escucha en la radio, en las noticias de la televisión e incluso en las conversaciones informales. “Trauma” es un término que puede describir el efecto asolador de un terremoto que ha matado miles en alguna parte de nuestro planeta, un tornado en Centroamérica, un accidente, un asesinato en la calle e incluso una muerte inesperada. Muchas personas han visto las imágenes y han escuchado las historias de cómo se siente la gente que ha sido víctima de accidentes en las carreteras, de las inundaciones, de los asaltos, robos, secuestros, incendios, abuso sexual y de otros tantos eventos y situaciones catastróficos.

Una determinada persona puede haber experimentado recientemente un trauma. O tal vez lo vivenció años atrás y por un largo

periodo de tiempo. Una persona puede ser víctima directa del evento traumático, o puede ser una víctima secundaria, si fue un espectador u observador de una determinada situación traumática. Alternativamente, una persona puede ser alguien que trabaja con las víctimas de traumas, pero no ha experimentado directamente un evento traumático. Sin embargo, ha visto lo suficiente para saber que su exposición a terribles eventos la ha impactado significativamente.

¿Qué sucede cuando una persona experimenta un evento traumático o una serie de eventos de esta índole? Hay muchas reacciones que podría tener. Inicialmente, puede sentir conmoción, terror o una sensación de que lo sucedido es irreal o extraño. Puede sentirse aturdida, como si estuviera separada de su cuerpo (un fenómeno denominado *disociación*). Incluso puede no recordar todos los detalles (o algunos de los detalles) de lo que sucedió exactamente. Si es superviviente de eventos traumáticos duraderos, sus reacciones pueden ser diferentes. Puede sentirse como si hubiera vivido en una zona de guerra su vida entera, siempre atenta, siempre preparada para ser atacada o dañada en cualquier momento.

Son muchos los factores que tienen una contribución importante en cómo reacciona una persona frente a un evento traumático. La edad (con frecuencia las personas más jóvenes reaccionan más significativamente que las personas mayores); la cantidad de tiempo de preparación que ha tenido de manera previa al evento (por ejemplo, se pueden tener pronósticos anticipados respecto a un huracán, mientras que un terremoto no es habitualmente tan previsible); la cantidad de perjuicio que produce a la persona (física, emocional y espiritualmente) o a su propiedad; la cantidad de muerte y devastación que la persona atestigua; el grado de responsabilidad

que la persona siente que tiene para causar o no prevenir el evento. Son sólo algunos de los factores que pueden tener un impacto en las reacciones de una persona frente a un evento traumático.

De hecho, existen tres tipos principales de factores que tienen influencia en el desarrollo del TEPT: *factores previos al evento, factores del evento y factores posteriores al evento*. El TEPT es una de las consecuencias a largo plazo mejor conocidos del trauma. Entre un 10 y un 80 % de la gente expuesta a un evento traumático desarrolla TEPT en algún punto de su vida (Williams & Poijula, 2002).

Con respecto a los *factores previos al evento*, aun cuando hay situaciones donde la exposición al trauma es tan grande que estos factores resultan menos influyentes (p.e., sobrevivir a un desastre aéreo donde casi todos murieron), ciertos factores anteriores al trauma pueden influir en cómo reacciona la persona frente al evento traumático. Entre estos factores se pueden mencionar los siguientes:

- Exposición previa a graves o adversos eventos de vida o traumas, o haber sido víctimas en la infancia, incluyendo el descuido, el abuso emocional, abuso físico, o atestiguar situaciones de abuso.
- Depresión o ansiedad tempranas que no son meramente situacionales y que tienen un impacto en la química del cerebro.
- Habilidades de afrontamiento inefectivas.
- Inestabilidad familiar, incluyendo una historia de trastorno psiquiátrico, numerosas separaciones en la infancia, problemas económicos o violencia familiar.
- Historia familiar de conducta antisocial o criminal.
- Temprano abuso de sustancias.
- Problemas con la autoridad, aun en la in-

fancia, incluyendo escaparse de la casa, suspensiones escolares, bajo rendimiento académico, delincuencia, peleas y truhanería.

- Ausencia de soporte social para salir de los malos momentos.
- Pérdidas múltiples tempranas de personas, posesiones, hogar.
- Género: parece que la mujer tiene el doble de probabilidades de desarrollar TEPT en algún momento de su vida (Manrique, 2003)
- Edad: los adultos jóvenes por debajo de los veinticinco años es más probable que desarrollen el problema (Friedman, 2000).
- Genética: Los miembros de algunas familias parecen menos capaces de resistir el trauma que otros.

Por otro lado, los *factores del evento* están relacionados con la víctima durante el evento traumático y pueden contribuir en el posible desarrollo de TEPT. Estos factores incluyen:

- Cercanía geográfica con el evento.
- Nivel de exposición al evento: cuánto más grande la exposición hay una mayor probabilidad de desarrollar TEPT.
- El significado del evento para la persona.
- Edad: ser joven en el momento del evento.
- Ser una víctima de múltiples incidentes traumáticos.
- Duración del trauma.
- La existencia de una amenaza continua de que el trauma puede continuar (p.e., la guerra).
- Estar implicado en un evento traumático intencional por obra del hombre.
- Participar en atrocidades como perpetrador o testigo (una atrocidad es un acto muy brutal y que conmociona; por ejemplo, matar intencionadamente a una mujer y a su hijo).

Por último, los *factores posteriores al evento* incluyen aquellos que existen después del evento traumático. Estos pueden incluir:

- La ausencia de un buen soporte social.
- No ser capaz de hacer algo respecto a lo que ha sucedido.
- Complacerse en la auto-compasión en tanto se descuida a sí misma.
- Ser pasiva antes que activa –dejar que las cosas le sucedan.
- Incapacidad para encontrar un significado en el sufrimiento.
- Desarrollar un trastorno de estrés agudo (el TEA ocurre en cierto porcentaje de gente que experimenta trauma).
- Tener una reacción inmediata (durante el evento traumático o poco después) que incluye activación fisiológica (elevada presión arterial, una reacción de sobresalto) y síntomas de evitación o aturdimiento (Friedman, 2000).

Tennen & Affleck (1998) creen que pueden haber rasgos de personalidad que ayudan a las personas a afrontar con la adversidad. La gente con elevada extraversión y franqueza, que es consciente en su trabajo hacia metas y que tiene un sentido de concordancia (una capacidad para estar con) es más probable que extraiga fuerzas de la adversidad y del trauma como una forma de afrontar con lo sucedido. Otros importantes factores que pueden tener un impacto en la reacción de las personas frente al trauma incluyen: *tener un locus de control interno* (la persona es capaz de recompensarse a sí misma por su conducta y cree que el control de lo que sucedió está en ella, no en fuentes externas); la *autoeficacia* (confianza en sus propias capacidades de afrontamiento); un *sentido de coherencia* (el convencimiento de que incluso los eventos

seriamente traumáticos son comprensibles, manejables, significativos); y la *resiliencia* o resistencia (Antonovsky, 1987). También se ha encontrado que una persona puede afrontar mejor los eventos traumáticos si está motivada para hacerlo, si tiene una actitud optimista, si posee un estilo de afrontamiento activo, y si ha resuelto exitosamente otras crisis.

Las siguientes afirmaciones tratan de explorar la capacidad de afrontamiento que una persona tiene frente a los eventos traumáticos (se deben marcar las afirmaciones que se aplican a una persona):

- Tengo un elevado grado de extraversión (me gusta estar con la gente).
- Estoy abierto a las nuevas experiencias.
- Soy cuidadoso con el trabajo que hago (lo sigo hasta completarlo).
- Soy una persona conciliadora.
- Creo que mi fuente de poder personal está dentro de mí.
- Tengo confianza en mis propias capacidades para afrontar con las situaciones.
- Procuero encontrar un significado en lo que me sucede.
- Procuero descomponer las situaciones negativas en partes más simples que puedo manejar.
- Me siento motivado para manejar los problemas que ocurren en mi vida.
- Generalmente soy una persona optimista -veo las cosas más positiva que negativa.
- Asumo el control de las situaciones siempre que sea posible, o al menos procuro tomar el control.
- Me gusta un buen desafío y me pongo a la altura de la situación.

- Me siento comprometido para superar las cosas malas que he experimentado en la vida.
- Tengo una buena red de soporte social – hay gente con la que puedo contar.
- Comprendo las circunstancias de mi vida y lo que puedo y no puedo hacer al respecto.
- Tengo confianza.
- Tengo un buen sentido del humor.
- Tengo un sentimiento de esperanza.
- Me gusta intentar cosas nuevas o ver las cosas de nuevas maneras.
- Soy receptivo frente a cómo se sienten otros.
- Soy una persona orientada a la acción – haría algo antes que cruzarme de brazos y dejar que hagan las cosas por mí.
- Procuero estructurar activamente mi propia vida y hacer planes.

Más allá de estas acotaciones iniciales, el propósito de este artículo es ofrecer una revisión de los problemas relacionados con la evaluación del TEPT y de los posibles síntomas asociados con los EPTs y los posibles síntomas asociados con estos eventos. La evaluación de la sintomatología relacionada con el trauma será descrita en función de los dos respuestas más comunes vinculadas al estrés, el trastorno de estrés agudo (TEA) y el TEPT. Del mismo modo, como una parte complementaria de esta revisión, se hace una sucinta descripción de algunos instrumentos que han demostrado ser útiles en la evaluación del TEPT.

#### *EVENTOS POTENCIALMENTE TRAUMATICOS*

De acuerdo al DSM-IV, un evento traumático, tal como es definido dentro de los cri-

terios diagnósticos del TEA y del TEPT, es evaluado tanto por sus aspectos objetivos como subjetivos. En principio, el evento debe involucrar alguna amenaza a la seguridad y a la integridad física. Segundo, la persona debe experimentar una respuesta emocional significativa frente al evento, incluyendo miedo, indefensión u horror. Esta definición de doble componente de un evento traumático resulta crítica, porque las respuestas a los eventos están afectadas por el contexto del individuo, y no todas las personas perciben eventos similares como «traumáticos». De esta manera, en el contexto de esta revisión, se utiliza el término evento potencialmente traumático para describir los eventos que se ajustan a los criterios del DSM-IV y que pueden o no estar asociados con el desarrollo del TEA o del TEPT. Una lista de EPTs específicos que, como mínimo, deben ser evaluados incluye lo siguiente:

- Estresores de zonas de guerra
- Abuso sexual en la infancia y en la edad adulta
- Asaltos
- Accidentes
- Desastres tecnológicos
- Desastres naturales o exposición al peligro
- Muerte repentina de una persona querida
- Enfermedades que amenazan la vida
- Atestiguar o experimentar violencia

La evaluación de los EPTs puede ser un proceso complejo y difícil que requiere mucha sensibilidad y habilidad. Dado que el proceso de evaluación de los supervivientes de un trauma puede ser mucho más estresante y provocador de ansiedad de lo que es para otros clientes, es necesario que el terapeuta comience haciendo el máximo esfuerzo para estable-

cer una buena relación con el cliente. Muchos supervivientes de un trauma, especialmente aquellos con una historia de trauma interpersonal, experimentan vergüenza o culpa respecto a la naturaleza y grado de sus historias traumáticas. Los clínicos deben ser sensibles a estas posibles reacciones, y deben tener una aproximación directa pero no enjuiciadora que transmita al cliente la idea de que el terapeuta se siente cómodo al discutir un tema tan perturbador, al mismo tiempo que no se muestra insensible a la naturaleza de estas experiencias. Los clínicos también necesitan ser conscientes de sus propias respuestas emocionales frente a las revelaciones del cliente y asegurarse de no reforzar intencionadamente la potencial evitación del cliente como una manera de manejar su propia incomodidad con el tema y con la perturbación del cliente.

Por otro lado, en la medida en que la evaluación del trauma puede llegar a ser más perturbador, es importante que el clínico discuta con el cliente la posibilidad de la exacerbación de los síntomas durante el proceso de evaluación (Flack, Linz & Keane, 1998). Por ejemplo, una cliente mujer con TEPT puede experimentar un incremento en sus pesadillas después de describir su violación en el curso de una sesión de evaluación. O, un hombre con una historia de abuso sexual puede experimentar una vergüenza mayúscula al revelar este evento a un terapeuta varón. Antes de que el proceso de evaluación comience, se debe evaluar el potencial uso de sustancias por parte del cliente o su involucramiento en conductas auto-lesivas como un medio para manejar la intensificación de los síntomas, así como la presencia de algún riesgo suicida u homicida. Si es necesario, se debe desarrollar un plan para ayudar al cliente a identificar y manejar estas conductas o solicitar ayuda si su intensidad se incrementa.

Las preguntas específicas que se formulan para evaluar la ocurrencia de los EPTs pueden tener un impacto significativo en la precisión de su evaluación. Es más probable que las personas reporten experiencias traumáticas cuando se les pregunta directamente acerca de eventos específicos, en lugar de apelar al libre recuerdo o a una conversación poco estructurada. Además, la exacta fraseología utilizada puede afectar el hecho de si una persona reporta o no su exposición a un evento traumático dado. Se recomienda que en la evaluación de los EPTs se utilice una terminología conductualmente operacionalizada, en lugar del empleo de una terminología más subjetiva como “abuso” o “forzar sexualmente”, que puede ser entendida de una manera diferenciada y puede tener un impacto en el hecho de reportar o no un determinado evento durante el proceso de evaluación (Keane et al., 2000). Un clínico hábil también debe tomar en cuenta el contexto cultural y reconocer que hay diferencias culturales con respecto a qué eventos son considerados traumáticos o llevaderos y, en concordancia, reportarlos al clínico. Finalmente, además de pedir simple y directamente que el cliente indique si ha experimentado o no un evento particular, también es esencial preguntar si la respuesta de la persona a cada evento implicó miedo, desesperanza u horror intensos. Sin este aspecto de la información, la respuesta de una persona a un EPT no puede ser clasificada como una que cumple los criterios para el TEA o el TEPT, y la evaluación puede incrementar la probabilidad de sobrestimar la presencia de un trastorno psiquiátrico.

Otras consideraciones implícitas en la evaluación de los EPTs incluye el nivel de detalle recolectado durante el proceso de evaluación. Dependiendo del propósito de la evaluación, se puede requerir un mayor o menor

detalle, y los clientes no deben ser sometidos a un proceso de evaluación prolongado a menos que haya una clara utilidad clínica o de investigación. Sin embargo, especialmente para los propósitos clínicos, con frecuencia resulta útil generar una información integral sobre la historia completa del trauma de un cliente, tomando en cuenta que la investigación ha demostrado que la mayoría de los supervivientes a un trauma han experimentado más de un EPT, y el hecho de que una previa exposición a un EPT con frecuencia indica un gran riesgo para el desarrollo del TEPT en respuesta a un EPT (Breslau, Chilcoat, Kessler & Davis, 1999). Adicionalmente, puede ser de notable relevancia clínica recolectar detalles acerca de un EPT para ubicar el evento dentro de un contexto más completo. Estos detalles pueden incluir eventos o situaciones que precedieron al EPT, creencias y funcionamiento previos al trauma, quién fue el perpetrador, cómo o por qué finalizó la situación traumática, las respuestas de otros significativos en la vida de la persona después de revelar el trauma, y los estilos de

afrentamiento utilizados tanto antes como después del evento traumático. Para cada evento, puede ser útil obtener información que indaga su frecuencia, duración, amenaza percibida a la vida, perjuicio, daños y edad en el momento del evento.

**Métodos de Evaluación de los EPTs.** Dependiendo del propósito de la evaluación, se puede utilizar una variedad de instrumentos para determinar la exposición a los EPTs. Algunos instrumentos como el *Cuestionario de Tamizaje de Eventos de Vida Estresantes*, el *Cuestionario de Eventos Traumáticos*, y el *Cuestionario de Eventos de Vida Traumáticos* (cuyas descripciones se insertan más adelante) evalúan una amplia variedad de EPTs. Estos instrumentos permiten una amplia evaluación, pero con frecuencia pierden profundidad. En contraste, algunos instrumentos se centran en la evaluación de un tipo de evento traumático, como la exposición al abuso infantil. Algunos ejemplos de medidas que evalúan un tipo de EPT son enseguida.

<b>Instrumento de Evaluación</b>	<b>Tipo de EPT</b>
Cuestionario de Trauma Infantil (Bernstein et al., 1994)	Maltrato infantil
Escala de Maltrato Psicológico y Físico (Brieri & Runtz, 1988)	Maltrato infantil
Evaluación de Ambientes (Berger et al., 1994)	Experiencias infantiles punitivas
Cuestionario de Historia Sexual de Wyatt (Wyatt, Lawrence, Vodounon & Mickey, 1992)	Abuso sexual infantil
Escala de Tácticas de Conflicto (Strauss, 1979)	Actos de agresión verbal y física
Maltrato Psicológico de la Mujer (Tolman, 1989)	Agresión psicológica
Escala de Estresores de Guerra (Wolfe, Brown, Furey & Levin, 1993)	Experiencias estresantes de guerra
Escala de Exposición al Combate (Keane et al., 1989)	Experiencias de combate.

En la medida que el contexto de la evaluación lo permita, se pueden usar entrevistas, listas de chequeo de autorreporte o una combinación de las dos. Sin embargo, cada modo de evaluación tiene potenciales beneficios y limitaciones. La evaluación de los EPTs por medio de cuestionarios de autoinforme puede resultar útil, en tanto es más probable que los individuos reporten información personal en un contexto donde sienten que hay menos oportunidad para el enjuiciamiento social. Sin embargo, el uso de las entrevistas semiestructuradas posibilita un contexto terapéutico en el cual el clínico puede proveer soporte y empatía a lo largo del proceso de evaluación. Además, en una entrevista, el clínico puede tener una mayor seguridad de que los clientes han comprendido la naturaleza y significado de las preguntas de evaluación. Las entrevistas estructuradas para los EPTs son algunas veces preferibles para facilitar el manejo de una potencial perturbación psicológica.

#### EVALUACION DE LA SINTOMATOLOGIA POSTRAUMATICA

**Trastorno de Estrés Agudo.** Los individuos que desarrollan síntomas psicológicos dentro del mes de exposición a un EPT pueden satisfacer los criterios para el TEA (APA, 1994). Este diagnóstico puede darse si una persona ha experimentado un EPT durante el cual su respuesta implicó un miedo intenso, indefensión u horror. Las características del TEA involucran síntomas de disociación, re-experiencias, evitación del estímulo relacionado con el trauma, síntomas de elevada ansiedad o de mucha activación, y el nivel de perturbación de la persona debe ser lo suficiente para causar un malestar o un perjuicio clínicamente significativo en el funcionamiento cotidiano. El principal rasgo que distingue el TEA del TEPT es el período de tiempo en el que se desarrollan y experimentan

los síntomas. El TEA sólo puede ser diagnosticado si los síntomas postraumáticos se desarrollan dentro de las 4 semanas de ocurrencia del evento traumático y tienen una duración de 2 días hasta 4 semanas. Si los síntomas persisten por más de 4 semanas, el diagnóstico de la persona debe ser cambiado, más frecuentemente a un TEPT o a un trastorno del ajuste. La prevalencia del TEA en poblaciones expuestas a EPTs depende de la severidad y duración del evento. Se han desarrollado formatos de entrevista para evaluar el TEA. Entre estas entrevistas se pueden señalar la *Entrevista Para el Trastorno de Estrés Agudo*, la *Escala de Trastorno de Estrés Agudo* y el *Cuestionario de Reacción de Estrés Agudo*.

**Trastorno por Estrés Postraumático.** Como en el caso del TEA, el TEPT también puede ser diagnosticado cuando una persona ha estado expuesta a un EPT, donde ha experimentado un miedo, indefensión u horror (APA, 1994). Sin embargo, el TEPT es diagnosticado cuando los síntomas postraumáticos tienen una duración de más de 30 días. Hay tres principales clases de síntomas en el TEPT: *reexperiencia*, *evitación* y *activación*. Los síntomas de *reexperiencia* pueden incluir recuerdos perturbadores, pesadillas, flashbacks, y una intensa perturbación o reactividad fisiológica con respecto a la exposición a señales internas o externas vinculadas con el evento. Los síntomas de *evitación* pueden incluir pensamientos de evitación de pensamientos, sentimientos, situaciones o personas asociadas con el evento, problemas con los recuerdos del evento, anhedonia, y un rango restringido de afecto. Finalmente, los síntomas de excesiva *activación* pueden consistir en problemas para conciliar el sueño o para concentrarse, irritabilidad o cólera, hipervigilancia, y una exagerada respuesta de alarma.

## EVALUACION DEL TEPT

Los problemas relacionados a la evaluación del TEPT son bastante similares a aquellos encontrados en la evaluación de los EPTs. Además de los puntos ya planteados, parte de la evaluación puede estar centrada en la normalización de los síntomas dispares del TEPT y en educar al cliente respecto a cómo estos síntomas reflejan un intento de adaptación y de afrontamiento con el EPT que la persona ha experimentado.

**Entrevista Clínica.** Durante la entrevista clínica, la principal meta del terapeuta es establecer un contexto seguro y terapéutico para el cliente. Además de evaluar la historia de los EPTs del cliente, se debe hacer una exploración de su historia psicológica personal y familiar, previas experiencias de terapia y funcionamiento actual.

Se puede haber desarrollado una jerarquía de miedo y evitación, incluyendo situaciones, lugares y personas que actualmente son problemáticos para el cliente. Hasta donde se sabe, actualmente no hay medidas psicométricamente establecidas del miedo situacional y de la evitación para el TPET, como sí las hay para muchos otros trastornos de ansiedad. El desarrollo de un instrumento pertinente podría facilitar en gran medida la identificación de las situaciones temidas. Ante la ausencia de una medida semejante, el clínico debe tener conocimiento acerca de los tipos de situaciones que habitualmente son problemáticas para los supervivientes de diferentes tipos de EPTs (p.e., colonias, alcohol y actividades sexuales para una víctima de violación; vegetación, helicópteros y gente de origen andino para veteranos de la lucha antiterrorista). Además, pueden haber estímulos idiosincrásicos (una calle determinada, una camisa de cierto color) que significativamente inducen miedo y que para su identificación requieren de una cuidadosa evaluación.

Como en el caso de otros trastornos de ansiedad crónica, para los clientes puede ser difícil reconocer y reportar patrones crónicos de evitación como viajar al trabajo por una ruta determinada o pasar un fin de semana tranquilo en casa antes que interactuar con otros en un contexto social. Con frecuencia el cliente ve esto como preferencias personales, y la relación entre las elecciones y el inicio del TEPT sólo puede ser demostrada a través de un análisis funcional completo y cuidadoso.

**Entrevistas semiestructuradas.** Se ha diseñado y validado psicométricamente cierto número de entrevistas semiestructuradas para evaluar el TEPT. El uso de una entrevista semiestructurada puede incrementar significativamente la probabilidad de que se identifique la presencia del TEPT. Estas entrevistas difieren entre sí principalmente en el grado de su uso y en su validación a través de grupos de trauma, su capacidad para proveer medidas dicotómicas y/o continuas de la severidad, y su facilidad en cuanto a su administración.

**Cuestionarios.** Se han desarrollado muchos cuestionarios para evaluar la sintomatología del TEPT. La mayoría de las medidas consisten de 17 preguntas que corresponden directamente a los 17 síntomas del TEPT descritos en los criterios del DSM-IV: B (re-experimentación), C (evitación y aturdimiento) y D (excesiva activación). Muchos de los cuestionarios permiten una estimación diagnóstica si el número y patrón de síntomas requeridos es marcado. Sin embargo, es importante anotar que muchos cuestionarios no han sido validados a través de una variedad de grupos de trauma, y que los puntos de corte recomendados pueden variar por el tipo de trauma, género y grupo étnico. A continuación se hace una descripción resumida de algunos de los más relevantes instrumentos para evaluar el TEPT.

*Cuestionario de Miedo a los Accidentes (AFQ).* Para medir la evitación fóbica relacionada con el TEPT, después de un accidente automovilístico. Es una medida que incluye 10 preguntas respecto a accidentes y la ansiedad asociada. Los clientes tienen que evaluar su grado de evitación en una escala de 9 puntos. También hay dos preguntas descriptivas acerca del accidente y una pregunta que evalúa la interferencia de alguna enfermedad física (p.e., dolor de espalda) y que utiliza la misma escala de 9 puntos.

*Escala de Experiencias Disociativas (DES).* Está diseñada para medir la frecuencia de las experiencias disociativas. Consiste de 28 ítems que describen experiencias disociativas incluyendo la amnesia, despersonalización, desrealización, implicación imaginaria y absorción. A los clientes se les pide que indiquen la frecuencia de estas experiencias utilizando una escala de 100 puntos (de 0 a 1100).

*Escala de Impacto del Evento (IES).* Para medir la intrusión y evitación resultante de la exposición a eventos traumáticos. Es un cuestionario de autorreporte de 15 ítems organizados en dos subescalas: *intrusión y evitación*. A los clientes se les pide que indiquen un evento de vida específico y que evalúen las afirmaciones descriptivas en respuesta a tal evento. También evalúan cuán frecuentemente han experimentado cada uno de los síntomas durante los siete días previos en una escala de 4 puntos.

*Lista de Chequeo de Síntomas de Los Angeles (LASC).* Para medir los síntomas del TEPT a partir de los criterios B, C y D del DSM-IV, así como algunos rasgos asociados. Es una escala de autorreporte de 43 ítems, donde cada uno de ellos es una palabra o frase que es evaluada en una escala de 5 puntos para reflejar el grado en el cual el síntoma es un problema para el respondiente.

*Inventario de Cogniciones Postraumáticas (PTCI).* Para medir los pensamientos y creencias relacionados con el trauma. Es una medida de autorreporte de 35 ítems que engloba tres constructos vinculados con los pensamientos y creencias respecto al trauma: cogniciones negativas acerca del yo, cogniciones negativas acerca del mundo, y autculpa. Cada ítem presenta una afirmación que es seguida por una escala de respuesta de 7 puntos, donde se indica el grado de acuerdo-desacuerdo, desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 7 (totalmente de acuerdo). Los ítems han sido fraseados de tal manera que elevados puntajes reflejan una mayor adherencia a las cogniciones patológicas.

*Escala de Diagnóstico Postraumático (PDS).* Para evaluar los criterios diagnósticos del DSM-IV y la

severidad de los síntomas del TEPT. Es una versión revisada de una medida anterior denominada Escala de Síntomas del TEPT. Consiste de 49 ítems divididos en cuatro secciones. La parte 1 incluye una lista de chequeo de 12 eventos traumáticos que una persona puede experimentar o atestiguar. En la parte 2, se elige el evento más perturbador en el pasado mes, se le describe con mayor detalle y es objeto de preguntas adicionales. La parte 3 incluye 17 ítems que corresponden a los criterios B, C y D del TEPT, y que evalúa la frecuencia de cada síntoma en el pasado mes en una escala de 4 puntos. La parte 4 evalúa los criterios F con nueve ítems que determinan el perjuicio en las principales áreas de la vida.

*Cuestionario de Reacción de Estrés Agudo de Stanford (SASRQ).* Para evaluar los síntomas físicos experimentados como secuela de un evento traumático. Es una medida de autorreporte de 30 ítems que le pide al cliente que describa el evento estresante y que evalúe cuánta perturbación le ha causado. Enseguida, la persona evalúa 30 ítems en una escala de 6 puntos. Los ítems están agrupados en: disociación (10 ítems), re-experiencia (6 ítems), evitación (6 ítems), ansiedad y activación (6 ítems) y perjuicio en el funcionamiento (2 ítems). Una pregunta final le pide al cliente que indique cuántos días experimentó los peores síntomas de perturbación.

*Cuestionario de Eventos Traumáticos (TEQ).* Para evaluar la frecuencia, tipo y severidad del trauma experimentado. Es una medida que evalúa experiencias con 11 tipos específicos de trauma seleccionados del DSM-III-R y de la literatura relevante como posibles determinantes de síntomas traumáticos. Se implican dos categorías residuales donde la persona puede registrar eventos adicionales que no están incluidos en la lista, y eventos que el individuo siente que son demasiado traumáticos para hablar sobre ellos. Para cada evento señalado, se le pide a la persona que indique el número de veces que el evento ha ocurrido, su edad en el momento del evento y, en una escala de 7 puntos, si experimentó daño en el momento del evento, si su vida estuvo amenazada, cuán traumático fue para ella el evento en esa oportunidad y cuán traumática es en la actualidad.

*Inventario de Culpa Relacionada al Trauma (TRGI).* Para evaluar los aspectos cognitivos y emocionales asociados con la exposición a un evento traumático. Es una medida de autorreporte de 32 ítems que incluye tres escalas—*culpa*, *perturbación* y *cogniciones de culpa*— y tres subescalas (a partir de las cogniciones de culpa)—*sesgo retrospectivo/responsabilidad*, *pecado* y *falta de justificación*.

*Inventario Penn Para TEPT.* Para medir la severidad del TEPT. Es una medida de autorreporte de 26 ítems donde cada ítem está compuesto de cuatro sentencias modeladas a partir del Inventario de Depresión de Beck. Los significados de las series de sentencias miden la presencia o ausencia de los síntomas del TEPT en el curso de la semana pasada, además de su grado, frecuencia o intensidad. La persona elige la afirmación que describe mejor su experiencia. Cada sentencia es evaluada de 0 a 3 con puntuaciones altas que representan una mayor sintomatología.

Muy pocos cuestionarios que evalúan el TEPT exploran amplios rasgos clínicos que van más allá de los criterios diagnósticos. Algunas excepciones que incluyen tanto síntomas del TEPT como rasgos asociados son la *Escala Civil de Mississipi*, el *Inventario de Síntomas del Trauma*, la *Lista de Chequeo de Síntomas de Los Ángeles*, y el *Inventario Penn para TEPT*.

**Factores Cognitivos.** Se cree que la experiencia del trauma tiene un impacto significativo en el sistema de creencias de una persona. De esta manera, la evaluación del contenido de las cogniciones de un cliente con TEPT (p.e., autculpa, significado del mundo) puede resultar de suma utilidad en la conceptualización del caso y en el diseño del programa de tratamiento. Existen varios instrumentos que esta dimensión del comportamiento humano en el caso del TEPT, entre

ellos el *Inventario de Cogniciones Postraumáticas* (ver apéndice 1).

Como bien señalan Stoppelbein & Docter (2002), los aspectos cognitivos pueden tener un efecto mediador en el ajuste pre y postraumático. Se ha encontrado, por ejemplo, que las víctimas de eventos traumáticos que muestran un estilo atribucional donde los resultados negativos son atribuidos a causas internas, estables y globales tienden a estar en un gran riesgo para los síntomas depresivos. Los procesos psicológicos subyacentes a este estilo atribucional son una sensación de indefensión y de desesperanza asociado con un estilo explicativo pesimista.

**Evaluación Conductual.** El automonitoreo puede ser un importante componente de la evaluación del TEPT. Foa y Rothbaum (1998) sugieren que los clientes autorregistren la ocurrencia de las conductas objetivo (p.e., pesadillas, respuestas de sobresalto, arranques de cólera) cuando ocurren en el curso de la semana. A un cliente se le puede pedir que registre la fecha y hora del síntoma, la situación en la cual fue elicitada, los pensamientos que estuvieron presentes en el momento del síntoma, las respuestas fisiológicas y la evaluación del miedo subjetivo relacionado con la expresión del síntoma.

Fecha y Hora	Situación	Pensamientos al momento del síntoma	¿Qué sintió?	Grado de Miedo (0—10)

Se ha escrito poco respecto al uso de las pruebas de evaluación conductual (BATs) en la evaluación del TEPT. Sin embargo, su utilidad en la evaluación de otros desórdenes de ansiedad está bien establecida (Aguado, Manrique y Silberman, 2003; Manrique, 2002). Un ejemplo de una BAT para el TEPT puede incluir una interacción social simulada con alguien del sexo opuesto u ofrecer una pequeña charla a un grupo de extraños (si es aplicable al patrón específico de evitación del cliente). Las BATs también pueden incluir salidas a un supermercado atestado o a un estacionamiento de automóviles. La ansiedad reportada antes y durante una BAT puede ser evaluada de manera adicional a los indicadores conductuales, como el contacto ocular, la distancia entre el cliente y el confederado, y así por el estilo. Las respuestas durante una BAT también pueden ser continuamente evaluadas. De hecho, la exposición a situaciones temidas o evitadas sólo debe ser emprendida cuando la evitación es irracional y la exposición no constituye una potencial amenaza para el bienestar del cliente.

**Evaluación Psicofisiológica.** Habitualmente se la utiliza en la investigación para examinar las respuestas de los clientes con TEPT a la presentación de señales del trauma (p.e., un video con vistas y sonidos relacionados al combate, la presentación imaginal de un guión de violación). Se han utilizado varios índices incluyendo el pulso, tasa cardiaca, conductividad de la piel y EMG facial. En un estudio reciente a gran escala, Keane et al. (1998) encontraron que una combinación de cuatro índices psicofisiológicos clasificaron correctamente a dos tercios de veteranos de Vietnam con TEPT actual. Aun cuando la evaluación psicofisiológica puede ser costosa y con frecuencia no está disponible para los clínicos, puede proveer una valiosa información adicional que ayuda en la conceptualización y tratamiento del TEPT.

**Rasgos Asociados.** Puesto que el TEPT se encuentra asociado con elevados niveles de comorbilidad, se recomienda una evaluación semiestructurada y completa del Eje I y de los desórdenes relevantes del Eje II (p.e., Trastorno de Personalidad Borderline, Trastorno de Personalidad Antisocial). También medidas como el MMPI y la Lista de Chequeo de Síntomas (SCL-90-R) pueden proveer un índice de la sintomatología del TEPT y de la psicopatología adicional (Keane et al., 2000). La relación funcional entre los trastornos es críticamente importante para la formulación de la conceptualización del caso y del plan de tratamiento. Por ejemplo, la comorbilidad del TEPT y del abuso de sustancias frecuentemente refleja el uso de éstas como un medio para intentar controlar la reexperiencia y los síntomas de activación que son percibidos como inaceptables. Un cliente con comorbilidad de TEPT y desorden de pánico puede necesitar disminuir su sensibilidad frente a los signos de pánico antes de que se indique la terapia de exposición. Un cliente con TEPT y fobia social puede ser alguien socialmente evitativo debido a la vergüenza y culpa que siente respecto a una experiencia traumática o al rechazo social que sobrelleva como resultado de una exposición traumática (Orsillo, Heimberg, Juster & Garrett, 1996).

## SINOPSIS

La evaluación de la sintomatología postraumática implica una serie de problemas metodológicos extremadamente complicados pero importantes. En tanto es un hecho que casi todos los profesionales de la salud mental se van a encontrar en su práctica con clientes que han estado expuestos a PTEs, es importante que conozcan cómo evaluar tanto el evento estresante experimentado como los posibles síntomas asociados a tal evento. El

uso de un paquete de evaluación multimétodo, donde se integran las entrevistas estandarizadas y los cuestionarios, es una estrategia altamente recomendada.

Como acertadamente señala Carlson (1997), la última meta de los esfuerzos para comprender y evaluar los problemas psicológicos de los clientes es ofrecerles un trata-

miento lo más eficiente y efectivo posible. Hay incontables maneras en que una buena conceptualización y evaluación del trauma y de las respuestas al trauma pueden ayudar a tratar efectiva y eficientemente a los clientes traumatizados. Algunos de las más importantes estrategias de evaluación cognitivo-conductual han sido señaladas aquí.

## REFERENCIAS

- Aguado, H., Manrique, E. y Silberman, R. (2003). Estrategias de Evaluación Cognitivo-Conductual de la Fobia Social. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán*, Vol. IV, 1, 29-46.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.) Washington, DC: Author.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Breslau, N., Chilcoat H.D., Kessler, R.C. & Davis, G.C. (1999). Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: Results from the Detroit Area Survey of Trauma. *American Journal of Psychiatry*, 156, 902-907.
- Carlson, E.V. (1997). *Trauma Assessments: A Clinician's Guide*. New York: Guilford.
- Flack, W.F., Linz, & Keane, T.M. (1998). Cognitive-behavioral treatment of warzone-related posttraumatic stress : A flexible, hierarchical . In *Cognitive-behavioral therapies for trauma*. New Cork: Guilford.
- Foa, E.B. & Rothbaum, B.O. (1998). *Treating the trauma of rape*. New York: Guilford.
- Friedman, M.J. (2000). *Post-Traumatic Stress Disorders: The Latest Assessment and Treatment Strategies*. Kansas City, Mo.: Compact Clinicals.
- Keane, T.M., Weathers, F.W. & Foa, E.B. (2000). Diagnosis and assessment. In E.B. Foa, T.M. Keane & M.J. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD*. New Cork: Guilford.
- Manrique, E. (2002). Una guía breve para la evaluación cognitivo-conductual de la fobia social. *Boletín PROMOTEC*, Vol. 2, 4, 1-15.
- Manrique, E. (2003). Diferencias de género en la experiencia del trastorno por estrés postraumático: Una perspectiva cognitiva. *Boletín PROMOTEC*, Vol. 3, 3, 1-15.
- Orsillo, S.M., Heimberg, R.G., Juster, H.R. & Garrett, J. (1996). Social phobia in Vietnam veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 235-252.
- Stoppelbein, L. & Docter, R. (2002). The mediating effects of attributional style and event-specific attributions on postdisaster adjustment. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 261-274.
- Tennen, H. & Affleck, G. (1998). Personality and transformation in the face of . In R.G. Tedeschi, C.L. Park & L.G. Calhoun (Eds.), *Post-Traumatic Growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. N.J.: Inc. Publishers.
- Williams, M.B. & Poijula, S. (2002). *The PTSD Workbook*. Oakland, CA.: New Harbinger Publications, Inc.
- Zimmerman, M. & Mattia, J.I. (1999). Is posttraumatic stress disorders underdiagnosed in routine clinical settings? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 420-428.

## APENDICE 1

### Inventario de Cogniciones Postraumáticas (PTCI)

*Estamos interesados en la clase de pensamientos que puede haber tenido después de una experiencia traumática. Debajo hay un número de afirmaciones que pueden o no ser representativas de su pensamiento. Por favor lea atentamente cada afirmación y díganos en qué medida está de ACUERDO o en DESACUERDO con cada afirmación.*

*La gente reacciona a los eventos traumáticos de maneras muy diferentes. No hay respuestas buenas o malas a estas afirmaciones.*

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| 1 = Totalmente en desacuerdo                  | 5 = Ligeramente de acuerdo |
| 2 = Muy en desacuerdo                         | 6 = Muy de acuerdo         |
| 3 = Ligeramente en desacuerdo                 | 7 = Totalmente de acuerdo  |
| 4 = Neutral (ni de acuerdo ni en desacuerdo). |                            |

- \_\_\_ 1. El evento sucedió debido a la manera en que actué.
- \_\_\_ 2. No confío en que vaya a hacer bien las cosas.
- \_\_\_ 3. Soy una persona débil.
- \_\_\_ 4. No voy a ser capaz de controlar mi cólera y haré algo terrible.
- \_\_\_ 5. No puedo tratar aun con una ligera perturbación.
- \_\_\_ 6. Yo solía ser una persona feliz pero ahora siempre soy desdichado.
- \_\_\_ 7. No se puede confiar en la gente.
- \_\_\_ 8. Tengo que estar en guardia todo el tiempo.
- \_\_\_ 9. Me siento muerto por dentro.
- \_\_\_ 10. Tú nunca puedes saber quién te dañó.
- \_\_\_ 11. Tengo que ser especialmente cuidadoso porque nunca sabes que puede suceder luego.
- \_\_\_ 12. Soy inadecuado.
- \_\_\_ 13. No voy a ser capaz de controlar mis emociones, y algo terrible sucederá.
- \_\_\_ 14. Si pienso acerca del evento, no voy a ser capaz de manejarlo.
- \_\_\_ 15. El evento me sucedió debido a la clase de persona que soy.
- \_\_\_ 16. Mis reacciones a partir del evento significan que me estoy volviendo loco.
- \_\_\_ 17. Nunca voy a ser capaz de sentir de nuevo emociones normales.
- \_\_\_ 18. El mundo es un lugar peligroso.
- \_\_\_ 19. Alguien pudo haber impedido el evento que me sucedió.
- \_\_\_ 20. He cambiado permanentemente para lo peor.
- \_\_\_ 21. Me siento como un objeto, no como una persona.
- \_\_\_ 22. Ninguna otra persona podía haber estado en esta situación.
- \_\_\_ 23. No puedo confiar en otra gente.
- \_\_\_ 24. Me siento aislado y apartado de los otros.
- \_\_\_ 25. No tengo futuro.
- \_\_\_ 26. No puedo impedir que las cosas malas me sucedan a mí.
- \_\_\_ 27. La gente no es lo que parece.
- \_\_\_ 28. Mi vida ha sido destruida por el trauma.
- \_\_\_ 29. Hay algo malo en mí como persona.
- \_\_\_ 30. Mis reacciones a partir del evento muestran que soy un mal .
- \_\_\_ 31. Hay algo en mí que hace que el evento suceda.
- \_\_\_ 32. No voy a ser capaz de tolerar mis pensamientos sobre el evento, y me romperé en pedazos.
- \_\_\_ 33. Me siento como si no me conociera para nada.
- \_\_\_ 34. Tú nunca sabes sucederá algo terrible.
- \_\_\_ 35. No puedo confiar en mí mismo.
- \_\_\_ 36. Nada bueno puede sucederme nunca más.

PROMOTEC/emg.