



Facultad de Medicina



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

**Validez y Confiabilidad de la Escala para el Trastorno de Estrés
Postraumático Administrada por el Clínico**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

QUE PRESENTA:

RAFAEL CAMPUZANO DE GRACIA

Tutor Teórico

Tutor Metodológico

Dr. Ilyamín Merlín García

Dra. Ana Fresán Orellana

CIUDAD DE MÉXICO

Abirl 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA.

A mis tutores la Dra. Fresán y el Dr. Merlín quienes siempre mostraron su interés en enseñarme y apoyarme para lograr de manera exitosa este proyecto.

A mis padres y mis hermanos quienes me alentaron a continuar en los momentos de dificultad.

A mi novia Martha por todo su apoyo y su cariño, que me motivo enormemente para concluir mi tesis.

Y finalmente, quiero agradecer a todos mis maestros del instituto, de quienes aprendí en los últimos 3 años sobre la profesión a la que dedicaré el resto de mi vida.

CONTENIDO

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
ANTECEDENTES.....	7
HISTORIA	7
CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA	9
DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS	18
EPIDEMIOLOGÍA	22
INSTRUMENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....	25
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	28
JUSTIFICACIÓN.....	29
OBJETIVOS.....	29
OBJETIVO GENERAL	29
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
HIPÓTESIS GENERAL	30
HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	30
METODOLOGÍA	31
DISEÑO DEL ESTUDIO	31
CÁLCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA	31
CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	33
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	33
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	33
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	34
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES	34
ESCALAS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.....	36
FORMATO DE DATOS CLÍNICOS DEMOGRÁFICOS	36
ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN	39
ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD.....	40
PROCEDIMIENTO	40
DIAGRAMA DE FLUJO	42
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	42
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	43
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	45
RESULTADOS.....	46

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, USO DE SUSTANCIAS y SÍNTOMAS ASOCIADOS DE LA MUESTRA	46
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, USO DE SUSTANCIAS Y SÍNTOMAS ASOCIADOS ENTRE PACIENTES CON Y SIN TEPT.....	53
VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA ESCALA CAPS	55
DISCUSIÓN.....	59
CONCLUSIONES.....	66
REFERENCIAS.....	67
ANEXOS	71
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	71
ANEXO 2. APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA D EL INPRF.....	75

RESUMEN

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) se origina por la exposición a un estrés reconocible, capaz de provocar síntomas significativos de malestar. El establecimiento de una definición de acontecimiento traumático y el traslape de síntomas con otras entidades diagnosticas como los trastornos afectivos y ansiosos, son factores que dificultan su diagnóstico. Es necesario contar con instrumentos para su reconocimiento y evaluación en la práctica clínica. La Escala para el Trastorno de Estrés Postraumático Administrada por el Clínico (CAPS) fue diseñada para ayudar al diagnóstico y la estimación de la gravedad del TEPT, pero no cuenta con validación para nuestra población. **Objetivo:** Determinar la validez y confiabilidad de la CAPS en población psiquiátrica mexicana. **Resultados:** En un total de 85 pacientes expuestos a trauma el 42% (n=36) cumplieron con criterio diagnóstico para TEPT. El evento traumático mas frecuente fue el de violación 32.9%(n=28), seguido de abuso sexual 24.7% (n=21) y la violencia intrafamiliar 12.9% (n=11). La validez concurrente fue adecuada con un área bajo la curva del 0.94 con un punto de corte de 45 (sensibilidad 0.89, especificidad 1.00) y una consistencia interna elevada con un alpha de 0.93. **Discusión:** La evaluación específica del TEPT en población clínica requiere de un instrumento válido de fácil aplicación en la práctica clínica cotidiana. El CAPS mostró adecuados valores clinimétricos para su uso en población psiquiátrica mexicana. **Palabras Clave:** Trastorno de Estrés Postraumático, Escala para el Trastorno de Estrés Postraumático Administrada por el Clínico, Evento Traumático

ABSTRACT

Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) arises from the exposure to a distinguishable kind of stress, capable of provoking significant symptoms of discomfort. Establishing an accurate definition of Traumatic Event and the overlap between its symptoms and other diagnostic entities, such as affective disorders and anxiety disorders, are both factors that hinder its diagnosis. It is essential to rely on the necessary tools for its acknowledgement and assessment during clinical practice. The Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) was designed to support the diagnosis and the TEPT's gravity estimation; nevertheless, it does not include any validation for our population.

Objective: Determine validity and reliability of CAPS in Mexican psychiatric population. **Results:** From a total of 85 patients exposed to trauma, 42% (n=36) complied with the criteria of PTSD. The most frequent traumatic event was rape 32.9% (n=28), followed by sexual abuse 24.7% (n=21) and domestic violence 12.9% (n=11). Convergent validity was appropriate showing an area below the curve of 0.94 with a cutpoint of 45 (sensitivity 0.89, specificity 1.00) and a high internal consistency of 0.93 alpha. **Discussion:** Specific TEPT assessment in clinical population requires a valid instrument that is easy to apply in day-to-day clinical practice. CAPS showed appropriate clinimetric values to be used in Mexican psychiatric population. **Key Words:** Post-Traumatic Stress Disorder, Clinician-Administered PTSD Scale, Traumatic Event

ANTECEDENTES

HISTORIA

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) como lo conocemos en la actualidad ha sufrido diversas modificaciones a través de los años, desde los principios de la historia se han mostrado distintas reacciones humanas frente a situaciones de estrés, tales como la muerte de seres queridos o conflictos bélicos, dichas descripciones fueron evolucionando en el ámbito científico y comenzaron a surgir los primeros estudios científicos sobre las alteraciones psíquicas y físicas observadas en individuos expuestos a determinados acontecimientos^{1,2,3}.

Las primeras descripciones científicas de lo que hoy conocemos como Trastorno de Estrés Postraumático se realizaron en personas que habían sufrido accidentes de ferrocarril por lo que se usó el término “*railway spine*” que se utilizó para describir un trastorno secundario a lesiones en la medula espinal tras haber sufrido dicho accidente¹.

En 1869, el médico George Millar Beard, introdujo uno de los primeros términos que podemos identificar como antecedente del actualmente denominado estrés postraumático, Beard desarrolló el concepto de “neurastenia” para referirse a un estado, de condición médica, producido por el debilitamiento nervioso y que producía un estado de agotamiento físico que cursaba con fatiga, ansiedad, dolor de cabeza y depresión¹. Durante el periodo de la guerra de secesión de los Estados Unidos, se observó un síndrome caracterizado por la presencia de síntomas cardíacos

autonómicos, un síndrome similar a lo que hoy se conoce como Trastorno de Estrés Postraumático^{1,4}.

A principios del siglo XX la influencia del psicoanálisis fue notable, especialmente en los Estados Unidos, fue en esta época que se acuñó el término de neurosis traumática al síndrome descrito por Jacob da Costa en 1871 denominado “*corazón de soldado o corazón irritable*” el cual se caracterizaba por la presencia de alteraciones cardíacas (taquicardia), además de sintomatología ansiosa, dichos síntomas se presentaban por la exposición al combate⁵. A finales de la segunda guerra mundial el síndrome fue denominado como “*shell shock*”, a raíz de la II Guerra Mundial se generaron más términos y descripciones clínicas entorno al concepto del actual estrés postraumático, dentro de los cuales cabe destacar la “*Fatiga de Combate*” que se caracterizaba por sintomatología ansiosa, dificultades de sueño, fatiga vinculada a situaciones ambientales y un descenso del umbral de estimulación con predisposición para reacciones de huida, este término tiene un elemento diferenciador respecto al de “*neurosis de guerra*” empleado mayoritariamente hasta el momento y que hace referencia a la etiología que se atribuye, ya que se desmarca de las explicaciones organicistas que todavía estaban presentes⁶.

Con el fin de la segunda guerra mundial, aparecieron descripciones específicas del estado mental y emocional que presentaban personas, en su gran mayoría civiles, que se describió como el “*síndrome del campo de concentración*” (KZ síndrome), el cual incluía los siguientes síntomas: Astenia con fatigabilidad, alteraciones en la memoria anterógrada, dificultad en la atención y concentración, nerviosismo e hiperactividad, alteraciones en el afecto (depresivo, lábil), insomnio y pesadillas, síntomas

neurovegetativos (palpitaciones, opresión torácica, disnea sudoración y diarrea)⁷. En relación con estos mismos hechos históricos se describió el “*síndrome de supervivencia*”, el cual hace referencia a un estado de hiperactividad, ansiedad, miedo, insomnio, tensión, presencia de recuerdos vívidos y repetitivos de la persecución, acompañado de quejas somáticas y aislamiento social activo, el cual estaba presente en judíos deportados⁷.

La morbilidad psiquiátrica asociada a los veteranos de combate de la guerra de Vietnam, finalmente concluyo en la aparición del concepto de TEPT, como lo conocemos actualmente. En 1980 se crea una nueva categoría diagnóstica en la clasificación DSM III que englobaría tanto la sintomatología que presentaban los veteranos de Vietnam como las mujeres violadas y que se denominó Trastorno de Estrés Postraumático, el cual se define como una enfermedad caracterizada por la aparición de síntomas tras la exposición a episodios vitales traumáticos. El individuo reacciona a esta experiencia con miedo e impotencia, revive persistentemente el acontecimiento e intenta evitar su rememoración^{4,8,9}.

CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA.

A pesar de que las reacciones psicológicas frente acontecimientos traumáticos se incluyeron por primera vez en la clasificación diagnóstica DSM, bajo la denominación de “reacción intensa de estrés”, la inclusión del TEPT como tal, se produjo por primera vez en el DSM III en 1980, dentro de los trastornos de ansiedad y definido como un trastorno originado por la exposición a un estrés reconocible, capaz de provocar

síntomas significativos de malestar en casi todo el mundo, estos síntomas incluían reexperimentación del acontecimiento, embotamiento en la capacidad de respuesta, hiperactivación, evitación de eventos o situaciones que pudieran recordar el acontecimiento traumático, ideas de culpa, alteraciones en la memoria y dificultades en la capacidad de concentración^{2,10,11}. Además, en esta edición se recogían dos posibles subtipos del cuadro de TEPT denominados: trastorno por estrés postraumático agudo (cuando el comienzo era en los 6 meses posteriores al trauma y duraba menos de 6 meses) y trastorno por estrés postraumático crónico o retrasado (cuando el comienzo era por lo menos 6 meses después del trauma y duraba más de 6 meses). A pesar de haber sido publicado en el DSMIII, la validez de dicho diagnóstico recibió varias críticas, ya que algunos autores lo consideraban como la expresión de otros trastornos psicopatológicos o como algún tipo de trastorno de la personalidad ^{10,12}.

Posteriormente en la edición DSM-IV el diagnóstico de este trastorno se ha ampliado, aceptándose como evento estresante (criterio A) la observación de accidentes graves o muerte no natural de otras personas¹³.

Actualmente existen varias definiciones del trastorno de estrés postraumático, a continuación se mencionan algunas de las más aceptadas:

-Una respuesta sintomatológica que una persona desarrolla después de haber estado expuesta a un evento altamente estresante, debido a que ha amenazado su integridad física o su vida, o la de otras personas¹⁴.

-Un trastorno originado por la exposición a un estrés reconocible, capaz de provocar síntomas significativos de malestar en casi todo el mundo, estos síntomas incluían reexperimentación del acontecimiento, embotamiento en la capacidad de

respuesta, hiperactivación, evitación de situaciones que pudieran recordar el evento, ideas de culpa, alteraciones en la memoria y dificultades en la capacidad de concentración^{4,11}.

En la actualidad con la publicación de DSM 5, los criterios diagnósticos para definir el trastorno de estrés postraumático se incluyen en el apartado de trastornos relacionados con traumas y factores de estrés y quedaron de la siguiente forma:

Trastorno de estrés postraumático.

Los criterios siguientes se aplican a adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años.

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.

4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).

Nota: En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).

Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.

3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)

Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a actores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”).

3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.

4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).

5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.

6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.

7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.

2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.

3. Hipervigilancia.

4. Respuesta de sobresalto exagerada.

5. Problemas de concentración.

6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).

2. Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos ¹⁵).

La clasificación de trastornos psiquiátricos de la Organización Mundial de la Salud, CIE-10 incluyó el TEPT dentro de “Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación”, junto con las siguientes categorías diagnósticas:

- Reacción a estrés agudo.
- Trastornos de adaptación.
- Otras reacciones graves a estrés.
- Reacción a estrés grave sin especificación.

Podemos concluir que los principales cambios con respecto al manual DSM IV son:

-La supresión del criterio A2, referido a la vivencia emocional subjetiva de la persona respecto al acontecimiento traumático.

- El desglose del criterio C – evitación y embotamiento afectivo en dos criterios diagnósticos:

C. Evitación persistente de estímulos relacionados con el acontecimiento traumático.

D. Alteraciones negativas en las cogniciones y del estado de ánimo que se asocian con el acontecimiento traumático.

Aunque en ambas clasificaciones, DSM y CIE, encontramos criterios similares para el diagnóstico del TEPT, las diferencias existentes entre ambas clasificaciones, puede plantear en ocasiones alguna disyuntiva, especialmente en lo referente al concepto sobre acontecimiento traumático que se recoge en cada clasificación^{12,16}.

Criterios para el diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático según CIE-10

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento estresante o situación (tanto breve como prolongada) de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica, que podría causar profundo disconfort en casi todo el mundo.

B. Recuerdo continuado o reaparición del recuerdo del acontecimiento estresante en forma de reviviscencias disociativas (flashbacks), recuerdos de gran viveza, sueños

recurrentes o sensación de malestar al enfrentarse a circunstancias parecidas o relacionadas con el agente estresante.

C. Evitación de circunstancias parecidas relacionadas con el acontecimiento traumático.

D. Una de las dos:

1. Incapacidad para recordar parcial o totalmente aspectos importantes del periodo de exposición al agente estresante.

2. Síntomas persistentes de hipersensibilidad psicológica y activación, manifestados por al menos dos de los síntomas siguientes:

a) Dificultad para conciliar o mantener el sueño.

b) Irritabilidad.

c) Dificultad de concentración.

d) Facilidad para distraerse.

e) Sobresaltos y aprensión exagerados.

E. Los criterios B, C, y D se cumplen en los 6 meses posteriores al acontecimiento estresante o del fin de periodo de estrés (si el inicio de los síntomas se produce tras más de 6 meses es necesario especificarlo¹⁶).

DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS

La gran mayoría de las dificultades que han acompañado a lo largo de la historia al diagnóstico de TEPT, están relacionadas con la definición de acontecimiento traumático y las posibles repercusiones que de esta se pueden derivar. Así bien los estudios epidemiológicos realizados muestran que el porcentaje de personas a nivel mundial que han estado expuestos o han experimentado un evento traumático a lo largo de la vida oscila entre un 39,1% hasta un 89%^{14,17,18}. En población mexicana se ha demostrado que hasta el 68% de la población a estado expuesto a un evento traumático¹⁴.

El término estrés procede del campo de la psicofisiología muy ligado a la concepción biológica, como “una respuesta inespecífica del organismo a cualquier demanda”, desde esta perspectiva inicial, el término estrés ha pasado a ser considerado como un término genérico que hace referencia a un área o campo de estudio¹⁹. Desde el punto de vista de la terminología se pueden distinguir entre:

- Agente de estrés, estresor o situación estresante, para denominar al estímulo o a la situación que provoca una respuesta. En este sentido se considera que una persona está en una situación estresante, cuando debe hacer frente a situaciones que implican demandas conductuales que le resultan difíciles de realizar o satisfacer²⁰.

- Respuesta de estrés, denomina la respuesta inespecífica del organismo ante el estímulo o situación estresante. Consiste en un incremento de la activación fisiológica y cognitiva, así como la preparación del organismo para una intensa actividad motora²⁰.

La definición y caracterización del concepto “acontecimiento traumático” ha ido fluctuando en las clasificaciones diagnósticas en lo referente a enmarcar el acontecimiento como un suceso poco habitual y marcadamente angustiante para todo el mundo o describirlo como un suceso en el que la vivencia subjetiva (miedo, indefensión u horror) de la persona es fundamental para que se determine como acontecimiento traumático²¹, dicho esto, la prevalencia de el TEPT puede variar significativamente de un estudio a otro dependiendo, del evento traumático desencadenante; se ha documentado que la incidencia puede llegar a ser hasta 6 veces más frecuente en personas que fueron víctimas de abuso sexual²².

Meichenbaum en 1994, publico una clasificación de tipos de acontecimientos traumáticos¹⁷.

Acontecimiento traumático simple.

Peligroso, perjudicial, amenazador, a menudo imprevisto y abrumador para casi todo el mundo.

- Desastres naturales: inundaciones, terremotos...

- Desastres accidentales: coche, tren, explosión, accidente químico, avión, incendio...

- Desastres de diseño humano intencional: bombardeo, atentado terrorista, violación, agresión, disparos...

Trauma repetido, prolongado.

- Natural: Exposición a la radiación, enfermedad...

- Ejecución humana intencional: abuso sexual, maltrato doméstico, prisioneros...

Exposición indirecta.

- Hijos de supervivientes.

- Exposición a la experiencia traumática de alguien muy cercano, o cercanía situacional al propio lugar del suceso.

Traumas Tipo I.

- Hechos traumáticos simples.

- Experiencias traumáticas aisladas.

- Hechos repentinos inesperados y devastadores.

- Duración limitada.

- Desastres naturales, accidentes de coche.

- Los hechos se recuerdan con detalle.

- Mayor probabilidad de síntomas de idea intrusiva, evitación y síntomas de hiperactividad.

- Recuperación rápida más probable.

Traumas Tipo II.

- Traumas variables, múltiples, crónicos y permanentes.

- Con más probabilidad de ejecución humana intencional.

Otra de las grandes dificultades, que presenta el diagnóstico de TEPT, está en relación con el traslape de síntomas con otras entidades diagnosticas, tales como trastornos afectivos (disminución del interés en actividades, alteraciones en el sueño, alteraciones en la concentración), este problema también se presenta con trastornos ansiosos^{21,23,24}.

Se ha estudiado que entre el 30 y el 83% de pacientes con diagnóstico de TEPT, presentaron previamente diagnóstico de trastorno por estrés agudo²⁵. También en los trastornos adaptativos podemos encontrar importantes similitudes diagnósticas con el TEPT, siendo la principal, que en ambos se requiere la presencia de la sintomatología como respuesta a un evento estresor¹⁵.

Las dificultades para establecer los límites entre el TEPT y los trastornos previamente descritos, ha puesto en entredicho, la estructura sintomática del TEPT (reexperimentación, evitación embotamiento e hiperactivación), debido a que existen otros modelos factoriales que sugieren separar los síntomas de evitación y las alteraciones afectivas²⁶.

Podemos concluir que existen diversos trastornos que tienen un traslape de síntomas importante con el TEPT, lo que ocasiona dificultades diagnosticas, por tal motivo la necesidad de disponer de instrumentos diagnósticos, es fundamental para la práctica clínica.

EPIDEMIOLOGÍA

A lo largo de la vida un individuo va experimentar de 1 a 5 eventos estresantes o traumáticos^{24,27}. En un estudio realizado en un área específica de conflicto se determinó que entre el 53% y el 60% de los hombres y alrededor del 44%- 50% de las mujeres, tiene la posibilidad de exponerse por lo menos una vez en la vida a un acontecimiento traumático²⁸. La probabilidad de exposición a los acontecimientos traumáticos puede estar relacionada con determinados factores de riesgo que faciliten esta situación. Estos factores hacen referencia a aspectos demográficos, conductuales y al historial psicológico de la persona, tales como; sexo varón, raza negra, bajo nivel educativo, problemas conductuales tempranos, separación temprana, historia familiar de depresión, ansiedad, psicosis, alcohol, drogas y comportamiento antisocial⁷. Un claro ejemplo de hasta dónde pueden influir estos factores lo encontramos en los datos arrojados en el estudio de Norris, Murphy, Baker y Perilla²⁹ ya que la diferencia de prevalencia en la vivencia de acontecimientos traumáticos a lo largo de la vida entre población chilena (39,7%) y mexicana (77%) era del doble en este último caso. Además de la variable de sexo, diversos meta-análisis^{25,30}, han recogido otras variables enmarcadas dentro de los denominados factores de riesgo o protección para el desarrollo del TEPT, entre las que se encuentran: edad en el momento del acontecimiento traumático, baja inteligencia, historia previa de psicopatología, abusos en la infancia, acontecimientos previos vividos, historia familiar con antecedentes psicopatológicos, gravedad del acontecimiento, apoyo social y presencia de disociación. De todas ellas parece que las que han mostrado mayor impacto en la persona hacen

referencia por un lado, a la vivencia del suceso, entre las que destacan la respuesta emocional del suceso y la sintomatología referida a disociación, y por otro lado a factores peritraumáticos, entre los que destacan el estrés vital de la persona y la falta de apoyo social¹⁴.

En relación con nuestro país, es bien conocido el elevado índice de violencia al que está expuesta la población mexicana, asimismo existen otros eventos como los accidentes de tráfico o los desastres naturales, los cuales son motivo de preocupación por su impacto en términos de mortalidad y morbilidad¹⁴.

Se ha estimado que sólo una de cuatro personas que experimentan algún evento traumático van a desarrollar un trastorno de estrés postraumático. La prevalencia anual del TEPT en la población estadounidense llega hasta el 7.8% , y una prevalencia a nivel mundial de hasta el 8%²⁴.

En México en una encuesta realizada en 2003, se determinó la prevalencia de trastorno de estrés postraumático según los criterios de la CIE-10, dando como resultado que el 1.9% de los hombres y hasta el 3.3% de las mujeres presentaron diagnóstico de TEPT alguna vez en su vida³¹.

Con respecto a los sucesos que con mayor frecuencia se asocian o son susceptibles de generar reacciones postraumáticas, encontramos:

- Violencia delictiva común: La Encuesta Nacional sobre Inseguridad, reportó el robo como el delito más frecuente, destacándose que uno de cada dos delitos fueron cometidos con actos de violencia, ya sea

utilizando agresiones físicas, objetos de diversos tipos y armas tanto blancas como armas de fuego¹⁴.

- Violencia de pareja: En 2003 una encuesta realizada en segundo y tercer nivel de atención, reporta una prevalencia de violencia de pareja de 21.5%, además se reporta que en México una de cada 3 mujeres ha sufrido violencia ya sea física o psicológica por parte de su pareja por lo menos una vez en su vida¹⁴.
- Violencia Sexual: La prevalencia del abuso sexual en nuestro país ha sido estimada en 4.3%, en población de adolescentes varones y mujeres, estudiantes de bachillerato, presentando un alto índice con abuso de sustancias y trastornos depresivos ¹⁴
- Situaciones de Desastre: En 1987 se realizó un estudio el cual valoraba el impacto en la población mexicana tras los sismos ocurridos en el año de 1985, valorando población la cual se ubicaba en los albergues de la Ciudad de México, en dicho análisis se reportó que hasta el 32% de los pacientes que habían sido trasladados a un albergue presentaban síntomas de estrés postraumático³².

En 2005 Medina-Mora y colaboradores, publicaron los resultados de la Encuesta Nacional de Salud, en la que se analizaba la exposición a un número amplio de eventos traumáticos o eventos estresantes, estimando la prevalencia de TEPT en dicha población, utilizando los criterios diagnósticos del DSM IV¹⁴. Los resultados que arrojó dicho estudio, fue que el trastorno de estrés postraumático presentó una prevalencia de 1.46%, según los criterios del DSM IV, también en otros estudios internacionales se

ha reportado que las mujeres suelen reportar en porcentajes más elevados el trastorno, por lo general, presentan el doble de posibilidades de presentar TEPT que un hombre²⁴. Considerando el tipo de estresor o evento traumático, se reporta que el TEPT, se presenta más frecuentemente en personas que fueron víctimas de violencia sexual, abuso sexual o maltrato físico en la infancia y en mujeres víctimas del crimen, especialmente violación y tortura y en sobrevivientes de campos de concentración en la segunda guerra mundial ³⁰.

Así pues, los resultados obtenidos en la encuesta realizada en 2005, muestran que la presencia de TEPT es más elevada en personas expuestas tanto a violación, acoso o la persecución, seguido de cerca el secuestro y el abuso sexual¹⁴.

Como se observa existe una gran variación respecto a los porcentajes de prevalencia del TEPT, dependiendo de múltiples variables como son sexo, nacionalidad y sobre todo la exposición a eventos traumáticos de diferente índole, también se ha estudiado la presencia de TEPT en población psiquiátrica en comparación con la población general. La prevalencia de TEPT en población psiquiátrica alcanza hasta un 8.4% en comparación con 2.2% de la población general³³.

INSTRUMENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

La gran mayoría de estos instrumentos se centra en evaluar los 17 ítems que corresponden a los criterios que hacen referencia a la sintomatología, llegando incluso

a obviar el criterio A (La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático y lo ha vivido con miedo, indefensión u horror) y/o el criterio temporal, necesario para establecer el diagnóstico¹².

Como hemos visto el TEPT tiene un gran impacto en la calidad de vida de las personas que han estado expuestas a eventos estresores, por tal motivo ha aumentado la necesidad de disponer instrumentos tanto para realizar como para evaluar la gravedad del trastorno. En los últimos años se han elaborado diversos instrumentos específicos para la valoración de TEPT como la Escala para el Trastorno de Estrés Postraumático Administrada por el Clínico (CAPS)³⁴, esta escala fue diseñada para la ayudar al diagnóstico, y la evaluación de la gravedad de los síntomas del trastorno de estrés postraumático, debe ser aplicada por un clínico mediante la entrevista. Consta de 30 ítems que evalúa cada uno de los 17 síntomas que figuran en los criterios diagnósticos del DSM-IV. Además, evalúa otros 5 síntomas que frecuentemente se asocian a TEPT: culpabilidad sobre actos cometidos u omitidos, culpabilidad por haber sobrevivido, reducción de la conciencia de lo que le rodea, desrealización y despersonalización. La evaluación de los síntomas se realiza desde una doble perspectiva; cuantitativa, asignado una puntuación determinada y categorial, determinando si el síntoma se halla presente o no presente; para la evaluación cuantitativa el evaluado ha de puntuar separadamente, la frecuencia y la intensidad de cada síntoma. Para ello dispone de una escala tipo Likert de 5 puntos (de 0 a 4) con criterios operativos claramente especificados Para determinar si el síntoma está o no presente el entrevistador tendrá en cuenta las puntuaciones e intensidad que haya recibido ese síntoma^{34,35}.

Evaluación Cuantitativa o de gravedad.

Para cada síntoma se suman las puntuaciones de frecuencia e intensidad, proporcionando una puntuación de gravedad del síntoma que puede oscilar entre 0 y 8.

La suma de las puntuaciones de los síntomas de cada uno de los criterios diagnósticos proporciona las puntuaciones de cada uno de los criterios sintomatológicos de TEPT.

Finalmente la suma de los 17 síntomas obtiene una puntuación total de gravedad del cuadro que puede oscilar entre 0 y 136. El punto de corte recomendado por el autor es de 65³⁴.

Evaluación categorial o de presencia diagnóstica.

Sigue los algoritmos diagnósticos del DSM IV. Así que para el diagnóstico este presente se necesita que al menos esté presente un síntoma del criterio B, 3 síntomas del criterio C, 2 síntomas del criterio D, que los síntomas hayan estado presentes al menos durante un mes y que haya existido angustia o deterioro en el funcionamiento social o laboral importante³⁵.

El cuestionario para Experiencias Traumáticas; este fue inicialmente concebido para ser administrado mediante una entrevista clínica, sin embargo posteriormente ha sido utilizado de manera auto aplicable, fue elaborado con el fin de ser un instrumento de cribaje y no propiamente una escala diagnóstica. Consta de 19 ítems que cuantifican la presencia de eventos estresantes a lo largo de la vida, la edad en que se experimentaron dichos eventos y su duración, cuenta con otros 27 ítems

relacionados a los síntomas acompañantes del TEPT. Hasta la actualidad esta escala únicamente ha mostrado poseer adecuada validez ³⁶.

La escala de Trauma de Davidson; esta escala autoaplicable tiene el objetivo de evaluar la gravedad y frecuencia de los síntomas del trastorno por estrés postraumático, esta escala se compone de 17 reactivos, los cuales cuantifican la intensidad y gravedad de los síntomas, al igual que la escala de CAPS, esta subdividida en categorías que recopilan información sobre los criterios B, C y D del DSM IV. Esta escala ha demostrado poseer adecuada validez y sensibilidad³⁷.

Bobes y colaboradores realizaron la validación de 5 instrumentos para la evaluación del trastorno de estrés postraumático incluidos el CAPS y el cuestionario para experiencias traumáticas, en sus versiones en español. A pesar de que han sido validadas al español castellano en la actualidad no se cuenta con una escala diagnóstica y de evaluación de gravedad en pacientes con TEPT, en nuestro país, por lo que resulta importante el realizar la validación de un instrumento que nos facilite el abordaje diagnóstico en pacientes que han estado expuestos a eventos traumáticos, ya que como mencionamos anteriormente existen dificultades en el diagnóstico y la evaluación de pacientes con TEPT ¹².

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿La Escala para el Trastorno de Estrés Postraumático Administrada por el Clínico (CAPS) es válida y confiable para evaluar la presencia y gravedad del Trastorno de

Estrés Postraumático en pacientes de la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría?

JUSTIFICACIÓN

La alta prevalencia que muestran los estudios a la que el ser humano se expone a lo largo de su vida a un acontecimiento traumático, llegando a presentar una alta incidencia de TEPT , hasta el 80% dependiendo del evento traumático²⁷.

En la población Mexicana general se ha observado que hasta el 68% de las personas estarán expuestas a un evento traumático a lo largo de la vida y de estas hasta el 2.3% presentara un cuadro de TEPT con las consecuentes repercusiones en la calidad de vida de la persona ¹⁴.

La Escala para Trastorno de Estrés Postraumático Administrada por el Clínico (CAPS), fue diseñada para la ayuda diagnóstica y la evaluación de la gravedad de los síntomas del trastorno de estrés postraumático debido a que en nuestra población no se cuenta con un instrumento validado para evaluar la presencia y gravedad de TEPT, el objetivo de este estudio es establecer la validez y confiabilidad de dicho instrumento en una muestra de pacientes de la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz ³⁴.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la validez y confiabilidad de la Escala para el Trastorno de Estrés Postraumático Administrada por el Clínico (CAPS) en pacientes de la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. (INPRF)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1 Determinar el tipo de evento estresor o trauma más frecuentemente asociado a la presencia de TEPT, en pacientes psiquiátricos en la consulta externa del INPRF
- 2 Comparar las características demográficas entre pacientes expuestos a un evento estresor o traumático con y sin diagnóstico de trastorno de estrés postraumático.

HIPÓTESIS GENERAL

La Escala para el Trastorno de Estrés Postraumático Administrada por el Clínico (CAPS) mostrará adecuados datos de validez y confiabilidad en pacientes de la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la fuente Muñiz.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

H1 El evento estresor que con mayor frecuencia se asociara a TEPT será el abuso sexual ^{14,24}.

H2 Los pacientes de sexo femenino, baja escolaridad(< sexto grado), casados o en unión libre y pacientes jóvenes, serán más susceptibles a desarrollar TEPT, posterior a la exposición a un trauma en contraste con pacientes del sexo masculino, escolaridad media superior, solteros y pacientes adultos mayores¹⁴.

METODOLOGÍA

DISEÑO DEL ESTUDIO

Según la clasificación de Feinstein, el presente trabajo es un estudio de proceso, ya que se realizó una comparación relacionada con un producto, y no busca evaluar la relación causa-efecto, si no evaluó el funcionamiento de un producto (CAPS).

Es un estudio trasversal, ya que las mediciones se realizaron en una sola ocasión y no a lo largo de la evolución del padecimiento.

CÁLCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA

El tamaño de la muestra fue calculado de acuerdo al porcentaje estimado de pacientes de población psiquiátrica que desarrollan trastorno de estrés postraumático este porcentaje asciende hasta un 8.4%³³.

Con los datos anteriores y de acuerdo a la fórmula de proporción:

$$n = \frac{EDFF * N * p * (1-p)}{[(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p))]}$$

En donde:

n = Tamaño de la muestra

EDFF = Efecto del diseño

N = Población

p = Proporción estimada

d = Nivel de precisión deseado

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población)(N):	1,000,000
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):	8.4%+/-5
Límites de confianza como % de 100(absoluto +/-%)(d):	5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF):	1

IntervaloConfianza (%)

Tamaño de la muestra

90%

84

CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Hombres o mujeres con más de 18 años cumplidos al momento de la aplicación de los instrumentos de medición.
- Pacientes que acudieron al servicio de consulta externa del INPRF , que han estado expuestos a un evento estresor o traumático (violación, abuso sexual, apaleado por padres u otras personas, secuestro, accidente de tránsito, desastre natural, amenazado o perseguido con arma, presencia en la muerte de familiar cercano, vio que hirieran o mataran a alguien, o violencia intrafamiliar).
- Capaces de leer y escribir.
- Otorgaran su consentimiento informado para la participación en el estudio y la aplicación de los instrumentos de medición.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Presencia de cualquier trastorno psicótico.
- Pacientes que no estaban de acuerdo en participar.

- Pacientes con algún trastorno del desarrollo o cuya condición médica general o psiquiátrica los hiciera incapaces de otorgar su consentimiento informado según criterio del investigador.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que durante la aplicación del estudio decidieran suspender su participación

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	INSTRUMENTO DE MEDICION
Edad	Dimensional	Formato de Datos Clínico Demográficos
Sexo	Categórica	
Escolaridad (en años)	Dimensional	
Estado civil (con o sin pareja)	Categórica	
Nivel sociodemográfico	Ordinal	
Ocupación	Categórica	
EXPOSICION A TRAUMA	Categórica	Formato de Datos Clínico Demográficos y CAPS
Edad al momento de exposición	Dimensional	
Tiempo transcurrido	Dimensional	
USO DE SUSTANCIAS	Categórica	Formato de Datos Clínico Demográficos
Edad de inicio	Dimensional	
Frecuencia	Ordinal	
Consumo actual	Categórica	

Duración de los síntomas	Ordinal	(CAPS)
Síntomas Depresivos	Dimensional	Hamilton de depresión
Síntomas Ansiosos	Dimensional	Hamilton de ansiedad

ESCALAS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

FORMATO DE DATOS CLÍNICOS DEMOGRÁFICOS

El diseño del formato de datos clínicos demográfico se compone de 3 áreas principales, las cuales contienen diversos reactivos donde se registraron las principales características sociodemográficas del paciente, así como la presencia de eventos traumáticos a la largo de la vida. Para el registro de este formato se realizó un interrogatorio dirigido al paciente o familiar responsable, el cual debía tener contacto directo y conocer los eventos importantes de la vida del paciente.

En la sección de “Datos generales” se incluyó la edad del paciente al momento que se realizó el estudio, fecha de nacimiento, género, estado civil, escolaridad y ocupación.

En la sección descrita como “Historia de trauma” está compuesta por dos áreas, la primera contiene un total de 13 ítems, donde se registró el tipo de trauma al que el paciente se ha expuesto, se determinaron las situaciones más comunes en nuestro país según la Encuesta nacional de enfermedades mentales ¹⁴. A continuación

se mencionan los ítems, que contiene esta sección y los cuales se interrogaron uno por uno al paciente para que el indicara si había estado expuesto o no a alguna de las siguientes situaciones; Violación, abuso sexual, apaleado por padres, secuestrado accidente de tránsito, desastre natural, enfermedad grave, apaleado por otros /no padres, amenaza con arma perseguido, muerte familiar cercano, violencia intrafamiliar, vio que hieren o matan. En esta misma sección se incluyó un apartado para determinar el tiempo transcurrido desde la exposición al estresor, esto resulta importante ya que se ha demostrado que a través del tiempo los síntomas ansiosos generados por el TEPT disminuyen considerablemente en el transcurso del tiempo esto a pesar de no recibir tratamiento ¹².

Por último se encuentra la sección de “consumo de sustancias” la cual se compone de una tabla donde se establece el tipo de sustancia, la edad de inicio y si el consumo es perjudicial, si existe abuso o si hay dependencia, ya que se ha demostrado que los paciente expuesto a estresores, tiene mayor riesgo de iniciar el consumo de alguna sustancia psicoactiva²⁵.

ESCALA PARA EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ADMINISTRADA POR EL CLÍNICO (CAPS) ^{12,34}

La escala fue diseñada para la ayuda al diagnóstico y la evaluación de la gravedad de los síntomas del trastorno de estrés posttraumático, esta escala debe ser aplicada por un clínico mediante la entrevista. Consta de 30 ítems que evalúa cada uno de los 17 síntomas que figuran en los criterios diagnósticos del DSM- IV. Además, evalúa otros 5

síntomas que frecuentemente se asocian a TEPT: culpabilidad sobre actos cometidos u omitidos, culpabilidad por haber sobrevivido, reducción de la conciencia de lo que le rodea, desrealización y despersonalización. La evaluación de los síntomas se realiza desde una doble perspectiva; cuantitativa, asignado una puntuación determinada y categorial, determinando si el síntoma se halla presente o no presente; para la evaluación cuantitativa el evaluado ha de puntuar separadamente, la frecuencia y la intensidad de cada síntoma. Para ello dispone de una escala tipo Likert de 5 puntos (de 0 a 4) con criterios operativos claramente especificados para determinar si el síntoma está o no presente el entrevistador tendrá en cuenta las puntuaciones e intensidad que haya recibido ese síntoma.

En el presente estudio se consideró la presencia de un síntoma sólo cuando la frecuencia es evaluada con 1 o más (indicando que ha ocurrido al menos una vez durante un periodo de tiempo de un mes) y la intensidad con un 2 o más (indicando que el síntoma es al menos moderadamente intenso). Otra forma más conservadora, es considerar la presencia del síntoma cuando ambas escalas (frecuencia e intensidad) sumen 4.

Evaluación Cuantitativa o de gravedad.

Para cada síntoma se sumaron las puntuaciones de frecuencia e intensidad, proporcionando una puntuación de gravedad del síntoma que podía oscilar entre 0 y 8. La suma de las puntuaciones de los síntomas de cada uno de los criterios diagnósticos proporciono las puntuaciones de cada uno de los criterios sintomatológicos de TEPT. Finalmente la suma de los 17 síntomas obtuvo una puntuación total de gravedad del cuadro que oscilo entre 0 y 136. El punto de corte recomendado por el autor es de 65.

Evaluación categorial o de presencia diagnóstica.

Sigue los algoritmos diagnósticos del DSM IV, así que para el diagnóstico estuviera presente se requería que al menos estuviera presente un síntoma del criterio B, 3 síntomas del criterio C, 2 síntomas del criterio D, que los síntomas hayan estado presentes al menos durante un mes y que haya existido angustia o deterioro en el funcionamiento social o laboral importante.

ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN ³⁸.

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valoró de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica e información complementaria de otras fuentes secundarias. Si bien su versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios. Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE, guía con una alta calidad

global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23

ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD³⁹

Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

PROCEDIMIENTO

Se llevó a cabo reclutamiento de pacientes de forma consecutiva en el servicio de Consulta Externa del Instituto Nacional de Psiquiatría hasta lograr la muestra deseada;

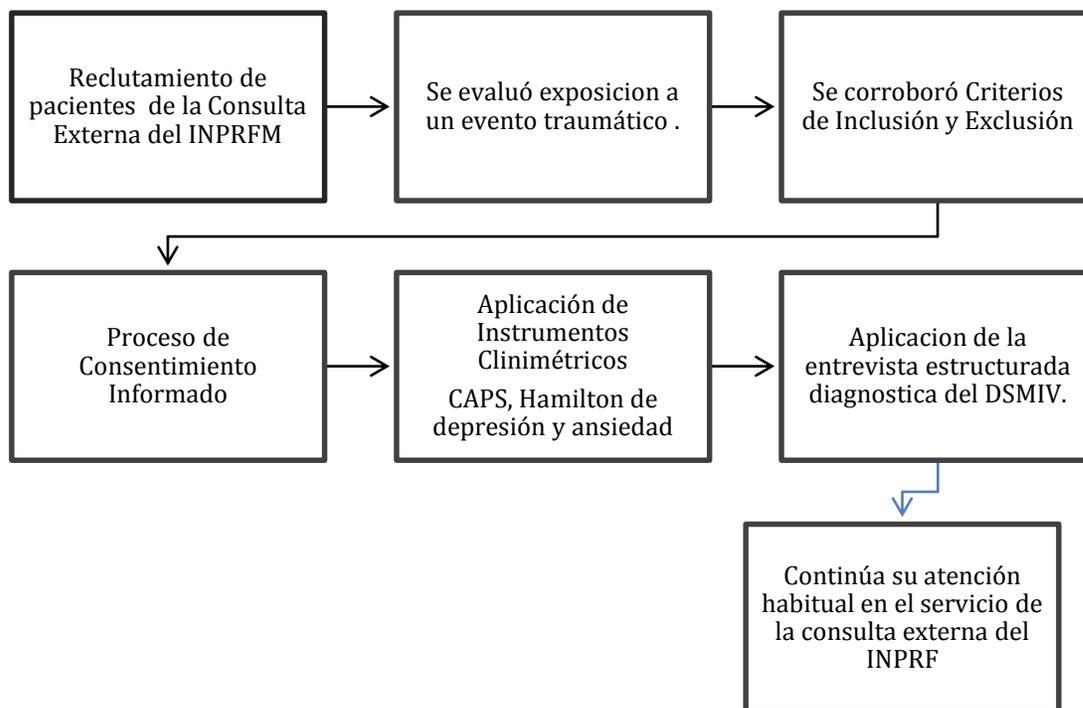
el médico tratante informó al paciente, el cual debió haber estado expuesto a algún evento estresor, que existía un protocolo de estudio para pacientes con sus características, al estar de acuerdo el paciente, se notificó al investigador el cual invitó al paciente a participara en el estudio, se determinó con cada uno de los pacientes si cumplían con los criterios de inclusión para el presente estudio. Posteriormente, se les brindó una explicación verbal sobre los procedimientos que se realizaron durante este estudio; a aquéllos quienes aceptaron participar se les entregó el Consentimiento Informado el cual fue leído y explicado de manera detallada al participante para asegurarse de que éste hubiera sido comprendido de manera adecuada y se aclaró cualquier duda que haya surgido con respecto al mismo.

Una vez que el paciente brindo su consentimiento informado, se procedió a completar el Formato de Datos Clínicos Demográficos; la información fue recolectada mediante interrogatorio directo, posteriormente se realizó una entrevista durante la cual se aplicó la Escala para el Trastorno de Estrés Postraumático Administrada por el Clínico, escala de Hamilton para depresión y la escala de Hamilton para ansiedad. Posterior a esto, se contacto con un segundo médico quien realizó la entrevista estructurada del DSM IV para diagnóstico de estrés postraumático, esto como se menciona se realizó por un médico diferente al que aplicó las escales, con el objetivo de eliminar el sesgo de evaluación para la obtención de la validez concurrente.

Los pacientes que presentaron síntomas de ansiedad intensos, debido a la evocación de recuerdos traumáticos el investigador brindó contención verbal y en casos donde persistía el estado ansioso se invitó a los pacientes a acudir al servicio de

APC del INPRF, donde se dio atención y en caso de ser necesario se administró algún fármaco. Con lo que se dio por concluido el estudio para dichos pacientes

DIAGRAMA DE FLUJO



ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para la descripción de las características demográficas y clínicas se utilizaron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y medias y desviaciones estándar (D.E.) para las variables continuas. Para la comparación de estas variables entre pacientes con y sin el diagnóstico de TEPT se empleó la Chi cuadrada (χ^2) para el

contraste de las variables categóricas y t de Student para muestras independientes para los contrastes de las variables continuas.

Se determinó la validez concurrente de la Escala para el Trastorno de Estrés Postraumático Administrada por el Clínico mediante la obtención de la curva ROC y los parámetros de sensibilidad y especificidad al contrastarlo con los criterios diagnósticos del DSM-IV.

La confiabilidad del instrumento se obtuvo mediante análisis de consistencia interna con alpha de Cronbach. El nivel de significancia estadística de todos los análisis se fijó con una $p \leq 0.05$

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los pacientes quienes aceptaron formar parte de este protocolo de estudio fueron informados verbalmente de los procedimientos que se llevarán a cabo, cualquier duda que llegaron a presentar fueron aclaradas durante su participación en el estudio. El consentimiento informado fue explicado y se realizó por escrito previo a su participación en el protocolo, en todo momento se guardó estricta confidencialidad y aprobación para reportar los resultados. También fue solicitado que un familiar y un testigo otorguen el consentimiento informado para garantizar que éste haya sido entendido y comprendido, así como los procedimientos realizados durante la realización del estudio.

El consentimiento informado cuenta con los siguientes apartados: a) Justificación y objetivos de la investigación, b) procedimientos o consignas a seguir durante la investigación, c) garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y

aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgo, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del paciente, d) la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado.

Con el objetivo de salvaguardar la confidencialidad, cada uno de los pacientes que aceptaron participar recibieron un código numérico, permitiendo así que el nombre y datos generales quedaron bajo resguardo del investigador principal y estos datos no aparecen en ninguno de los reportes de la investigación.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	R2-1	R2-2 a R3-1	R3-2	R4-1
Elaboración del anteproyecto y aprobación por los comités de tesis y ética	XXX			
Captación de sujetos		XXX		
Concentración de datos			XXX	
Análisis de Resultados			XXX	
Elaboración de informe final y entrega de tesis			XXX	XXX

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, USO DE SUSTANCIAS y SÍNTOMAS ASOCIADOS DE LA MUESTRA

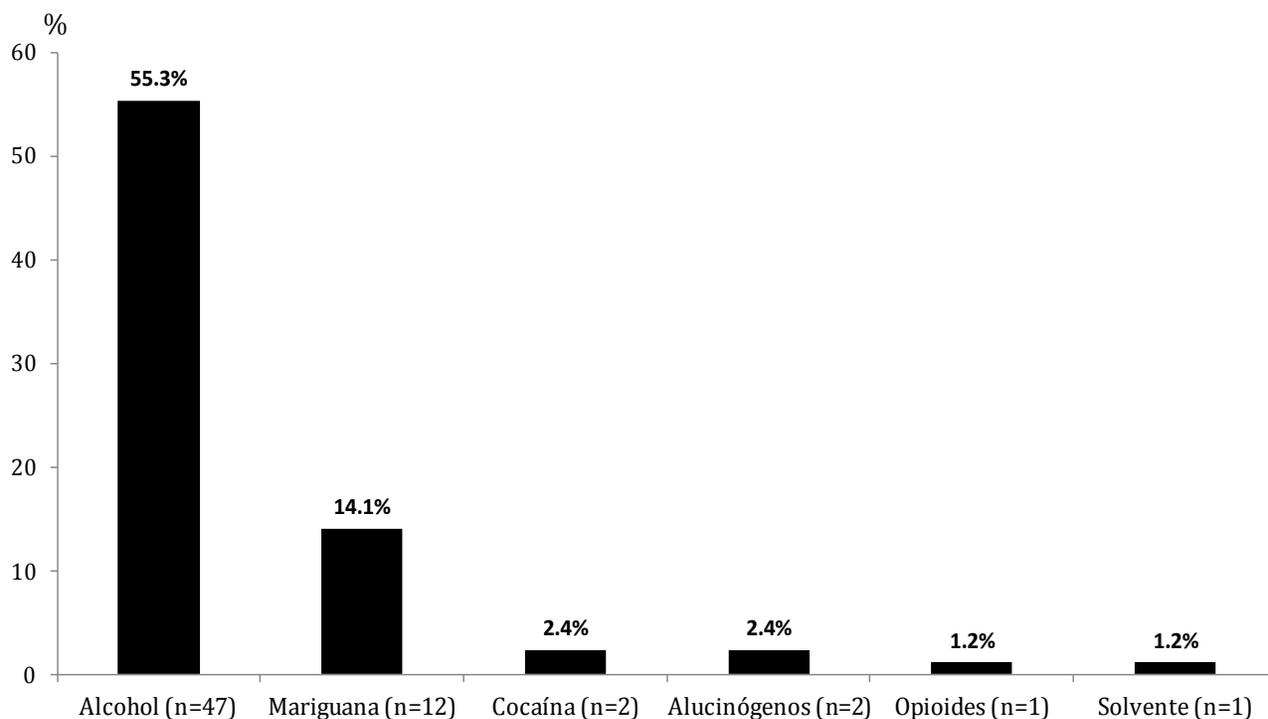
Se incluyeron un total de 85 pacientes de los diferentes servicios de la Consulta Externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, que reportaron haber estado expuestos a algún evento traumático. De los pacientes incluidos, el 90.6% (n=77) fueron mujeres y el 9.4% (n=8) hombres, con una edad promedio de 40.0 (D.E.=14.1 años; rango 18-79 años).

El 57.6% (n=49) de los pacientes se encontraba sin pareja (solteros=30, 35.3%; divorciados= 13, 15.3%; separados=4, 4.7% y viudos=2, 2.4%)) y el 42.4% (n=36) se encontraban con pareja al momento del estudio.

La escolaridad promedio fue de 12.5 años (D.E.=4.7 años; rango 0-25 años), equivalente a estudios medio-superiores (preparatoria) completos. En relación a la ocupación al momento del estudio, el 14.1% (n=12) se encontraban desempleados, el 27.1% (n=23) se dedicaban a actividades en el hogar, el 12.9% (n=11) estudiaban, el 41.2% (n=35) tenían un empleo remunerado y un 4.7% (n=4) estaban jubilados o pensionados.

Poco más de la mitad de los pacientes reportaron uso de sustancias (n=54, 62.4%), siendo el alcohol la principal sustancia de uso, seguido por la marihuana (Gráfica 1).

Gráfica 1. Uso de sustancias en los pacientes incluidos en el estudio.



La gravedad de los síntomas de depresión y ansiedad asociados fueron los siguientes: puntuación global de Hamilton de Ansiedad 11.2 puntos (D.E.=5.3, rango 0-24) y para el Hamilton de Depresión 13.3 puntos (D.E.=6.7, rango 0-25).

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: CRITERIOS DSM Y ESCALA CAPS

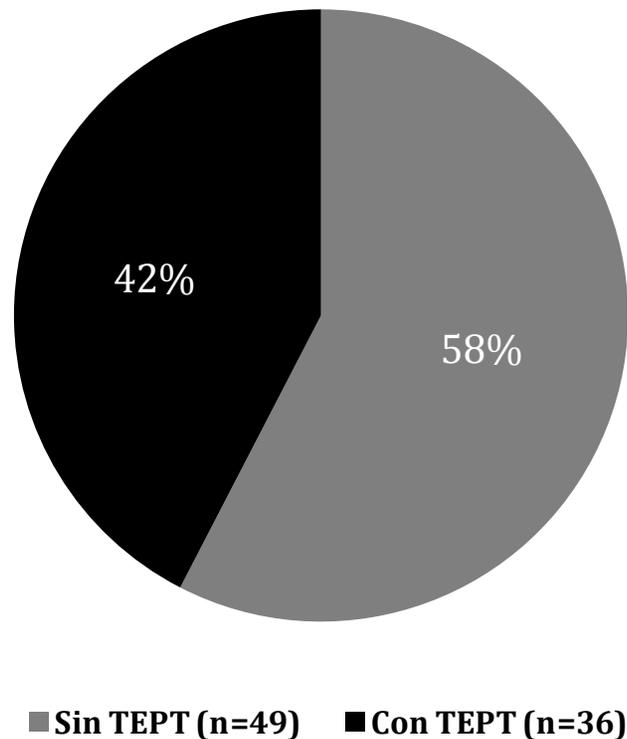
En la Tabla 1 se muestra la frecuencia de presentación de cada uno de los criterios diagnósticos para trastorno por estrés posttraumático evaluado con el DSM-IV. La totalidad de los pacientes cumplieron con el Criterio A, seguido por el Criterio D y el Criterio B.

Tabla 1. Presencia de los criterios diagnósticos para trastorno por estrés postraumático DSM-IV.

Criterio	n	%
A: Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza	85	100
B: Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático	56	65.9
C: Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s)	39	45.9
D: Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s)	62	72.9
E: Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s)	38	44.7
F: La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes	35	41.2

De lo anterior, se encontró que el 41.2% (n=35) de los pacientes cumplieron con 6 criterios diagnósticos para TEPT, seguido por el 24.7% (n=21) con el cumplimiento de 2 criterios, 15.3% (n=13) para 3 criterios y un criterio, respectivamente y el 2.4% (n=2) restante, con 4 criterios. Así, en la Gráfica 2, se muestra la distribución diagnóstica de los pacientes que cumplen con los criterios diagnósticos requeridos para TEPT.

Gráfica 2. Pacientes con diagnóstico de trastorno por estrés postraumático de acuerdo a DSM-IV.



En cuanto a la escala CAPS, en la Tabla 2 se muestra la distribución del principal evento traumático reportado por los pacientes del estudio (Inciso A, CAPS).

Tabla 2. Principal evento traumático de exposición - Inciso A, CAPS.

Evento	n	%
Violación	28	32.9
Abuso sexual	21	24.7
Violencia intrafamiliar	11	12.9
Apaleado por padres	6	7.1
Amenaza con arma	4	4.7
Muerte familiar cercano	4	4.7
Otro	3	3.5
Enfermedad grave	2	2.4
Vio que hieren o matan	2	2.4
Apaleado por otros /no padres	2	2.4
Accidente de tránsito	1	1.2
Secuestrado	1	1.2

En cuanto a los síntomas de re-experimentación (inciso B, CAPS), el número promedio de síntomas reportados por los pacientes fue de 1.8 síntomas (D.E.=1.8, rango 0 - 5). De acuerdo a la calificación de la escala, se requiere al menos presentar un síntoma para considerar este criterio como presente; así, el 64.7% (n=55) de los pacientes tuvieron al menos un síntoma de re-experimentación. La gravedad total del presente inciso fue de 10.8 puntos (D.E.=9.1, 0-35).

Para el inciso C de la CAPS, síntomas de evitación y disminución de la respuesta, el promedio de síntomas reportados fue de 2.7 síntomas (D.E.=2.3, rango 0-7). Del total de pacientes, el 48.1% (n=41) cumplieron con el requerimiento de este inciso, es decir, la presencia de al menos 3 de los síntomas de evitación y disminución de la respuesta. La gravedad global del presente inciso fue de 15.7 puntos (D.E.=13.1, 0-47).

En relación con los síntomas de activación (inciso D, CAPS), el promedio de presentación de síntomas fue de 2.8 síntomas (n=1.6, rango 0-5), por lo que el 90.6% (n=77) cumplieron con el requerimiento de presentar la menos 2 síntomas de este inciso. La gravedad total del presente inciso fue de 15.7 puntos (D.E.=9.0, 0-39).

La gravedad total de la CAPS, obtenida de la sumatoria de la gravedad de los incisos B, C, y D, fue de 42.2 puntos (D.E.=28.3, rango 2-119), siendo ésta de intensidad mínima o nula en el 52.9% (n=45) de los pacientes y de moderada a grave en el 47.1% (n=40) restante.

El malestar significativo o deterioro del funcionamiento (inciso F, CAPS) reportado en los pacientes fue el siguiente: en cuanto al malestar, el 55.3% (n=47)

reportó no tenerlo o solo de forma mínima, mientras que el 44.7% (n=38) restante reportó malestar de intensidad moderada a grave. El deterioro social fue reportado como moderado o grave en menos del 50% de los pacientes (n=32, 37.6%) y un menor porcentaje reportó deterioro ocupacional de esta intensidad (n=24, 28.3%).

En la Tabla 3 se muestra la frecuencia de presentación de los rasgos asociados evaluados con la CAPS. El rasgo de mayor frecuencia de presentación en la muestra fue la culpa por la realización u omisión de actos.

Tabla 3. Rasgos asociados evaluados con la CAPS

Evento	n	%
Culpa por la realización u omisión de actos	33	38.8
Culpa de sobrevivencia	11	12.9
Desrealización	11	12.9
Reducción de alerta hacia el entorno	6	7.1
Despersonalización	5	5.9

De acuerdo al formato de calificación de la CAPS, el 42.4% (n=36) de la muestra tienen el diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático, siendo los mismos pacientes los que fueron previamente diagnosticados de acuerdo a criterios diagnósticos del DSM-IV.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, USO DE SUSTANCIAS Y SÍNTOMAS ASOCIADOS ENTRE PACIENTES CON Y SIN TEPT

No se encontraron diferencias entre los pacientes con diagnóstico de TEPT y aquellos sin este diagnóstico en las principales características demográficas ni en el uso de sustancias (solo alcohol y marihuana debido a la frecuencia de reporte de uso).

No obstante, los pacientes con TEPT mostraron una mayor gravedad sintomática tanto en la gravedad de la ansiedad como de los síntomas de depresión (Tabla 4).

Tabla 4. Características demográficas, uso de sustancias y gravedad sintomática entre grupos

	Pacientes Sin TEPT		Pacientes Con TEPT		Estadística
	n	%	n	%	
<i>Género</i>					
Masculino	6	12.2	2	5.6	$\chi^2=1.08, 1 \text{ gl}, p=0.29$
Femenino	43	87.8	34	94.4	
<i>Estado Civil</i>					
Sin pareja	28	57.1	21	58.3	$\chi^2=0.01, 1 \text{ gl}, p=0.91$
Con pareja	21	42.9	15	41.7	
<i>Actividad Laboral</i>					
Actividad no remunerada	28	57.1	22	61.1	$\chi^2=0.13, 1 \text{ gl}, p=0.71$
Empleo remunerado	21	42.9	14	38.9	
<i>Uso de sustancias</i>					
No	18	36.7	13	36.1	$\chi^2=0.003, 1 \text{ gl}, p=0.95$
Si	31	63.3	23	63.9	
<i>Alcohol</i>					
No	22	45.8	15	41.7	$\chi^2=0.14, 1 \text{ gl}, p=0.70$
Si	26	54.2	21	58.3	
<i>Mariguana</i>					
No	42	85.7	31	86.1	$\chi^2=0.003, 1 \text{ gl}, p=0.95$
Si	7	14.3	5	13.9	
	Media	D.E.	Media	D.E.	
Edad	39.1	14.6	41.3	13.5	$t= -0.69, \text{ gl } 83, p=0.48$
Escolaridad (años)	12.9	4.7	12.0	4.8	$t= 0.86, \text{ gl } 83, p=0.39$
Hamilton de Ansiedad	9.5	5.5	13.5	4.1	$t=-3.63, \text{ gl } 83, p<0.001$
Hamilton de Depresión	11.1	6.9	16.2	5.3	$t=-3.69, \text{ gl } 83, p<0.001$

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA ESCALA CAPS

Se determinó la validez concurrente de la CAPS mediante la obtención de los parámetros de sensibilidad y especificidad del punto de corte sugerido por el autor original (65 puntos) y el valor de criterio de contraste (diagnóstico del DSM-IV).

En la Tabla 5 se muestran los indicadores de sensibilidad, especificidad, tasas de casos y valores predictivos de la escala CAPS con los puntos de corte 65, 60, 55, 50 y 45. A partir de estos indicadores se puede apreciar que el punto de corte de 45 puntos es el que presenta los datos más adecuados de sensibilidad y especificidad, así como un comportamiento estable en relación a los indicadores restantes.

El área bajo la curva (ROC curve) empleando los distintos puntos de corte y el contraste con el criterio del DSM-IV son: para el punto de corte de 45=0.94 (IC 95%= 0.88 – 1.00), para el punto de corte de 50=0.88 (IC 95%= 0.80 – 0.97), para el punto de corte de 55= 0.87 (IC 95%= 0.78 – 0.96), para el punto de corte de 60=0.84 (IC 95%= 0.75 – 0.94) y para el punto de corte de 65=0.80 (IC 95%= 0.70 – 0.91).

Tabla 5. Indicadores de sensibilidad, especificidad, tasas de casos y valores predictivos.

Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad	TFP	TFN	TCE	VPP	VPN
Punto 45	0.89	1.00	0	0.11	0.05	1.00	0.92
Punto 50	0.78	1.00	0	0.22	0.09	1.00	0.86
Punto 55	0.75	1.00	0	0.25	0.11	1.00	0.84
Punto 60	0.69	1.00	0	0.31	0.13	1.00	0.82
Punto 65	0.61	1.00	0	0.39	0.16	1.00	0.78

TFP = Tasa de falsos positivos.

TFN = Tasa de falsos negativos.

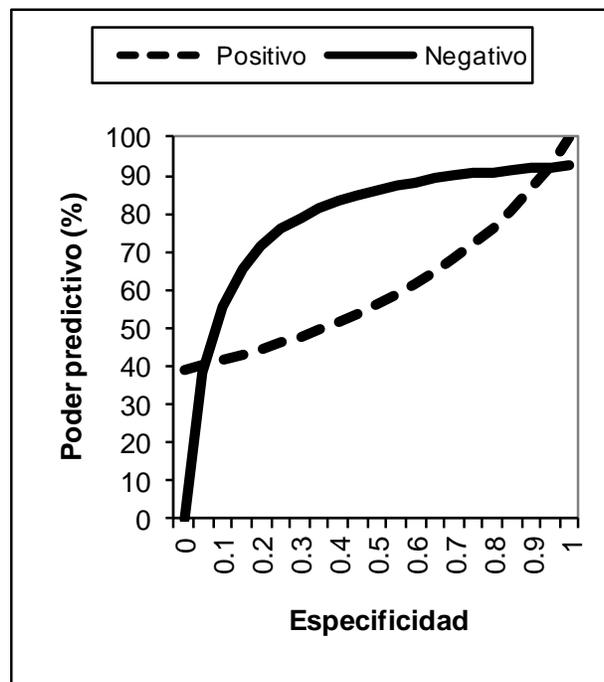
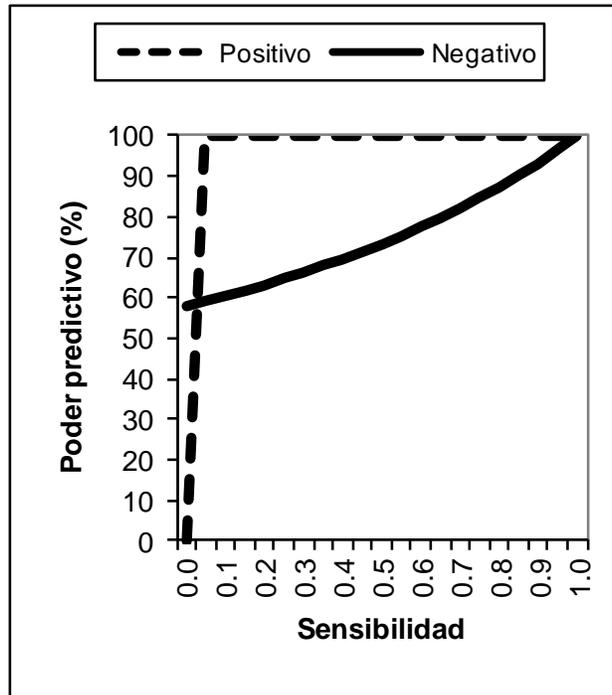
TCE = Tasa de clasificación errónea.

VPP = Valor predictivo positivo

VPN = Valor predictivo negativo

En la Gráfica 3 se muestran los efectos de la sensibilidad y especificidad en el poder predictivo positivo y negativo de la CAPS

Gráfica 3. Efectos de la sensibilidad y especificidad en el poder predictivo de la CAPS.



Finalmente, se obtuvo la consistencia interna de los apartados B, C y D así como de la puntuación total de los criterios de la CAPS mediante el alpha de Cronbach. Los resultados se muestran en la Tabla 6.

Tabla 6. Consistencia interna de los criterios sintomáticos y puntuación total de la escala CAPS

Criterios	Alpha de Cronbach
Reexperimentación de síntomas	0.88
Síntomas de evitación y disminución de respuesta	0.87
Síntomas de activación	0.79
Total	0.93

DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo el determinar la validez y confiabilidad de CAPS en población psiquiátrica mexicana, un instrumento clinimétrico que nos permite evaluar el diagnóstico y la gravedad del trastorno por estrés postraumático.

El evaluar sucesos traumáticos es particularmente difícil debido a que pueden no recordarse o minimizar su importancia¹⁷, por el sesgo de memoria ante sucesos ocurridos a edades muy tempranas⁴⁰ y, por último, es común que los individuos no acepten haber sido víctimas de sucesos violentos sobre todo de índole sexual, por vergüenza o miedo⁴¹. Esto demuestra la importancia de interrogar intencionadamente sobre eventos traumáticos en individuos que aceden a los diferentes servicios de salud mental.

En esta muestra de pacientes, obtenida de los diferentes servicios de consulta externa, se observó que más de tres cuartas partes de los individuos expuestos a eventos traumáticos fueron mujeres. En la literatura internacional se reporta una mayor exposición a eventos traumáticos en hombres ²⁸. Por su parte, lo descrito en nuestro país en 2004, reporta una exposición a sucesos violentos casi de 1:1¹⁴, datos obtenidos de población no institucionalizada, lo que podría explicar las diferencias con nuestros resultados, ya que al tratarse de una institución de tercer nivel con criterios de admisión específicos (gravedad de síntomas, patología dual, etc.), la población que acude al Instituto difiere de la población abierta, siendo un mayor número de mujeres las que de manera general, acuden a los servicios de atención especializada en psiquiatría⁴². Además, se ha encontrado que las mujeres son más propensas a

desarrollar TEPT u otro trastorno psiquiátrico posterior a la exposición a un evento traumático ^{24,27,43,44} por lo que la mayor prevalencia de mujeres con TEPT en el presente estudio, no solo obedece a la mayor asistencia a los servicios de atención especializada sino muy probablemente, a esta mayor predisposición al desarrollo de TEPT.

En cuanto al promedio de edad reportado, al momento del diagnóstico, en la Encuesta Nacional de Salud Mental existe una diferencia de 10 años más con respecto a nuestro resultado¹⁴. Esto se puede deber a que las personas con trastornos psiquiátricos demoran entre 21 y 467 semanas en buscar atención en unidades de salud mental⁴². El presente estudio, se realizó en un centro de tercer nivel, donde existen criterios específicos de atención, y los grupos de edades pueden variar dependiendo de la oferta de los servicios de atención en salud mental, de acuerdo a variantes socioculturales y económicas de cada región. En relación al grado de estudios y el estado civil, no se reportan diferencias con lo mostrado en la Encuesta Nacional de Salud Mental para sucesos violentos y TEPT ¹⁴.

De manera general, todos los sujetos estudiados cumplieron el criterio A para diagnóstico de TEPT, algo esperado dado que el objetivo del estudio era evaluar paciente expuestos a eventos traumáticos. En relación a la frecuencia de presentación de síntomas de evitación, activación y re-experimentación, existen diferencias con lo reportado en un estudio en población latinoamericana, donde, a diferencia de lo que se encontró en el presente estudio, describen una mayor presentación de síntomas de evitación y no síntomas de hiperexcitación⁴⁵. Esta diferencia se puede explicar dado

que la muestra del estudio brasileño era de población civil, expuesta únicamente a violencia urbana (asaltos, secuestros etc), mientras que la muestra del presente estudio incluyó una muestra de pacientes psiquiátricos, los cuales presentaban otros síntomas asociados al TEPT, como síntomas ansiosos y depresivos, incluidos en el criterio D, lo que explica por qué en una muestra psiquiátrica el criterio que se presentara con mayor frecuencia sea el D, sin importar la presencia de diagnóstico de TEPT. Cabe destacar que, en su mayoría, los pacientes entrevistados no acudieron a tratamiento debido al TEPT y , aún cuando por fines de la metodología y objetivos del estudio, no se reportan los diagnósticos ni motivos de consulta primarios, la presencia de TEPT puede ser el detonante de otros trastornos psiquiátricos o incluso, complicar el curso y tratamiento de los diagnósticos por los que acudieron a atención. Así, es importante que el clínico, al momento de detectar durante la entrevista la exposición a algún trauma, haga una evaluación profunda de la presencia de TEPT.

La prevalencia de TEPT en pacientes psiquiátricos expuestos a experiencias traumáticas es importante (42%). Este porcentaje no es comparable con la prevalencia en población general reportado tanto en otros países (8%)²⁴ como en México (3.3%)³¹. Sin embargo, en el presente estudio se analiza una población muy específica, la cual debía cumplir el criterio de haber experimentado un evento traumático. En México se ha reportado que solo 1 de cada 4 individuos expuestos a trauma desarrollara TEPT¹⁴, lo cual difiere ampliamente de lo observado por el presente estudio. Se ha reportado en población psiquiátrica una incidencia de hasta 8%^{33,46}, cifra que dista mucho de lo encontrado por nosotros; estas diferencias se explican debido a que tanto en lo reportado en literatura internacional como mexicana, los estudios fueron realizados en

población general, y el estudio realizado en población psiquiátrica no estudió propositivamente individuos expuesto a trauma como se mencionó con anterioridad.

En relación con el tipo de evento traumático, el presente estudio mostró similitudes con lo reportado en la Encuesta Nacional de Salud¹⁴, donde se reporta en primer lugar eventos estresores de índole sexual seguidos por eventos traumáticos familiares (violencia intrafamiliar, apaleado por padres), presentando diferencias en relación a lo reportado en otros países, donde se reporta la muerte súbita de un familiar como principal evento traumático desencadenante de TEPT²⁴, esto es atribuible a lo descrito en la literatura donde se demuestra una mayor incidencia de violencia sexual en países en vías de desarrollo como el nuestro, en comparación con la reportada en países considerados de primer mundo^{8,47}. Los resultados mencionados muestran la importancia de tener una herramienta que nos facilite la búsqueda de sucesos traumáticos, principalmente de índole sexual para poder brindar una mejor atención y en caso de ser necesarios canalizar a las instancias pertinentes.

Se ha reportado el consumo de sustancias como uno de los principales trastornos asociados al TEPT, hasta un 30%⁴⁸. En el presente estudio no se observaron diferencias significativas en relación al consumo de sustancias en aquellos pacientes con TEPT y los pacientes sin diagnóstico de TEPT. Este resultado se puede sustentar en los hallazgos descritos en la literatura mundial donde se reporta que individuos con diagnóstico psiquiátrico van a tener una mayor prevalencia en trastornos por consumo de sustancias comparado con población general⁴⁹. Esto explicaría el por qué no se encontró diferencias entre ambos grupos, ya que se trata de una muestra psiquiátrica.

Si bien en el presente estudio no se evaluó la presencia de trastornos afectivos o ansiosos, se midió la presencia tanto de síntomas depresivos como de síntomas ansiosos, se ha reportado en la literatura que los síntomas depresivos y ansiosos son mas intensos en paciente con diagnóstico de TEPT^{18,23}, esto concuerda plenamente con los datos arrojados en nuestra evaluación.

En términos generales, la escala es válida y confiable para aplicar en población mexicana. La comparación entre la CAPS con la entrevista SCID como estándar de oro, arrojó una alta sensibilidad y especificidad. Dentro de los hallazgos más significativos es la diferencia entre el punto de corte reportado por el autor de 65^{34,50} y lo encontrado en el presente estudio, que fue de 45 puntos. Este mismo punto de corte ya había sido reportado en la literatura en una muestra latinoamericana, donde se estudio población civil⁴⁵. La brecha reportada entre ambos puntos de corte, se podría explicar por las características de las muestras, ya que la escala fue desarrollada para aplicar en población militar, y nuestro estudio evaluó población civil psiquiátrica. En relación a la consistencia interna es prácticamente igual a la reportada en la evaluación original³⁴. El validar la escala y haber mostrado un punto de corte menor nos ayudara a realizar un diagnóstico más certero del TEPT en una población que es vulnerable, y aún más susceptible que la población general, a desarrollar TEPT tras la vivencia de un evento traumático.

Dentro de las limitaciones de nuestro estudios se encontró principalmente la de no contar con los diagnósticos de trastornos afectivos o trastornos ansiosos en la evaluación de los sujetos, en evaluaciones a futuro se podría estudiar la relación entre

estos dos trastornos y el TEPT, para determinar si los síntomas depresivos y ansiosos están asociados al TEPT o son consecuencia de un trastorno psiquiátrico subyacente.

Otra limitación que se presentó en nuestro estudio es que no se comparó población psiquiátrica en general, únicamente aquellos expuestos a trauma, ya que el objetivo del estudio no era determinar la incidencia en población psiquiátrica, consideramos que en futuras evaluaciones se podría incluir muestras de paciente psiquiátricos en general para determinar la incidencia e TEPT en población psiquiátrica mexicana. Lo antes mencionado nos muestra la importancia de explorar síntomas sugestivos de TEPT en población psiquiátrica ya que presentan un riesgo sustancialmente mayor a desarrollar TEPT.

Otra de las limitaciones, fue el habernos apegado a un listado de eventos traumáticos sugeridos por la CAPS y aquellos con mayor prevalencia en nuestro país. En estudios posteriores sería importante ampliar el listado de sucesos traumáticos, ya que se ha demostrado que el evento traumático es un suceso en el que la vivencia es subjetiva y se puede presentar ante múltiples estímulos^{17,21}

Por último, el presente estudio no evaluó la relación entre el consumo de sustancias y el evento traumático. Posteriormente se podría analizar la relación entre el evento traumático y el inicio de consumo de sustancias psicoactivas. Es de suma importancia tener en cuenta estos resultados, para poder indagar sobre trastornos comórbidos tanto en pacientes con TEPT como paciente con trastorno por consumo de sustancias.

Debido a la alta prevalencia de sucesos traumáticos en nuestro país y con el crecimiento de la investigación en materia de estrés postraumático, es importante contar con instrumentos en español, que cuenten con buenos parámetros clinimétricos. La CAPS parece ser una escala adecuada para realizar el diagnóstico de TEPT con buena confiabilidad y alta consistencia interna.

Los resultados encontrados en el presente estudio nos muestran, la importancia de que el clínico cuente con herramientas específicas de evaluación para sujetos que han estado expuestos a diversas experiencias traumáticas, ya que como se demostró en muchas ocasiones los sujetos no buscan ayuda en relación a sucesos estresantes, y es responsabilidad del clínico buscar todas las herramientas para poder diagnosticar y tratar síntomas asociados a traumas. El presente estudio no solo da un panorama para el clínico en relación a TEPT, también aporta información invaluable en relación con sujetos expuestos a trauma, y de esta forma poder diseñar estrategias, no solo para mejorar los tratamientos en paciente con TEPT, también, para identificar aquellos factores protectores que promueven el adecuado funcionamiento del individuo tras la vivencia de una experiencia traumática, en grupos vulnerables. Por último el tener una herramienta que nos facilita el diagnóstico y evaluación de TEPT en un país como en nuestro donde la criminalidad, violencia y violencia sexual van en aumento es de gran relevancia no solo en el ámbito psiquiátrico, ya que también podría ayudar a mejorar políticas sociales en relación a los eventos previamente descritos.

CONCLUSIONES.

Podemos concluir que la escala para el Trastorno de Estrés Postraumático Administrada por Clínico (CAPS) es un instrumento válido y confiable tanto para diagnóstico como para gravedad del trastorno de estrés postraumático en población psiquiátrica mexicana. Además se podrá integrar como una herramienta para las diversas líneas de investigación relacionadas con eventos traumáticos y el TEPT, que se desarrollan en nuestro país, siendo que es un país con un alto índice de criminalidad y exposición a eventos traumáticos.

REFERENCIAS

1. G. B. A Practical Treatise On Nervous Exhaustion (Neurasthenia), Its, Symptoms. 1st Ed. Nueva York; 1979.
2. Kamman Gr. Traumatic Neurosis, Compensation Neurosis Or Attitudinal Pathosis. Arch Neurol Psychiatry. 1951;65(5):593.
3. Hidalgo RB, Davidson JRT. Posttraumatic Stress Disorder: Epidemiology And Health-Related Considerations. J Clin Psychiatry. 2000;61(SUPPL. 7):5-13.
4. Kaplan HI, Sadock VA, Sadock BJ. Sinopsis De Psiquiatría: Ciencias De La Conducta - Psiquiatría Clínica. Wolters Kluwer; 2009.
5. Da Costa J. On Irritable Heart; A Clinical Study Of A Form Of Functional Cardiac Disorder And Its Consequences. Am J Med Sci. 1871;61:17-52.
6. Kardiner A. War Stress And Neurotic Illness. 2nd Ed. (Hoeber, Ed.). Nueva York; 1947.
7. Dorland M. Cadaverland: Inventing A Pathology Of Catastrophe For Holocaust Survival [The Limits Of Medical Knowledge And Historical Memory In France]. Vol 15. UPNE; 2009.
8. D JPWP, Wilson JP, Ph.D., D RBTP, Thomas RB. Empathy In The Treatment Of Trauma And PTSD. Vol 23. Routledge; 2004.
9. Van Kampen M, Watson CG, Tilleskjoer C, Kucala T, Vassar P. The Definition Of Posttraumatic Stress Disorder In Alcoholic Vietnam Veterans: Are The Dsm-iii Criteria Necessary And Sufficient? J Nerv Ment Dis. 1986;174(3):137-144.
10. Association. AP. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III). APA. Washington; 1987.
11. Corales TA [Ed]. Focus On Posttraumatic Stress Disorder Research. Focus Posttraumatic Stress Disord Res. 2005.
12. Bobes, J.; Calcedo-Barba, A.; García, M.; François, M.; Rico-Villademoros, F.; González Mp., Bascarán, M. T.; Bousoño M. Y Gedtpedtp. Evaluación De Las Propiedades Psicométricas De La Versión Española De Cinco Cuestionarios Para La Evaluación Del Trastorno De Estrés Postraumático 1. Actas Españolas Psiquiatr. 2000;28(4):207-218.
13. Association. AP. DSM-IV-TR. Manual Diagnostico Y Estadistico De Los Trastornos Mentales. Harcourt Brace De Espana Sa; 2002.
14. Medina-Mora ME, Borges-Guimaraes G, Carmen Lara D En C, Luciana Ramos-Lira D En, Joaquín Zambrano A, Clara Fleiz-Bautista. Prevalencia De Sucesos Violentos Y De Trastorno Por Estrés Postraumático En La Población Mexicana. Salud

- Publica Mex. 2005;47(1):8-22.
15. Association. AP. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders: Dsm-5. Amer Psychiatric Pub Incorporated; 2013.
 16. The ICD-10 Classification Of Mental And Behavioural Disorders: Clinical Descriptions And Diagnostic Guidelines. Royal College Of Psychiatrists; 1992.
 17. Meichenbaum D. A Clinical Handbook/Practical Therapist Manual For Assessing And Treating Adults With Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD).
 18. Breslau N. The Epidemiology Of Trauma, PTSD, And Other Posttrauma Disorders. Trauma Violence Abuse. 2009;10(3):198-210.
 19. Norris FH, Perilla JL, Ibañez GE, Murphy AD. Sex Differences In Symptoms Of Posttraumatic Stress: Does Culture Play A Role? J Trauma Stress. 2001;14(1):7-28.
 20. Richard S. Lazarus. Estres Y Procesos Cognitivos. (Roca M, Ed.). Barcelona; 1986.
 21. Galea S, Nandi A, Vlahov D. The Epidemiology Of Post-Traumatic Stress Disorder After Disasters. Epidemiol Rev. 2005;27(1):78-91.
 22. Vickerman KA, Margolin G. Rape Treatment Outcome Research: Empirical Findings And State Of The Literature. Clin Psychol Rev. 2009;29(5):431-448.
 23. Orsillo SM, Heimberg RG, Juster HR, Garrett J. Social Phobia And PTSD In Vietnam Veterans. J Trauma Stress. 1996;9(2):235-252.
 24. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic Stress Disorder In The National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1995;52(12):1048-1060.
 25. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-Analysis Of Risk Factors For Posttraumatic Stress Disorder In Trauma-Exposed Adults.
 26. Amdur RL, Liberzon I. The Structure Of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms In Combat Veterans: A Confirmatory Factor Analysis Of The Impact Of Event Scale. J Anxiety Disord. 15(4):345-357.
 27. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, 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(7):626-632.
 28. Yasan A, Saka G, Ozkan M, Ertem M. Trauma Type, Gender, And Risk Of PTSD In A Region Within An Area Of Conflict. J Trauma Stress. 2009;22(6):663-666.
 29. Norris FH. Epidemiology Of Trauma: Frequency And Impact Of Different Potentially Traumatic Events On Different Demographic Groups. J Consult Clin Psychol. 1992;60(3):409-418.
 30. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors Of Posttraumatic Stress Disorder And Symptoms In Adults: A Meta-Analysis. Psychol Bull. 2003;129(1):52-73.
 31. Medina-Mora ME, Bautista, Clara Fleiz5 JVV, Rodas C. Prevalencia De Trastornos Mentales y Uso De Servicios : R Esultados De La E Ncuesta N Acional De E

- Pidemiología Psiquiátrica En México. *Salud Ment.* 2003;26(4):1-16.
32. Tapia Conyer RC, Sepúlveda Amor J, Medina Mora ME, Caraveo J, Fuente JR De La. Prevalence Of The Posttraumatic Stress Syndrome Among The Survivals Of Natural Disaster. *Salud Publica Mex.* 1987;406-411. Es. Accessed September 25, 2014.
 33. Orengo-García F, Rodríguez M, Lahera G, Ramírez G. Prevalencia Y Tipos De Trastorno Por Estrés Postraumático En Población General Y Psiquiátrica. *Psiquis (Mexico)*. 2001;22(4):5-12.
 34. Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Et Al. The Development Of A Clinician-Administered PTSD Scale. *J Trauma Stress.* 1995;8(1):75-90.
 35. Blake D. RATIONALE AND DEVELOPMENT OF THE CLINICIAN-ADMINISTERED PTSD SCALES. *PTSD Res Q.* 1994;5(2):1-8.
 36. Davidson J, Smith R. Traumatic Experiences In Psychiatric Outpatients. *J Trauma Stress.* 1990;3(3):459-475.
 37. Davidson JR, Book SW, Colket JT, Et Al. Assessment Of A New Self-Rating Scale For Post-Traumatic Stress Disorder. *Psychol Med.* 1997;27(1):153-160.
 38. Bobes J, Bulbena A, Luque A, Dal-Ré R, Ballesteros J, Ibarra N. Evaluación Psicométrica Comparativa De Las Versiones En Español De 6, 17 Y 21 Ítems De La Escala De Valoración De Hamilton Para La Evaluación De La Depresión. *Med Clin (Barc)*. 2003;120(18):693-700.
 39. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badia X, Baró E. Validación De Las Versiones En Español De La Montgomery-Asberg Depression Rating Scale Y La Hamilton Anxiety Rating Scale Para La Evaluación De La Depresión Y De La Ansiedad. *Med Clin (Barc)*. 2002;118(13):493-499.
 40. Terr LC. Childhood Traumas: An Outline And Overview. In: *American Journal Of Psychiatry*. Vol 148. ; 1991:10-20.
 41. OMS. Dando Prioridad A Las Mujeres: Recomendaciones Éticas Y De Seguridad Para La Investigación Sobre Violencia Doméstica Contra Las Mujeres. *Organ Mund La Salud.* 1999.
 42. Lara M. AM. Patrones De Utilización De Los Servicios De Salud Mental. *Salud Ment.* 1996;19(Supl):14-18.
 43. Cohen GH, Sampson LA, Fink DS, Et Al. Gender, Position Of Authority, And The Risk Of Depression And Posttraumatic Stress Disorder Among A National Sample Of U.S. Reserve Component Personnel. 2016.
 44. Acierno R, Resnick H, Kilpatrick DG, Saunders B, Best CL. Risk Factors For Rape, Physical Assault, And Posttraumatic Stress Disorder In Women: Examination Of Differential Multivariate Relationships. *J Anxiety Disord.* 1999;13(6):541-563.
 45. Pupo MC, Jorge MR, Schoedl AF, Et Al. The Accuracy Of The Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) To Identify PTSD Cases In Victims Of Urban Violence. *Psychiatry Res.* 2011;185(1-2):157-160.

46. Husky MM, Lépine J-P, Gasquet I, Kovess-Masfety V. Exposure To Traumatic Events And Posttraumatic Stress Disorder In France: Results From The WMH Survey. *J Trauma Stress*. 2015;28(4):275-282.
47. Contreras JM, Bott S, Guedes A, Dartnall E. Violencia Sexual En Latinoamérica Y El Caribe: Análisis De Datos Secundarios. *Iniciat Investig Sobre La Violencia Sex*. 2010.
48. Najavits LM, Weiss RD, Shaw SR. La Relación Entre El Abuso De Sustancias Y El Trastorno De Estrés Postraumático En Las Mujeres. *RET Rev Toxicom*. 2002;(32):36-44.
49. Marín-Navarrete R, Benjet C, Borges G, Et Al. Comorbilidad De Los Trastornos Por Consumo De Sustancias Con Otros Trastornos Psiquiátricos En Centros Residenciales De Ayuda-Mutua Para La Atención De Las Adicciones. *Salud Ment*. 2013;36(6):471-479.
50. First THE, Years TEN. Clinican-Administered PTSD Scale: A Review Of The First Ten Years Of Research. *Depression*. 2001;13(3):132-156.

ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Validez y confiabilidad de la Escala para el Trastorno de Estrés Postraumático Administrada por el Clínico Carta de consentimiento para pacientes

Nombre del paciente: _____

Código para el estudio: _____

Nombre del responsable legal: _____

Se le invita a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz". Esto requiere de su consentimiento voluntario. Lea con cuidado la siguiente información, todas sus preguntas serán contestadas, no dude en preguntar.

Objetivo del estudio:

El objetivo es conocer la validez de un instrumento clínico para evaluar paciente con diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático. Se llevará a cabo por medio de la aplicación de 3 escalas clínicas una de ellas para ratificar diagnóstico, y evaluar la gravedad sintomática, y otras dos para evaluar la presencia o ausencia de trastornos depresivos o ansiosos.

Nos interesa conocer la validez y confiabilidad de este instrumento para realizar diagnóstico y evaluar la gravedad de los síntomas en paciente con Trastorno de Estrés Postraumático

Procedimiento del estudio:

Si usted acepta participar en este estudio, será entrevistado por un médico psiquiatra que le realizará varias series de preguntas relacionadas con la presencia o ausencia de enfermedad; el evento traumático que usted experimento, esto con

el fin de ratificar el diagnóstico, para evaluar la gravedad y actividad de los síntomas de la enfermedad, dicho procedimiento se llevara a cabo posterior a su consulta habitual en el servicio de consulta externa el INPRF y tendrá una duración aproximada de 30 a 45 minutos. Posteriormente se contactara con usted vía telefónica para programar una cita donde un médico psiquiatra diferente al que realizo la primera entrevista , aplicara una nueva serie de preguntas con una duración aproximada de 30 minutos esta nueva entrevista con el fin de precisar el diagnóstico nuevamente.

En ningún caso se le administrará medicamento alguno y no se realizarán intervenciones dolorosas o con otros instrumentos. Básicamente son una serie de preguntas, por lo que no existe riesgo para usted.

En el caso de que usted llegar a presentar síntomas ansiosos intensos, posterior a recordar el evento traumático, se le brindara la atención necesaria y de ser necesario se le invitara a pasar al servicio de Atención Psiquiátrica Continua con el fin de controlar los síntomas, en este caso se dará por terminado el estudio.

Consignas a seguir:

- a) Se pedirá la cooperación del paciente.
- b) Las entrevistas serán sin costo económico alguno.
- c) En caso de cambiar de opinión o decidir, por cualquier motivo, no colaborar en el estudio, puede retirarse de él en cualquier momento en que nos lo informe.

Ventajas:

- a) Aún cuando los resultados de esta investigación no tienen una influencia directa en su diagnóstico y pronóstico, las evaluaciones realizadas en este estudio permitirán conocer mejor la relación situaciones ambientales en personas que presentan eventos traumáticos a lo largo de su vida
- b) Las valoraciones que se realizarán a lo largo del estudio permitirán conocer mejor las diferencias de la enfermedad entre usted y sujetos sin

la enfermedad, lo que puede influir de manera favorable en el abordaje de su padecimiento.

c) Usted de manera indirecta, ayudará a la comunidad de pacientes al contribuir en la adecuada aproximación diagnóstica en personas que han sufrido algún tipo de evento traumático

Confidencialidad:

Los datos obtenidos durante el estudio son completamente confidenciales. No se utilizará el nombre de ninguno de los pacientes, sino que se les asignará un código numérico para su identificación. Su nombre no aparecerá en ningún reporte o publicación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído la carta de consentimiento informado y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Puedo hacer cualquier pregunta en cualquier momento de la investigación.

ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO.

Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi relación con la institución. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la carta de consentimiento.

Si tengo dudas o requiero información adicional respecto al estudio, puedo comunicarme con el Dr. Rafael Campuzano de Gracia ext. 52 67

Nombre del paciente	Firma del paciente	Fecha
---------------------	--------------------	-------

Nombre del Investigador

Firma del Investigador

Fecha

Nombre del Testigo 1

Firma del Testigo 1

Fecha

Nombre del Testigo 2

Firma del Testigo 2

Fecha

Aceptaría participar en más estudios: (0) Si (0) No

ANEXO 2. APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA D EL INPRF



Comité de Ética en Investigación

"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
APROBADO

Ref.: CEI/C/027/2015.

Mayo 25, 2015

Dr. Rafael Campuzano de Gracia
Investigador Principal
Presente

Por este medio me permito informar a usted que el proyecto titulado: "Validez y confiabilidad de la escala para el trastorno de estrés postraumático administrada por el clínico" que será realizado en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, en Calzada México-Xochimilco No. 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Deleg. Tlalpan, 14370, México D. F., ha sido **APROBADO** por el Comité, ya que se considera que cumple con los requisitos éticos y metodológicos establecidos.

Documentos Revisados y Aprobados: Originales del Formato del Comité de Ética en Investigación, Consentimiento Informado y escala.

Atentamente

Lic. María Teresa López Jiménez
Presidente del Comité de Ética en Investigación

C.c.p. Dr. Héctor Senties Castellá, Director de Enseñanza y Presidente del Comité de Tesis.-Presente
Dr. Jorge J. González Olvera, Secretario Técnico del Comité de Investigación.-Presente.

