

EVALUACIÓN DE LA ESCALA DE TRAUMA DE DAVIDSON. Estandarización de la Escala de Trauma de Davidson (DTS)

Davidson Trauma Scale

Carmen Morales Miranda*

Resumen

En cuanto al desorden de estrés postraumático (PTSD) existe una necesidad de escalas de auto-informe que sean sensibles a los efectos del tratamiento y hayan sido probadas en nuestro medio, en una amplia gama de sobrevivientes a diversos traumas. Medidas separadas de frecuencia y gravedad también pueden ofrecer ventajas. Por ello entregamos en este artículo la validez de la Escala de Trauma de Davidson.

La consistencia interna fue evaluada utilizando el alfa de Cronbach, la validez factorial fue examinada utilizando un análisis factorial exploratorio. La escala demostró una buena consistencia interna (.927). La correlación ítem-test presentó correlaciones altamente significativas ($p < .001$) indicando que todos los ítems contribuyen a medir el mismo constructo. El análisis factorial de componentes principales de los datos obtenidos en el estudio reveló la presencia de 3 factores principales.

La escala de Trauma de Davidson mostró buena confiabilidad y validez y resulta adecuada para evaluar la gravedad de los síntomas, el resultado del tratamiento y para asegurarnos del diagnóstico tentativo de Trastorno de Estrés postraumático.

Palabras clave: trauma psicológico, trastorno de estrés postraumático, escala de trauma, estandarización.

Abstract

Regarding the post-traumatic stress disorder (PTSD), there is need of self-report scales being them sensitive to the treatment effects and having been proved in our environment, within a wide array of trauma survivors. Separated measures of frequency and seriousness may also offer advantages. Thus, in this paper we bring the validation of the Davidson Trauma Scale.

Internal soundness was evaluated using the Cronbach's alpha; factor validity was examined using an exploratory factor analysis. The scale showed a good internal soundness (.927). The item-test correlation showed highly significant correlations ($p < .001$) indicating that all the items contribute to measure every construct. Factor analysis of the principal components of data obtained from the study showed the presence of 3 principal factors.

The Davidson Trauma Scale evidenced good reliability and validity and is suitable for evaluating symptoms seriousness, treatment results and for being sure of the tentative diagnosis of post-traumatic stress disorder.

Key Words: psychological trauma, post-traumatic stress disorder, trauma scale, standardization

* Psicóloga. Psicoterapeuta, Magíster y Doctora en Psicología UNIFE. Coordinadora del Programa Académico de Maestría en Psicología UNIFE. cmirca@spady.com

INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) constituye el eje psicopatológico fundamental sobre el que gravita el trauma. La importancia de este trastorno no es reciente, ya que comenzó a ser estudiado en el siglo XIX (Ayuso, 1988; Báguena, 2002; Trujillo, 2002), aunque es a raíz de la experiencia bélica cuando empezó a tener una presencia continuada en los manuales de psicopatología. Partiendo de las grandes guerras y evolucionando hasta situaciones traumáticas más recientes, el TEPT ha sufrido un largo camino: maltrato infantil, agresiones sexuales, incendios, accidentes de tráfico, desastres naturales, atentados terroristas, torturas, han sido, entre otros, los aspectos más estudiados por los investigadores.

Desde el punto de vista de la clasificación diagnóstica oficial, aparece por primera vez con la denominación «gran reacción al estrés» (DSM-I) (APA, 1952). Posteriormente, la introducción del TEPT como una categoría diagnóstica formal en el DSM-III (APA, 1980) estimuló un renovado interés científico y clínico en este desorden (Giaconia, Reinherz, Silverman, Pakiz, Frost y Cohen, 1995; Kleber, Figley y Gersons, 1995). En esta tercera edición se eliminaron las explicaciones teóricas y etiológicas, sustituyéndose por una aproximación más descriptiva (Perry, Difede, Musngi, Frances y Jacobsberg, 1992), por lo que, en un intento de ser ateorica, abandonó por completo el enfoque psicodinámico a la hora de entender los fenómenos psiquiátricos (Van der Kolk, Pelcovitz, Roth, Mandel, McFarlane y Herman, 1996). El DSM-III-R (APA, 1987) estrechó el criterio para el diagnóstico del TEPT, y añadió la necesidad de que los síntomas estuvieran presentes al menos durante un mes. En el DSM-IV (APA, 1994), la aportación fundamental ha sido incluir una medida de la respuesta subjetiva del individuo al trauma, de la angustia emocional y de la percepción de desamparo.

En los últimos años han sido muchos los trabajos de investigación que han relacionado las situaciones traumáticas con el impacto psicológico y, concretamente, con el TEPT. Los resultados de diferentes estudios muestran que hay una indiscutible relación entre la ocurrencia de una situación traumática y el riesgo de sufrir problemas psicológicos posteriores, lo cual es especialmente evidente en los estudios realizados con veteranos de guerra (Freedly y Hobfoll, 1995). López-Ibor (1942) estudió el impacto psicológico de la guerra

entre las personas que participaron en la guerra civil española; observó frecuencias de alteraciones psicógenas (10% en la zona republicana y del 5% en la zona nacional), mientras que otras investigaciones, en relación con la guerra de Vietnam (Bremner, Scott, Delaney Southwick, Mason, Johnson, Innis, McCarthy y Carney, 1993), llegan a proponer que algo más de la mitad de los veteranos de combate cumplían los criterios para el diagnóstico del TEPT.

Las investigaciones sobre agresiones sexuales han contribuido a que aparezcan datos sobre la frecuencia del TEPT en la población general, aunque no resulta fácil hacer una estimación precisa de la presencia de este fenómeno en la sociedad, ya que muchas de las víctimas no denuncian la agresión, ni acuden a hospitales o servicios de atención a la mujer, lo que dificulta la valoración epidemiológica (Corral, Echeburúa y Sarasúa, 1989). Los resultados de estas investigaciones coinciden en afirmar que el hecho de ser víctima de una agresión sexual pone a la víctima bajo un elevado riesgo de padecer TEPT, incluso en mayor medida que otras situaciones traumáticas (Arata, 1999; Herro y Garrido, 2002; Neumann, Houskamp, Pollock y Briere, 1996).

Por otra parte, uno de los aspectos relevantes en el estudio del TEPT es su comorbilidad con otros trastornos del Eje I del DSM-IV (APA, 1994). Este hecho es particularmente evidente con la depresión y los trastornos por ansiedad; de manera que diagnosticar únicamente TEPT en un individuo que ha sido víctima de una situación traumática es algo bastante inusual (Breslau, Davis, Andreski y Peterson, 1991; Famularo et al., 1996; Giaconia et al., 1995; Goenjian et al., 1995; Hickling y Blanchard, 1992; McFarlane, 1991; Pitman, Altman y Macklin, 1989; Sharan et al., 1996).

Por lo tanto, los resultados de las investigaciones anteriormente mencionadas han proporcionado diversos hallazgos acerca de la relación entre el padecimiento de una situación traumática concreta y la aparición de síntomas psicológicos asociados a dicho acontecimiento. Por otra parte, existen pocas investigaciones en nuestro contexto que ofrezcan resultados acerca de la frecuencia de sujetos que han sido diagnosticados de TEPT tras ser víctimas de una determinada situación traumática. Desde esta perspectiva, parece relevante aportar datos actualizados sobre las consecuencias psicológicas que sufren las víctimas de distintas situacio-

nes traumáticas, con la finalidad de analizar cuáles de ellas son las que tienen un mayor impacto. Los objetivos específicos son los siguientes: averiguar con qué frecuencia las personas que han sido víctimas de una situación traumática en nuestro contexto desarrollan el TEPT, conocer el cumplimiento de los síntomas de TEPT en función de variables que, al parecer, pueden tener importancia a la hora de determinar la predisposición a sufrir cierto tipo de situaciones traumáticas tales como el género, la edad en el momento del trauma y el tipo de situación traumática sufrida.

MÉTODO

a. Sujetos

La Escala de Trauma de Davidson fue administrada a cien sujetos. Setenta y ocho mujeres y 22 hombres. De los cuales ochenta habían sido víctimas de violencia familiar y veinte habían sido víctimas de violencia sexual. De los cuales 16 hombres habían padecido violencia familiar y 6 violencia sexual, mientras en el caso de las mujeres 64 habían padecido violencia familiar y 14 habían padecido violencia sexual. La Tabla 1 a continuación, presenta las características de sexo por tipo de violencia sufrida de los individuos que formaron parte del estudio.

Tabla 1
Características de sexo según tipo de violencia en los sujetos de la muestra del estudio

Género	Varía	Count	Tipo de violencia		Total
			Violencia familiar	Violencia sexual	
Hombres	Count	22	16	6	22
	% within Género		72.7%	27.3%	100.0%
	% within Tipo de violencia		30.0%	30.0%	22.0%
	% of Total		16.0%	6.0%	22.0%
Mujer	Count	78	64	14	78
	% within Género		82.1%	17.9%	100.0%
	% within Tipo de violencia		80.0%	70.0%	78.0%
	% of Total		64.0%	14.0%	78.0%
Total	Count	100	80	20	100
	% within Género		80.0%	20.0%	100.0%
	% within Tipo de violencia		100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total		80.0%	20.0%	100.0%

b. La Escala de Trauma de Davidson

La Escala de Trauma de Davidson compuesta por 17 ítems correspondientes a cada uno de los 17 síntomas del DSM-IV. Los ítems pueden ser categorizados de la siguiente manera: ítems 1-4, 17: criterio B (intrusos de re-experimentación); ítems 5-11: criterio C (evitación y embotamiento emocional); e ítems 12-16: criterio D (hiperactivación). Para cada ítem el sujeto puntúa tanto la frecuencia como la gravedad durante la semana anterior en una escala de 5 puntos (0 a 4) en un puntaje total posible de 136 puntos. Los puntajes por sub-escalas pueden ser contados separadamente en cuanto a frecuencia y gravedad.

c. Análisis estadístico

La consistencia interna fue evaluada utilizando el alfa de Cronbach, la validez factorial fue examinada utilizando un análisis factorial exploratorio.

RESULTADOS

La escala de Trauma de Davidson ha obtenido los siguientes valores descriptivos: Media= 29.98, Varianza= 311.38 y Desviación Estándar= 17.65.

a. Consistencia interna

Confiabilidad

El alfa de Cronbach fue utilizado para evaluar la consistencia interna de la Escala de Trauma de Davidson en los 100 sujetos víctimas de violencia familiar y sexual de la muestra. Para los ítems de frecuencia y gravedad el coeficiente fue de 0.927.

En la tabla 2 se presenta la correlación ítem-test. Se observa que los ítems presentan correlaciones altamente significativas ($p < .001$), correspondiendo el valor más bajo al ítem 8. Los datos indican que todos los ítems contribuyen a medir el mismo constructo.

En la columna de la derecha de la tabla 2 se aprecian los coeficientes de consistencia interna de Cronbach. Todos los coeficientes de los ítems presentan valores entre .920 a .931. En suma la prueba presenta una alta consistencia interna.

Tabla 2
Correlaciones Ítem-Total y valores de consistencia Interna-Alpha de Cronbach para la escala de Trauma de Davidson.

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance of Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha Item Deleted
F1	27.70	275.005	.664	.568	.922
F2	28.84	278.182	.636	.547	.922
F3	28.49	270.626	.759	.713	.919
F4	28.21	282.166	.576	.453	.924
F5	28.05	271.371	.691	.611	.921
F6	27.67	275.211	.603	.595	.923
F7	27.97	272.713	.661	.724	.922
F8	29.52	305.549	.145	.151	.931
F9	28.03	276.362	.657	.514	.922
F10	28.21	273.638	.638	.513	.922
F11	29.35	295.328	.338	.321	.929
F12	28.25	272.805	.670	.641	.921
F13	28.10	272.924	.650	.561	.922
F14	27.90	276.331	.655	.589	.922
F15	27.93	270.985	.739	.639	.920
F16	27.65	272.119	.707	.697	.920
F17	27.78	269.249	.737	.720	.920

En la Tabla 3 se encuentran los resultados de la medida de adecuación de la Muestra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO=.873), los valores de la Prueba de Bartlett ($X^2= 842.29$) altamente significativos ($p<.001$). Estas pruebas indican que puede proseguirse con el análisis factorial.

Tabla 3
Prueba de Bartlett y Kaiser-Meyer -Olkin

Medida de adecuación muestral de Kaiser - Meyer - Olkin		.873
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	842.294
	gl	136
	Sig.	.000

b. Validez factorial

El análisis factorial de componentes principales de los datos obtenidos en el estudio (N=100) reveló la presencia de 3 factores principales, que explican el 60% de la varianza total. Este mismo valor se puede observar en la suma de las saturaciones acumuladas (60.040).

Tabla 4
Varianza total explicada

Componente	Análisis Inicial			Suma de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la muestra		
	Total	% de la varianza	% acumulada	Total	% de la varianza	% acumulada	Total	% de la varianza	% acumulada
1	7.856	46.798	46.798	7.856	46.798	46.798	6.251	36.814	36.814
2	1.307	7.101	53.899	1.307	7.101	53.899	2.370	13.942	50.756
3	1.044	6.143	60.040	1.044	6.141	60.040	1.578	9.285	60.040
4	.351	2.097	62.137						
5	.849	4.984	67.121						
6	.788	4.637	71.758						
7	.691	4.001	75.759						
8	.587	3.337	79.096						
9	.524	3.106	82.202						
10	.481	2.815	85.017						
11	.417	2.453	87.470						
12	.366	2.128	89.598						
13	.324	1.907	91.505						
14	.283	1.688	93.193						
15	.240	1.411	94.604						
16	.189	.994	95.698						
17	.123	.721	96.419						

Método de extracción: Análisis de componentes principales

La Tabla 5 presenta la matriz de los componentes rotados utilizando el método de rotación varimax. A diferencia de los autores de la escala que encuentran 2 factores, hemos encontrado tres factores. Tomando como criterio normativo pesos factoriales de 3 o más. Siguiendo este criterio en el Factor 1 se han agrupado 12 ítems con pesos factoriales que van de .559 a .837. En el Factor 2 se han agrupado 3 ítems y en el Factor 3 solamente dos ítems con altos pesos, el mayor es .828 y el menor .541. Se observa que el ítem F2 tiene peso en el Factor 1 (.519) y en el factor 2 (.599) lo hemos considerado en éste último factor, aunque desde otro punto de vista podría ser eliminado de la Escala.

Tabla 5
Matriz de Componentes rotado

	Componente		
	1	2	3
F16	.837		.180
F17	.790	.127	.191
F3	.775	.221	.142
F9	.702	.187	
F15	.685	.321	.201
F1	.681	.286	
F4	.677	.146	
F10	.647	.134	.286
F5	.623	.406	.102
F13	.594	.434	
F12	.584	.470	
F14	.559	.253	.437
F11		.807	.140
F2	.519	.599	
F6	.396	.489	.383
F8			.828
F7	.456	.397	.541

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 5 iteraciones.

CONCLUSIÓN

El análisis ofrece información acerca de la validez factorial de la escala por examinado en Lima. Se trata de un buen instrumento con alta validez de constructo. El estrés postraumático es un constructo multidimensional integrado por tres factores.

Nominación de los 3 factores:

- El factor 1. Denota inquietud, susto.
- El factor 2. Denota sueños de angustia, difícil imaginar una vida larga.
- El factor 3: Dificultad para disfrutar de la vida.

Cuadro 1
Descripción de los factores

Factor 1	Peso factorial	Factor 2	Peso factorial	Factor 3	Peso factorial
Item 16. Ha estado inquieto o fácilmente asustado.	.837	Le ha resultado difícil imaginar una vida larga que satisfaga sus metas.	.807	Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas.	.828
Se ha sentido molesto físicamente por recordatorios del evento.	.790	Ha sentido sueños angustiosos sobre el evento.	.599	Se ha sentido incapaz de recordar partes importantes del evento.	.541
Ha sentido como si el evento estuviera volviendo a ocurrir.	.775	Ha estado evitando hacer cosas o entrando en situaciones que le recuerden el evento.	.489		
Se ha sentido distante o marginado respecto a otros.	.702				
Se ha sentido al filo, fácilmente distraído o ha tenido que decir "en guardia".	.685				
Ha tenido imágenes dolorosas, recuerdos o pensamientos del evento.	.681				
Se ha sentido molesto por algo que le recordara el evento.	.677				
Se ha sentido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de amor.	.617				
Ha estado evitando cualquier pensamiento relacionado sobre el evento.	.613				
Ha estado irritable o ha tenido explosiones de ira.	.594				
Ha tenido dificultades para dormir o para mantenerse despierto.	.584				
Ha tenido dificultades para concentrarse.	.559				

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (DSM-I)* (1ª ed.) Washington: APA.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (DSM-III)* (3ª ed.). Washington: APA.

- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R)* (3ª ed. Revisada): Washington: APA.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (DSM-IV)*. Washington: APA.
- Arata, C. M. (1999). Repeated sexual victimization and mental disorders in women. *Journal of Child Sexual Abuse*, 7(3), 1-17.
- Ayuso, J. L. (1988). *Trastornos de angustia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Báguena, M. J. (2002). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático. *Psicothema*, 13(3), 479-492.
- Bremner, J.D., Scott, T.M., DeLaney, R.C., Southwick, S.M., Mason, J.W., Johnson, D.R., Innis, R.B., McCarthy, G. y Carney, D.S. (1993). Deficits in short-term memory in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150(7), 1.015-1.019.
- Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P. y Peterson, E. (1991). Traumatic events and Posttraumatic Stress Disorder in a urban population of young adults. *Arch. Gen. Psychiatry*, 48(2), 16-222.
- Corral, P., Echeburúa, E. y Sarasúa, B. (1989). Estrés postraumático en víctimas de violación. En E. Echeburúa (Ed.), *Estrés: Problemática psicológica y vías de intervención* (pp. 121-136). San Sebastián: Universidad del País Vasco.
- Famularo, R., Fenton, T., Kinscherff, R. y Augustyn, M. (1996). Psychiatric comorbidity in childhood posttraumatic disorder. *Child Abuse y Neglect*, 20(10), 953-961.
- Fredy, J.R. y Hobfoll, S.E. (Eds.) (1995). *Traumatic stress: From theory to practice*. New York: Plenum Press.
- Giaconia, R.M., Reinherz, H.Z., Silverman, B., Pakiz, B., Frost, A.K. y Cohen, E. (1995). Traumas and Posttraumatic Stress Disorder in a community of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 34, 1.369-1.380.
- Goenjian, A.K., Pynoos, R.S., Steinberg, A.M., Najarian, L.M., Asarnow, J.R., Karayan, I., Ghurabi, M. y Fairbanks, L. A. (1995). Psychiatric comorbidity in children after the 1988 earthquake in Armenia. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 34(9), 1.174-1.184.
- Herrero, C. y Garrido, E. (2002). Los efectos de la violencia sobre sus víctimas. *Psicothema*, 14, supl., 109-117.
- Hickling, E.J. y Blanchard, E.B. (1992). Post-Traumatic Stress Disorder and motor vehicle accidents. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 285-291.
- Kleber, R.J., Figley, C.R. y Gersons, B.P. R. (Eds.) (1995). *Beyond trauma. Cultural and societal dynamics*. New York: Plenum Press.
- López-Ibor, J.J. (1942). *Neurosis de guerra*. Barcelona: Editorial Científico-Médica.
- McFarlane, A.C. (1991). Post-traumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry*, 3, 203-213.
- Neumann, D.A., Houskamp, B.M., Pollock, V.E. y Briere, J. (1996). The long-term sequelae of childhood sexual abuse in women: a meta-analytic review. *Child maltreatment*, 1(1), 6-16.
- Perry, S., Difede, J., Musngi, G., Frances, A.J. y Jacobsberg, L. (1992). Predictors of posttraumatic stress disorder after burn injury. *American Journal of Psychiatry*, 149(7), 931-935.
- Pitman, R.K., Altman, B. y Macklin, M.L. (1989). Prevalence of posttraumatic stress disorder in wounded Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*, 146(5), 667-669.
- Sharan, P., Chandhary, G., Kavathekar, S.A. y Saxena, S. (1996). Preliminary report of psychiatric disorders in survivors of a severe earthquake. *American Journal of Psychiatry*, 153(4), 556-558.
- Trujillo, M (2002). *Psicología para después de una crisis*. Madrid: Aguilar.
- Van der Kolk, B.A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F.S., McFarlane, A. y Herman, J.L. (1996). Dissociation, somatization and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153(7), 83-93.