

Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte

Mestrado Psicologia Clínica e da Saúde

**Convergent Validity of Impact of Event Scale-Revised and
Impact of Event Scale-6 Portuguese Versions**

Ana Luísa Teixeira da Cunha Lopes

Janeiro, 2013

Ana Luísa Teixeira da Cunha Lopes

Orientador: Professor Doutor José Carlos Rocha

**Convergent Validity of Impact of Event Scale-Revised and
Impact of Event Scale-6 Portuguese Versions**

Dissertação sob forma de artigo apresentada no Instituto Superior
Ciências da Saúde – Norte, para obtenção do grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde e com vista a submissão à
Revista Brasileira de Psiquiatria.

Agradecimentos

Apesar desta Dissertação de Mestrado ser um trabalho individual, a verdade é que não o teria feito sem o contributo e apoio de diversas pessoas.

Deste modo, quero agradecer...

Ao meu orientador, Professor José Carlos Rocha, pela sua supervisão, pela sua competência, rigor, exigência e principalmente pela sua disponibilidade e pelo seu profissionalismo, que com todo o seu empenho e dedicação, enalteceu conhecimentos e acompanhou todo este processo.

Aos meus pais e à minha irmã, pelo todo o apoio e suporte emocional no processo que decorreu deste trabalho.

Ao Rui por todos os momentos que enriqueceram este caminho, pela enorme paciência, pela motivação e acima de tudo por estar sempre presente.

Aos meus amigos pela constante insistência e motivação, porque são os melhores companheiros.

Às instituições que deram autorização para a recolha de dados e que, deste modo, possibilitaram a elaboração desta investigação.

A todas as pessoas que contribuíram de alguma maneira para a concretização deste trabalho, o meu Obrigada sentido.

Convergent Validity of Impact of Event Scale-Revised and Impact of Event Scale-6 Portuguese Versions

Lopes, A.,¹ Rocha, J.¹

¹UnIPSa-CICS, Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte; CESPU

Abstract

The Posttraumatic Stress Disorder is characterized by specific symptoms that individuals develop after exposure to trauma to which an individual responds with intense fear, helplessness or horror.

The purpose of the current study is to develop an abbreviated version of the IES-R based on the study of Thoresen and colleagues, check the validity of the IES-R through CAPS and finally calculate the cutoff of the IES and the IES-R-6.

The sample is comprised of 520 participants, 147 (28.3%) men and 373 (71.7%) women. The average age is 28.72 (SD = 12.612) years. The instruments used were the Impact of Event Scale – Revised (IES-R) and the Clinician Administered PTSD Scale (CAPS).

The abbreviation of procedure results in a subset of six items (IES-6), which was correlated with the IES-R (pooled correlation = 0.951). The cutoff for IES-R was 35.5 and for IES-6 was 12.5.

The IES-R and the IES-6 have good psychometric qualities and are good instruments for measuring PTSD, also IES-6 is a robust brief measure of posttraumatic stress reactions.

Keywords: Stress disorders. Posttraumatic Stress Disorder. IES-R. CAPS. IES-6

Introduction

The Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) was codified in the Diagnostic Statistical Manual (DSM-III) in 1980 and then slightly modified DSM-III-R and DSM-IV and in the International Classification of Diseases (ICD-10).¹

The DSM-IV-TR defines trauma as "(...) a direct personal experience with an event that involves death, threat of death or serious injury, or other threat to physical integrity, or observe a event that involves death, injury, or threat to physical integrity of another person, or have knowledge about a death or injury experienced by a family member or close friend. The person's response to the event must involve intense fear, feelings of inability to get help or horror...".²

Smith et al. cit in Linden & Maercker (2011) define traumatic events as objective situations of extreme danger that are outside the scope of usual human experience. These include natural disasters such as earthquakes and floods, man-made disasters such as war and nuclear accidents, catastrophic accidents, such as car accidents or plane, and physical assaults such as rape or attempted murder.³

The defining characteristic of a traumatic event is its ability to cause fear, helplessness, or horror in response to the threat of injury or death. People who are

exposed to these events have an increased risk for the development of PTSD as well as for major depression, panic disorder, generalized anxiety disorder and substance abuse in comparison to those who have not experienced traumatic events.⁴

To be diagnosed with PTSD, a person had to be exposed to an extreme stressor or traumatic event to which he or she responded with fear, horror, and helplessness and have three distinct types of symptoms, which consist of reexperiencing the event, avoidance of reminders of the event and hyperstimulation for at least one month.^{4,5,6} The revival of the event refers to unwanted memories of the incident as distressing images, nightmares or flashbacks. Symptoms of avoidance consist of attempts to avoid reminders of the event, including people, places, or even thoughts associated with the incident. And symptoms of hyperarousal refer to physiological manifestations such as irritability, insomnia, impaired concentration, hypervigilance, and increased startle reactions. The psychological and biological response to a traumatic event is determined by the characteristics of both the event and the person involved. The initial response of fear is inherently biologic, but can be influenced by a person's subjective interpretation of the event, which in turn is influenced by the person's previous experience and other risk factors. Anger, horror, sadness, humiliation and guilt can also occur in response to trauma.⁴

Thus, in individuals with PTSD is often a strong emotional lability, feelings of depression that can lead to self-destructive behavior and substance abuse (alcohol and drugs).⁷

Individuals with a history of trauma rarely experience only a single traumatic event, but are likely to have experienced several episodes of traumatic exposure.⁵ This phenomenon has often frequently reported among survivors of childhood abuse, domestic violence, and those who have been witnesses or targets of genocide.

Epidemiological studies have suggested that PTSD may be more prevalent among females than among males.^{8,9}

There is evidence that the gender difference could be traced to the occurrence of PTSD following exposure to traumatic events, particularly events involving assaultive violence. Although women are less likely than men to suffer from aggressive violence, once assaulted, they are more likely than men to develop PTSD. Studies suggest that the PTSD risk is increased in persons who have experienced a prior traumatic event, especially an assaultive violence event.¹⁰

Breslau and Anthony (2007), in a group of urban population of young adults, found that in men, the risk of PTSD doesn't vary by type of trauma, assaultive versus nonassaultive, nor by history of previous trauma. In contrast, the risk of PTSD in women varies by type of trauma, as well as the history of prior trauma.¹⁰

Women are also more likely to develop chronic forms of PTSD compared to men.^{10,11} It has been given few convincing explanations for these gender differences in prevalence rates of PTSD. One explanation centers on the joint propositions that (1) different types of traumatic events and circumstances differ in their etiological potency in the development of PTSD¹²; (2) men and women have differential rates of exposure to different types of trauma, and therefore, (3) the specific types of trauma to which women have comparatively higher rates of exposure are more likely to lead to PTSD. However, several studies have documented higher rates of PTSD in women even after controlling for trauma categories that occur more frequently in women, including sexual assault and domestic violence.¹² A second explanation for the differential prevalence rates of PTSD between the genders is based on findings that women are twice as likely as men to report depression and anxiety symptoms.^{12,13} Accordingly, higher prevalence rates of PTSD in women may reflect a higher general prevalence of psychological

distress or psychiatric disorder. However the authors reported that gender differences in PTSD rates remained even after controlling for pre-existing psychiatric disorders such as depression and anxiety. A third explanation for the gender-linked differences in PTSD prevalence rates centers on PTSD Criterion A, which serves a key “gatekeeper” function to a PTSD diagnosis. More particularly, criterion A is composed of two components, an objective (A1: traumatic experience) and subjective (A2: emotional reaction intensity). Given the evidence that women are more likely than men to disclose initial adverse emotional reactions to trauma exposure, by endorsing Criterion A2, this may play a crucial role in determining who qualifies as having experienced an Criterion A event.¹²

To assess PTSD we can use multiple scales and interviews. One of the most widely used self-report instruments for the assessment of PTSD is the Impact of Event Scale (IES) and its revised version (IES-R).¹⁴ The IES was created by Mardy J. Horowitz in 1979 for the study of bereaved individuals, but immediately was used for exploring the psychological impact of a variety of traumas. It was constructed before the diagnosis of PTSD was entered into the DSM-III.¹⁵ The IES contains 15 items reflecting symptoms of avoidance (8 items) and intrusion (7 items) and evaluates the frequency of symptoms within the previous week on a 4-point scale (0,1,2,3 and 5).^{15,16}

Weiss and Marmar in 1997 developed the Impact of Event Scale – Revised (IES-R) to cover all three symptom clusters of PTSD (i.e. intrusion, avoidance and hyperarousal) once the Horowitz version didn’t contain symptoms of arousal. The IES-R contains 22 items, Weiss and Marmar added 7 items, 6 items for hyperarousal symptoms and one intrusion item to tap “flashbacks”.^{14,16,17} This scale evaluates the severity of symptoms experienced during the previous week on a 5-point scale (0 to 4).¹⁶ Although the IES-R

has been used as a screening tool for PTSD symptoms in many studies, there have been few validations of the IES-R against structured interviews for a PTSD diagnosis.¹⁴

The Clinician Administered PTSD Scale (CAPS) was developed by the National Center for PTSD and is currently the most widely used structured interview for diagnosing and measuring the severity of PTSD.¹⁸ The CAPS comprises 30 items, including 17 items that assess the DSM-IV symptoms for PTSD, 5 items that assess onset, duration, subjective distress and functional impairment, 3 items that assess overall response validity, symptom severity and symptom improvement, and 5 items that assess associated symptoms including trauma-related guilt and dissociation. The CAPS assess the frequency and intensity of each symptom on separate 5-point (0-4) rating scales, which can be summed to create a severity score for each symptom.¹⁹ Interviewers can administer only the 17 core symptoms or add the associated symptoms.¹⁸ The main disadvantages of the CAPS are that it takes longer than other interviews to administer and requires more extensive training to become proficient in its administration and scoring.¹⁹

The IES-6 is an abbreviation of the IES-R developed by Thoresen and colleagues that contains 6 items. The authors performed a regression for this new scale. In common with all abbreviated scales the IES-6 cannot provide a clinical diagnosis but this primarily aim to identify those with significant traumatic stress symptoms who would require further assessment to determine if they fulfill the full criteria for a diagnosis of PTSD. The IES-6 appears to perform well as a brief measure of posttraumatic stress reactions in clinical and nonclinical populations.²⁰

Objectives

Several studies show that Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) affects many individuals and that could be developed after a person experiencing a traumatic situation or as a result of exposure to a traumatic event.

Thus the research intends to conduct an assessment of PTSD on the Portuguese population. The purpose of the current study was to develop an abbreviated version of the IES-R based on the study of Thoresen and colleagues, check the validity of the IES-R through CAPS and finally calculate the cutoff of the IES-R and the IES-6.

Method

Participants

The sample is composed of 520 participants, of whom 147 (28.3%) were male and 373 (71.7%) are women. The average age of 28.72 ($SD = 12.612$) years. Data was based on merged databases that were collected in hospitals, maternity hospitals, health centers, centers for integrated responses, community organizations and universities.

The sample is divided into six sub-samples and the Clinician Administered PTSD Scale (CAPS) was only applied in sub-sample 1.

Sub-sample 1: This sample consisted of 109 university students, of 29.4% male ($n=32$) and 70.6% female ($n=77$). The average age is 21.28 ($SD = 3.386$). Regarding to the marital status, 99.1% of the participants is single and 0.9% is married; 88.1% has the

12th grade and 11.9% has a university degree. 13.6% of the individuals who experienced a traumatic event had psychological counseling after the event and 86.4% never had psychological counseling. For the event considered as most traumatic, we can appoint the following events, death of a family member or a close friend (52.3%), accidental disasters (14.8%), robbery/assault/aggression (8.0%), significant loss of a love relationship (3.4%), serious illness (8.0%), another event (5.7%), parental divorce (3.4%), fire (2.3%) and finally torture (2.3%).

The interviews were conducted with Clinician Administered PTSD Scale (CAPS) to 30 individuals of the total sample of 109. The results show that 50% (15 individuals) of the sample did not receive a diagnosis of PTSD with the CAPS, 30.0% (9 individuals) were diagnosed with lifetime PTSD, 20% of the sample diagnosed with lifetime and currently PTSD (6 individuals).

Sub-sample 2: This sample was obtained in a study on the loss of a love relationship; the sample consisted of 100 university students, of 19% male (n=19) and 81% female (n=81). The average age is 21.19 ($SD = 3.593$). Regarding to the significant loss of a love relationship, 59.0% has experienced a significant loss of a love relationship and 41% haven't experienced a significant loss²¹.

Sub-sample 3: This sample was obtained in a study on the psychometric analysis of the characteristics of Portuguese version of the Inventory of Complicated Grief. The sample consists of 127 university students, which 70.1% (N = 89) are females and 29.9% (N = 38) are male. The participants average age is 19.87 years ($SD=1.90$).²²

Sub-sample 4: The sample collection was performed at hospitals, community organizations and centers for integrated responses. Were sampled individuals qualified to at least the 4th grade and with a history of loss of a significant element in their lives. The sample consisted of 119 adults, 71 females (59.7%) and 48 males (40.3%).²³

Sub-sample 5: This sample consists of 34 participants, only women, who experienced medical termination of pregnancy. The interviewed women had, on average, 32.3 (SD=5.1) years, with about 62% of women 30 or more years old. Data were collected from hospitals and maternities. The majority of women had no psychiatric history (81.5%), more than half had no history of medical interruption of pregnancy (59.4%) and 40.6% had experienced this experience.²⁴

Sub-sample 6: For this sample data were collected on users of Health Centers who had lost a close family member in 1-2 months. The study sample consists of 52 participants, of which 73.1% were female (n = 38) and 26.9% male (n = 14). The age of participants ranges between 22 and 72 years of age (M = 43.10, SD = 12.48).²⁵

Instruments

Questionnaire of socio-demographic data (QDS)

The Questionnaire of socio-demographic data (QDS) was carried out in order to control the sample characteristics and to evaluate demographic relevant variables. It was intended to collect data such as gender, age, marital status and educational qualifications.

Impact of Event Scale – Revised (IES-R)

This scale is a review from Weiss and Marmar (1997) of the scale created by Horowitz and that originally consisted of 15 items. The IES-R has a total of 22 items, and the participants are asked to indicate for each item how the statement applies into a five-point scale, and hence the scale ranges from (0) "never" (1) "a little" (2) "moderately" (3) "often" and (4) "extremely". The IES-R showed a Cronbach's alpha value of 0.96 for the total scale, while the values for intrusion subscale was 0.94, for the avoidance subscale was 0.87 and for hypervigilant subscale was 0.91.^{17,26}

Clinician Administered PTSD Scale (CAPS)

Developed by the National Center for PTSD, is currently the most widely structured interview used for diagnosis and assessment of severity of PTSD.¹⁹ The CAPS consists of 30 questions and was designed to assess the essential characteristics of the PTSD defined by DSM-IV, including the A criterion to F criterion, as well as symptoms associated with guilt and dissociation. The interview provides the flexibility for information on symptoms and diagnosis of the state during the "last week", "last month" and/or "lifetime" diagnosis. Any or all three can be used, depending on the nature of the task at hands.²⁷

Procedure

All studies conducted on human's raises ethical and moral questions that must be preserved so that all participants are protected from any harmful consequence. In this study, all participants had guaranteed confidentiality and anonymity, after informed consent. However, we admit that the theme can generate some inhibitions in some

participants, considering variability of distress levels related to the events we ask to recall.

For data collection we asked for institutional authorizations; however for the sub-sample 1, which included CAPS, we sent an authorization request to the Board of the ESSVS (Escola Superior Saúde – Vale do Sousa) for further individual assessment with CAPS. On this sub-sample, the collection was performed in group, proceeding to the study of socio-demographic data and the application of the IES-R. In the second stage, after a telephone contact, were administrated CAPS individually in a context planned for this purpose. At the beginning of the interview we performed new informed consent procedure and asked participant that they could talk about doubts and that they can stop the interview whenever they wanted.

Statistical Analysis

Abbreviation of IES-R

Thoresen and colleagues used a multiple regression to abbreviate IES-R with the combination of items explains the maximum variance of the sum scale. The authors put the sum score of the IES-R as the dependent variable, introducing the 22 scale items as independent variables, so this regression was done using the command "forward stepwise". Thus created IES-6, which is comprised of six items (items 3, 6, 11, 12, 18, 21) from the IES-R.

To accomplish the abbreviation IES-R for the Portuguese population, we use the command "enter regression" in order to prove the hypothesis from Thoresen and colleagues. We considered the six items identified by Thoresen and colleagues in their study. The Cronbach's alpha for the IES-6 was also calculated.

Correlations between IES-6 and IES-R

The sum score of the IES-6 was correlated with sum score of the IES-R, in all six samples and was calculated the confidence interval for the correlation of 95%. We also calculated the correlation between each of the six items in the IES-6 with IES-R as well as the correlation between each item of the IES-6.

Calculation of the cutoff point of the IES-R and the IES-6

We calculate the cutoff of IES-R and the IES-6 using CAPS as a measure of PTSD. This calculation was performed using sample 1, which was applied the CAPS to the individuals who have agreed to. We use the sum of the IES-R as dependent variable and the results of CAPS as independent variable.

The calculation of the cutoff was performed through the ROC curve, it was calculated the area under the curve (AUC) for the IES-R and the IES-6.

All statistical analysis was conducted using SPSS for Windows, version 20.0.

Results

Abbreviation of IES-R

Thoresen and colleagues did a stepwise multiple regression analysis to identify which combination of items that explain the maximum proportion of variance of the full-scale sum score, they entered the 22 single items as independent variables, using the forward stepwise command. They decided a priori that their subset should consist of two items from each of the three subscales.²⁰

To accomplish our abbreviation of the IES-R in IES-6 we used all the subsamples.

An analysis of variance allows multiple groups are compared at once, using continuous variables. The results presented in table 2 show that the six items are relevant to predict IES-R value and they predict 91% of IES-R variance.

We calculated the Cronbach's alpha for the IES-6 and IES-R. The Cronbach's alpha is 0,842 for IES-6 and 0,954 for the IES-R.

The average sum score of IES-R is 36.40 ($SD=19.711$) and for IES-6 is 10.48 ($SD=5.852$), as presented on table 3.

Correlations between IES-6 and IES-R

The IES-6 sum score was correlated with the IES-R sum score in all six samples and scored a *Pearson's r* of .951 ($p < 0.01$).

We calculated the correlations between the items of the IES-6 and IES-R and between items of IES-6 (table 4). The results of the correlations was 0.754 between item 3 and IES-R, 0.745 between item 6 and IES-R, 0.516 between item 11 and IES-R, 0.794 between item 12 and IES-R, 0.804 between item 18 and IES-R and finally 0.653 between item 21 and IES-R. This means that the IES-R and the items 3, 6, 12 and 18 have a strong correlation, and the items 11 and 21 have a moderated correlation.

The results of the correlations between the IES-6 items can be analyzed on table 4. We have to underline that correlation between item 3 and item 11 shows a weak correlation, with a value of 0.214.

Calculation of the cutoff values for IES-R and IES-6

To verify and evaluate the diagnostic ability of the IES-R and the IES-6 evaluating the Posttraumatic Stress Disorder, we held a ROC curve analysis based on CAPS results and IES-R and IES-6 scores.

With the ROC curve analysis we can identify the sensitivity (proportion of true positives) and specificity (proportion of false negatives) of a diagnostic instrument.

Chart 1 shows the results of ROC curve analysis for the outcome of the IES-R and the IES-6 total for the Portuguese version. The total area of the ROC curve for the IES-R was 0.944 (standard error = 0.039, $p = 0.000$, CI 0.867 to 1.000), indicating a good discrimination capability of posttraumatic stress disorder.

And the total area of the ROC curve for the IES-6 was 0.896 (standard error = 0.059, $p = 0.000$, CI 0.780 to 1.000), indicating a good discrimination capability of posttraumatic stress disorder.

Being the cutoff point a balance between sensitivity and specificity, we can observe that for the Portuguese versions the cutoff point of IES-R would be 35.5, and the cutoff point for the IES-6 would be 12.5, since it has a better value of balance (table 5).

Discussion

The present results are discussed referring its relevance to the literature and a comparison with the data written by investigations carried out so far. The abbreviation of the IES-R and IES-6 was one of the objectives of this study, the Cronbach's alpha calculated for the IES-6 was 0.842 and for the IES-R was 0.954. In the study of Thorensen and colleagues, the Cronbach's alpha for the IES-6 was 0.80. This means that in this study we obtained a higher value of the Cronbach's alpha.

Regarding the correlation between the IES-R and the IES-6, we obtained a value of 0.951 and in the study of Thorensen and colleagues, the value obtained was 0.96,

meaning that no relevant information was lost by weighting the items in the short form sum score.

Also aimed to calculate the cutoff values for both IES-R and IES-6. The obtained data shows that the cutoff for the Portuguese version is not equal to the cutoff calculated for other versions, particularly for IES-R, in the study by Lim et al (2009) in Korea the cutoff point calculated was 22; in the study of Creamer et al (2003) the cutoff point was calculated at 33.

More specifically, the study to determining the cutoff of IES-R for the Portuguese version found that the cutoff is a score of 35.5, and 2 (6.67%) of respondents were incorrectly diagnosed with PTSD by the IES-R (false positives). This evidence strengthens the validity of the diagnosis of IES-R considering thus a good tool for the diagnosis of individuals with PTSD. However, IES-R should not be applied separately but in conjunction with a diagnostic interview as CAPS, to be possible to make an accurate assessment of PTSD.

The cutoff of the IES-6 for the Portuguese population was 12.5 while in the study Thoresen and colleagues the cutoff was 10.

Conclusion

This study has developed an abbreviated form of the IES-R (the IES-6). In line with previous research our results indicate that short scales perform as well as longer scales. Our data demonstrate that the IES-R and the IES-6 are reliable measures to assess PTSD, however shouldn't be used alone but must be applied with an interview

diagnosis of PTSD to reveal the complexity of traumatic stress responses. The data collected in this study may serve as a baseline for comparison for future studies.

Bibliography

1. Albuquerque A, Soares C, Jesus PM, Alves, C. Perturbação Pós-Traumática do Stress (PTSD): Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*. 2003; 16:309-320.
2. American Psychiatric Association. *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – 4ª Revisão de Texto*. 1st ed. Lisboa: Climepsi Editores; 2002.
3. Linden M, Maercker A. *Embitterment. Societal, psychological, and clinical perspectives*. Wien: Springer; 2011.
4. Yehuda R. Post-Traumatic Stress Disorder. *New England Journal of Medicine*. 2002; 346(2):108-114.
5. Cloitre M, Stolbach B, Herman J, Kolk B, Pynoos R, Wang J, Petkova E. A Developmental Approach to Complex PTSD: Childhood and Adult Cumulative Trauma as Predictors of Symptom Complexity. *Journal of Traumatic Stress*. 2009;22(5):399-408.
6. Storr C, Schaeffer C, Petras H, Ialongo N, Breslau N. Early childhood behaviour trajectories and the likelihood of experiencing a traumatic event and PTSD by young adulthood. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2009;44:398-406.

7. Anunciação, C. Ajustamento marital em ex-combatentes da Guerra Colonial com e sem perturbação pós-stress traumático. *Análise Psicológica*. 1997;4(XV):595-604.
8. Breslau N, Davis G. Posttraumatic Stress Disorder in an urban population of young adults: risk factors for chronicity. *American Journal of Psychiatry*. 1992; 149:671-675.
9. Tolin DF, Foa EB. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*. 2006; 132(6):959-992.
10. Breslau N, Anthony J. Gender Differences in the Sensitivity to Posttraumatic Stress Disorder: An Epidemiological Study of Urban Young Adults. *Journal of Abnormal Psychology*. 2007;116(3):607-611.
11. 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. *Archives of General Psychiatry*. 1998; 55:626–632.
12. Armour C, Elhaic J, Layne C, Shevlin M, Durakovic-Belko E, Djapo N, Pynoos R. Gender differences in the factor structure of posttraumatic stress disorder symptoms in war-exposed adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*. 2011;25:604-611.
13. Tolin DF, Breslau N. Sex differences in risk of PTSD. *PTSD Research Quarterly*. 2007; 18(2):1-8.
14. Sveen J, Low A, Dyster-Aas J, Ekselius A, Willebrand M, Gerdin B. Validation of a Swedish version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R) in patients with burns . *Journal of Anxiety Disorders*. 2010; 24:618–622.
15. Sundin EC, Horowitz MJ. Impact of Event Scale: psychometric properties. *British Journal of Psychiatric*. 2001; 180:205-209.

16. Lim HK, Woo JM, Kim TS, Kim TH, Choi KS, Chung SK, Chee IS, Lee KU, Paik, KC, Seo, HJ, Kim W, Jin B, Chae JH. Reliability and validity of the Korean version of the Impact of Event Scale – Revised. *Comprehensive Psychiatry*. 2009; 50:385-390.
17. Weiss DS, Marmar CR. The Impact of Event Scale—Revised. In: Wilson JP, Keane TM, editors. *Assessing psychological trauma and PTSD: A handbook for practitioners*. New York: Guilford Press; 1997. p. 399–411.
18. Keane TM, Brief DJ, Pratt EM, Miller MW. Assessment of PTSD and its comorbidities in adults. In: Friedman M, Keane TM, Resick PA. *Handbook of PTSD: Science and Practice*. 1st ed. New York: Guilford Press; 2000. p. 279-299.
19. Weathers FW, Keane TM, Foa EB. Assessment and Diagnosis of Adults. In: Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA. *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2009. p. 23-55.
20. Thoresen S, Tambs K, Hussain A, Heir T, Johansen VA, Bisson JI. Brief measure of posttraumatic stress reactions: Impact of Event Scale-6. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2010; 45:405-412.
21. Bastos V. Efeitos da Perda de um Relacionamento Amoroso em Estudantes do ensino Superior [dissertation]. Gandra: ISCS-N; 2010
22. Frade B. Análise das Características Psicométricas da Versão Portuguesa do Inventory of Complicated Grief [dissertation]. Gandra: ISCS-N; 2010.
23. Ferreira, E. Luto Complicado e Regulação Emocional em Pais que perderam os filhos [dissertation]. Gandra: ISCS-N; 2010.
24. Afonso F. Estudo Longitudinal da Interrupção Médica da Gravidez: consequências psicológicas a longo prazo [dissertation]. Gandra: ISCS-N; 2010.

25. Pacheco D. Modelo preditor de Luto Complicado 6 meses após a perda de um familiar [dissertation]. Gandra: ISCS-N; 2010.
26. Creamer M, Bell R, Failla S. Psychometric properties of the Impact of Event Scale-Revised. *Behaviour Research and Therapy*. 2003;41:1489–1496.
27. Blake D, Weathers F, Nagy L, Kaloupek D, Klauminzer G, Charney D, Keane T, Buckley T. *Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS): Instruction Manual*. Boston MA: National Center for PTSD. 2000

Table 1 Demographic Characteristics of participants (N=520)

Characteristics	<i>N</i>	%	<i>M</i>	<i>SD</i>
Gender				
-Male	147	28.3		
-Female	373	71.7		
Age			28.72	12.612

Table 2 Regression analysis summary for abbreviation for IES-R

	Unstandardized coefficients		Standardized coefficients	<i>T</i>	<i>p</i>
	<i>B</i>	<i>Std. Error</i>	β		
Constant	3.257	0.581		5.001	0.000
Item 3	4.176	0.290	0.263	14.421	0.000
Item 6	2.458	0.282	0.163	8.706	0.000
Item 11	2.620	0.225	0.173	11.668	0.000
Item 12	3.572	0.287	0.244	12.441	0.000
Item 18	3.425	0.300	0.230	11.410	0.000
Item 21	2.806	0.242	0.187	11.616	0.000

Note: $R^2 = .910$ (N=520, $p < .001$)

Table 3 Descriptive Statistic of IES-R and IES-6

Measures	Mean	SD	Min	Max
IES-R	36.40	19.711	0.00	86.00
IES-6	10.48	5.852	0.00	24.00

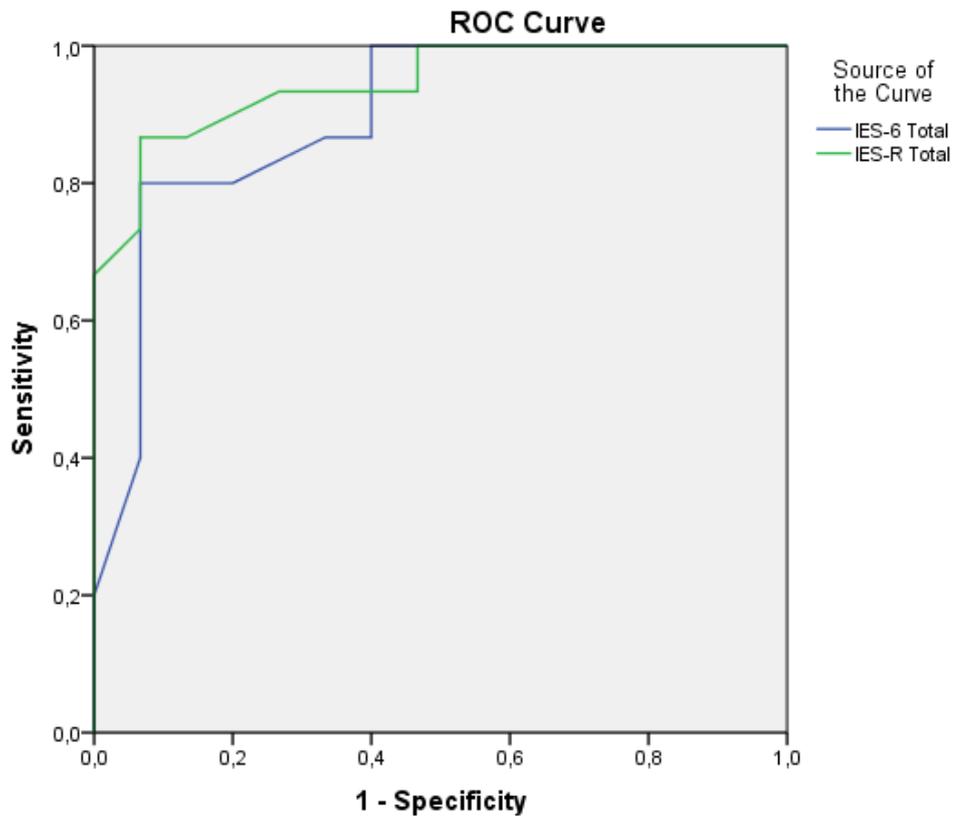
Table 4 Correlation among IES-R and IES-6 items.

Measure	IES-R	Item 3	Item 6	Item 11	Item 12	Item 18	Item 21
IES-R	-						
Item 3	0.754	-					
Item 6	0.745	0.561	-				
Item 11	0.516	0.214	0.356	-			
Item 12	0.794	0.574	0.616	0.384	-		
Item 18	0.804	0.615	0.602	0.347	0.651	-	
Item 21	0.653	0.436	0.454	0.296	0.446	0.512	-

Table 5 Possible Cutoff of IES-R and IES-6

Instruments	Cutoff	Sensitivity	1-Specificity
IES-6	10.5	0.867	0.333
	11.5	0.800	0.200
	12.5	0.800	0.067
	13.5	0.600	0.067
	15	0.533	0.067
IES-R	32.5	0.933	0.333
	34	0.933	0.267
	35.5	0,867	0,133
	37	0,867	0.067
	38.5	0.800	0.067

Chart 1 ROC Curve for IES-R and IES-6



Diagonal segments are produced by ties.

Anexos

Anexo 1

Versão Portuguesa do Artigo

Validade Convergente das Versões Postugasas da Escala de Impacto de Eventos– Revista e da Escala de Impactos de Evento–6

Lopes, A.,¹ Rocha, J.¹

¹UnIPSa-CICS, Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte; CESPU

Resumo

A Perturbação Pós-Traumática do Stress é caracterizada por sintomas específicos que se desenvolvem após a exposição a um evento traumático e, ao qual, o indivíduo responde com intenso medo, desesperança e horror.

A finalidade do presente estudo é o desenvolvimento de uma versão abreviada da IES-R com base no estudo de Thoresen e colegas (IES-6), verificar a validade da IES-R através da CAPS e, por fim, calcular o ponto de corte da IES-R e da IES-6.

A amostra é composta por 520 participantes, 147 (28,3%) homens e 373 (71,7%) mulheres. A idade média é de 28,72 (DP = 12,612) anos. Os instrumentos utilizados foram a Escala de Impacto de Eventos – Revista (IES-R) e a Escala de Administração Clínica de PTSD (Clinician Administered PTSD Scale - CAPS).

O procedimento da abreviação resulta num subconjunto de seis itens (IES-6) e que foi correlacionada com a IES-R (r de Pearson = 0,951). O ponto de corte para a IES-R foi de 35,5 e para a IES-6 foi de 12,5.

A IES-R e a IES-6 têm boas qualidades psicométricas e são bons instrumentos para medição da PTSD, é de referir que a IES-6 é uma medida robusta e breve de avaliação das reações pós-traumáticas de stress.

Palavras-Chave: Perturbações de Stress. Perturbação Pós-Stress Traumático. IES-R. CAPS. IES-6

Introdução

A PTSD foi codificada no Manual Estatístico de Diagnóstico (DSM-III) em 1980 e depois ligeiramente modificada no DSM-III-R e DSM-IV, assim como na Classificação Internacional das Doenças (CID-10) da OMS (Organização Mundial da Saúde).¹

O DSM-IV-TR define trauma como “(...) uma experiência pessoal direta com um acontecimento que envolva morte, ameaça de morte ou ferimento grave, ou outra ameaça à integridade física; ou observar um acontecimento que envolva morte, ferimento ou ameaça à integridade física de outra pessoa; ou ter conhecimento acerca de uma morte ou ferimento vivido por um familiar ou amigo íntimo. A resposta da pessoa ao acontecimento deve envolver um medo intenso, sentimento de incapacidade de obter ajuda ou horror...”.²

Smith e colegas citado por Linden & Maercker (2011) definem eventos traumáticos como situações objetivas de extremo perigo que estão fora do alcance da experiência humana usual. Estes incluem desastres naturais, como terremotos e inundações, desastres causados pelo homem, como guerras e acidentes nucleares, acidentes catastróficos, tais como acidentes de carro ou avião, e agressões físicas, como estupro ou tentativa de homicídio.³

A característica que define um evento traumático é a sua capacidade para provocar o medo, impotência ou horror em resposta à ameaça de lesão ou morte. As pessoas que são expostas a esses eventos têm um risco acrescido para o desenvolvimento de PTSD, bem como para a depressão *major*, perturbação de pânico, perturbação de ansiedade

generalizada e abuso de substâncias, em comparação com aqueles que não experienciaram eventos traumáticos.⁵

Para ser diagnosticado com PTSD, a pessoa teve de ser exposta a um stressor extremo ou evento traumático ao qual respondeu com medo, horror, impotência e tem de ter três tipos distintos de sintomas, que consistem em reviver o evento, evitamento de lembranças do evento, e hiperestimulação, durante pelo menos um mês.^{4,5,6} O reviver do evento refere-se a lembranças indesejadas do incidente na forma de imagens perturbantes, pesadelos ou *flashbacks*. Os sintomas de evitação consistem em tentativas de evitar lembranças do evento, incluindo pessoas, lugares ou até mesmo pensamentos associados com o incidente. E os sintomas de hiperatividade referem-se a manifestações fisiológicas, tais como irritabilidade, insónia, dificuldades de concentração, hipervigilância, e aumento das reações de sobressalto. A resposta psicológica e biológica a um evento traumático é determinada pelas características tanto do evento como da pessoa envolvida. A resposta inicial de medo é inerentemente biológica, mas pode ser influenciada por uma interpretação subjetiva da pessoa ao evento, que por sua vez é influenciado por experiências anteriores da pessoa e outros fatores de risco. Raiva, horror, tristeza, humilhação e culpa podem também ocorrer em resposta ao trauma.⁴

Assim, nos indivíduos com PTSD é frequente uma forte labilidade emocional, sentimentos de depressão que podem conduzir a comportamentos autodestrutivos e ao abuso de substâncias (álcool e drogas).⁷

Os indivíduos com história de trauma raramente experimentam apenas um único evento traumático, mas sim são susceptíveis de ter experimentado vários episódios de exposição traumática.⁵ Este fenómeno tem sido frequentemente relatado entre os sobreviventes de abuso infantil, violência doméstica, e aqueles que tenham sido testemunhas ou alvos de genocídio.

Estudos epidemiológicos têm sugerido que a PTSD pode ser mais prevalente entre o sexo feminino do que entre sexo masculino.^{8,9}

Há evidências de que a diferença de gênero pode ser atribuída à ocorrência de PTSD após a exposição a eventos traumáticos, particularmente os eventos que envolvem violência agressiva. Embora as mulheres sejam menos propensas que homens a sofrer de violência agressiva, uma vez agredidas, são mais propensas do que os homens de desenvolver PTSD. Estudos sugerem que o risco de PTSD é maior em pessoas que sofreram um evento traumático anterior, especialmente um evento violento.¹⁰

Breslau e Anthony (2007), num grupo de população urbana de adultos jovens, descobriram que nos homens, o risco de PTSD não varia por tipo de trauma, agressivo versus não-agressivo, nem pela história prévia de trauma. Em contraste, o risco de PTSD na mulher varia por tipo de trauma, bem como pela história prévia de trauma.¹⁰

O risco de PTSD nas mulheres após um evento de violência agressivo é marcadamente maior que o risco de PTSD após outros tipos de eventos traumáticos. Além disso, o risco de PTSD nas mulheres após um trauma não-agressivo é maior se o evento anterior era de violência agressiva, o que parece ter amplificado em cerca de 5 vezes a resposta de PTSD a um trauma subsequente não-agressivo. O risco de PTSD nas mulheres após um evento de violência agressivo não varia em relação à exposição prévia.

As mulheres estão mais propensas a desenvolver formas crônicas de PTSD comparativamente com os homens.^{10,11} Têm sido dadas poucas explicações convincentes para essas diferenças de gênero nas taxas de prevalência de PTSD. Uma explicação central verifica-se nas seguintes proposições em que (1) diferentes tipos de eventos traumáticos e circunstâncias diferem na sua potência etiológica para o desenvolvimento de PTSD;¹² (2) os homens e as mulheres têm diferentes taxas de

exposição a diferentes tipos de trauma e, portanto, (3) os tipos específicos de trauma a que as mulheres têm taxas comparativamente mais elevadas de exposição são mais propensos a levar à PTSD. No entanto, vários estudos têm documentado taxas mais elevadas de PTSD em mulheres mesmo para as categorias de traumas que ocorrem mais frequentemente em mulheres, incluindo abuso sexual e violência doméstica.¹² Uma segunda explicação para as diferentes taxas de prevalência de PTSD entre os gêneros é baseada nos resultados em que as mulheres são duas vezes mais propensas que os homens a relatar sintomas de depressão e de ansiedade.^{12,13} Assim, as taxas mais elevadas de prevalência de PTSD em mulheres podem refletir uma maior prevalência geral de sofrimento psíquico ou de perturbação psiquiátrica. No entanto, autores relataram que as diferenças de gênero nas taxas de PTSD permaneceram as mesmas após o controle de perturbações psiquiátricas pré-existentes, como a depressão e a ansiedade. Uma terceira explicação para as diferenças nas taxas de prevalência de PTSD ligadas ao gênero em centros de avaliação da perturbação, referem-se ao Critério A, que serve como um acesso ao diagnóstico de PTSD. Mais especificamente, o critério A é composto por duas componentes, uma objetiva (A1: experiência traumática) e uma subjetiva (A2: intensidade da reação emocional). Dadas as evidências de que as mulheres são mais propensas que os homens a divulgar as reações iniciais adversas à exposição ao trauma, relativamente ao gênero o Critério A2 pode desempenhar um papel crucial na determinação de quem se qualifica como tendo vivenciado um evento do Critério A.¹²

Para avaliar a PTSD pode-se utilizar diferentes escalas e entrevistas. Um dos instrumentos de auto-relato mais utilizados na avaliação da PTSD é a Escala de Impacto de Eventos (IES) e a sua versão revista (IES-R).¹⁴ A IES foi desenvolvida por Mardy J. Horowitz em 1979 para um estudo de indivíduos enlutados, mas logo foi utilizado para

analisar o impacto psicológico de uma variedade de traumas. Esta escala foi construída antes do diagnóstico de PTSD ser codificado no DSM-III.¹⁵ A IES contém 15 itens que avaliam sintomas de evitação (8 itens) e intrusão (7 itens) e avalia a frequência dos sintomas na semana anterior à aplicação, numa escala de 4 pontos (0,1,2,3 e 5).^{15,16}

Weiss e Marmar em 1997 desenvolveram a Escala de Impacto de Eventos – Revista (IES-R), para cobrir os três grupos de sintomas da PTSD (isto é, intrusão, evitamento e hipervigilância) uma vez que a versão de Horowitz não avalia os sintomas de hipervigilância. A IES-R é composta por 22 itens, Weiss e Marmar adicionaram 7 itens, seis itens para os sintomas hipervigilância e um item de intrusão, focado nos "flashbacks".^{14,16,17} Esta escala avalia a gravidade dos sintomas experienciados na semana anterior à avaliação, numa escala de 5 pontos (0 a 4).¹⁶ Embora a IES-R, em muitos estudos, seja utilizada como uma ferramenta de rastreio dos sintomas de PTSD, verifica-se que existem poucas validações comparando a IES-R com entrevistas estruturadas de diagnóstico da PTSD.¹⁴

A Escala de Administração Clínica de para a PTSD (CAPS) foi desenvolvida pelo Centro Nacional Americano para a PTSD, é atualmente, a entrevista estruturada mais usada para um diagnóstico e avaliação da severidade da PTSD.¹⁸ A CAPS constituída por 30 questões, que inclui 17 itens que avaliam os sintomas de PTSD definidos pelo DSM-IV, 5 itens que avaliam o início, a duração, a angústia subjetiva e o comprometimento funcional, 3 itens que avaliam a validade global da resposta, a gravidade dos sintomas e a melhoria dos sintomas, e por fim, 5 itens que avaliam sintomas associados, incluindo traumas relacionados, culpa e dissociação. A CAPS avalia a frequência e a intensidade de cada sintoma em diferentes escalas de 5 pontos (0-4), que podem ser somadas para criar um total da gravidade de cada sintoma.¹⁹ Os entrevistadores podem administrar apenas os 17 itens principais ou questionar todos os

itens.¹⁸ As principais desvantagens da CAPS é o facto de ser um instrumento que demora mais tempo a ser administrado, comparativamente a outras entrevistas e requer um treino mais extenso na sua administração e pontuação.¹⁹

A Escala de Impacto de Evento-6 (IES-6) é uma abreviação da IES-R desenvolvida por Thoresen e colegas, que contém seis itens. Para desenvolver esta escala, os autores realizaram uma regressão. Em comum com todas as escalas abreviadas, a IES-6 não pode fornecer um diagnóstico clínico, mas tem como objetivo principal identificar indivíduos com sintomas significativos de stress traumático e que necessitam de uma avaliação mais extensa para determinar se cumprirem todos os critérios para o diagnóstico de PTSD. A IES-6 exerce bem a sua função de uma medida breve de avaliação das reações de stress pós-traumático em populações clínicas e não-clínicas.²⁰

Objectivos

Diversos estudos demonstram que a Perturbação Pós-Stress Traumática (PTSD) afeta inúmeros indivíduos e que pode-se desenvolver após um individuo experienciar uma situação traumática ou em consequência de um individuo assistir ou ter conhecimento de alguém que vivenciou um acontecimento traumático.

Assim, esta investigação pretende realizar uma avaliação da PTSD na população portuguesa. O objetivo deste estudo foi o de desenvolver uma versão abreviada da IES-R com base no estudo de Thoresen e colegas (IES-6), verificar a validade da IES-R através da CAPS e por fim calcular o ponto de corte da IES-R e da IES-6.

Método

Amostra

A amostra é constituída por 520 participantes, dos quais 147 (28,3%) são do sexo masculino e 373 (71,7%) são do sexo feminino. A idade média é 28,72 (DP = 12,612) anos. Os dados foram recolhidos em hospitais, maternidades, centros de saúde, centros de respostas integradas, associações e universidades.

A amostra é dividida em seis sub-amostras, uma vez que a CAPS apenas foi aplicada na sub-amostra 1.

Tabela 5 Características demográficas da amostra (N=520)

Características	<i>N</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>
Género				
-Masculino	147	28.3		
-Feminino	373	71.7		
Idade			28.72	12.612

Sub-amostra 1: Esta amostra é constituída por 109 indivíduos, sendo que 29,4% são do sexo masculino (n=32) e 70,6 são do sexo feminino (n=77). A média de idades é de 21,28 (DP=3,386) anos. Relativamente ao estado civil, 99,1% da amostra é solteira e 0,9% é casada. Verificou-se que 88,1% tem o 12º ano e 11,9% tem uma licenciatura. Dos indivíduos que já vivenciaram um evento traumático, 13,6% teve acompanhamento psicológico após o evento e 86,4% nunca teve acompanhamento psicológico. Relativamente aos eventos considerados mais traumáticos, podemos nomear os seguintes, morte de familiar ou amigo próximo (52,3%), desastres acidentais (14,8%), roubo/assalto/agressão (8,0%), doença grave (8,0%), outro evento (5,7%), perda

significativa de um relacionamento amoroso (3,4%), divórcio dos pais (3,4%), incêndio (2,3%) e por fim, tortura (2,3%).

As entrevistas com o CAPS foram realizadas a 30 indivíduos do total de 109 da amostra. Os resultados demonstram que 50% da amostra não obteve diagnóstico de PTSD com o CAPS; 30,0% dos indivíduos da amostra apresentaram diagnóstico de PTSD ao longo da vida; 20% da amostra manifesta diagnóstico de PTSD ao longo da vida e atualmente.

Sub-amostra 2: Esta amostra foi recolhida num estudo sobre a perda significativa de um relacionamento amoroso, sendo que amostra é composta por 100 estudantes universitários, 19% do sexo masculino (n=19) e 81% do sexo feminino (n=81). A idade média é de 21,19 (DP = 3,593) anos. Relativamente à perda significativa de uma relação amorosa, 59,0% sofreu uma perda significativa e 41% não experimentaram nenhuma perda significativa de uma relação amorosa.²¹

Sub-amostra 3: Esta amostra foi recolhida num estudo sobre a análise psicométrica das características da versão portuguesa do Inventário de Luto Complicado. A amostra é constituída por 127 estudantes universitários, 70,1% (N = 89) são do sexo feminino e 29,9% (N = 38) são do sexo masculino. A idade média dos participantes é 19,87 anos (DP = 1,90).²²

Sub-amostra 4: A recolha da amostra foi realizada em hospitais, associações e centros de respostas integradas. Foram incluídos na amostra indivíduos habilitados com pelo menos o 4º ano de escolaridade e com história de perda de um elemento significativo nas suas vidas. A amostra é composta por 119 adultos, 71 do sexo feminino (59,7%) e 48 homens (40,3%).²³

Sub-amostra 5: Esta amostra é composta por 34 participantes, apenas as mulheres, após interrupção médica da gravidez. As mulheres entrevistadas tinham, em média, 32,3 (DP = 5,1) anos, com cerca de 62% das mulheres com 30 ou mais anos de idade. Os dados foram recolhidos em hospitais e maternidades. A maioria das mulheres não tinha antecedentes psiquiátricos (81,5%), e mais de metade não tinha histórico de interrupção médica da gravidez (59,4%), enquanto 40,6% já tinham vivenciado esta experiência.²⁴

Sub-amostra 6: Os dados desta amostra foram recolhidos em utentes de centros de saúde que haviam perdido um familiar próximo há cerca de 1-2 meses. A amostra do estudo é constituída por 52 participantes, dos quais 73,1% são do sexo feminino (n = 38) e 26,9% do sexo masculino (n = 14). A idade dos participantes varia entre 22 e 72 anos de idade (M = 43,10, DP = 12,48).²⁵

Instrumentos

Questionário de Dados Sócio-Demográficos (QDS)

O Questionário de dados sócio-demográficos (QDS) foi realizado com o intuito de controlar a amostra e avaliar as variáveis demográficas, de forma a recolher dados como sexo, idade, estado civil e habilitações literárias.

Impact of Event Scale – Revised (IES-R)

Esta escala é uma revisão de Weiss e Marmar (1997) da escala criada por Horowitz e que inicialmente consistia em 15 itens. A IES-R tem um total de 22 itens, e os participantes são convidados a indicar para cada item a pontuação que se aplica. Esta é uma escala de cinco pontos, ou seja, varia de (0) "nunca", (1) "um pouco", (2)

"moderadamente", (3) "muitas vezes" e (4) "extremamente". A IES-R mostrou um valor de alfa de Cronbach de 0,96 para a escala total, enquanto os valores para a sub-escala de intrusão foram de 0,94, para a subescala de evitamento foi de 0,87 e para a subescala de hipervigilância foi de 0.91.^{17,26}

Clinician Administered PTSD Scale (CAPS)

Desenvolvido pelo Centro Nacional Americano para a PTSD, atualmente é a entrevista estruturada mais usada para diagnóstico e avaliação da severidade de PTSD.¹⁹ A CAPS é uma entrevista semi-estruturada constituída por 30 questões e que foi concebida para avaliar as características essenciais da Perturbação Pós-Traumática de Stress definidas pelo DSM-IV, incluindo do critério A ao critério F, assim como sintomas associados à culpa e à dissociação. A entrevista oferece a flexibilidade para obter informações sobre sintomas e diagnóstico do estado durante a “semana passada”, “o último mês” e/ou o diagnóstico “ao longo da vida”. Qualquer um ou, todos os três podem ser utilizados, dependendo da natureza da tarefa em mãos.²⁷

Procedimento

Todos os estudos realizados sobre seres humanos levantam questões éticas e morais que têm de ser salvaguardadas de modo a que todos os participantes estejam protegidos de qualquer consequência lesiva.

Neste estudo, todos os direitos foram garantidos aos participantes, incluindo o sigilo profissional e o anonimato. Admitimos contudo, que a temática versada poderá criar algumas inibições em alguns participantes mais sensíveis, por de alguma forma, poder correr um certo nível de invasão de privacidade, apesar das medidas de salvaguarda tomadas.

Para a recolha dos dados foram pedidas autorizações institucionais, no entanto, para a sub-amostra 1, à qual foi aplicada a CAPS, foi enviado um pedido de autorização à Direção da Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa (ESSVS), que incluía os objetivos da investigação e o material a ser utilizado. Nesta sub-amostra, num primeiro momento, a recolha dos dados foi realizada em grupo, procedendo-se à aplicação do questionário de dados sócio-demográficos e à aplicação do IES-R. No segundo momento da investigação, após um contacto telefónico marcaram-se entrevistas individuais para a aplicação da CAPS, num contexto planeado para o efeito. No início de cada entrevista foi dito ao participante que poderia colocar dúvidas sempre que não percebesse alguma questão, assim como poderia parar a entrevista quando quisesse.

Análise Estatística

Abreviação da IES-R

Para a realização da abreviação da IES-R, Thoresen e colegas recorreram a uma regressão múltipla, cuja combinação de itens explica a variação máxima da soma da escala. Os autores colocaram a pontuação total do IES-R como variável dependente, introduzindo os 22 itens da escala como variáveis independentes. Assim criaram a IES-6, que é composta por seis itens (itens 3, 6, 11, 12, 18, 21) da IES-R.

Para realizar a abreviação da IES-R para a população portuguesa e de forma a comprovar a hipótese de Thorensen e colegas, recorreremos a uma regressão usando o comando “*enter*”.

Por fim foi calculado o alfa de Cronbach para a IES-6.

Correlação entre IES-R e IES-6

A pontuação dos itens da IES-6 foi correlacionada com a pontuação total da IES-R, para todas as sub-amostras. O intervalo de confiança calculado para a correlação foi de 95%. Por fim, calculou-se também a concordância entre cada um dos seis itens na IES-6 com IES-R, assim como a correlação entre cada item do IES-6.

Cálculo do ponto de corte da IES-R e da IES-6

O ponto de corte da IES-R e da IES-6 foi calculado utilizando a CAPS como uma medida de PTSD. Este cálculo foi realizado com a sub-amostra 1, à qual foi aplicada a CAPS.

Para realizar o cálculo do ponto de corte usamos a soma da IES-R como variável dependente e os resultados da CAPS como variável independente

O cálculo do ponto de corte foi realizado através da curva de ROC, na qual se calculou a área sob a curva (AUC) para a IES-R e para a IES-6.

Todas as análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa SPSS para Windows, versão 20.0.

Resultados

Abreviação da IES-R

Para realizar esta abreviação da IES-R em IES-6 foram utilizadas todas as sub-amostras. Uma análise de variância permite comparar simultaneamente vários grupos utilizando as variáveis contínuas. Os resultados apresentados na tabela 2 mostram que os seis itens são relevantes para predizer o valor de IES-R e que estes predizem 91% de variância no IES-R. Calculámos o alfa de Cronbach para o IES-R e para o IES-6. O alfa de Cronbach é de 0.842 para a IES-6 e de 0.954 para a IES-R.

Tabela 2 Resumo da análise da regressão para a abreviação da IES-R.

	Coeficientes não padronizados		Coeficientes Padronizados	t	p
	B	DP	β		
Constante	3,257	0,581		5,001	0,000
Item 3	4,176	0,290	0,263	14,421	0,000
Item 6	2,458	0,282	0,163	8,706	0,000
Item 11	2,620	0,225	0,173	11,668	0,000
Item 12	3,572	0,287	0,244	12,441	0,000
Item 18	3,425	0,300	0,230	11,410	0,000
Item 21	2,806	0,242	0,187	11,616	0,000

Nota: $R^2 = 0,910$ ($N=520$, $p<.001$)

A média da pontuação total do IES-R é 36,40 ($SD=19.711$) e do IES-6 é 10.48 ($SD=5.852$), como está apresentado na tabela 3.

Tabela 3 Estatística descritiva da IES-R e IES-6

Instrumentos	Média	DP	Min	Max
IES-R	36.40	19.711	0.00	86.00
IES-6	10.48	5.852	0.00	24.00

Correlações entre IES-6 e IES-R

Correlacionou-se a pontuação total da IES-6 com a pontuação total da IES-R e o intervalo de confiança calculado foi de 95,1% ($p < 0,01$).

Calculou-se também a correlação entre os itens da IES-6 e da IES-R e entre os itens de IES-6 (tabela 4). Assim os resultados destas correlações foram de 0.754 entre o item 3 e a IES-R, de 0.745 entre o item 6 e a IES-R, de 0.516 entre o item 11 e a IES-R, de 0.794 entre o item 12 e a IES-R, de 0.804 entre o item 18 e a IES-R e de 0.653 entre o item 21 e a IES-R. Isto significa que os itens 3,6,12 e 18 têm uma forte correlação com a IES-R, e os itens 11 e 21 têm uma correlação moderada com a IES-R.

Os resultados das correlações entre os itens da IES-6 podem ser observados na tabela 4. É de salientar que a correlação entre o item 3 com o item 11 apresenta um valor de 0.212, o que significa que têm uma fraca correlação.

Tabela 4 Correlação entre IES-R e os itens da IES-6.

Medida	IES-R	Item 3	Item 6	Item 11	Item 12	Item 18	Item 21
IES-R	-						
Item 3	0.754	-					
Item 6	0.745	0.561	-				
Item 11	0.516	0.214	0.356	-			
Item 12	0.794	0.574	0.616	0.384	-		
Item 18	0.804	0.615	0.602	0.347	0.651	-	
Item 21	0.653	0.436	0.454	0.296	0.446	0.512	-

Cálculo do Ponto de Corte do IES-R (Impact of Event Scale – Revised)

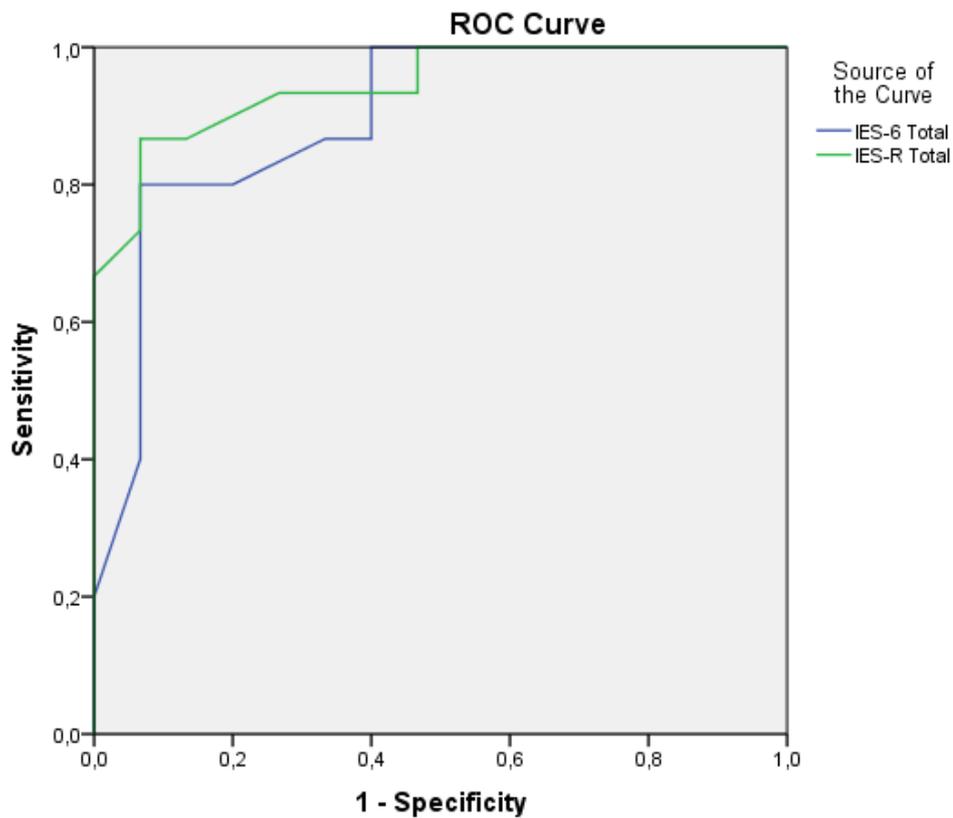
Para avaliar e verificar a capacidade de diagnóstico da IES-R e da IES-6 quanto à avaliação da Perturbação Pós-Stress Traumático, realizou-se uma análise da curva de ROC.

Perante a análise da curva de ROC podemos identificar a sensibilidade (proporção de verdadeiros positivos) e a especificidade (proporção de falsos negativos) de um instrumento de diagnóstico.

No gráfico 1 são apresentados os resultados da análise da curva de ROC para o resultado total da IES-R e da IES-6 para a população portuguesa. A área total da curva de ROC para a IES-R foi de 0,944 (erro padrão= 0,039; p= 0,000; IC de 0,867 a 1,000), indicando boa capacidade de discriminação da Perturbação Pós-Stress Traumático. Por fim, a área total da curva ROC para a IES-6 foi 0,896 (erro padrão = 0,059, p = 0,000,

IC 0,780-1,000), indicando também uma boa capacidade de discriminação da Perturbação Pós-stress Traumático.

Figura 1 Curva de ROC da IES-R e IES-6



Diagonal segments are produced by ties.

Sendo o ponto de corte um valor de equilíbrio entre sensibilidade e especificidade pode ser observado que, para a população portuguesa o ponto de corte da IES-R seria 35,5, e o ponto de corte para a IES-6 seria de 12,5, uma vez que têm um melhor valor de equilíbrio.

Tabela 5 Possíveis pontos de corte para a IES-6 e IES-R

Instrumentos	Ponto de Corte	Sensibilidade	1-Especificidade
IES-6	10.5	0.867	0.333
	11.5	0.800	0.200
	12.5	0.800	0.067
	13.5	0.600	0.067
	15	0.533	0.067
IES-R	32.5	0.933	0.333
	34	0.933	0.267
	35.5	0,867	0,133
	37	0,867	0.067
	38.5	0.800	0.067

Discussão

Os resultados apresentados serão discutidos referindo a sua relevância para a literatura e comparados com os dados descritos em investigações até agora realizadas.

A abreviação da IES-R para a IES-6 foi um dos objetivos deste estudo, o alfa de Cronbach calculado para o IES-6 foi de 0.842 e para a IES-R foi de 0.954. No estudo de Thorensen e colegas, a alfa Cronbach para a IES-6 foi de 0,80. Isto significa que, neste estudo, obteve-se um maior valor de alfa de Cronbach, o que significa que a IES-6 tem um alto índice de fiabilidade.

No que respeita à correlação entre a IES-R e a IES-6, obteve-se um valor de 0.951, e no estudo de Thorensen e colegas, o valor obtido foi de 0,96, o que significa que nenhuma informação foi obtida por pesagem dos itens na soma formulário curto pontuação.

Um dos objetivos deste estudo é calcular ponto de corte da IES-R e da IES-6. Os dados obtidos mostram que o ponto de corte para a população portuguesa não é igual ao ponto de corte calculado para outros países, assim sendo, é de referir que no estudo de Lim e colegas (2009), o ponto de corte calculado para a Coreia foi de 22; no estudo de Creamer et al (2003) o ponto de corte calculado foi de 33. Mais especificamente, o estudo de determinação do ponto de corte da IES-R para a população em Português constatou que o ponto de corte é uma pontuação de 35,5, sendo que 2 (6,67%) dos inquiridos foram incorretamente diagnosticados com PTSD pela IES-R (falsos positivos). Esta evidência reforça a validade do diagnóstico da IES-R, demonstrando-se assim, uma boa ferramenta para o diagnóstico de PTSD. No entanto, a IES-R não deve ser aplicada separadamente, mas em conjunto com uma entrevista de diagnóstico como a CAPS, para ser possível fazer uma avaliação precisa da PTSD.

O ponto de corte do IES-6 calculado para a população portuguesa foi de 12,5, enquanto que no estudo de Thorensen seus colegas, o ponto de corte calculado foi de 10.

Conclusão

Este estudo desenvolveu uma forma abreviada do IES-R (IES-6). De acordo com pesquisas anteriores, os nossos resultados indicam que as escalas curtas cumprem o objetivo tão bem como escalas mais longas.

Os nossos dados demonstram que a IES-R e a IES-6 são uma medida fiável para avaliar a PTSD, no entanto, não devem ser utilizadas por si só, mas devem ser complementadas com uma entrevista diagnóstico de PTSD.

Os dados recolhidos neste estudo podem servir como uma base de comparação para futuros estudos.

Referências Bibliográficas

1. Albuquerque A, Soares C, Jesus PM, Alves, C. Perturbação Pós-Traumática do Stress (PTSD): Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*. 2003; 16:309-320.
2. American Psychiatric Association. *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – 4ª Revisão de Texto*. 1st ed. Lisboa: Climepsi Editores; 2002.
3. Linden M, Maercker A. *Emberment. Societal, psychological, and clinical perspectives*. Wien: Springer; 2011.
4. Yehuda R. Post-Traumatic Stress Disorder. *New England Journal of Medicine*. 2002; 346(2):108-114.
5. Cloitre M, Stolbach B, Herman J, Kolk B, Pynoos R, Wang J, Petkova E. A Developmental Approach to Complex PTSD: Childhood and Adult Cumulative Trauma as Predictors of Symptom Complexity. *Journal of Traumatic Stress*. 2009;22(5):399-408.
6. Storr C, Schaeffer C, Petras H, Ialongo N, Breslau N. Early childhood behaviour trajectories and the likelihood of experiencing a traumatic event and PTSD by young adulthood. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2009;44:398-406.
7. Anunciação, C. Ajustamento marital em ex-combatentes da Guerra Colonial com e sem perturbação pós-stress traumático. *Análise Psicológica*. 1997;4(XV):595-604.
8. Breslau N, Davis G. Posttraumatic Stress Disorder in an urban population of young adults: risk factors for chronicity. *American Journal of Psychiatry*. 1992; 149:671-675.

9. Tolin DF, Foa EB. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*. 2006; 132(6):959-992.
10. Breslau N, Anthony J. Gender Differences in the Sensitivity to Posttraumatic Stress Disorder: An Epidemiological Study of Urban Young Adults. *Journal of Abnormal Psychology*. 2007;116(3):607-611.
11. 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. *Archives of General Psychiatry*. 1998; 55:626–632.
12. Armour C, Elhaic J, Layne C, Shevlin M, Durakovic-Belko E, Djapo N, Pynoos R. Gender differences in the factor structure of posttraumatic stress disorder symptoms in war-exposed adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*. 2011;25:604-611.
13. Tolin DF, Breslau N. Sex differences in risk of PTSD. *PTSD Research Quarterly*. 2007; 18(2):1-8.
14. Sveen J, Low A, Dyster-Aas J, Ekselius A, Willebrand M, Gerdin B. Validation of a Swedish version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R) in patients with burns . *Journal of Anxiety Disorders*. 2010; 24:618–622.
15. Sundin EC, Horowitz MJ. Impact of Event Scale: psychometric properties. *British Journal of Psychiatric*. 2001; 180:205-209.
16. Lim HK, Woo JM, Kim TS, Kim TH, Choi KS, Chung SK, Chee IS, Lee KU, Paik, KC, Seo, HJ, Kim W, Jin B, Chae JH. Reliability and validity of the Korean version of the Impact of Event Scale – Revised. *Comprehensive Psychiatry*. 2009; 50:385-390.

17. Weiss DS, Marmar CR. The Impact of Event Scale—Revised. In: Wilson JP, Keane TM, editors. *Assessing psychological trauma and PTSD: A handbook for practitioners*. New York: Guilford Press; 1997. p. 399–411.
18. Keane TM, Brief DJ, Pratt EM, Miller MW. Assessment of PTSD and its comorbidities in adults. In: Friedman M, Keane TM, Resick PA. *Handbook of PTSD: Science and Practice*. 1st ed. New York: Guilford Press; 2000. p. 279-299.
19. Weathers FW, Keane TM, Foa EB. Assessment and Diagnosis of Adults. In: Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA. *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2009. p. 23-55.
20. Thoresen S, Tambs K, Hussain A, Heir T, Johansen VA, Bisson JJ. Brief measure of posttraumatic stress reactions: Impact of Event Scale-6. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2010; 45:405-412.
21. Bastos V. Efeitos da Perda de um Relacionamento Amoroso em Estudantes do ensino Superior [dissertation]. Gandra: ISCS-N; 2010.
22. Frade B. Análise das Características Psicométricas da Versão Portuguesa do Inventory of Complicated Grief [dissertation]. Gandra: ISCS-N; 2010.
23. Ferreira, E. Luto Complicado e Regulação Emocional em Pais que perderam os filhos [dissertation]. Gandra: ISCS-N; 2010.
24. Afonso F. Estudo Longitudinal da Interrupção Médica da Gravidez: consequências psicológicas a longo prazo [dissertation]. Gandra: ISCS-N; 2010.
25. Pacheco D. Modelo preditor de Luto Complicado 6 meses após a perda de um familiar [dissertation]. Gandra: ISCS-N; 2010.
26. Creamer M, Bell R, Failla S. Psychometric properties of the Impact of Event Scale-Revised. *Behaviour Research and Therapy*. 2003;41:1489–1496.

27. Blake D, Weathers F, Nagy L, Kaloupek D, Klauminzer G, Charney D, Keane T, Buckley T. *Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS): Instruction Manual*. Boston MA: National Center for PTSD. 2000

Anexo 2

Consentimento Informado

IES-R

Consentimento Informado



No âmbito do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, lecionado no Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte (CESPU) estou a realizar uma investigação cujo objetivo é avaliar a Perturbação Pós-Traumática do Stress. Por este motivo, venho por este meio solicitar a vossa colaboração na investigação que estou a realizar. Serão utilizados instrumentos específicos, de auto-preenchimento, e que a qualquer momento pode contactar-me para mais informações.

A investigação não apresenta riscos potenciais, desconforto e efeitos adversos, sendo que a participação é voluntária, podendo perfeitamente recusá-la ou desistir de participar. Para além disso os dados obtidos serão exclusivamente utilizados na investigação em questão, garantindo-se desta forma a confidencialidade. Por isso é muito importante a sua participação.

Se tiver algumas dúvidas, poderá contactar-nos através do e-mail ana_teixeira22@hotmail.com com a investigadora Ana Teixeira.

Agradecendo desde já a vossa atenção esperando que possam contribuir para o aprofundamento dos conhecimentos nesta área.

Assim, após ser devidamente informado sobre os objetivos desta investigação, declaro que aceitei de livre vontade fazer parte deste estudo.

IES-R (Weiss & Marmar, 1997; adaptada por Rocha et. al, 2006)

A seguir encontra-se uma lista de dificuldades que são sentidas, por vezes, pelas pessoas após acontecimentos de vida difíceis. Por favor, leia cada um dos itens e indique, com um círculo, a resposta que melhor descreve como se sente em relação a uma situação de luto actualmente

	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Muitas vezes	Extremamente
1. Qualquer lembrança traz consigo sentimentos sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4
2. Tive dificuldades em dormir continuamente.	0	1	2	3	4
3. Outras coisas continuam a fazer-me pensar sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4
4. Senti-me irritada(o) ou zangada(o).	0	1	2	3	4
5. Evitei ficar perturbada(o) quando pensava ou me lembrava disso.	0	1	2	3	4
6. Pensei sobre o que aconteceu quando não o desejava.	0	1	2	3	4
7. Senti como se não tivesse acontecido ou que não era real.	0	1	2	3	4
8. Afastei-me de coisas que me lembravam o sucedido.	0	1	2	3	4
9. Surgiram-me imagens do que aconteceu.	0	1	2	3	4
10. Estive agitada(o) e assustava-me facilmente.	0	1	2	3	4
11. Tentei não pensar sobre isso.	0	1	2	3	4
12. Eu percebi que ainda tinha muitos sentimentos sobre o que aconteceu mas não os suportava.	0	1	2	3	4
13. Os meus sentimentos sobre isso estavam como que paralisados.	0	1	2	3	4
14. Dei comigo a agir ou a sentir como se estivesse nos momentos em que aquilo aconteceu.	0	1	2	3	4
15. Tive dificuldades em adormecer.	0	1	2	3	4
16. Tive momentos de emoções intensas sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4
17. Tentei apagar da minha memória o que aconteceu.	0	1	2	3	4
18. Tive dificuldade em concentrar-me.	0	1	2	3	4
19. As recordações do que aconteceu causaram-me sensações físicas como suores, dificuldade em respirar, náusea ou aperto no coração.	0	1	2	3	4
20. Sonhei sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4
21. Senti-me defensivo ou em alerta.	0	1	2	3	4
22. Tentei não falar sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4

Anexo 3

Versão Portuguesa da CAPS

**CLINICIAN ADMINISTERED PTSD SCALE FOR DSM-IV
(CAPS)
Versão Portuguesa**

Nome: _____
Entrevistador: _____
Estudo: _____

ID#: _____
Data: _____

Traduzido por:

Lopes e Rocha, 2012; UnIPSa-CICS, Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte;
CESPU

Versão Original:

Dudley D. Blake, Frank W. Weathers, Linda M. Nagy, Danny G. Kaloupek, Dennis S.
Charney, & Terence M. Keane

National Center for Posttraumatic Stress Disorder

Behavioral Science Division -- Boston VA Medical Center Neurosciences Division --

West Haven VA Medical Center

Critério A: A pessoa foi exposta a um acontecimento traumático em que ambas as condições seguintes estiveram presentes:

1. A pessoa experienciou, observou ou foi confrontada com um acontecimento ou acontecimentos que envolveram a ameaça de morte, morte real ou ferimento grave, ou a ameaça à integridade física do próprio ou de outros;

2. A resposta da pessoa envolveu medo intenso, sentimento de desproteção ou horror.
Nota: em crianças isto pode ser expresso por comportamento agitado e desorganizado.

Vou perguntar-lhe sobre alguns acontecimentos que são difíceis e stressantes e que por vezes acontecem às pessoas. Alguns exemplos destes acontecimentos são acidentes sérios, incêndios, furacão ou um terramoto, ser assaltado ou espancado, ou ser atacado com uma arma, ser forçado a fazer sexo sem consentimento. Vou começar por pedir-lhe para olhar uma lista de experiências como esta e apurar os que se aplicam a você. Assim, se algum destes acontecimentos se aplica a si, vou pedir-lhe para descrever resumidamente o que aconteceu e como se sentiu no momento.

Algumas destas experiências podem ser difíceis de lembrar ou podem trazer de volta memórias ou sentimentos desagradáveis. Muitas vezes as pessoas acham que falar sobre eles pode ser útil, mas cabe a si decidir o quanto quer dizer. À medida que avançamos, se sentir que está a ficar triste, avise-me e podemos abrandar e falar sobre isso. Além disso, se tiver alguma dúvida ou se não entender alguma coisa, por favor diga. Tem alguma dúvida antes de começarmos?

ADMINISTRAR A LISTA: rever e questionar até três eventos. Se existiram mais de três eventos, para determinar os três eventos deve-se questionar (por exemplo, o primeiro, o pior e o mais recente).

Se não houve nenhum evento relatado: (Houve alguma situação em que sua vida estava em perigo ou em que ficou gravemente ferido ou prejudicado?)

SE NÃO: (Houve um momento em que foi ameaçado de morte ou de lesões graves, mesmo que não estivesse realmente ferido ou prejudicado?)

SE NÃO: (O que diria que são algumas das experiências mais stressantes que teve na sua vida?)

Evento #1

<p>O que aconteceu? (Que idade tinha? Quem mais estava envolvido? Quantas vezes aconteceu? Ameaça de vida? Lesão grave?)</p> <p>Como respondeu emocionalmente? (Estava muito ansioso ou com medo? Aterrorizado? Desesperança? Como assim? Ficou atordoado ou em estado de choque, como se não sentisse absolutamente nada? Como foi? O que as outras pessoas disseram acerca da sua resposta emocional? Depois do evento como reagiu emocionalmente?)</p>	<p>Descrever (exemplo, tipo de evento, vítima, perpetrador, idade, frequência):</p> <p>A. (1) Ameaça de vida? Não Sim [próprio__ outro__] Lesão Grave? Não Sim [próprio__ outro__] Ameaça à integridade física? Não Sim [próprio__ outro__]</p> <p>A. (2) Intenso medo/desesperança/horror? Não Sim [durante__ depois__] Preenche o critério A? Não Provavelmente Sim</p>
---	--

Evento #2

<p>O que aconteceu? (Que idade tinha? Quem mais estava envolvido? Quantas vezes aconteceu? Ameaça de vida? Lesão grave?)</p> <p>Como respondeu emocionalmente? (Estava muito ansioso ou com medo? Aterrorizado? Desesperança? Como assim? Ficou atordoado ou em estado de choque, como se não sentisse absolutamente nada? Como foi? O que as outras pessoas disseram acerca da sua resposta emocional? Depois do evento como reagiu emocionalmente?)</p>	<p>Descrever (exemplo, tipo de evento, vítima, perpetrador, idade, frequência):</p> <p>B. (1) Ameaça de vida? Não Sim [próprio__outro__] Lesão Grave? Não Sim [próprio__outro__] Ameaça à integridade física? Não Sim [próprio__outro__]</p> <p>B. (2) Intenso medo/desesperança/horror? Não Sim [durante__depois__] Preenche o critério A? Não Provavelmente Sim</p>
---	--

Evento #3

<p>O que aconteceu? (Que idade tinha? Quem mais estava envolvido? Quantas vezes aconteceu? Ameaça de vida? Lesão grave?)</p> <p>Como respondeu emocionalmente? (Estava muito ansioso ou com medo? Aterrorizado? Desesperança? Como assim? Ficou atordoado ou em estado de choque, como se não sentisse absolutamente nada? Como foi? O que as outras pessoas disseram acerca da sua resposta emocional? Depois do evento como reagiu emocionalmente?)</p>	<p>Descrever (exemplo, tipo de evento, vítima, perpetrador, idade, frequência):</p> <p>C. (1) Ameaça de vida? Não Sim [próprio__outro__] Lesão Grave? Não Sim [próprio__outro__] Ameaça à integridade física? Não Sim [próprio__outro__]</p> <p>C. (2) Intenso medo/desesperança/horror? Não Sim [durante__depois__] Preenche o critério A? Não Provavelmente Sim</p>
---	--

Para o resto da entrevista quero que continue com estes eventos na mente, pois irei fazer algumas questões sobre como eles poderão tê-lo afetado.

Vou fazer 25 questões. A maioria das questões tem duas partes. Primeiro irei questionar se já teve um problema em particular, e se sim, qual a sua intensidade no último mês (semana). Depois vou perguntar sobre a angústia e o desconforto que esse problema lhe causou.

Critério B: O acontecimento traumático é reexperienciado de modo persistente de um (ou mais) dos seguintes modos:

1. (B-1) Lembranças perturbadoras intrusivas e recorrentes acerca do acontecimento (incluem imagens, pensamentos ou percepções).
Nota: em crianças muito novas podem ocorrer brincadeiras repetidas em que os temas ou aspetos do acontecimento traumático são expressos.

<p><u>Frequência</u> Alguma vez teve memórias não desejadas do evento? Como eram? (Do que se lembra?) [SE NÃO FOR CLARO:] (Alguma vez ocorreu enquanto estava acordado ou só nos seus sonhos?) [EXCLUIR SE AS MEMÓRIAS APENAS OCORRERAM DURANTE OS SONHOS] Quantas vezes teve essas memórias no último mês (semana)?</p> <p>0 Nunca 1 Uma vez ou duas 2 Uma vez ou duas por semana 3 Várias vezes na semana 4 Diariamente ou quase todos os dias</p> <p>Descrição / Exemplos</p>	<p><u>Intensidade</u> Quanta angústia e desconforto estas memórias lhe provocaram? Consegue retirá-las da sua mente e pensar noutra coisa? (O quanto tem que tentar?) O quanto estas memórias interferem com a sua vida?</p> <p>0 Nenhum 1 Suave, angústia mínima ou interrupção das atividades 2 Moderada, angústia claramente presente, mas ainda administrável, alguma perturbação das atividades 3 Severa, angústia considerável, dificuldade em afastar as memórias, marcada interrupção das atividades 4 Extrema, angústia incapacitante, não pode afastar as memórias, incapaz de continuar as atividades.</p> <p>QV (especificar) _____</p>	<p><u>Última semana</u> F _____ I _____</p> <p><u>Último Mês</u> F _____ I _____ Sx: Y N</p> <p><u>Ao longo da vida</u> F _____ I _____ Sx: Y N</p>
---	--	--

2. (B-2) Sonhos perturbadores recorrentes acerca do acontecimento. Nota: em crianças podem existir sonhos assustadores sem conteúdo reconhecível.

<p><u>Frequência</u> Alguma vez teve sonhos desagradáveis sobre o evento? Como eram? (O que acontecia?) Quantas vezes teve esses sonhos no último mês (semana)?</p> <p>0 Nunca 1 Uma vez ou duas 2 Uma vez ou duas por semana 3 Várias vezes na semana 4 Diariamente ou quase todos os dias</p> <p>Descrição / Exemplos</p>	<p><u>Intensidade</u> Quanta angústia e desconforto estes sonhos lhe provocaram? Alguma vez o deixaram acordado? [SE SIM:] (O que acontece quando acorda? Quanto tempo demora a voltar a adormecer? [INCLUIR NO RELATÓRIO ANSIEDADE, GRITOS, REPRESENTAÇÕES DO PESADELO] (Os sonhos afetam mais alguém? Como?))</p> <p>0 Nenhum 1 Suave, mínima angústia, pode não acordar 2 Moderada, acorda angustiado mas capaz de voltar a adormecer 3 Severa, angústia considerável, dificuldade em voltar a adormecer 4 Extrema, angústia incapacitante, não é capaz de voltar a adormecer</p> <p>QV (especificar) _____</p>	<p><u>Última semana</u> F _____ I _____</p> <p><u>Último Mês</u> F _____ I _____ Sx: Y N</p> <p><u>Ao longo da vida</u> F _____ I _____ Sx: Y N</p>
---	---	--

3. (B-3) Atuar ou sentir como se o acontecimento traumático estivesse a reocorrer (inclui a sensação de estar a reviver a experiência, ilusões, alucinações e episódios de flashback dissociativos, incluindo os que ocorrem ao acordar ou quando intoxicado). Nota: em crianças podem ocorrer representações de papéis específicos do acontecimento traumático.

<p><u>Frequência</u> Alguma vez agiu de repente ou sentiu como se estivesse acontecendo de novo? (Alguma vez teve flashbacks do evento?) [SE NÃO FOR CLARO:] (Alguma vez ocorreu enquanto estava acordado ou só nos seus sonhos?) [EXCLUIR SE AS MEMÓRIAS APENAS OCORRERAM DURANTE OS SONHOS] Conte-me mais acerca disso? Quantas vezes teve essas memórias no último mês (semana)?</p> <p>0 Nunca 1 Uma vez ou duas 2 Uma vez ou duas por semana 3 Várias vezes na semana 4 Diariamente ou quase todos os dias</p> <p>Descrição / Exemplos</p>	<p><u>Intensidade</u> O quanto parece que o evento estava a acontecer de novo? (Ficou confuso sobre onde estava ou o que estava a fazer na altura?) Quanto tempo durou? O que fez enquanto acontecia? (As outras pessoas repararam no seu comportamento? O que disseram?)</p> <p>0 Não Reviver 1 Leve, um pouco mais realista do que apenas pensar sobre o evento 2 Moderado, definitivo mas qualidade dissociativa transitória, ainda muito ciente do que o rodeia, qualidade no sonhar acordado. 3 Grave, fortemente dissociativo (relatórios de imagens, sons ou cheiros), mas manteve a consciência do que o rodeia. 4 Extremo, dissociação completa (flashback), nenhuma consciência do que o rodeia, pode ser falta de resposta, possível amnésia para o episódio (blackout).</p> <p>QV (especificar) _____</p>	<p><u>Última semana</u> F _____ I _____</p> <p><u>Último Mês</u> F _____ I _____ Sx: Y N</p> <p><u>Ao longo da vida</u> F _____ I _____ Sx: Y N</p>
---	---	--

4. (B-4) Mal-estar psicológico intenso face à exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspetos do acontecimento traumático.

<p><u>Frequência</u> Já se sentiu emocionalmente perturbado quando algo lhe lembrou do evento? (Alguma coisa já provocou sentimentos ruins relacionados ao evento?) Que tipos de lembranças o deixam chateado? Quantas vezes isso aconteceu no último mês (semana)?</p> <p>0 Nunca 1 Uma vez ou duas 2 Uma vez ou duas por semana 3 Várias vezes na semana 4 Diariamente ou quase todos os dias</p> <p>Descrição / Exemplos</p>	<p><u>Intensidade</u> Quanto angústia e desconforto estas lembranças lhe provocaram? Quanto tempo duraram? Quanto estas lembranças interferem com a sua vida?</p> <p>0 Nenhum 1 Suave, angústia mínima ou interrupção das atividades 2 Moderada, angústia claramente presente, mas ainda administrável, alguma perturbação das atividades 3 Severa, angústia considerável, dificuldade em afastar as memórias, marcada interrupção das atividades 4 Extrema, angústia incapacitante, não pode afastar as memórias, incapaz de continuar as atividades.</p> <p>QV (especificar) _____</p>	<p><u>Última semana</u> F _____ I _____</p> <p><u>Último Mês</u> F _____ I _____ Sx: Y N</p> <p><u>Ao longo da vida</u> F _____ I _____ Sx: Y N</p>
--	---	--

5. (B-5) Reactividade fisiológica durante a exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspetos do acontecimento traumático.

<p><u>Frequência</u> Alguma vez teve uma reação física quando algo lhe lembrou do evento? Como eram? (O seu corpo reagiu de alguma forma quando algo relembrou o evento?) Pode-me dar alguns exemplos? (O seu coração acelerou ou a respiração mudou? Suores ou sentimento de real tensão ou tremores?) Que tipo de lembranças iniciam essas reações? Quantas vezes no último mês (semana)?</p> <p>0 Nunca 1 Uma vez ou duas 2 Uma vez ou duas por semana 3 Várias vezes na semana 4 Diariamente ou quase todos os dias</p> <p>Descrição / Exemplos</p>	<p><u>Intensidade</u> O quão intensas são as reações físicas? Quanto tempo duraram? (Duraram mesmo depois de estar fora da situação?)</p> <p>0 Nenhuma reatividade física 1 Leve, mínima reatividade 2 Moderada, reatividade física presente, pode-se manter se a exposição continuar 3 Severa, reatividade física marcada, sustentada durante a exposição 4 Extrema, reatividade física dramática, excitação mesmo após a exposição ter terminado</p> <p>QV (especificar)</p> <hr/>	<p><u>Última semana</u> F _____ I _____</p> <p><u>Último Mês</u> F _____ I _____ Sx: Y N</p> <p><u>Ao longo da vida</u> F _____ I _____ Sx: Y N</p>
---	--	--

Critério C: Evitamento persistente dos estímulos associados com o trauma e embotamento da reactividade geral (ausente antes do trauma), indicada por três (ou mais) dos seguintes itens:

6. (C-1) Esforços para evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associados com o trauma.

<p><u>Frequência</u> Alguma vez tentou evitar pensamentos ou sentimentos sobre o evento? Como eram? (Que tipo de pensamentos e sentimentos tentou evitar?) Tentou evitar falar sobre o assunto com outras pessoas? Quantas vezes teve essas memórias no último mês (semana)?</p> <p>0 Nunca 1 Uma vez ou duas 2 Uma vez ou duas por semana 3 Várias vezes na semana 4 Diariamente ou quase todos os dias</p> <p>Descrição / Exemplos</p>	<p><u>Intensidade</u> Que esforço faz para evitar os pensamentos/sentimentos/conversas? (Que tipo de coisas faz para evitar? Utiliza bebida, medicação ou drogas?)[CONSIDERAR TODAS AS TENTATIVAS DE EVITAMENTO INCLUINDO DISTRAÇÕES, SUPRESSÃO E O USO DE ALCOOL/DROGAS] O quão difícil tem que tentar? O quanto interferem com a sua vida?</p> <p>0 Nenhum 1 Leve, esforço mínimo, pequena ou nenhuma interrupção nas atividades 2 Moderado, algum esforço, evitamento presente, alguma interrupção das atividades 3 Severo, esforço considerável, evitamento marcado, interrupção marcada de atividades, ou envolvimento em determinadas atividades como estratégia de fuga 4 Extremo, tentativas drásticas de</p>	<p><u>Última semana</u> F _____ I _____</p> <p><u>Último Mês</u> F _____ I _____ Sx: Y N</p> <p><u>Ao longo da vida</u> F _____ I _____ Sx: Y N</p>
---	---	--

	evitamento, incapaz de continuar as atividades, ou envolvimento excessivo em certas atividades, como estratégia de fuga.	
	QV (especificar) _____	

7. (C-2) Esforços para evitar actividades, lugares ou pessoas que desencadeiem lembranças do trauma.

<p><u>Frequência</u> Alguma vez tentou evitar certas atividades, lugares ou pessoas que relembassem o evento? (Que coisas evitou? Porquê?) Quantas vezes teve essas memórias no último mês (semana)?</p> <p>0 Nunca 1 Uma vez ou duas 2 Uma vez ou duas por semana 3 Várias vezes na semana 4 Diariamente ou quase todos os dias</p> <p>Descrição / Exemplos</p>	<p><u>Intensidade</u> Que esforço faz para evitar as atividades/lugares/pessoas? (O que faz em alternativa?) O quanto estas memórias interferem com a sua vida?</p> <p>0 Nenhum 1 Leve, esforço mínimo, pequena ou nenhuma interrupção nas atividades 2 Moderado, algum esforço, evitamento presente, alguma interrupção das atividades 3 Severo, esforço considerável, evitamento marcado, interrupção marcada de atividades, ou envolvimento em determinadas atividades como estratégia de fuga 4 Extremo, tentativas drásticas de evitamento, incapaz de continuar as atividades, ou envolvimento excessivo em certas atividades, como estratégia de fuga.</p> <p>QV (especificar) _____</p>	<p><u>Última semana</u> F _____ I _____</p> <p><u>Último Mês</u> F _____ I _____ Sx: Y N</p> <p><u>Ao longo da vida</u> F _____ I _____ Sx: Y N</p>
---	--	--

8. (C-3) Incapacidade para lembrar aspetos importantes do trauma.

<p><u>Frequência</u> Alguma vez teve dificuldades em lembrar alguma parte importante do evento? Conte-me mais sobre isso. (Sente que pode ser capaz de lembrar essas coisas? Porque pensa que não?) No último mês (semana) que partes importantes do evento tem dificuldades em lembrar? (Que partes continua a lembrar?)</p> <p>0 Nada, memória clara 1 Não lembro poucos aspetos (menos de 10%) 2 Não lembro alguns aspetos (aproximadamente 20%-30%) 3 Não lembro muitos aspetos (aproximadamente 50%-60%) 4 Não lembro a maioria dos aspetos</p>	<p><u>Intensidade</u> Que dificuldade tem em lembrar partes importantes do evento? (Consegue lembrar mais se tentar?)</p> <p>0 Nenhum 1 Leve, dificuldade mínima 2 Moderada, alguma dificuldade, pode lembrar-se com esforço 3 Severa, considerável dificuldade, mesmo com esforço 4 Extrema, completamente incapaz de lembrar importantes aspetos do evento.</p> <p>QV (especificar) _____</p>	<p><u>Última semana</u> F _____ I _____</p> <p><u>Último Mês</u> F _____ I _____ Sx: Y N</p> <p><u>Ao longo da vida</u> F _____ I _____ Sx: Y N</p>
--	---	--

(mais de 80%)		
Descrição / Exemplos		

9. (C-4) Interesse ou participação em atividades significativas fortemente diminuídos.

<p><u>Frequência</u> Tem estado menos interessado em atividades que antes costumava gostar? (Em que tipo de coisas perdeu o interesse? Existem algumas coisas que não faça mais? Quais?) [EXCLUIR SE NÃO HOUVER OPORTUNIDADE, SE FOR FISICAMENTE INCAPAZ OU SE MUDAR PREFERENCIA NAS ACVITIVIDADES] No último mês, em quantas atividades perdeu o interesse? (Que tipo de coisas continua a gostar de fazer?) Quando começou a sentir assim? (Depois do evento)</p> <p>0 Nenhuma 1 Poucas atividades (menos de 10%) 2 Algumas atividades (aproximadamente 20%-30%) 3 Muitas atividades (aproximadamente 50%-60%) 4 Todas ou quase todas as atividades (mais de 80%)</p> <p>Descrição / Exemplos</p>	<p><u>Intensidade</u> Como foi a perda de interesse (Gosta das atividades após ter começado?)</p> <p>0 Sem perda de interesse 1 Leve, alguma perda de interesse, provavelmente iria desfrutar após as atividades a partir 2 Moderado, perda definitiva de interesse, mas ainda tem alguma satisfação de atividades 3 Severo, perda acentuada de interesse nas atividades 4 Extremo, perda completa de interesse, já não participa em nenhuma atividade</p> <p>QV (especificar)</p> <hr/> <p>Relação com o Trauma?</p> <p>1 Definitiva 2 Provável 3 Improvável</p> <p>Atualmente _____ Longo da Vida _____</p>	<p><u>Última semana</u> F _____ I _____</p> <p><u>Último Mês</u> F _____ I _____ Sx: Y N</p> <p><u>Ao longo da vida</u> F _____ I _____ Sx: Y N</p>
---	--	--

10. (C-5) Sentir-se desligado ou estranho em relação aos outros.

<p><u>Frequência</u> Sente-se distante ou excluído por outras pessoas? Como se sente? No último mês (semana) o quanto se sentiu assim? Quando se começou a sentir assim? (depois do evento)</p> <p>0 Nenhuma das vezes 1 Poucas vezes (menos de 10%) 2 Algumas vezes (aproximadamente 20%-30%) 3 Muitas vezes (aproximadamente 50%-60%) 4S Sempre ou maioria das vezes (mais de 80%)</p>	<p><u>Intensidade</u> O quão intenso são os seus sentimentos de distância ou exclusão por parte dos outros? (Quem sente mais próximo de si? Com quantas pessoas se sente confortável para falar de assuntos pessoais?)</p> <p>0 Sem sentimentos de distanciamento ou de estranhez 1 Leve, pode-se não sem sentir em sincronia com os outros 2 Moderado, sentimentos de distanciamento claramente presentes, mas tem alguma conexão interpessoal 3 Severo, sentimentos de distanciamento ou de estranhez com outras pessoas bastante</p>	<p><u>Última semana</u> F _____ I _____</p> <p><u>Último Mês</u> F _____ I _____ Sx: Y N</p> <p><u>Ao longo da vida</u> F _____ I _____ Sx: Y N</p>
---	---	--

Descrição / Exemplos	marcados, pode-se sentir próximo de uma ou duas pessoas 4 Extremo, sente-se completamente distanciado ou estranho com os outros, não é ligado a ninguém QV (especificar) <hr/> Relação com o Trauma? 1 Definitiva 2 Provável 3 Improvável Atualmente _____ Longo da vida _____
-----------------------------	---

11. (C-6) Gama de afetos restringida (por exemplo, incapaz de gostar dos outros).

<p><u>Frequência</u> Houve alturas em que se sentiu emocionalmente afetado ou teve dificuldades a experienciar sentimentos como amor ou felicidade? Como foi? (Que sentimentos teve dificuldades em experienciar?) No último mês (semana) quantas vezes se sentiu assim? Quando começou a ter problemas a experienciar emoções? (depois do evento?)</p> <p>0 Nenhuma das vezes 1 Poucas vezes (menos de 10%) 2 Algumas vezes (aproximadamente 20%-30%) 3 Muitas vezes (aproximadamente 50%-60%) 4S Sempre ou maioria das vezes (mais de 80%)</p> <p>Descrição / Exemplos</p>	<p><u>Intensidade</u> Que dificuldades tem em experienciar emoções? (Que tipo de sentimentos consegue experienciar?) [INCLUIR OBSERVAÇÕES DE AFECTO DURANTE A ENTREVISTA]</p> <p>0 Sem redução de experiência emocional 1 Leve, ligeira redução da experiência emocional 2 Moderada, redução da experiência emocional, mas ainda consegue experienciar a maioria das emoções 3 Severa, marcada redução da experiência emocional de pelo menos duas emoções primárias (exemplo, amor, felicidade). 4 Extremo, completamente sem experiência emocional</p> <p>QV (especificar) <hr/> Relação com o Trauma? 1 Definitiva 2 Provável 3 Improvável Atualmente _____ Longo da vida _____</p>	<p><u>Última semana</u> F _____ I _____</p> <p><u>Último Mês</u> F _____ I _____ Sx: Y N</p> <p><u>Ao longo da vida</u> F _____ I _____ Sx: Y N</p>
---	---	--

12. (C-7) Expectativas encurtadas em relação ao futuro (por exemplo, não esperar ter uma carreira, casar, ter filhos ou um percurso de vida normal).

<p><u>Frequência</u> Houve alturas em que sentiu que não havia necessidade de um plano para o futuro, que de alguma maneira o seu futuro seria curto? Porque? [DESCARTAR RISCOS REALISTAS COMO CONDIÇÕES MÉDICAS DE AMEAÇA DE VIDA] No último mês (semana) o quanto se sentiu assim? Quando se começou a sentir assim?</p>	<p><u>Intensidade</u> O quão intenso era o sentimento de que o futuro seria curto? (Quanto tempo pensa que ainda vai viver? O quanto está convencido que vai morrer prematuramente?)</p> <p>0 Sem sentido de um futuro abreviado 1 Leve, fraco sentido de um futuro abreviado 2 Moderado, está presente o sentido de um futuro abreviado, mas em predição</p>	<p><u>Última semana</u> F _____ I _____</p> <p><u>Último Mês</u> F _____ I _____ Sx: Y N</p> <p><u>Ao longo da vida</u> F _____ I _____</p>
--	---	---

<p>0 Nenhuma das vezes 1 Poucas vezes(menos de 10%) 2 Algumas vezes (aproximadamente 20%-30%) 3 Muitas vezes (aproximadamente 50%-60%) 4S Sempre ou maioria das vezes (mais de 80%)</p> <p>Descrição / Exemplos</p>	<p>especifica de longevidade 3 Severo, claramente marcado o sentido de um futuro abreviado, e pode especificar uma predição de longevidade 4 Extremo, sentido esmagador de um futuro abreviado, está completamente convencido de uma morte prematura</p> <p>QV (especificar)</p> <p>_____</p> <p>Relação com o Trauma? 1 Definitiva 2 Provável 3 Improvável Atualmente _____ Longo da vida _____</p>	<p>F _____ I _____ Sx: Y N</p>
--	--	--

Critério D: Sintomas persistentes de aumento da ativação (ausentes antes do trauma), indicados por dois (ou mais) dos seguintes itens:

13. (D-1) Dificuldade em adormecer ou em permanecer a dormir.

<p><u>Frequência</u> Teve alguma dificuldade em adormecer ou em manter-se a dormir? No último mês (semana) o quanto se sentiu assim? Quando se começou a sentir assim?</p> <p>0 Nunca 1 Uma vez ou duas 2 Uma vez ou duas por semana 3 Várias vezes na semana 4 Diariamente ou quase todos os dias</p> <p>Problemas para adormecer? S N Acordar a meio do sono? S N Acordar demasiado cedo? S N</p> <p>Horas total de sono/noite _____ Horas desejáveis de sono/noite _____</p>	<p><u>Intensidade</u> O quão intenso são as dificuldades em adormecer? (Quanto tempo demora a adormecer? Com que frequência acorda durante a noite? Usualmente acorda mais cedo do que deseja? Quantas horas dorme em cada noite?)</p> <p>0 Sem problemas em dormir 1 Leve, ligeira latência ou mínima dificuldade em manter-se a dormir (até 30 minutos de perda de sono) 2 Moderado, distúrbio do sono, claramente uma maior latência ou maior dificuldade em manter-se a dormir (30-90 minutos de perda de sono) 3 Severo, maior latência ou uma marcada dificuldade em manter-se a dormir (90 minutos até 3 horas de perda de sono) 4 Extremo, longa latência ou profunda dificuldade em manter-se a dormir (> 3 horas de perda de sono)</p> <p>QV (especificar)</p> <p>_____</p> <p>Relação com o Trauma? 1 Definitiva 2 Provável 3 Improvável Atualmente _____ Longo da vida _____</p>	<p><u>Última semana</u> F _____ I _____</p> <p><u>Último Mês</u> F _____ I _____ Sx: Y N</p> <p><u>Ao longo da vida</u> F _____ I _____ Sx: Y N</p>
--	---	--

14. (D-2) Irritabilidade e acessos de cólera.

<p><u>Frequência</u> Houve alturas em que se sentiu especialmente irritado ou mostrou</p>	<p><u>Intensidade</u> O quão intenso é a raiva? (Demonstra?) [SE RELATAR SUPRESSÃO:] (O quão</p>	<p><u>Última semana</u> F _____ I _____</p>
---	---	--

<p>fortes sentimentos de raiva? Pode-me dar exemplos? No último mês (semana) o quanto se sentiu assim? Quando se começou a sentir assim depois do evento?</p> <p>0 Nunca 1 Uma vez ou duas 2 Uma vez ou duas por semana 3 Várias vezes na semana 4 Diariamente ou quase todos os dias</p> <p>Descrição / Exemplos</p>	<p>difficil é esconder a raiva?) Quanto tempo demora a acalmar? A sua raiva já lhe causou problemas?</p> <p>0 Sem irritabilidade ou raiva 1 Leve, mínima irritabilidade, pode elevar a voz quando irritado 2 Moderada, definitiva irritabilidade ou tentativa de suprimir a raiva, mas recupera rapidamente 3 Severa, marcada irritabilidade ou tentativa de suprimir a raiva, pode-se tornar verbalmente ou fisicamente agressivo quando está irritado 4 Extrema, extrema raiva ou tentativas para suprimir a raiva, pode haver episódios de violência física.</p> <p>QV (especificar)</p> <hr/> <p>Relação com o Trauma? 1 Definitiva 2 Provável 3 Improvável Atualmente _____ Longo da vida _____</p>	<p><u>Último Mês</u> F _____ I _____ Sx: Y N</p> <p><u>Ao longo da vida</u> F _____ I _____ Sx: Y N</p>
---	---	---

15. (D-3) Dificuldades de concentração;

<p><u>Frequência</u> Tem dificuldades em concentrar-se no que está a fazer ou no que o rodeia? Como é? No último mês (semana) o quanto se sentiu assim? Quando começou a ter dificuldades em se concentrar depois do evento?</p> <p>0 Nenhuma das vezes 1 Poucas vezes (menos de 10%) 2 Algumas vezes (aproximadamente 20%-30%) 3 Muitas vezes (aproximadamente 50%-60%) 4 Sempre ou maioria das vezes (mais de 80%)</p> <p>Descrição / Exemplos</p>	<p><u>Intensidade</u> O quão difícil é concentrar-se? (Demonstra?) [INCLUIR OBSERVAÇÕES DA CONCENTRAÇÃO E ATENÇÃO DURANTE A ENTREVISTA:] O quanto interfere com a sua vida?</p> <p>0 Sem dificuldades de concentração 1 Leve, ligeiro esforço para se concentrar ou sem rutura das atividades 2 Moderada, perda de concentração mas consegue concentrar-se após um esforço, alguma rutura das atividades 3 Severa, perda de concentração mesmo com esforço, rutura das atividades 4 Extrema, completa incapacidade de concentração, incapaz de se envolver em atividades</p> <p>QV (especificar)</p> <hr/> <p>Relação com o Trauma? 1 Definitiva 2 Provável 3 Improvável Atualmente _____ Longo da vida _____</p>	<p><u>Última semana</u> F _____ I _____</p> <p><u>Último Mês</u> F _____ I _____ Sx: Y N</p> <p><u>Ao longo da vida</u> F _____ I _____ Sx: Y N</p>
--	--	---

16. (D-4) Hipervigilância

<p><u>Frequência</u> Tem estado especialmente alerta ou vigilante mesmo quando não há</p>	<p><u>Intensidade</u> O quão é difícil para si tentar vigiar o que o rodeia? [INCLUIR OBSERVAÇÕES DA</p>	<p><u>Última semana</u> F _____ I _____</p>
--	---	---

<p>necessidade real para isso? (Sente-se como se estivesse constantemente alerta?) Porquê? No último mês (semana) o quanto se sentiu assim? Quando começou a agir assim depois do evento?</p> <p>0 Nenhuma das vezes 1 Poucas vezes (menos de 10%) 2 Algumas vezes (aproximadamente 20%-30%) 3 Muitas vezes (aproximadamente 50%-60%) 4 Sempre ou maioria das vezes (mais de 80%)</p> <p>Descrição / Exemplos</p>	<p>CONCENTRAÇÃO E ATENÇÃO DURANTE A ENTREVISTA:] A sua hipervigilância já lhe causou problemas?</p> <p>0 Sem hipervigilância 1 Leve, mínima hipervigilância, ligeiro aumento da consciência 2 Moderado, presença de hipervigilância, vigilante em público (exemplo, escolhe um lugar seguro para se sentar num restaurante ou num teatro) 3 Severo, marcada hipervigilância, muito alerta, analisa o perigo no ambiente, preocupação exagerada pela sua segurança, da família e da casa. 4 Extremo, hipervigilância excessiva, os esforços para garantir a segurança consomem muito tempo e esforço e podem envolver comportamentos de segurança e verificação extensivos, vigilante durante a entrevista.</p> <p>QV (especificar)</p> <p>_____</p> <p>Relação com o Trauma? 1 Definitiva 2 Provável 3 Improvável Atualmente _____ Longo da vida _____</p>	<p>Último Mês F _____ I _____ Sx: Y N</p> <p>Ao longo da vida F _____ I _____ Sx: Y N</p>
--	---	---

17. (D-5) Reação de sobressalto exagerada.

<p><u>Frequência</u> Alguma vez teve fortes reações de sobressalto? Quando aconteceu? (Que situações desencadearam essa resposta?) No último mês (semana) o quanto se sentiu assim? Quando se começou a ter estas reações depois do evento?</p> <p>0 Nunca 1 Uma vez ou duas 2 Uma vez ou duas por semana 3 Várias vezes na semana 4 Diariamente ou quase todos os dias</p> <p>Descrição / Exemplos</p>	<p><u>Intensidade</u> O quão intensas são essas reações de sobressalto? (O quão fortes são quando comparadas com as reações que a maioria das pessoas teria?) Quanto tempo costuma demorar?</p> <p>0 Sem reação de sobressalto 1 Leve, reação mínima 2 Moderada, definitiva reação de sobressalto, sente-se nervoso 3 Severa, marcada reação de sobressalto, excitação sustentada após reação inicial 4 Extrema, reação de sobressalto excessiva, comportamentos de enfrentamento (exemplo, veterano de combate que “atinge o fundo”).</p> <p>QV (especificar)</p> <p>_____</p> <p>Relação com o Trauma? 1 Definitiva 2 Provável 3 Improvável Atualmente _____ Longo da vida _____</p>	<p><u>Última semana</u> F _____ I _____</p> <p><u>Último Mês</u> F _____ I _____ Sx: Y N</p> <p><u>Ao longo da vida</u> F _____ I _____ Sx: Y N</p>
---	---	--

Critério E: Duração da perturbação (sintomas dos critérios B, C e D) superior a 1 mês.

18. Início dos sintomas

[SE AINDA NÃO ESTIVER CLARO:] Quando começaram os sintomas que me relatou? (Quando tempo depois do trauma começaram? Mais de seis meses?)	_____ total # meses de início tardio Com início tardio? (≥6 meses)? NÃO SIM
---	--

19. Duração dos sintomas

[ACTUALMENTE] Há quanto tempo todos estes sintomas duram?	Duração mais de 1 mês? Total # duração meses	Atualmente NÃO SIM	Ao longo da vida NÃO SIM
[AO LONGO DA VIDA] Quanto tempo todos estes sintomas duraram?	Agudo (< 3 meses) ou crónico (≥ 3 meses)?	Agudo Crónico	Agudo Crónico

Critério F: A perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou qualquer outra área importante.

20. Angústia Subjetiva

[ACTUALMENTE] Na globalidade, o quanto têm incomodado estes sintomas que me descreveu? [CONSIDERAR ANGÚSTIA DESCRITA NOS ITENS ANTERIORES]	0 Nada 1 Leve, mínima angústia 2 Moderado, clara angústia presente mas manejável 3 Severo, angústia considerável 4 Extremo, angústia incapacitante	Última semana _____ Último mês _____ Ao longo da vida _____
[AO LONGO DA VIDA] Na globalidade, o quanto têm incomodado estes sintomas que me descreveu? [CONSIDERAR ANGÚSTIA DESCRITA NOS ITENS ANTERIORES]		

21. Prejuízo no funcionamento social

[ACTUALMENTE] Na globalidade, o quanto têm incomodado estes sintomas que me descreveu? [CONSIDERAR ANGÚSTIA DESCRITA NOS ITENS ANTERIORES]	0 Nenhum impacto adverso 1 Impacto leve, mínimo prejuízo no funcionamento social 2 Impacto moderado, prejuízo, mas alguns aspetos do funcionamento social continuam intactos 3 Impacto severo, prejuízo marcado, poucos aspetos do funcionamento social continuam intactos 4 Impacto extremo, pequeno ou nenhum funcionamento social	Última semana _____ Último mês _____ Ao longo da vida _____
[AO LONGO DA VIDA] Na globalidade, o quanto têm incomodado estes sintomas que me descreveu? [CONSIDERAR ANGÚSTIA DESCRITA NOS ITENS ANTERIORES]		

22. Prejuízo no trabalho ou outra área importante de funcionamento

<p>[Atualmente – SE NÃO ESTIVER CLARO] Está a trabalhar? SE SIM: Estes sintomas afetam o seu trabalho ou a sua capacidade no trabalho? Como? [CONSIDERAR O HISTÓRICO DE EMPREGO, INCLUINDO O NÚMERO E A DURAÇÃO DOS TRABALHOS, ASSIM COMO A QUALIDADE DAS RELAÇÕES DE TRABALHO. SE FOR CLARO UM FUNCIONAMENTO PRÉ-MÓRBIDO, QUESTIONAR SOBRE AS EXPERIÊNCIAS DE TRABALHO ANTES DO TRAUMA. PARA TRAUMA DE CRIANÇAS/ADOLESCENTES, QUESTIONAR O DESEMPENHO ESCOLAR E POSSIVEL PRESENÇA DE PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO]</p> <p>SE NÃO: Estes sintomas afetaram alguma parte importante da sua vida? [CONFORME O CASO SUGERIR EXEMPLOS, TAIS COMO TRABALHOS DOMÉSTICOS, TRABALHO ESCOLAR, TRABALHO VOLUNTÁRIO] Como?</p> <p>[AO LONGO DA VIDA SE NÃO ESTIVER CLARO] Está a trabalhar? SE SIM: Estes sintomas afetam o seu trabalho ou a sua capacidade no trabalho? Como? [CONSIDERAR O HISTÓRICO DE EMPREGO, INCLUINDO O NÚMERO E A DURAÇÃO DOS TRABALHOS, ASSIM COMO A QUALIDADE DAS RELAÇÕES DE TRABALHO. SE FOR CLARO UM FUNCIONAMENTO PRÉ-MÓRBIDO, QUESTIONAR SOBRE AS EXPERIÊNCIAS DE TRABALHO ANTES DO TRAUMA. PARA TRAUMA DE CRIANÇAS/ADOLESCENTES, QUESTIONAR O DESEMPENHO ESCOLAR E POSSIVEL PRESENÇA DE PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO]</p> <p>SE NÃO: Estes sintomas afetaram alguma parte importante da sua vida? [CONFORME O CASO SUGERIR EXEMPLOS, TAIS COMO TRABALHOS DOMÉSTICOS, TRABALHO ESCOLAR, TRABALHO VOLUNTÁRIO] Como?</p>	<p>0 Nenhum impacto adverso 1 Impacto leve, mínimo prejuízo no funcionamento social 2 Impacto moderado, prejuízo, mas alguns aspetos do funcionamento social continuam intactos 3 Impacto severo, prejuízo marcado, poucos aspetos do funcionamento social continuam intactos 4 Impacto extremo, pequeno ou nenhum funcionamento social</p>	<p>Última semana</p> <hr/> <p>Último mês</p> <hr/> <p>Ao longo da vida</p> <hr/>
---	---	--

Avaliações Globais

23. Validade Global

<p>ESTIMAR A VALIDADE GERAL DAS RESPOSTAS. CONSIDERAR FACTORES COMO CONFORMIDADE COM A ENTREVISTA, ESTADO MENTAL (EXEMPLO, PROBLEMAS DE CONCENTRAÇÃO, COMPREENSÃO DOS ITENS, DISSOCIAÇÃO), E EVIDENCIA DE ESFORÇO PARA EXAGERAR OU MINIMIZAR SINTOMAS</p>	<p>0 Excelente, sem razão para suspeitar de respostas inválidas 1 Bom, alguns fatores presentes podem afetar validade 2 Justo, fatores presentes reduzem a validade 3 Pobre, validade reduzida 4 Respostas inválidas, severo prejuízo no estado mental ou possível falsificação deliberada “mau” ou “bom”</p>
---	---

24. Severidade Global

<p>ESTIMAR A SEVERIDADE GERAL DOS SINTOMAS DE PTSD. CONSIDERAR SUBJECTIVO GRAU DE SOFRIMENTO, GRAU DE PREJUÍZO FUNCIONAL, OBSERVAÇÕES DO COMPORTAMENTO NA ENTREVISTA E JULGAMENTO SOBRE O ESTILO DE RESPOSTAS</p>	<p>0 Sem sintomas clinicamente significativos, sem angústia e prejuízo funcional 1 Leve, angústia ou prejuízo funcional mínimo 2 Moderado, angustia e prejuízo funcional mas com esforço as funções são satisfatórias 3 Severo, angústia ou prejuízo funcional considerável, funcionamento limitado mesmo com esforço 4 Extremo, angústia e prejuízo em duas ou mais áreas de funcionamento</p>
---	---

25. Melhorias Globais

<p>AVALIAR O TOTAL DA MELHORIA GERAL DESDE A AVALIAÇÃO INICIAL. SE NÃO HOUVER AVALIAÇÃO ANTERIOR, QUESTIONAR COMO OS SINTOMAS LISTADOS MUDARAM AO LONGO DOS ÚLTIMOS 6 MESES. AVALIAR O GRAU DE MUDANÇA, APESAR OU NÃO, NO SEU JULGAMENTO, SER NECESSÁRIO TRATAMENTO.</p>	<p>0 Assintomático 1 Melhoria Considerável 2 Melhoria Moderada 3 Leve Melhoria 4 Sem melhoria 5 Informação insuficiente</p>
--	--

Sintomas de PTSD atuais

Aplica-se Critério A (Evento Traumático)? NÃO SIM
 _____ # Critério B sx (≥ 1)? NÃO SIM
 _____ # Critério C sx (≥ 3)? NÃO SIM
 _____ # Critério D sx (≥ 2)? NÃO SIM
 Aplica-se Critério E (duração ≥ 1 mês)? NÃO SIM
 Aplica-se Critério E (angústia/ prejuízo)? NÃO SIM

PTSD Atualmente (aplicam-se critérios A-F)? NÃO SIM

Se os critérios atuais de PTSD se aplicam, pule para as características associadas.

Se os critérios atuais de PTSD não se aplicam, avaliar a PTSD ao longo da vida. Identificar um período de pelo menos um mês desde o evento traumático em que os sintomas eram piores. Desde o evento, houve algum tempo em que estes sintomas de PTSD eram muito piores do que foram no mês passado? Quando aconteceu? Quanto tempo durou? (pelo menos durante um mês)?

SE MÚLTIPLOS PERÍODOS NO PASSADO: Quando estes sintomas de PTSD o aborreceram mais?
 SE PELO MENOS UM PERÍODO, QUESTIONAR ITENS 1-17, MUDAR A FREQUÊNCIA E SOLICITAR PARA REFERIR O PIOR PERÍODO: Durante esse tempo, experienciou esses sintomas? Quantas vezes?

Sintomas PTSD ao longo da vida

Aplica-se Critério A (Evento Traumático)? NÃO SIM
 _____ # Critério B sx (≥ 1)? NÃO SIM
 _____ # Critério C sx (≥ 3)? NÃO SIM
 _____ # Critério D sx (≥ 2)? NÃO SIM
 Aplica-se Critério E (duração ≥ 1 mês)? NÃO SIM
 Aplica-se Critério E (angústia/prejuízo)? NÃO SIM

PTSD ao longo da vida (aplicam-se critérios A-F)? NÃO SIM

Características Associadas

26. Culpa por atos cometidos ou omitidos

<p><u>Frequência</u> Alguma vez sentiu culpa por algo que fez ou algo que não fez durante o evento? Diga-me mais sobre isso. (Porque sente culpa?) No último mês (semana) o quanto se sentiu assim?</p> <p>0 Nenhuma das vezes 1 Poucas vezes (menos de 10%) 2 Algumas vezes (aproximadamente 20%-30%) 3 Muitas vezes (aproximadamente 50%-60%) 4- Sempre ou maioria das vezes (mais de 80%)</p> <p>Descrição / Exemplos</p>	<p><u>Intensidade</u> O quão intenso são esses sentimento de culpa? Quanta angústia e desconforto causam?</p> <p>0 Sem sentimentos de culpa 1 Leve, sentimentos de culpa ligeiros 2 Moderado, sentimentos de culpa presentes, alguma angústia mas manejável 3 Severo, sentimentos de culpa, considerável angústia 4 Extremo, intensos sentimentos de culpa, auto-condenação relativamente ao seu comportamento, angústia incapacitante</p> <p>QV (especificar)</p> <hr/>	<p><u>Última semana</u> F _____ I _____</p> <p><u>Último Mês</u> F _____ I _____ Sx: Y N</p> <p><u>Ao longo da vida</u> F _____ I _____ Sx: Y N</p>
--	--	--

27. Culpa de Sobrevivente [APLICAR APENAS SE EXISTIR MÚLTIPLAS VÍTIMAS]

<p><u>Frequência</u> Alguma vez sentiu culpa por ter sobrevivido ao evento quando outros não sobreviveram? Diga-me mais sobre isso. (Porque sente culpa?) No último mês (semana) o quanto se sentiu assim?</p> <p>0 Nenhuma das vezes 1 Poucas vezes (menos de 10%) 2 Algumas vezes (aproximadamente 20%-30%) 3 Muitas vezes (aproximadamente 50%-60%) 4- Sempre ou maioria das vezes (mais de 80%)</p> <p>Descrição / Exemplos</p>	<p><u>Intensidade</u> O quão intenso são esses sentimento de culpa? Quanta angústia e desconforto causam?</p> <p>0 Sem sentimentos de culpa 1 Leve, sentimentos de culpa ligeiros 2 Moderado, sentimentos de culpa presentes, alguma angústia mas manejável 3 Severo, sentimentos de culpa, considerável angústia 4 Extremo, intensos sentimentos de culpa, auto-condenação relativamente ao seu comportamento, angústia incapacitante</p> <p>QV (especificar)</p> <hr/>	<p><u>Última semana</u> F _____ I _____</p> <p><u>Último Mês</u> F _____ I _____ Sx: Y N</p> <p><u>Ao longo da vida</u> F _____ I _____ Sx: Y N</p>
---	--	--

28. Redução da consciência do que o rodeia

<p><u>Frequência</u> Houve momentos em que se sentiu desligado do que acontecia ao seu redor, como se estivesse em transe? Como foi? [DISTINGUIR DE EPISÓDIOS DE FLASHBACK] No último mês (semana) quantas vezes aconteceram? [SE NÃO ESTIVER CLARO:] (Era devido à doença ou ao efeito de álcool ou drogas?) Quando começou a sentir-se assim? (Depois do evento)</p> <p>0 Nunca 1 Uma vez ou duas 2 Uma vez ou duas por semana 3 Várias vezes na semana 4 Diariamente ou quase todos os dias</p> <p>Descrição / Exemplos</p>	<p><u>Intensidade</u> O quão intenso era esse sentimento de estar desligado ou em transe? (Ficou confuso onde estava atualmente ou o que estava a fazer na altura?) Quanto tempo durou? O que fez enquanto estava a acontecer? (As outras pessoas repararam no seu comportamento? O que eles disseram?)</p> <p>0 Sem redução da consciência 1 Leve, ligeiro redução da consciência 2 Moderado, redução transitória da consciência, pode referir estar “aludado” 3 Severo, redução da consciência pode persistir por várias horas 4 Extremo, completa perda da consciência sobre o que o rodeia, pode não responder, possível amnésia sobre o episódio</p> <p>QV (especificar)</p> <hr/>	<p><u>Última semana</u> F _____ I _____</p> <p><u>Último Mês</u> F _____ I _____ Sx: Y N</p> <p><u>Ao longo da vida</u> F _____ I _____ Sx: Y N</p>
---	---	--

29. Desrealização

<p><u>Frequência</u> Houve momentos em que as situações pareceram irreais ou muito estranhas e não familiares? [SE NÃO:] (Houve momentos em que as pessoas repentinamente pareceram desconhecidas?) No último mês (semana) quantas vezes aconteceu? [SE NÃO ESTIVER CLARO:] (Era devido à doença ou ao efeito de álcool ou drogas?) Quando começou a sentir-se assim? (Depois do evento)</p> <p>0 Nunca 1 Uma vez ou duas 2 Uma vez ou duas por semana 3 Várias vezes na semana 4 Diariamente ou quase todos os dias</p> <p>Descrição / Exemplos</p>	<p><u>Intensidade</u> O quão intenso é a desrealização? Quanto tempo demora? O que faz quando isto acontece? (As outras pessoas reparam no seu comportamento? O que dizem?)</p> <p>0 Sem desrealização 1 Leve, ligeira desrealização 2 Moderado, desrealização transitória 3 Severo, considerável desrealização, marcada por confusão sobre o que é real, pode persistir por várias horas. 4 Extremo, profunda desrealização, perda dramática da realidade ou familiaridade</p> <p>QV (especificar)</p> <hr/>	<p><u>Última semana</u> F _____ I _____</p> <p><u>Último Mês</u> F _____ I _____ Sx: Y N</p> <p><u>Ao longo da vida</u> F _____ I _____ Sx: Y N</p>
--	---	--

30. Despersonalização

<p><u>Frequência</u> Houve momentos em que sentiu que estava fora do seu corpo, como se estivesse a observar a si próprio como se fosse outra pessoa? [SE NÃO:] (Houve alturas em que sentiu o corpo estranho ou não familiar, como se tivesse mudado de alguma forma?) Como foi? No último mês (semana) quantas vezes aconteceu? [SE NÃO ESTIVER CLARO:] (Era devido à doença ou ao efeito de álcool ou drogas?) Quando começou a sentir-se assim? (Depois do evento)</p> <p>0 Nunca 1 Uma vez ou duas 2 Uma vez ou duas por semana 3 Várias vezes na semana 4 Diariamente ou quase todos os dias</p> <p>Descrição / Exemplos</p>	<p><u>Intensidade</u> O quão intenso é a despersonalização? Quanto tempo demora? O que faz quando isto acontece? (As outras pessoas reparam no seu comportamento? O que dizem?)</p> <p>0 Sem despersonalização 1 Leve, ligeira despersonalização 2 Moderado, despersonalização transitória 3 Severo, considerável despersonalização, marcada por confusão sobre o que é real, pode persistir por várias horas. 4 Extremo, profunda despersonalização, perda dramática de si próprio</p> <p>QV (especificar)</p> <hr/>	<p><u>Última semana</u> F _____ I _____</p> <p><u>Último Mês</u> F _____ I _____ Sx: Y N</p> <p><u>Ao longo da vida</u> F _____ I _____ Sx: Y N</p>
--	---	--

FOLHA SUMÁRIA DO CAPS

Nome: _____ ID#: _____ Entrevistador: _____ Estudo: _____
 Data: _____

A. Acontecimento Traumático:

B. Reexperiência de sintomas	Última Semana			Último Mês			Ao Longo Da Vida		
	Freq	Int	F+I	Freq	Int	F+I	Freq	Int	F+I
(1) Recordações intrusivas									
(2) Sonhos angustiantes									
(3) Agir ou sentir como se o evento ainda estivesse a acontecer									
(4) Angústia psíquica na exposição									
(5) Reação psicológica na exposição									
Sub-total B									
Número sintomas critério B (necessário 1)									

C. Sintomas de evitamento e embotamento	Última Semana			Último Mês			Ao Longo Da Vida		
	Freq	Int	F+I	Freq	Int	F+I	Freq	Int	F+I
(6) Evitamento de pensamentos ou sentimentos									
(7) Evitamento de atividades, lugares ou pessoas									
(8) Incapacidade de lembrar importantes aspetos do trauma									
(9) Diminuição do interesse nas atividades									
(10) Distanciamento ou Estranhamento									
(11) Alcance do afeto restringido									
(12) Sentimento de um futuro precário									
Sub-total C									
Número sintomas critério C (necessário 3)									

D. Sintomas de Hiperactivação	Última Semana			Último Mês			Ao Longo Da Vida		
	Freq	Int	F+I	Freq	Int	F+I	Freq	Int	F+I
(13) Dificuldades em adormecer ou manter-se a dormir									
(14) Irritabilidade ou explosões de raiva									
(15) Dificuldades de concentração									
(16) Hipervigilância									
(17) Resposta de alarme exagerada									

Sub-total D									
Número sintomas critério D (necessário 2)									

Total Frequência, Intensidade e Severidade (F+I)	Última Semana			Último Mês			Ao Longo Da Vida		
	Freq	Int	F+I	Freq	Int	F+I	Freq	Int	F+I
Sumário dos subtotais (B+C+D)									

E. Duração do distúrbio	Atualmente	Ao Longo Da Vida
(19) Duração do distúrbio há pelo menos 1 mês	NÃO SIM	NÃO SIM

F. Duração do distúrbio	Última Semana	Último Mês	Ao Longo Da Vida
(20) Angústia subjetiva			
(21) Prejuízo no funcionamento social			
(22) Prejuízo nas funções ocupacionais			
Pelo menos Um ≥ 2 ?	NÃO SIM	NÃO SIM	NÃO SIM

Diagnóstico PTSD	Atualmente	Ao Longo Da Vida
Presente PTSD – Aplicam-se todos os critérios (A-F)	NÃO SIM	NÃO SIM
Especificar:	NÃO SIM	NÃO SIM
(18) Com início tardio (≥ 6 meses de atraso)		
(19) Agudo (>3 meses) ou crônico (≥ 3 meses)	Agudo Crônico	Agudo Crônico

	Última Semana	Último Mês	Ao Longo Da Vida
(23) Validade global			
(24) Severidade global			
(25) Melhorias globais			

	Última Semana			Último Mês			Ao Longo Da Vida		
	Freq	Int	F+I	Freq	Int	F+I	Freq	Int	F+I
(26) Culpa por atos cometidos ou omitidos									
(27) Culpa de sobrevivente									
(28) Redução da consciência do que o rodeia									
(29) Desrealização									
(30) Despersonalização									

Anexo 4

**Resumo Submetido para poster no “13th
European Conference on Traumatic Stress”**

Studies of Convergent Validity of Impact of Event Scale-Revised and Impact of Event Scale-6

The Posttraumatic Stress Disorder is characterized by specific symptoms that individuals develop after exposure to trauma to which an individual responds with intense fear, helplessness or horror. The purpose of the current study is to develop an abbreviated version of the IES-R based on the study of Thoresen and colleagues and calculate the cutoff of the IES and the IES-R-6. The sample is comprised of 520 participants, 147 (28.3%) men and 373 (71.7%) women. The average age is 28.72 (SD = 12.612) years. The instruments used were the Impact of Event Scale – Revised (IES-R) and the Clinician Administered PTSD Scale (CAPS). The abbreviation of procedure results in a subset of six items (IES-6), which was correlated with the IES-R (pooled correlation = 0.951). The cutoff for IES-R was 35,5 and for IES-6 was 12,5. The IES-R and the IES-6 have good psychometric qualities and are good instruments for measuring PTSD, also IES-6 is a robust brief measure of posttraumatic stress reactions.

Our data demonstrate that the IES-R and the IES-6 is a reliable measure to assess PTSD, however shouldn't be used alone but must be applied with an interview diagnosis of PTSD.

Anexo 5

Cover Letter Artigo

Cover letter

Title: Convergent Validity of IES-R and IES-6 Portuguese Versions

Extension of article: nineteen pages, five tables and one figure.

Authors: Ana Lopes e José Rocha, UnIPSa, Centro de Investigação em Ciências da Saúde (CICS), Instituto Superior de Ciências da Saúde Norte, CESPU, Gandra, Portugal.

This manuscript is original, not previously published, and not under concurrent consideration elsewhere.

Correspondence concerning this article should be addressed to Ana Lopes, UnIPSa, Centro de Investigação em Ciências da Saúde (CICS), Instituto Superior de Ciências da Saúde Norte, CESPU, Rua Central de Gandra, 1317. 4585-116 Gandra PRD, Portugal.

E-mail: ana_teixeira22@hotmail.com. Telephone number: +351916564773

Anexo 5

Regras das Referências Bibliográficas