

# CIT

Cuestionario de Impacto del Trauma



M. Crespo  
H. González-Ordi  
M. Gómez-Gutiérrez  
P. Santamaría

# CIT

Cuestionario de Impacto del Trauma

---

## MANUAL

---

**María Crespo**  
**Héctor González-Ordi**  
**Mar Gómez-Gutiérrez**  
**Pablo Santamaría**



Madrid, 2020

# Índice

<b>Acerca de los autores</b> .....	<b>7</b>
<b>Prólogo</b> .....	<b>9</b>
<b>Agradecimientos</b> .....	<b>13</b>
<b>Ficha técnica</b> .....	<b>17</b>
<b>1. Descripción general</b> .....	<b>19</b>
1.1. Finalidad .....	21
1.2. Contexto de utilización .....	21
1.3. Contenido y estructura .....	23
1.4. Puntuaciones que ofrece .....	24
1.5. Materiales .....	25
1.6. Protección de los materiales de la prueba .....	26
<b>2. Normas de aplicación y corrección</b> .....	<b>27</b>
2.1. Normas generales de aplicación .....	27
2.1.1. Evaluación de la capacidad de la persona evaluada para responder a la prueba .....	27
2.1.2. Establecer un buen clima de comunicación .....	29
2.1.3. Información sobre la naturaleza y objetivos de la evaluación .....	29
2.1.4. Presentación del CIT .....	29
2.1.5. Requisitos profesionales .....	30
2.1.6. Advertencias respecto a la interpretación .....	30
2.1.7. Devolución de resultados del CIT a la persona evaluada en contextos clínicos .....	31
2.1.8. Resumen .....	31
2.2. Normas específicas de aplicación .....	32
2.2.1. Primer paso: preparación de la aplicación .....	32
2.2.2. Segundo paso: establecimiento de una buena relación y comunicación con la persona evaluada y presentación de la prueba .....	32
2.2.3. Tercer paso: aplicación del CIT .....	33
2.2.4. Cuarto paso: recogida de la hoja de respuestas y verificación .....	36
2.2.5. Algunas cuestiones frecuentes relativas a la aplicación del CIT .....	37
2.3. Normas de corrección .....	40

# CIT

<b>3. Normas de interpretación</b> .....	<b>47</b>
3.1. Puntuaciones proporcionadas en el perfil del CIT: puntuación directa (PD) y puntuación típica T (T) ..	48
3.2. Etapas a seguir en la interpretación del CIT .....	50
3.2.1. Analizar las características del acontecimiento .....	60
3.2.2. Verificar que la persona evaluada ha respondido a todos los ítems de la prueba: Omisiones .....	62
3.2.3. Verificar que la persona ha respondido a la prueba prestando atención: Inconsistencia ..	62
3.2.4. Analizar el estilo de presentación de la persona evaluada: Distorsión negativa .....	67
3.2.5. Analizar las escalas de estrés postraumático .....	73
3.2.6. Analizar las escalas de síntomas .....	82
3.2.7. Analizar las escalas de alteraciones en las creencias .....	95
3.2.8. Analizar la escala Deterioro en el funcionamiento .....	101
3.2.9. Análisis conjunto de escalas .....	102
3.2.10. Ítems críticos .....	106
3.3. Casos ilustrativos .....	114
3.3.1. Caso 1 .....	114
3.3.2. Caso 2 .....	125
<b>4. Proceso de construcción del CIT</b> .....	<b>135</b>
4.1. Identificación de la finalidad del test .....	136
4.2. Requisitos para su aplicación .....	137
4.3. Definición del marco del test o del mapa de constructos .....	138
4.4. Especificación del formato de los ítems .....	139
4.5. Especificación y construcción de sus ítems .....	140
4.6. Revisión de las escalas y los ítems del CIT .....	141
4.6.1. Panel de expertos para las escalas e ítems del CIT .....	142
4.6.2. Panel de expertos para las escalas de validez .....	149
4.6.3. Panel de Latinoamérica: revisión lingüística y cultural .....	151
4.6.4. Análisis de legibilidad de los ítems del CIT .....	152
4.7. Tipificación: aplicación a una muestra amplia de población general .....	152
4.8. Validación con muestras clínicas y forenses .....	153
4.9. Validación con muestras de simuladores análogos .....	156
4.10. Construcción de la versión definitiva del CIT .....	158
4.10.1. Escala Inconsistencia .....	158
4.10.2. Escala Distorsión negativa .....	159
4.10.3. Escalas sustantivas del CIT .....	160
4.11. Construcción de los baremos del CIT .....	161
<b>5. Fundamentación psicométrica</b> .....	<b>164</b>
5.1. Descripción de las muestras .....	164
5.1.1. Muestra de población general para baremos .....	164
5.1.2. Muestra de población general para estudios de consistencia temporal (test-retest) ...	170

5.1.3. Muestras clínicas y forenses de validación .....	173
5.1.4. Muestra de simuladores análogos .....	177
<b>5.2. Evidencias de fiabilidad .....</b>	<b>181</b>
5.2.1. Consistencia interna .....	182
5.2.2. Errores típicos de medida (ETM) e intervalos de confianza .....	187
5.2.3. Estabilidad temporal .....	193
5.2.4. Índice de cambio fiable .....	195
5.2.5. Resumen de evidencias de fiabilidad .....	197
<b>5.3. Evidencias de validez .....</b>	<b>197</b>
5.3.1. Evidencias de validez con relación al contenido .....	199
5.3.2. Evidencias de validez con relación a la escala Inconsistencia .....	200
5.3.3. Evidencias de validez con relación a la escala Distorsión negativa .....	206
5.3.4. Evidencias de validez con relación a las escalas de estrés postraumático .....	218
5.3.5. Evidencias de validez con relación a las escalas de síntomas .....	235
5.3.6. Evidencias de validez con relación a las escalas de alteraciones de las creencias .....	259
5.3.7. Resumen de evidencias de validez .....	275
<b>Referencias bibliográficas .....</b>	<b>277</b>
<b>Apéndice A. Intercorrelaciones .....</b>	<b>289</b>
<b>Apéndice B. Correlaciones del CIT con otros instrumentos .....</b>	<b>293</b>
<b>Apéndice C. Diferencia entre muestras y submuestras en las escalas del CIT .....</b>	<b>295</b>

# Acerca de los autores



## María Crespo

Doctora en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid y Catedrática de Psicología clínica en esta misma universidad. Es así mismo especialista en Psicología clínica y tiene el reconocimiento de la *European Federation of Psychology Association* (EFPA) como Psicóloga Especialista en Psicoterapia. Es directora del grupo de investigación Complutense en “Victimología: atención psicológica a víctimas de experiencias traumáticas”. En los últimos años ha trabajado en varios proyectos para la mejora de los procedimientos de evaluación psicológica y el desarrollo de tratamientos psicológicos eficaces para las víctimas de acontecimientos traumáticos en general y, de manera más específica, de las mujeres víctimas de violencia en la pareja. En esta línea de trabajo ha dirigido proyectos financiados por la Universidad Complutense de Madrid, la Comunidad Autónoma de Madrid y el Plan Nacional I+D+i del Ministerio de Economía y Competitividad. Sus trabajos sobre evaluación de los efectos del trauma se han plasmado en la publicación de la *Escala Evaluación Global de Estrés Postraumático – EGEP* (2012) y su adaptación al DSM-5, *EGEP-5* (2017), ambas publicadas en TEA Ediciones. Es codirectora del curso «Atención integral en violencia de género» de la Escuela Complutense de verano. Ha publicado numerosos artículos científicos y varios libros entre los que destacan *Técnicas de Modificación de Conducta* (1998), *Estrés* (2003), *Protocolo de atención psicológica a mujeres víctimas de violencia de género* (2009), *Estigma y enfermedad mental* (2009) y *Psicología Clínica Basada en la Evidencia* (2012). Su labor investigadora ha sido reconocida, entre otros, por los siguientes premios de investigación: Rafael Burgaleta (primer premio en 2003 y accésit en 2011) del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, premio de Investigaciones Sociales del IMSERSO (2006), premio de investigación Francisco Garcés Roca 2006, otorgado por la Sociedad Española de Asistencia Sociosanitaria, y premio TEA Ediciones (2011).

## Héctor González-Ordi

Doctor en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid (Premio Extraordinario de Doctorado). Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Profesor de la Facultad de Psicología y Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid. Antiguo Editor Jefe y actualmente Editor Asociado de la revista *Clínica y Salud*. Entre sus campos de interés, tanto en investigación aplicada como en la práctica clínica, se encuentran los tópicos de la sugestión e hipnosis, el trauma y la disociación, el dolor crónico y el estudio de la validez de síntomas (simulación y disimulación). Autor de numerosos artículos científico-técnicos, capítulos de libro y libros, entre los que cabe destacar, *Estrategias de detección de la simulación, un manual clínico multidisciplinar* (2012) y *Técnicas de hipnosis para trauma y disociación* (2021). Así mismo, es autor del Informe interpretativo informatizado del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota – Forma Reestructurada - MMPI-2-RF (2016) y adaptador al castellano del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas – SIMS (2009). Entre otros méritos, obtuvo el premio de investigación “*Early Career Award*” otorgado por la *Stress and Anxiety Research Society – STAR* (2002) y el *Diploma*

de Reconocimiento otorgado por el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid a la labor de difusión y promoción de la Psicología en la sociedad a través de los medios de comunicación (2013).

## Mar Gómez-Gutiérrez

Doctora en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid y docente en esta misma universidad desde el año 2006. Su actividad investigadora se centra en una línea de investigación que tiene como objetivo el estudio, evaluación y tratamiento del estrés en diferentes grupos de población. Como investigadora, ha publicado en diferentes revistas científicas tanto a nivel nacional como internacional y es autora de diferentes capítulos relacionados con la evaluación e intervención con víctimas. Además, forma parte del equipo de redacción de la Revista de Victimología. En el área de la evaluación psicológica, es coautora de la *Escala Evaluación Global de Estrés Postraumático – EGEP* (2012) y de su adaptación al DSM-5, *EGEP-5* (2017).

Esta trayectoria de investigación y profesional ha sido reconocida mediante diferentes premios (premio Jóvenes Psicólogos Emprendedores, premio TEA Ediciones, accésit al premio Rafael Burgaleta) y le ha permitido incorporarse al Grupo de Investigación Complutense: “Victimología, atención psicológica a víctimas de experiencias traumáticas”. Estas labores docentes y de investigación las ha compatibilizado con la intervención clínica con población adulta víctima de diferentes acontecimientos traumáticos, obteniendo en 2013 la Certificación Europea de Especialista en Psicoterapia.

## Pablo Santamaría

Doctor en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid (Premio Extraordinario de Doctorado), máster en Metodología de las ciencias del comportamiento y licenciado en Psicología en esta misma universidad con premio extraordinario de fin de carrera. Es especialista en la creación y desarrollo de instrumentos de evaluación psicológica. Ha desarrollado su labor profesional en el departamento de Investigación y Desarrollo de TEA Ediciones desde el año 2000, pasando a ser su director en el año 2011 hasta la actualidad. Cuenta con múltiples publicaciones y presentaciones en el área de la evaluación psicológica y es autor, coautor o adaptador de múltiples obras relacionadas con la evaluación clínica y psicopatológica, entre las que cabe mencionar PAI (Inventario de Evaluación de la Personalidad), MMPI-2-RF (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota), SENA (Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes), Q-PAD (Cuestionario de Evaluación de Problemas en Adolescentes) o BRIEF-2 (Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva). Su área de especialización se extiende también al terreno de la evaluación cognitiva e intelectual con la autoría de obras como MATRICES, EFAI, BAT-7 o TABA o la adaptación de las escalas McCarthy, las escalas Merrill-Palmer o las escalas RIAS de inteligencia de Reynolds. Una de sus áreas de investigación es la detección de simulación de trastornos psicopatológicos, habiendo sido adaptador de diversas pruebas relevantes en esta área (v.g., SIMS) y coeditor del libro *Estrategias de detección de simulación, un manual clínico multidisciplinar* (2012) y autor de los capítulos relativos a Metodología de investigación en simulación y Evaluación mediante autoinforme de la simulación. Actualmente es presidente del jurado del Premio TEA ediciones de pruebas de evaluación psicológica, miembro del jurado del premio Hogrefe Portugal y editor asociado de la revista científica Clínica y Salud editada por el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

# Prólogo



*“Intento simplemente delimitar la naturaleza del acontecimiento descubriendo cómo modificó la mía”*

Phillipe Lançon en su libro El colgajo  
Víctima del atentado a la revista Charlie Hebdo  
París, 7 de enero de 2015

Nuestra vida está tejida de experiencias. Buena parte, experiencias triviales que apenas dejan huella en nuestro entorno y se escapan con rapidez de nuestra memoria. Una cuantas, en cambio, son momentos álgidos que marcan nuestra existencia y quedan fuertemente anclados en nuestra memoria biográfica. Son esos acontecimientos felices que acogen lo mejor de nosotros mismos, nuestros logros, nuestros sueños, nuestros amores... Pero también las adversidades marcadas por el dolor y el sufrimiento, que llegan a dejar una huella profunda en nuestros recuerdos, en nuestro mundo, en nuestra cotidianidad.

Desde hace ya algún tiempo en Psicología se denomina a esas experiencias acontecimientos traumáticos y a sus secuelas emocionales Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). La aparición de esas denominaciones se acompañó de un interés creciente, e ininterrumpido desde entonces, por su estudio, conceptualización, tratamiento y evaluación, dando lugar a un buen número de propuestas respecto a su definición, la agrupación de sus síntomas, los instrumentos de evaluación y las alternativas terapéuticas, que sin duda han contribuido a la mejora en la identificación y la atención a las personas que tuvieron el infortunio de sufrir estas adversidades, sin olvidar, no obstante, el abuso que se ha empezado a hacer del término.

Si bien tenemos que felicitarnos por estos avances y por disponer hoy de un arsenal de herramientas para hacer frente a este sufrimiento que era inimaginable hace apenas medio siglo, no debemos en modo alguno ser autocomplacientes. La realidad se empeña en mostrarnos que quienes sufren un trauma mejoran con los tratamientos (tratamientos basados en la evidencia); pero también nos habla del dolor que sigue quedando en ellas, de los muchos cambios y síntomas que quedan por tratar, de la vida que sigue sin encontrar un sentido y sin recomponerse del todo; y ello a pesar de las múltiples sesiones de terapia y de las ayudas de diversa índole. Sin olvidar tampoco las dificultades con las que se siguen encontrando los profesionales de diversos contextos para identificar y categorizar esas dificultades y problemas, lo que a su vez tiene gran repercusión en la vida de la persona (acceso o no a compensaciones, reconocimientos...).



# CIT

Y ¿qué podemos hacer? La pregunta es compleja. La crisis existencial, la “herida psicológica” que sufren con frecuencia las víctimas de un trauma requiere una visión muy amplia. En primer lugar, porque cada persona es única; las reacciones y necesidades son variadas, personales, y están influidas por múltiples factores, desde la vida previa de la persona, a la propia vivencia del acontecimiento o lo que sucedió después. Todo afecta, todo influye. Pero también más amplia en cuanto a qué efectos se consideran. La propuesta del TEPT como categoría diagnóstica en 1980 supuso indudablemente un avance (se puso nombre y se dio entidad a lo que les pasaba a estas personas); pero también ha llevado a una visión un tanto reduccionista de lo que les sucede a las víctimas, y que con frecuencia va más allá, mucho más allá, de las consabidas intrusión, evitación, alteración emocional e hiperactivación. Los relatos de las víctimas nos hablan de ese “terremoto” en su devenir vital, de esa afectación general. No en balde, la bibliografía reciente en el área, consciente de las limitaciones del concepto de TEPT, está empezando a plantear su ampliación a un TEPT complejo, cuya utilidad está por determinar.

Es precisamente esta necesidad de ampliar la perspectiva la que ha guiado el diseño del instrumento que aquí se presenta, el *Cuestionario de Impacto del Trauma* (CIT). La experiencia con las víctimas muestra que una evaluación centrada únicamente en el TEPT, o en cualquier otro grupo específico de síntomas o cuadros, resulta claramente insuficiente para tener una visión general y adecuada del estado psicológico y psicosocial de los afectados por este tipo de situaciones. Se trata, por tanto, de ampliar el foco para recoger información, en la medida de lo posible y con las limitaciones que toda evaluación psicológica plantea, de todo el impacto vital del acontecimiento y, en última instancia, de hacer una valoración lo más ajustada posible de éste. Y todo ello sin asumir que sufrir un acontecimiento de este tipo conlleve inexorablemente la patología. En este sentido, nos ha guiado siempre la necesidad de no patologizar innecesariamente a las víctimas, asumiendo, además, concepciones más dimensionales que categoriales de la sintomatología. Se trata, en suma, de entender la respuesta de cada persona al trauma, considerando ésta como un grupo de reacciones y no como uno o varios trastornos, que, por otra parte, no tienen por qué ser ni necesarios ni únicos.

Lo que hemos pretendido, en suma, es dejar de ajustar la realidad a los instrumentos de evaluación, para pasar a ajustar los instrumentos a la realidad, a esa realidad tan amplia y compleja que son las secuelas o el impacto de un acontecimiento traumático. Se trata de identificar, en palabras de Phillipe Lançon, “cómo se ha modificado la naturaleza de la víctima”.

El proceso que nos ha traído hasta aquí, hasta la publicación de la prueba, ha sido, como no podía ser de otro modo dado el alcance de la tarea, largo y complejo. Este proyecto se inició a finales de 2016 y ha reunido un equipo de autores con trayectorias diversas que aúnan una amplia y dilatada experiencia en la evaluación del trauma tanto a nivel académico como clínico y forense, el conocimiento y la destreza en la detección de la simulación y exageración de sintomatología y la pericia y el bagaje en el desarrollo sólido de instrumentos psicométricos. El objetivo no era otro que integrar esfuerzos y conocimientos para la elaboración de un instrumento de evaluación de amplio espectro capaz de identificar el amplio rango de posibles síntomas o trastornos presentes tras un trauma y con escalas de control (p. ej., simulación) que posibiliten su aplicación en los diversos ámbitos en los que los profesionales de la Psicología trabajan con víctimas, fundamentalmente, clínicos y forenses, pero también servicios sociales, mutualidades, investigación...

Desde aquellas primeras reuniones, en las que se sucedieron las tormentas de ideas para establecer las áreas a evaluar y luego generar los consiguientes ítems, hemos ido avanzando, puliendo,

revisando, matizando, todos y cada uno de los aspectos, desde los ítems en sí, hasta el color, el planteamiento, la estructura, los análisis... Los sucesivos estudios realizados nos han ido aportando datos, que son los que han guiado la toma de decisiones; pero a la vez han ido planteando nuevas sendas que en algunos casos nos hemos animado a recorrer y se han incorporado aquí, y en otros nos dejan caminos abiertos por los que esperamos poder transitar en un futuro próximo. Porque si algo nos ha quedado claro, es que necesitamos entender esa realidad, esa vivencia, y que queremos seguir avanzando en ese entendimiento.

Han sido cuatro años en los que nos han acompañado muchas personas: las 2.156 personas que han completado las diversas versiones previas del CIT en los sucesivos estudios; los 183 evaluadores que llevaron a cabo esas aplicaciones; los 48 expertos que participaron en la revisión de la propuesta inicial. Sin la colaboración de todos ellos no habríamos llegado hasta aquí.

Los autores

# Agradecimientos



El CIT no habría sido posible sin la contribución de múltiples profesionales, centros e instituciones. **Más de doscientos cincuenta profesionales** han contribuido a la creación y desarrollo de esta obra en sus distintas fases que han requerido cuatro años de trabajo y desarrollo:

- cuarenta y ocho expertos participaron en la fase de validación de contenido de escalas e ítems;
- diez profesionales de distintos países de Latinoamérica revisaron la redacción de los ítems para asegurar el uso de un español adecuado a los distintos países de lengua española;
- cincuenta y cuatro profesionales realizaron aplicaciones del CIT a muestras de población general o comunitaria estratificadas de acuerdo con los datos del censo poblacional;
- sesenta y siete profesionales contribuyeron a la realización de estudios análogos: 52 en estudios de simulación análoga con muy diversos escenarios (accidentes de tráfico, violencia de género, acoso laboral, lesiones, agresiones físicas...) y 15 en estudios de disimulación análoga.
- sesenta y dos profesionales del ámbito clínico y forense aplicaron la prueba en múltiples contextos reales y con muy diversas finalidades (peritajes forenses, atención en puntos de violencia de género, accidentes de tráfico, accidentes laborales, víctimas de atentados terroristas, atención a abusos sexuales, violaciones, acoso laboral, consultas clínicas, familiares de personas fallecidas de forma violenta o accidental, personas con obesidad mórbida en programas de intervención, afectados por negligencias sanitarias, familiares de personas desaparecidas, valoración de personal sanitario y de emergencias interviniente...).
- once profesionales del equipo de TEA Ediciones que fueron esenciales para gestionar todo el volumen logístico que requiere un proyecto como este: el diseño de todos los materiales y su impresión (más de 8.000 hojas de respuestas y más de 2.000 cuadernillos), su implementación informática, su envío a múltiples puntos geográficos (se han coordinado más de doscientos envíos y recogidas de materiales), su corrección y grabación en bases de datos... La labor del equipo formado por Virginia Pizarro, Rafael Luque, Tomás González, Iván Navas, Jennifer Rodríguez Ortiz, Miguel Estebaranz, Mar Moreno, Carlos Segura, Miguel Ángel Lavilla, Rebeca Sánchez Domínguez y Cristina Morillo, junto al resto del equipo de TEA, ha sido, como siempre, imprescindible y admirable. También cabe mencionar a distintas personas que durante su estancia en el departamento de I+D+i de TEA colaboraron en algunas fases del proyecto: Diego Cruz Barreto asistió en la

# CIT

implementación informática del CIT en sus primeras versiones poniendo, como siempre, una exquisita atención al detalle; Siqi Duan resultó clave en la integración de todos los datos de clínicos y forenses y en la preparación de las bases de datos definitivas para su análisis; Adrián Moll participó en los análisis factoriales de la prueba aportando su dominio técnico de los aspectos psicométricos referidos a estas técnicas.

Más importante si cabe es expresar también nuestro agradecimiento profundo a todas las personas que respondieron a la prueba, exponiéndose a los acontecimientos más traumáticos y duros por lo que habían pasado en su vida. Sin su generosa y valiente participación, este proyecto no hubiera sido posible. Más de 2.000 personas han respondido al CIT en sus estudios originales de tipificación y validación: 1.000 personas de población general o comunitaria, 612 personas en contextos clínicos y forenses y 544 personas que respondieron en escenarios de simulación análoga. Sin ellos, esta obra no hubiera sido posible.

A todos ellos queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento y nuestro reconocimiento.

## Expertos que han participado en la validación de contenido del CIT (por orden alfabético de apellidos)

Patricia Acinas Acinas	Laura González Guerrero	Marta del Prado
Antonio Andrés Pueyo	José A. Hernández Sánchez	Nely Rodríguez Rodríguez
Jordi Bajet Royo	Gonzalo Hervás Torres	M <sup>a</sup> Paz Ruiz Tejedor
Amalio Blanco Abarca	Alicia Jiménez Castelo	Karmele Salaberría Irizar
Sara Bosch Carretero	Jordi López Miquel	Carmen Soberón Casado
María José Bueno Casas	Carolina Marín Martín	Remedios Urán Moreno
Pilar Capilla Ramírez	Jaime José Mas Esquerdo	María Victoria Uroz Martínez
Miguel Ángel Carrasco Ortiz	Miguel Meersmans Sanchez-Jofre	Antonio Valbuena Navarro
Amador Cernuda Lago	José Manuel Muñoz Vicente	Nuria Vazquez Orellana
M <sup>a</sup> Ángeles de la Cruz Fortún	Fernando Muñoz Prieto	Blanca Vazquez Mezquita
Sara Escudero Lázaro	Amaya Nagore Casas	Carmelo Vázquez Valverde
Violeta Fernández Lansac	Jose María Palomares Rodríguez	Aída de Vicente Colomina
Javier Fernández-Montalvo	Sonia Panadero Herrero	Ramón Vilalta Suárez
Irene Fernández-Pinto	Enrique Parada Torres	Agustina M <sup>a</sup> Vinagre González
Gonzalo Daniel Galván Patrignani	Noemi Pereda Beltrán	Cristina Vivares
Rebeca Gómez Martín	José Antonio Piqueras Rodríguez	Máximo Winberg Nodal

**Colaboradores que han participado en los estudios de tipificación con muestras de población general, de simulación análoga y de fiabilidad test-retest (por orden alfabético de apellidos)**

Alba Acín Amills	Valeria de León Valle	Alba López Núñez
Andrea Alejo Montejano	Laura del Moral Fuentes	Patricia López Frutos
María Alfaro Coronado	Danai Demon	Alejandra Loredo Traviesa
María Alonso Díez	Nayara Díaz Morales	Irene Marín Palacio
María Alonso González	Marina Espada Vadillo	Irene Martín Robles
Claudia Álvarez Conde	Sara Fau Huertes	Sofía Belén Martín Ruipérez
Alejandra Antoral Fernández	Rocío Felipe Pérez	Lorena Martínez Martínez
Miriam Arenas López	María Inmaculada Fernández Andrés	Pilar Martínez Castillo
Rocío Arnaiz Illescas	Laura Fernández del Castillo-Olivares	Enric Massaguer Ferrer
María Arrizabalaga Landa	Ángela Fernández García-Viso	Remedios Melero Caverro
María Asenjo Béjar	Verónica Fernández Rodrigues	María Asunción Molina Pelegrín
María Basconcel Campos-Varela	Noelia Ferreira Alonso	Carmen R. Muñoz Galán
Antonio Bazán Huertas	Gabriel Frontera Luna	Inés Navarro González
Mireya Bernal Gámez	Ainhoa Funcia Lamana	María Nieto Rodríguez
Andrea Blanco Morillo	Alejandra Gabaldón Alonso	Sara Olmeda Morera
Carmen Borrás Sansaloni	Cristina García Quesada	Amaia Nerea Osoro Sas
Paula Bravo Cañas	Juan Manuel García Gómez	Andrea Otero Cuevas
Irati Caballero Arroyo	Rafael García Couceiro	Alejandra Palomero Vigil
Nerea Caja Peralta	Lucía García Fernández	Elena Parro Jiménez
Amparo Calandín	Eva García Meneses	Ignacio Peña López
Álvaro Calvo Santos	Esther González Gómez	Cristina Peralbo Forcada
Valeria Camacho Quiróz	Myriam González Gómez	Marta Ponce Neto
Patricia Sofía Carretero Carmona	Candela Gracia Morilla	Cristina Portero Ruiz
M <sup>a</sup> José Carrión Rodríguez	Montse Grau Sánchez	Noelia Pozuelo Iniesta
Elena Castelló Pinel	Gloria Gutiérrez Parras	Cinthia Michelle Puluche Rodríguez
Elena Cerezo Sarmiento de Sotomayor	M <sup>a</sup> Elena Gutiérrez Cárdenas	Claudia Ramos Madueño
Mónica Chadha Becerra	Azucena Hernández Delgado	Sara I. Rodríguez Moreno
Lorena Collado Madurga	Francisco Jesús Hidalgo Palop	Beatriz Rodríguez Ruiz
Arianne Coloma Sánchez	Malena Homobono Jiménez	Bianca Crina Rusu
Josep Contell Carbonell	Celia Iglesias Lancho	María Sal Díaz
Nicole Cordova Pauta	Eva María Jiménez González	Silvia Sánchez-Ferrer Sánchez
Raquel Correas Martín	Miguel Jiménez Cañizares	Teresa Sanz Mena
Miriam Costa Agudo	Mónica Jodar Gómez	Carmen Terés Jiménez
Andrea Cuesta García	Miriam Kefauver Sivla	Elena Torres Valero
Iria Cuevas Fernández	Omar Kheribich Chetoui	Raziye Trabizi Fosela
Beatriz Curats Ibáñez	Siyana Koleva	Natalia Valverde Mendizábal
Alejandro de Miguel Alvaro	María Alicia Lage Neira	Patricia Varas Vicente
María de los Ángeles Velázquez Córdoba	Ester Lázaro Olmedo	Sergio Varela Lérida
Miguel de la Plaza Olivares	Andrea Ledo Jiménez	Inmaculada Vera Preciado
	Joana Llobera Martorell	Irene Villanueva Guzmán
	Verónica López Fernández	

## Colaboradores que han participado en los estudios con muestras clínicas y forenses (por orden alfabético de apellidos)

Alba Abella Uyarra	Rosa María Fraga Rodríguez	Antoni Mayol Pou
Patricia Alfonso Molina	Almudena García Pérez	Miguel Meersmans Sánchez-Jofré
Pablo Alonso García	Patricia María García Gallego	Elisa Micciola
Irene Alonso Fernández	Eva García del Olmo	M <sup>a</sup> Dolores Moreno Andrade
Patricia Sthefany Arcaya Pérez	Nelly Patricia Giraldo Gómez	María Gema Muñoz De La Cruz
Marta Asenjo Villamayor	Ainara Gómez Zubeldia	José Manuel Muñoz Vicente
Carla Banacloche López	Laura González-Guerrero	Gloria Vanesa Palao Valero
Cristina Banzo Arguis	Araceli Granados Trujillo	Cristina Pedrosa Duque
Vanesa Becerra Ortiz	Pilar Guerra Corchado	Mónica Pereira Davila
Cristina Bermejo Marín	Irene Gutiérrez Arana	Carmen Rosa Pérez Granados
Kristel Blasco Ocaña	Amaia Igual Fuentes	Teresa Pousada Fonseca
María Teresa Bobes Bascarán	Alicia Jiménez Castelo	Juan José Rodrigo Apio
Sara Bosch Carretero	Ruth Labrada Rueda	Eva Ruiz Velasco
Blanca Carreras Huertas	Cristina Larroy García	Beatriz Isabel Salazar Guerra
Alejandro de Miguel Álvaro	Ángeles López Jiménez	Marina Sangonzalo Candel
Aída de Vicente Colomina	María López de Pablo López	Laura Suárez Dueñas
Evaristo Díaz Castro	M <sup>a</sup> Jesús Maldonado Belmonte	Alejandra Toth Orense
Cristina Domínguez García	Reyes Marina Hernando	Remedios Urán Moreno
Ana Espino Sánchez	Sonia Martín García	Cristina Varón Povedano
Miriam P. Felix Alcantara	Ana Martínez Bernardo	Nuria Vazquez Orellana
Violeta Fernández Lansac	Maria Dolors Mas Delblanch	María Villacañas Blázquez
Antonio Flores Santos	Olga Masgoret Palau	

# Ficha técnica



<b>Nombre</b>	CIT. <i>Cuestionario de Impacto del Trauma</i>
<b>Autores</b>	María Crespo, Héctor González-Ordi, Mar Gómez-Gutiérrez y Pablo Santamaría.
<b>Procedencia</b>	TEA Ediciones (2020).
<b>Aplicación</b>	Individual o colectiva.
<b>Ámbito de aplicación</b>	Adultos (18 años en adelante).
<b>Duración</b>	Variable, 45 minutos aproximadamente
<b>Finalidad</b>	Evaluación de las secuelas y del impacto psicológico de acontecimientos traumáticos en personas adultas, proporcionando una panorámica general y amplia del impacto del trauma en la vida de la persona, siendo aplicable a todo tipo de acontecimientos traumáticos y en contextos forenses, clínicos, de aseguradoras, mutuas o de investigación.
<b>Baremación</b>	Baremos en puntuaciones T a partir de una amplia muestra de población general. Validación en muestras forenses y clínicas para el establecimiento de puntos de corte y su interpretación.
<b>Materiales</b>	Manual, cuadernillo, hoja de respuestas y clave de acceso (PIN) para la corrección por Internet.
<b>Formato de aplicación</b>	Papel y <i>online</i> (a elegir por el profesional).
<b>Modo de corrección</b>	<i>Online</i> .
<b>Informe interpretativo automatizado</b>	Disponible.
<b>Lenguas disponibles</b>	Español y catalán.





# 1. Descripción general



La vivencia de acontecimientos traumáticos es frecuente. De hecho, los estudios epidemiológicos con amplias muestras comunitarias representativas (p. ej., Kessler *et al.*, 1995) muestran que la mayoría de las personas experimentarán al menos un acontecimiento traumático a lo largo de su vida. Así, en la encuesta transnacional de la Organización Mundial de la Salud, realizada en 24 países, con un total de casi 69.000 participantes, se constata que el 70,4% de las personas han estado expuestas al menos a un acontecimiento traumático a lo largo de su vida, siendo habitual que se experimente más de uno y en más de una ocasión (Kessler *et al.*, 2017).

Si bien existen importantes diferencias en función del tipo de acontecimiento traumático sufrido, de modo general este tipo de eventos provoca secuelas múltiples, que generan un malestar considerable, con una importante interferencia en el funcionamiento social y ocupacional de las personas, y que pueden tener una muy larga duración. Así, según los datos de los estudios epidemiológicos más amplios realizados en España (Haro *et al.*, 2006), Europa (ESEMED, 2004) y Estados Unidos (Kessler *et al.*, 2005), las tasas de prevalencia vital del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) se sitúan, respectivamente, en un 1,9%, un 1,9% y un 6,8% de la población general, alcanzando en la mencionada encuesta de la OMS, una prevalencia vital de 3,9% en el total de la muestra y un 5,6% entre las personas que han sufrido algún acontecimiento traumático (Koenen *et al.*, 2017). En España, según los datos de ese mismo estudio, estas tasas se sitúan en el 2,2% y 4,0%, respectivamente.

Pero si bien el TEPT es el cuadro más conocido y estudiado, las secuelas y efectos de un acontecimiento traumático van mucho más allá. Entre ellos, y sin ánimo de ser exhaustivos, se pueden constatar la aparición de problemas de ansiedad (trastornos fóbicos, ansiedad generalizada...), alteraciones del estado de ánimo (depresión...), somatizaciones, dificultades de regulación emocional, abuso de sustancias, problemas de identidad, dificultades interpersonales, problemas conductuales (p. ej., autolesiones, comportamientos impulsivos y compulsivos en alimentación, sexo...). De hecho, los datos indican reiteradamente que el TEPT presenta unas altas tasas de comorbilidad con otros trastornos; pero incluso podemos encontrarnos casos que, sin presentar cuadros completos de TEPT, presenten otro tipo de diagnósticos. El propio DSM-5 (APA, 2013) señala que las personas con un diagnóstico de TEPT son un 80% más propensas a presentar síntomas que cumplen con los criterios diagnósticos para al menos otro trastorno, mientras que Kessler *et al.* (1995) indican que la probabilidad de padecer al menos otro trastorno psicológico a lo largo de la vida es significativamente mayor entre quienes en algún momento de su trayectoria vital han presentado TEPT.

En consecuencia, aunque la evaluación de las secuelas del trauma se ha venido centrando en la evaluación del TEPT, utilizando para ello autoinformes que se complementan con entrevistas diagnósticas, se plantea la conveniencia de que estos instrumentos se alternen o complementen con

# CIT

otros centrados, también de manera específica, en la evaluación de otros cuadros o síntomas (p. ej., depresión o ansiedad). Por lo tanto, dado el amplio rango de posibles síntomas o trastornos presentes tras un trauma, una evaluación centrada únicamente en el TEPT o en cualquier otro grupo específico de síntomas o cuadros resulta claramente insuficiente para tener una visión general y adecuada del estado psicológico o psicosocial de los afectados por este tipo de situaciones (Courtois, 2004).

Es pertinente, además, tener en cuenta que buena parte de esos instrumentos de evaluación del TEPT se han desarrollado para su aplicación en ámbitos clínicos, pero tienen problemas para su aplicación forense (ámbito en el que la valoración de las secuelas del trauma es tan necesaria). En estos contextos se ha de contar con la posible simulación de cuadros y síntomas para la obtención de beneficios y ganancias de diversa índole (p. ej., ganancias económicas, obtención de bajas o incapacitaciones laborales...) o incluso para eludir responsabilidades criminales. Por mencionar solo algún ejemplo, los datos sobre la prevalencia de simulación de TEPT en el contexto de valoración de daños en nuestro país la sitúan entre el 20% y el 30% (González-Ordí *et al.*, 2012). En consecuencia, la evaluación de las secuelas del trauma en este ámbito hace necesaria la aplicación complementaria de algún instrumento de detección de la simulación para poder guiar adecuadamente las decisiones del forense.

Ante esta situación se plantea la conveniencia de desarrollar instrumentos que posibiliten una evaluación de amplio espectro que implique una amplia cobertura de la variedad de síntomas que pueden ser desencadenados por el trauma y que incluya además escalas de detección de la simulación para su posible aplicación tanto en ámbitos clínicos como en ámbitos forenses.

En este contexto se presenta el *Cuestionario de Impacto del Trauma* (CIT), un instrumento de evaluación autoaplicado desarrollado originalmente en lengua española y validado con amplias muestras de población general, clínica y forense que permite la evaluación de la sintomatología postraumática, la sintomatología general, la alteración de las creencias y el deterioro en el funcionamiento experimentados a raíz de la vivencia, directa o indirecta, de cualquier tipo de acontecimiento traumático. La prueba incluye además escalas de validez (Inconsistencia y Distorsión negativa) que permiten identificar las limitaciones que puede presentar la información aportada por la persona evaluada, ya sea por respuestas aleatorias o incoherentes o por una presentación magnificada, exagerada o distorsionada de su sintomatología.

En el planteamiento y diseño de la prueba se han tenido en cuenta varias consideraciones. En primer lugar, los datos de la investigación reciente que muestran la necesidad de ir más allá de la mera consideración de la presencia o no del TEPT (o de su diagnóstico), ya que este patrón binario no refleja adecuadamente las reacciones al trauma, obviando la sintomatología subumbral que, sin alcanzar criterios diagnósticos, provoca malestar y problemas significativos, pero también olvidando que las reacciones ante el trauma son diversas y que, de hecho, la patología no es la reacción más habitual ante el trauma. En este sentido, Galatzer-Levy, Huang y Bonanno (2018) constatan en su amplia revisión sobre el tema que la resiliencia es la reacción más habitual al trauma (con un promedio del 65,7% en diversas poblaciones), seguida de la recuperación (20,8%); frente a ellas, la cronicidad y la aparición demorada de síntomas se encontraría en un 10,6% y un 8,9%, respectivamente.

Así mismo, se han tomado como referencia las recientes propuestas que plantean la aplicación de enfoques dimensionales para superar los problemas de las taxonomías tradicionales y las consiguientes clasificaciones diagnósticas; de modo particular se ha utilizado como referencia en el

desarrollo del CIT la nosología cuantitativa del sistema HiTOP – *Hierarchical Taxonomy of Psychopathology* (Kotov *et al.*, 2017), un sistema de clasificación derivado empíricamente que diseña una organización de la psicopatología cuantitativa y dimensional.

Por otra parte, y desde el punto de vista de la conceptualización del TEPT, si bien el CIT toma como referencia fundamental los criterios diagnósticos DSM-5 (APA, 2013), o la definición de TEPT y TEPT complejo de la CIE-11 (OMS, 2018), también permite ir más allá de los criterios, ya que incorpora las aportaciones de los estudios recientes sobre la estructura latente de la sintomatología postraumática (p. ej., Armour *et al.*, 2015, 2016; Soberón *et al.*, 2016), sobre el análisis de redes aplicado a la sintomatología del TEPT (Ross *et al.*, 2018; Sullivan *et al.*, 2018), así como aportaciones clínicas y experimentales sobre otras áreas afectadas por el trauma.

Con todo ello se pretende, en definitiva, ofrecer una visión más completa de una realidad tan compleja y heterogénea como es la sintomatología postraumática. Baste mencionar que, como señala Cloitre (2020), tomando solo como referencia los síntomas considerados en los criterios diagnósticos del DSM-5 (esto es, 20 síntomas distribuidos en 4 grupos y con una especificación sobre la presencia de disociación) existirían 636.120 versiones sintomáticas diferentes de TEPT. Y la cifra aumenta exponencialmente si se consideran además el resto de las áreas afectadas. Se hace patente, por tanto, la necesidad no solo de ampliar la evaluación más allá de los síntomas del TEPT, sino de determinar más pormenorizadamente la configuración de estos síntomas en una persona concreta.

### 1.1. Finalidad

El CIT tiene como objetivo la valoración global de las secuelas y el impacto psicosocial de acontecimientos traumáticos en personas adultas. De este modo el cuestionario pretende proporcionar una panorámica general y amplia del impacto del trauma en la vida de la persona, siendo aplicable a todo tipo de acontecimientos traumáticos y en contextos clínicos, forenses, médico-legal o de investigación.

### 1.2. Contexto de utilización

El CIT se ha diseñado para la evaluación de población que haya sufrido cualquier tipo de acontecimiento traumático.

Desde un **punto de vista clínico**, la información que aporta la prueba respecto a la sintomatología puede ser de utilidad en el diseño de programas de intervención individualizados, centrados en las áreas de la vida del paciente más afectadas por el trauma y en los síntomas que más malestar generan en cada caso. En este contexto la prueba también puede ser de utilidad clínica para la valoración de los efectos de las intervenciones implementadas en el medio y largo plazo.

La prueba también es de utilidad en la **evaluación forense y médico-legal** (mutuas, aseguradoras...) permitiendo determinar el grado de afectación postraumática presente en la vida de la persona en el momento de la evaluación, las áreas afectadas y el grado en que se encuentran deterioradas, así

# CIT

como una estimación de en qué grado la persona está dando una imagen verosímil de sí misma o, por el contrario, está tratando de magnificar o exagerar la sintomatología que presenta.

Tal y como se comentará más detalladamente en el capítulo 4 relativo al proceso seguido para la construcción del CIT, desde el principio el CIT se ha diseñado teniendo en mente su uso en el campo forense, así se han incluido específicamente expertos en el área forense durante su validación, se han diseñado escalas de distorsión negativas esenciales en este campo, se han realizado diversos estudios de simulación análoga para establecer la capacidad de la prueba para la detección de simulación, se han recogido muestras evaluadas en contextos forenses y médico-legales para la validación de la prueba... Precisamente uno de los objetivos de creación del CIT fue responder a esta necesidad desde el campo forense de poder disponer de pruebas ajustadas a sus necesidades para su uso. En este sentido, atiende a los diferentes aspectos que habitualmente se consideran en los instrumentos que se utilizan en la evaluación psicológica en el ámbito forense, tales como la calidad científica del cuestionario y la economía de tiempo (Echeburúa *et al.*, 2011).

De hecho, si se analiza el CIT a la luz de los criterios para seleccionar test psicológicos en el ámbito clínico forense, tal como exponen Sanz y García Vera (2013) en sus directrices para seleccionar test psicológicos en el ámbito forense, el CIT cumple los requisitos establecidos tal y como se expone sumariamente en la tabla 1.1 y se puede verificar de la lectura detallada de este manual.

**Tabla 1.1.** Análisis del CIT y de su cumplimiento de las directrices para seleccionar test psicológicos en el ámbito forense (Sanz Fernández y García Vera, 2013)

Requisitos para su uso en forense	CIT
Disponibilidad comercial y documentación del test que describa su desarrollo, propiedades psicométricas y procedimiento de aplicación.	✓
Fiabilidad por encima de 0,80	✓
Fiabilidad test-retest	✓
Relevancia para un constructo psicológico que subyazca tras la cuestión legal	✓
Evidencias de validez de contenido	✓
Evidencias de validez convergente	✓
Evidencias de validez factorial	✓
Aplicación estandarizada	✓
Corrección estandarizada	✓
Baremos adecuados	✓
Estilos de respuesta considerados: Distorsión negativa	✓

Igualmente, el CIT puede ser útil para la detección de personas afectadas por sintomatología postraumática en **personas que se vean expuestas de manera más o menos reiterada a situaciones críticas y acontecimientos potencialmente traumáticos por razón de su trabajo** ya sea directamente o de forma vicaria (fuerzas de seguridad, personal de emergencias, profesionales sanitarios, voluntarios en dispositivos asistenciales, personal de atención psicosocial, etc.) y poder determinar aquellas personas que pueden requerir atención y determinar el tipo de afectación que pueden presentar.

El CIT es una prueba que también puede resultar de utilidad en el contexto de la **investigación**, con una aplicación muy amplia ya que podría utilizarse en cualquier área de los ámbitos comentados anteriormente (clínico, forense, médico-legal...) vinculados a la investigación, así como en estudios epidemiológicos que intenten establecer el impacto personal y social de diversos acontecimientos traumáticos, ya sean de carácter individual o colectivo.

### 1.3. Contenido y estructura

El CIT está compuesto por 180 ítems articulados en 30 escalas agrupadas en 5 grandes áreas (1 de validez o control y 4 de síntomas) que son las siguientes:

**Escalas de validez o control** que incluye las escalas:

- Omisiones<sup>1</sup>
- Inconsistencia
- Distorsión negativa

**Escalas de estrés postraumático** que incluye las escalas:

- Estrés postraumático total<sup>2</sup>
- Intrusión
- Evitación
- Alteración cognitiva y del estado de ánimo
- Alteración en la activación y reactividad
- Disociación
- Centralidad del acontecimiento

**Escalas de síntomas** que incluye las áreas y las escalas:

#### Área internalizante

- Problemas somáticos
- Alteraciones del sueño

<sup>1</sup> Omisiones no es propiamente una escala, pero se incluye aquí a efectos de listado de las puntuaciones proporcionadas por el CIT. Omisiones indica el número de ítems omitidos o no contestados por la persona evaluada para que pueda ser tenido en cuenta en la interpretación.

<sup>2</sup> Integra las puntuaciones de las escalas definitorias del TEPT (Intrusión, Evitación, Alteración cognitiva y del estado de ánimo y Alteración en la activación y reactividad).

# CIT

- Ansiedad
- Desregulación emocional
- Dependencia emocional
- Rumiación
- Depresión
- Desconexión social
- Malestar sexual
- Alteraciones de la conducta alimentaria

## Área externalizante

- Abuso de sustancias
- Conductas de riesgo
- Autolesiones
- Ideación y conducta suicida
- Ira

**Escalas de alteraciones en las creencias** que incluye las escalas:

- Creencias negativas sobre los demás
- Creencias negativas sobre mundo y futuro
- Creencias negativas uno mismo
- Creencias negativas culpa
- Autosabotaje

**Escala deterioro en el funcionamiento** que incluye una única escala:

- Deterioro en el funcionamiento

En la tabla 3.3 del capítulo Normas de interpretación se incluye un listado con todas las escalas y una breve definición de cada una de ellas.

## 1.4. Puntuaciones que ofrece

El CIT permite obtener puntuaciones sobre la presencia de sintomatología postraumática, otra sintomatología asociada al TEPT, alteraciones en el sistema de creencias de la persona evaluada y alteraciones en su funcionamiento (en qué grado la sintomatología causa deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento, de acuerdo a la percepción de la propia persona evaluada).

La prueba proporciona una puntuación para cada escala, permitiendo la valoración mediante la comparación con los baremos de referencia, establecidos a partir de una amplia muestra de

población general (descrita en el capítulo 5 de fundamentación psicométrica), que posteriormente han sido validados en muestras clínicas y forenses.

Además, la prueba proporciona puntuaciones en escalas de validez (Inconsistencia, Distorsión negativa), que permiten tomar decisiones acerca de la adecuación o no de la información obtenida en el resto de las escalas del CIT.

### 1.5. Materiales

El CIT está compuesto por los siguientes materiales:

- ▶ **Manual:** en el que se incluye la descripción de la prueba y las pautas generales para la aplicación, corrección e interpretación de los resultados obtenidos, así como su fundamentación psicométrica y el proceso de construcción seguido durante su desarrollo.
- ▶ **Cuadernillo CIT:** en él se recogen los ítems a los que debe responder la persona evaluada.
- ▶ **Hoja de respuestas CIT:** es el lugar donde la persona evaluada anota sus contestaciones a la prueba y la caracterización de los acontecimientos traumáticos vividos.
- ▶ **Clave de corrección por internet (PIN):** Esta hoja contiene el código que permite realizar la corrección del CIT en la plataforma TEAcorrige ([www.TEAcorrige.com](http://www.TEAcorrige.com)). Contiene también unas breves instrucciones sobre el acceso y el uso de este sistema de corrección. A partir de la introducción de las respuestas, el sistema proporciona de forma automática e inmediata un perfil gráfico con las puntuaciones obtenidas por la persona evaluada en cada una de las escalas del CIT.

El CIT también está disponible para su aplicación *online*, con usos específicos que permiten utilizar esta modalidad de aplicación<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> En caso de que desee más información a este respecto, contacte con su representante de TEA Ediciones para que pueda informarle.

La visualización de estas páginas no está disponible.

Si desea obtener más información  
sobre esta obra o cómo adquirirla  
consulte:

[www.teaediciones.com](http://www.teaediciones.com)



# 4. Proceso de construcción del CIT



El proceso de construcción y desarrollo de cualquier test psicológico supone un ejercicio de planificación y ejecución por pasos con la finalidad de alcanzar una serie de objetivos. Esta labor de planificación previa es esencial, ya que sentará las bases para el desarrollo del instrumento, marcará el devenir de las fases posteriores e influirá en el resultado final. En este sentido, la calidad final de una prueba dependerá en gran medida del grado de cuidado y atención que se haya puesto en todas y cada una de las fases de su concepción, desarrollo y construcción.

Además, para lograr que un test sea adecuado para los usos a los que está dirigido es necesario contar con la colaboración entre expertos tanto en los constructos y ámbitos a evaluar como en medición y evaluación psicológica (Martínez Arias *et al.*, 2006). Por este motivo, el equipo de autores del CIT estuvo conformado tanto por especialistas en evaluación de sintomatología postraumática con amplia experiencia clínica y académica como por expertos en la construcción y el desarrollo de test psicológicos. Este equipo de autores contó también con el asesoramiento de un amplio panel de cuarenta y ocho expertos, tal y como se describirá más adelante en este capítulo, todo ello con el objetivo de contar con la experiencia aplicada y teórica que requiere el desarrollo y culminación de una prueba.

Para planificar e implementar las distintas fases de la construcción del CIT se siguieron las pautas establecidas en los textos y artículos de referencia clásicos y actuales (Abad *et al.*, 2011; Martínez Arias *et al.*, 2006; Muñiz, 2018; Muñiz y Fonseca-Pedrero, 2019; Navas, 2001) y se cuidó la adecuación a los estándares y normativas internacionales (American Educational Research Association *et al.*, 2014).

El proceso de construcción del CIT puede desglosarse en las siguientes fases:

1. Identificación de la finalidad del test
2. Requisitos para su aplicación
3. Definición del marco del test o del mapa de constructos
4. Especificación del formato de los ítems
5. Especificación y construcción de sus ítems
6. Revisión de los ítems del test
7. Tipificación del instrumento
8. Validación con muestras clínicas y forenses
9. Validación con muestras de simuladores análogos
10. Construcción y revisión de los elementos que conforman la versión definitiva del test
11. Construcción de los baremos

La visualización de estas páginas no está disponible.

Si desea obtener más información  
sobre esta obra o cómo adquirirla  
consulte:

[www.teaediciones.com](http://www.teaediciones.com)

# 5. Fundamentación psicométrica



La creación de una nueva prueba, como es el CIT, requiere de un extenso proceso de desarrollo, validación y tipificación, tal y como se describe con detalle en el capítulo 4 de este manual, que permita obtener unas adecuadas propiedades psicométricas que avalen su uso aplicado. Todo este trabajo de desarrollo del CIT requirió cuatro años de trabajo desde sus inicios hasta su publicación y la implicación de más de 250 profesionales en sus distintas fases (expertos, aplicadores...) y más de 2.000 personas evaluadas. El estudio de tipificación y validación del CIT fue estudiado, revisado y aprobado por la Comisión Deontológica de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

A lo largo de este capítulo se proporcionan evidencias sobre la fiabilidad y la validez de las puntuaciones que ofrece el CIT. Dichas evidencias determinan la confianza que los profesionales pueden tener en los resultados que obtengan con este instrumento. Esta información pretende ampliar la comprensión que tiene el profesional sobre el CIT y describir las propiedades psicométricas que deben guiar su uso. La información obtenida ha de complementarse con la expuesta en el capítulo anterior, relativa al proceso de construcción del CIT.

El primer apartado de este capítulo se centra en la descripción de las **muestras utilizadas** en los distintos estudios realizados con el CIT. Este apartado pretende responder a la pregunta acerca del grado en que las muestras empleadas han sido amplias y representativas de la población objeto del estudio.

En segundo lugar, aparecen los estudios de **fiabilidad** de la prueba. Sus resultados permiten responder a las preguntas sobre la precisión con la que evalúa el CIT en las muestras consideradas y el grado de error que contienen sus puntuaciones tanto en cuanto a su consistencia interna como su consistencia temporal.

En tercer lugar, se incluyen los estudios de **validez**. Estos estudios pretenden informar sobre qué inferencias o conclusiones podemos extraer a partir de los resultados de la prueba que estén apoyadas empírica y teóricamente, así como la adecuación y la pertinencia de las decisiones que se tomen de acuerdo con ellos. En este punto ha de recalcarse que el establecimiento de la validez de un instrumento es un proceso multifacético y prolongado en el tiempo, que comienza con su publicación y continúa a lo largo de toda su vida. Tal y como señalaba Anne Anastasi (1986) "la validez de un test es algo vivo; no expira y se embalsama cuando el test es publicado" (p. 4). Los profesionales que utilicen el CIT tienen la responsabilidad de examinar las evidencias disponibles en la literatura científica sobre la prueba en diversos contextos aplicados y de investigación y determinar su relevancia para dar respuesta a sus necesidades y prácticas profesionales.

La visualización de estas páginas no está disponible.

Si desea obtener más información  
sobre esta obra o cómo adquirirla  
consulte:

[www.teaediciones.com](http://www.teaediciones.com)

Permite evaluar de manera integral la sintomatología postraumática y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y ayudar al profesional en sus labores de valoración, peritaje, orientación o intervención clínica o forense.

Para ello evalúa:

- La **sintomatología postraumática**: estrés postraumático total, evitación, intrusión, alteración de la activación y la reactividad, alteración cognitiva y del estado de ánimo, disociación y centralidad del acontecimiento.
- La **sintomatología frecuentemente asociada con trauma**: Problemas somáticos, Alteraciones del sueño, Ansiedad, Desregulación emocional, Dependencia emocional, Rumiación, Depresión, Desconexión social, Malestar sexual, Alteraciones en la conducta alimentaria, Abuso de sustancias, Conductas de riesgo, Autolesiones, Ideación y conducta suicida, Ira.
- Las **alteraciones en las creencias**: Creencias negativas sobre uno mismo, Creencias negativas sobre el mundo y el futuro, Creencias negativas sobre los demás, Creencias negativas de culpa, Autosabotaje.
- Un indicador de **deterioro en el funcionamiento** en la línea con lo requerido habitualmente como criterio por los manuales diagnósticos sobre el malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas importantes de funcionamiento (social, familiar, laboral, sexual, física, de pareja).
- La posible presencia de **inconsistencia en las respuestas o distorsión negativa** que pueda informar de cuando la persona evaluada pudiera estar presentando una imagen magnificada, exagerada o poco verosímil de sus alteraciones.

Integra toda esta información en un perfil de resultados para ofrecer una panorámica de las alteraciones y problemas que presenta la persona evaluada.

A la **vanguardia** de la  
**evaluación psicológica** ✓

Grupo Editorial Hogrefe

Göttingen · Berna · Viena · Oxford · París  
Boston · Ámsterdam · Praga · Florencia  
Copenhague · Estocolmo · Helsinki · Oslo  
Madrid · Barcelona · Sevilla · Bilbao  
Zaragoza · São Paulo · Lisboa

