

VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO CRIES-8 EN ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL EN MÉXICO

VALIDATION OF THE CRIES-8 POST-TRAUMATIC STRESS
SCALE IN ADOLESCENTS VICTIMS OF SEXUAL ABUSE IN MÉXICO

Bertha Lidia Nuño Gutiérrez

Universidad de Guadalajara, México

Correspondencia: bertha.nuno@academicos.udg.mx

Resumen

El objetivo fue validar la escala Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES-8) en una muestra de adolescentes mexicanos de entre 14 y 19 años, y evaluar su relación con antecedentes de abuso sexual y otras experiencias adversas en la infancia. Se realizó un estudio psicométrico bajo los lineamientos metodológicos de la Teoría Clásica de los Test. La muestra estuvo conformada por 410 adolescentes (205 con antecedentes de abuso sexual y 205 adolescentes sin dicho antecedente), provenientes de cinco preparatorias públicas de Guadalajara, México. Los análisis factoriales confirmaron la estructura original de CRIES-8, compuesta por dos factores; intrusión ($\omega=.87$) y evitación ($\omega=.82$), con una consistencia interna total de $\omega=.91$. La varianza total explicada del modelo fue del 71.8%. Se observó que los puntajes de TEPT fueron consistentemente superiores y con diferencias significativas para el grupo de abuso sexual con un tamaño de efecto grande. En el caso de los adolescentes con otras

experiencias adversas en la infancia, también se identificaron diferencias significativas, aunque con un tamaño de efecto pequeño. Los hallazgos respaldan la validez y confiabilidad de la CRIES-8 como una herramienta eficaz para discriminar la sintomatología del TEPT en adolescentes que vivieron experiencias traumáticas. Se recomienda continuar el estudio de baremación y validar su uso en otras poblaciones adolescentes en América Latina.

Palabras Clave: Abuso Sexual, Adolescente, CRIES-8, Propiedades psicométricas, Trastorno de Estrés Postraumático.

Abstract

Traumatic events are more frequent in the lives of children and adolescents in low- and middle-income countries, leading to increased mental health vulnerability. Unidentified and untreated PTSD has serious consequences for psychosocial development, making appropriate screening extremely important. The objective was to validate the Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES-8) in a sample of Mexican adolescents aged 14 to 19, as well as to assess its relationship with sexual abuse and other adverse childhood experiences. A psychometric study was conducted based on the methodological assumptions of Classical Test Theory. The sample consisted of 410 adolescents (205 with a history of sexual abuse and 205 without such history), recruited from five public high schools in Guadalajara, Mexico. Factor analyses confirmed the original structure of the CRIES-8, composed of two factors: intrusion ($\omega = .87$) and avoidance ($\omega = .82$), with an overall internal consistency of $\omega = .91$. The total variance explained by the model was 71.8%. PTSD scores were consistently higher and significantly different for the sexual abuse group, with a large effect size. In the case of adolescents with other adverse childhood experiences, significant differences were also found, although with a small effect

size. The findings support the validity and reliability of the CRIES-8 as an effective tool for identifying PTSD symptoms in adolescents who have experienced traumatic events. It is recommended to continue with normative studies and to validate its use in other adolescent populations in Latin America.

Key words: Adolescent, CRIES-8, Psychometric properties, Posttraumatic Stress Disorder, Sexual abuse.

Introducción

El trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es un desorden mental que puede surgir tras experimentar un evento traumático que amenaza la vida y el bienestar (Boumpa et al., 2024) y puede presentarse desde los tres y hasta los nueve meses de exposición al trauma. Se distingue por síntomas de intrusión, evitación y excitación (Yule, 1994).

El TEPT se caracteriza por la reexperimentación persistente del acontecimiento traumático, que puede manifestarse a través de recuerdos recurrentes e intrusivos, sueños angustiosos –con o sin contenido reconocible –, escenas retrospectivas del suceso (flashbacks), sensación de revivir el acontecimiento y malestar intenso ante estímulos asociados al trauma, acompañado de reacciones fisiológicas marcadas (APA, 2014).

Entre las formas de trauma más prevalente en la infancia y adolescencia se encuentra el abuso sexual (AS). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), este se define como la participación de niños y adolescentes en actividades sexuales para las cuales no están en condiciones de otorgar su consentimiento informado. La prevalencia global del abuso sexual oscila entre el 6% y el 45% dependiendo del contexto sociocultural y metodológico de los estudios (OMS, 2019). Diversas investigaciones han

documentado que las consecuencias para la salud mental pueden persistir a lo largo de la vida, incrementando la vulnerabilidad a comportamientos sexuales de riesgo, trastornos de conducta, depresión, ansiedad, TEPT e incluso psicosis grave (Hardy et al., 2021; Fisher et al., 2013).

La evidencia empírica respalda que la exposición al AS constituye un factor de riesgo significativo para el desarrollo del TEPT, independientemente del sexo de la víctima o de la gravedad del abuso sufrido (Jin et al., 2022). Estos hallazgos subrayan la necesidad de estrategias de prevención temprana y abordajes terapéuticos específicos para mitigar los efectos psicopatológicos de este tipo de trauma.

Se ha estimado una prevalencia de TEPT en adultos en Estados Unidos del 3.5% con variaciones menores en Europa y Asia, mientras que en África y América Latina alrededor del 0.5 – 1%, con variaciones por grupos de edad (APA, 2014). La prevalencia de niños y adolescentes se ha estimado entre el 19.2% - 46.6%% (Rezayat et al., 2020), y hasta el 56.9% en adolescentes en países en guerra (Solberg et al., 2020). Un estudio en Guadalajara identificó una prevalencia del 10% en adolescentes en adolescentes expuestos a violencia indirecta (Nuño-Gutiérrez, 2025).

Los sucesos traumáticos son más frecuentes en la vida de los niños y adolescentes de los países de ingresos bajos y medios (LMIC), tales como América Latina (AL), lo que genera una mayor vulnerabilidad en la salud mental (Deeba et al., 2014). Se ha identificado que entre el 25-33% de los adolescentes de 16 años han experimentado al menos un suceso traumático y que el 16% de los adolescentes desarrolla un TEPT. Sin embargo, la proporción varía en función del género y tipo de trauma (Verlinden & Lindauer, 2015).

La falta de herramientas estandarizadas de evaluación y detección es un problema común que limita la eficiencia de la prestación de servicios. Las entrevistas de diagnóstico estructuradas requieren recursos de los que no se dispone en la mayoría de los países de AL, para evaluar los efectos de sucesos de gran escala como los terremotos ocurridos en México (Medina-Mora et al., 2024), la violencia generada por el narcotráfico (Seefoo, 2022), fenómenos hidrometeorológicos (Pérez et al., 2023), la migración de familias en AL (Bastidas et al., 2023) y otros sucesos similares. En consecuencia, es esencial disponer de medidas gratuitas, sencillas y validadas en AL (Deeba et al., 2014).

La escala Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES) es una medida de cribado de ocho y trece ítems, que evalúa las reacciones a los sucesos traumáticos en niños y adolescentes con riesgo de TEPT. CRIES cuenta con veintiocho traducciones, gracias a la colaboración de la organización no lucrativa con sede en Noruega Children and War Foundation, que fue creada con el propósito de promover estudios sobre los efectos de la guerra y las catástrofes en los niños (Children & War Foundation, 2003). No obstante, la evaluación psicométrica y la validación de este instrumento se ha dirigido en países de ingresos altos (HIC), en poblaciones expuestas a sucesos naturales y guerra, tales como Reino Unido (Yule, 1992), China (Lau et al., 2013), Grecia (Giannopoulou, et al., 2006), Holanda (Verlinder, et al., 2014) Italia (Davico, et al., 2021) y Portugal (Pereira, et al., 2020).

Sin embargo, la investigación de CRIES no ha sido consistente en su estructura factorial durante su trayectoria. En la versión de 13 ítems se ha identificado una solución factorial de dos factores (Dyregrov & Kuterovac, 1996; Pereira, et al., 2020; Chen et al., 2012), y otros estudios han identificado una solución de tres factores (Giannopoulou et al., 2006; Lau et al., 2013; Deeba et al., 2014; Laksmi et al., 2022; Kankaanpää,

et al., 2024). La versión de ocho ítems ha sido más estable en su solución factorial y se ha reportado que ambas versiones funcionan de manera adecuada (Deeba et al., 2014; Chen, et al., 2012).

Aunque en México recientemente se adaptó la escala PCL-5 en adolescentes mexicanos (Nuño-Gutiérrez, 2025) consta de 12 ítems, mientras CRIES-8 es el instrumento con mayor brevedad y que es el más utilizando en el mundo, lo que permitiría una mejor comparación.

El estudio actual

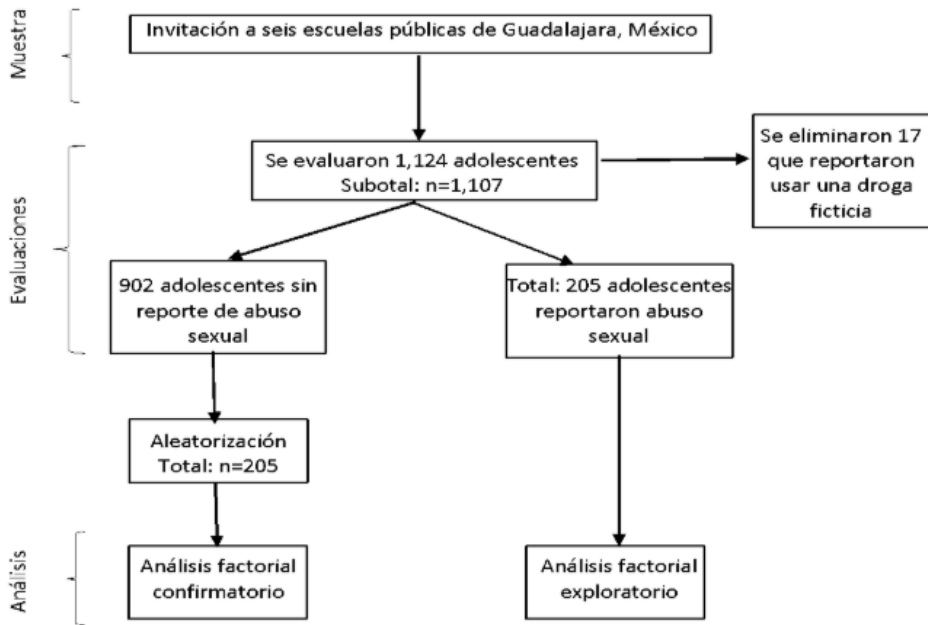
El objetivo del estudio fue evaluar las evidencias de validez y precisión de la escala CRIES-8 en una muestra de adolescentes mexicanos de 14-19 años víctimas de AS, mediante un análisis factorial exploratorio y un análisis factorial confirmatorio. Así como evaluar la correlación del TEPT con AS y otras experiencias adversas en la infancia (ACEs). Por consiguiente, la hipótesis de trabajo planteó que los puntajes superiores de TEPT se asociarían con el AS y con la exposición a ACEs.

Método

Diseño y Participantes

Se diseñó un estudio instrumental-psicométrico que incluyó una muestra no clínica inicial de 1,124 estudiantes de cinco preparatorias públicas de Guadalajara, México. El criterio de inclusión fue la restricción de edad de adolescentes tardíos de 14 a 19 años (OPS, 2020). Se excluyeron 17 adolescentes que reportaron consumir una droga ficticia (physol), por lo que el subtotal de la muestra fue de 1,107. De éstos, se seleccionaron 205 adolescentes que reportaron AS y se aleatorizaron 205 sin reporte de AS, por lo que la muestra final fueron 410 adolescentes (Figura 1). La edad promedio para la muestra final fue de 16.34 DE \pm .98; el 59.3% fueron mujeres.

Figura 1. Diagrama de Flujo de las Muestras de los Adolescentes Participantes en el Estudio en las Distintas Etapas



Instrumentos

Características sociodemográficas. Se evaluó edad, sexo, escuela sede, tipo de familia mediante la pregunta: con quién vives actualmente, con cuatro opciones de respuesta para clasificar a las familias en nuclear, uniparental, reconstruida o extendida, así como la escolaridad de la madre y del padre (no estudió nada, primaria, secundaria, preparatoria o equivalente, licenciatura y posgrado).

CRIES-8. Se empleó la versión en español disponible en www.childrenandwar.org. La escala está compuesta por ocho ítems agrupados en dos factores; intrusión= 1+3+6+7 y evitación= 2+4+5+8. Sus opciones de respuesta son 0=nunca, 1=rara vez, 3=a veces, 5=frecuentemente. Su

consistencia interna para la escala total oscila entre $\alpha=.70 - .90$ (Deeba, et al., 2014). Listado de Experiencias Adversas en la Infancia ACEs. Se empleó el listado de experiencias adversas en la infancia adaptado para adolescentes por Vink et al. (2019) del listado original ACEs de Felitti, et al. (1998). Incluye 27 preguntas sobre divorcio/separación de los padres, muerte/enfermedad grave o incurable de uno de los padres, abuso físico, emocional y sexual, negligencia física y emocional, testigo de abuso físico en la familia, abuso de sustancias, enfermedad mental de uno de los padres, encarcelamiento e intento de suicidio de uno de los miembros de la familia. Las opciones de respuesta adaptadas por Vink et al. (2019) para adolescentes fueron 0=no, 1=no, pero antes sí y 2=sí.

Procedimiento

El estudio se realizó en cinco preparatorias públicas de la Ciudad de Guadalajara. El formulario se aplicó mediante la autoadministración por Google Forms que se compartió a través de un código QR para los profesores que participaron en las escuelas. La aplicación se realizó en cada escuela, en los grupos escolares conformados entre 30 y 40 adolescentes. Los evaluadores recibieron una capacitación sobre el contenido del formulario para asistir la aplicación. El llenado fue de aproximadamente 20 minutos.

Análisis de Datos

La base de datos con 420 adolescentes se dividió en dos sub-muestras para evaluar las evidencias de validez y precisión de la escala CRIES-8 de manera más estricta (Lloret-Segura et al., 2014); quienes reportaron AS y quienes no reportaron AS. Con la muestra de AS ($n= 205$) se realizó el análisis factorial exploratorio (AFE) para construir la estructura factorial en el programa JASP (JASP, 2022). Al considerar la naturaleza ordinal de las variables, se analizó con la matriz de correlaciones policóricas y se verificó

su posible factorización mediante del indicador Kaiser Meyer Olkin (KMO) con valores $\geq .8$ y se constató que los valores en la prueba de Bartlett fueran estadísticamente significativos. El número óptimo de factores a extraer se determinó mediante el análisis paralelo de implementación (Lubbe, 2019), en contraste con los teóricamente esperados. Los factores se extrajeron mediante el método de rotación oblimín. Se procedió a la interpretación de la matriz rotada mediante el método promax (Lorenzo-Seva & Ferrado, 2021). Se consideraron factores válidos aquellos que retuvieron al menos tres indicadores con cargas $\geq .4$, sin cargas equivalentes en otros factores, y que fueran congruentes con su contenido conceptual con el modelo teórico.

La bondad de ajuste se valoró como aceptable al obtener valores $\chi^2 < .05$, RMSEA $\leq .08$, CFI $\geq .95$, GFI $\geq .95$ y AGFI $\geq .90$ y AGFI $\geq .90$ TLI $> .90$ (Brown, 2015). Con la segunda submuestra sin AS ($n= 205$) se realizó el análisis factorial confirmatorio (AFC) en el software JASP (2022), para confirmar la estructura factorial identificada (Lloret-Segura et al., 2014). Se estimaron las discrepancias mediante el método de mínimos cuadrados ponderados diagonalmente, el cual es apropiado para los niveles de medición ordinales. La bondad de ajuste se consideró adecuada al obtener valores de $\chi^2 \geq .5$, RMSEA $\leq .08$, CFI $\geq .95$, GFI $\geq .90$ y SRMR $\leq .08$ (Brown, 2015). Se evaluó la consistencia interna para la escala en su conjunto mediante la fórmula Omega de McDonald (Hayes & Coutts, 2020) en JAPS (2022) y el alfa de Cronbach cuyos valores aceptables son entre .70 y .90.

En concordancia con las mejores prácticas para la evaluación de la validez y precisión de escalas (Boateng et al., 2018), se evaluó su asociación con AS y otras ACEs. Se realizaron las pruebas de normalidad K. S. y la prueba

de Levene en JASP (2022) para asegurar el cumplimiento de los supuestos. Debido a que los datos no mostraron una distribución normal, se utilizaron las pruebas no paramétricas Mann-Whitney y Kruskal-Wallis para la comparación de grupos (AS vs. No AS, con/sin ACEs), la significación se definió en $p \leq .05$.

Asimismo, se realizó un análisis de correlación de Spearman. El efecto del tamaño de la muestra es una medida objetiva y estandarizada de la magnitud del resultado observado, ya sea de manipulación experimental o de fuerza de asociación y se recomienda su utilización porque proporcionan una medida objetiva de la importancia del impacto (Field, 2009). Por consiguiente, se utilizó la prueba de Cohen (1988) para evaluar el tamaño del efecto y la posibilidad de generalizar los resultados. Los valores $d=.20$, $d=.50$ y $d=.80$ indican el efecto del tamaño pequeño, medio y grande, en tanto que el efecto mediano y grande posibilitan la generalización de los resultados. Por último, se estimaron puntos de corte mediante percentiles para clasificar el TEPT en bajo, medio o alto.

Consideraciones éticas

El estudio fue registrado ante un comité de ética e investigación CINV-01-2025 y cumplió con lo dispuesto en la Ley General de Salud y aceptado por las autoridades de las escuelas sedes. En una reunión de padres de familia se informó que se llevaría a cabo la aplicación de las encuestas anónimas con sus hijos. Se solicitó su consentimiento indirecto para que aquellas personas que no estuvieran de acuerdo en que sus hijos participaran en la encuesta, se registraran en un listado de no participantes, sin embargo no hubo casos. En relación con los estudiantes, se solicitó su asentimiento de manera electrónica. La encuesta se desplegó al aceptar participar y se aclaró que las respuestas estarían protegidas por el aviso

de confidencialidad de la UdG, a través del enlace <https://transparencia.udg.mx/aviso-confidencialidad>. En el asentimiento se brindó información acerca de los temas a explorar, no se recolectaron nombres, ni correos electrónicos y sólo contestaron quienes lo desearon. Asimismo, se compartió una dirección electrónica para comunicarse en caso de requerir atención psicológica. Se recibieron tres comunicaciones y los adolescentes fueron derivados al gabinete psicopedagógico de su escuela, a quienes se les capacitó previamente sobre las prácticas adecuadas en la primera línea de atención de AS con base a las recomendaciones de la OPS (2020) y para la impartición de sesiones para la identificación y prevención de abuso sexual conforme a las directrices de UNICEF (2024).

Resultados

La muestra incluida fue de 410 adolescentes entre 14 - 19 años de edad; el 59.3% fueron mujeres y el 40.7% hombres y la edad promedio fue de 16.3 DE±.98. En la Tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de los grupos con/sin AS. Se identificó mayor proporción de mujeres en el grupo de AS con diferencias significativas ($z=5.321$, $\chi^2= .0001$) y un efecto del tamaño mediano $d=.25$.

Tabla 1. Comparación Psicométrica de la Trayectoria de CRIES

Característica	Con abuso sexual n=205		Sin abuso sexual n=205		χ^2
	F	%	F	%	
Sexo					
Femenino	148	72.2	95	46.3	.001
Masculino	57	27.8	110	53.7	
Edad					
14-16	109	53.2	125	61	.06
17-19	96	46.8	80	39	
Media edad	16.40	-	16.28	-	
Tipo de Familia					

Familia nuclear	112	54.6	125	61	
Uniparental	62	30.2	52	25.4	
Reconstruida	20	9.8	15	7.3	
Familia extendida	11	5.4	13	6.3	.48
Nivel educativo de la madre					
Nada	2	1	0	-	
Primaria	12	5.9	16	7.8	
Secundaria	57	27.8	68	33.2	
Preparatoria y equivalente	72	35.1	65	31.7	
Licenciatura	49	23.9	44	21.5	
Posgrado	13	6.3	12	5.9	.64
Nivel educativo del padre					
Nada	7	3.4	3	1.5	
Primaria	16	7.8	12	5.9	
Secundaria	60	29.3	66	32.2	
Preparatoria y equivalente	68	33.2	67	32.7	
Licenciatura	48	23.4	45	22	
Posgrado	6	2.9	12	5.9	.54

Análisis Factorial Exploratorio (AFE)

En el AFE se incluyeron 205 adolescentes con AS (72.2% mujeres, edad promedio de 16.40). El índice KMO fue de .88 con valores estadísticamente significativos en la prueba de Bartlett ($\chi^2 = 1294.408$, $gl = 28$, $p \leq 0.001$), lo que indicó que era posible extraer factores de la matriz de correlaciones policóricas. La estructura factorial presentó índices de ajuste adecuados (RMSEA = .06, IC 90% [.05 - .07], TLI = .92, CFI = .99).

La Tabla 2 presenta la solución de los dos factores de CRIES-8 que se ajustó a la escala original; Intrusión que incluyó cuatro ítems y se refiere a la presencia de recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático (APA, 2014). Este factor tuvo un promedio de 6.2, $DE \pm 4.98$ y una varianza común explicada del 43.7%. El segundo factor fue Evitación con cuatro ítems, que evalúa el esfuerzo para evitar actividades, lugares, personas, situaciones o recordatorios físicos asociados al suceso

traumático (APA, 2014). Este factor presentó un promedio de 8.1, DE \pm 5.28 y una varianza común explicada del 28%. La varianza total explicada de la escala con dos factores fue de 71.8%. No se identificaron diferencias estructurales en función del sexo, edad o si sufrieron o no AS.

Tabla 2. Solución Factorial de CRIES-8 en Adolescentes con Auto-reporte de Abuso Sexual

	Intrusión	Evitación
Intrusión		
1. Piensas en eso aunque no lo quieras hacer	0.799	0.101
3. Tienes oleadas de sentimientos fuertes del evento	0.888	0.013
6. Imaginas lo que pasó y se te mente a tu mente	0.614	0.035
7. Hay cosas que te hace pensar en lo que pasó	0.656	0.033
Evitación		
2. Tratas de sacarlo de tu memoria	0.046	0.467
4. Te mantienes alejado/a de cosas, lugares o situaciones que te recuerdan lo que pasó	0.051	0.884
5. Tratas de hablar al respecto	0.046	0.864
8. Tratas de no pensar en lo que pasó	0.080	0.521

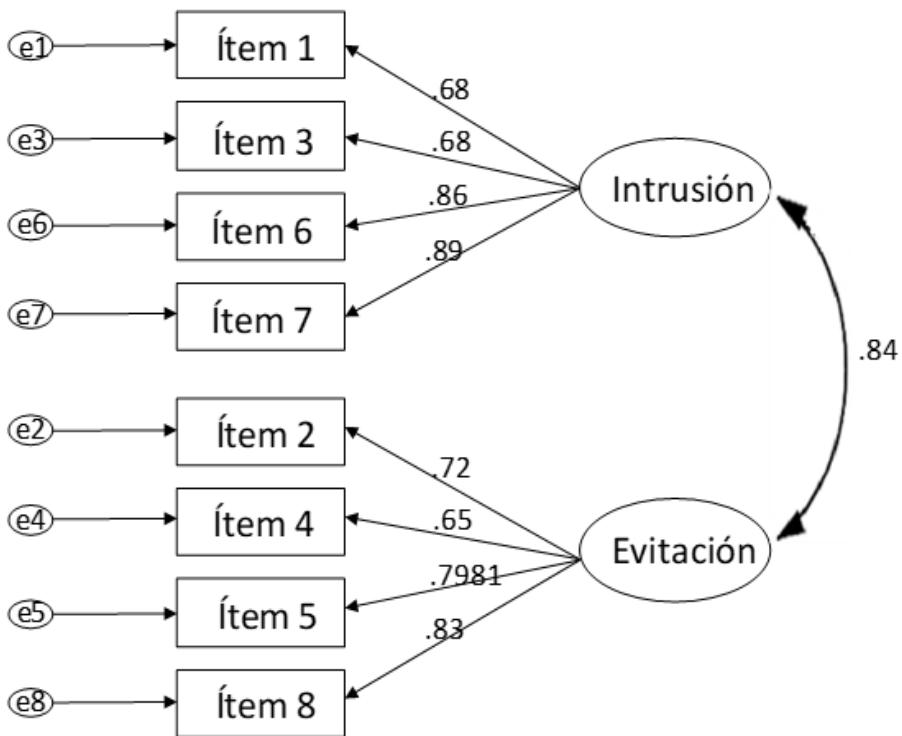
Nota: n= 205. El método de extracción fue oblmin promax. Los ítems con cargas mayores de .40 están en negritas.

Análisis Factorial Confirmatorio

Se incluyeron 205 adolescentes sin reporte de AS (46.3% mujeres, con una edad promedio de 16.28). En la Figura 2 se presenta el AFC que mostró índices adecuados de bondad de ajuste: $\chi^2 = 20.818$, gl= 19, $p \leq .347$), CFI= .99, RMSEA= .02 IC 90% [0.0- .06], SRMR= .02, GFI=.99 TLI=.99. Todos los reactivos presentaron cargas estadísticamente significativas sobre sus factores, con valores de 0.90 – 1.34, valores de z entre 9.95 –

15.64 y niveles de $p \leq 0.001$. El factor Intrusión tuvo un promedio de 2.4, $DE \pm 3.88$ y una consistencia interna de $\omega = .86$. El factor Evitación obtuvo un promedio de 3.18, $DE \pm 4.52$ y una consistencia interna de $\omega = .85$. La consistencia interna de la escala total fue de $\omega = .91$

Figura 2. *Análisis Factorial para CRIES-8 en Población sin Abuso Sexual*



Nota: $n=205$. Los ítems están numerados como se presentan en el texto. Todos los coeficientes fueron significativo ($p < .05$).

Diferencias Sociodemográficas de CRIES-8

La comparación de CRIES-8 entre grupos de edad no mostró diferencias significativas. En el análisis por género, las mujeres presentaron puntajes superiores que los hombres en intrusión ($\bar{x}=5.2$ vs 2.9 $U= 5.161$, $p=.0001$, $d=.25$), evitación ($\bar{x}=6.9$ vs 3.7 $U= 5.963$, $p=.0001$, $d=.29$) y el puntaje total de CRIES ($\bar{x}=13.3$ vs 9.1 $U= 5.704$, $p=.0001$, $d=.28$). El análisis de CRIES-8 por tipo de familia mostró diferencias estadísticamente significativas con puntajes superiores en las familias uniparentales vs nucleares, en intrusión (Media de 5.2 vs 3.7 $z=2.447$, $p\leq .01$), y la suma total de CRIES-8 ($M= 12.4$ vs 9.6 , $z=2.070$, $p\leq .03$), aunque con un efecto pequeño ($d=.10$). Asimismo, se encontraron diferencias significativas con puntajes superiores en las familias extendidas en comparación con nucleares en intrusión ($M= 6.1$ vs 3.7 $z= 2.076$, $p\leq .03$) y marginalmente significativas en CRIES-8 ($M=14.3$ vs 10.2), $z= 1.943$, $p\leq .05$), con efectos pequeños. No se identificaron diferencias en cuanto a la escolaridad de los progenitores.

Evidencias de Validez Sobre la Relación con Otras Variables

La prevalencia de AS en la muestra inicial ($n=1,107$) fue del 18%; 13.4% en mujeres y 5.1% en hombres ($p\leq .0001$). La edad promedio reportada del AS fue de 9.2 años, con un rango de 5 -18 años.

El análisis de las ACEs con CRIES-8 sólo presentó dos tipos de experiencias (fallecimiento y enfermedad grave o incurable de uno de los padres) que no mostraron diferencias significativas en CRIES-8. El reporte de haber sufrido ACEs reveló puntajes superiores de TEPT, aunque con efectos pequeños. En los adolescentes con AS, el promedio de ACEs fue de 6.4, mientras que el grupo sin AS fue de 3.0 ($z=-7.882$, $p\leq .0001$, $d= .44$). La correlación bivariada de Spearman mostró correlaciones positivas y

significativas entre el TEPT con todas las ACEs ($p \leq .0001$) con coeficientes de correlación entre .22 y .48.

En la Tabla 3 se muestran las diferentes formas de AS de acuerdo con los factores de CRIES-8, con su respectiva prueba de hipótesis y efectos en el tamaño de la muestra. Como se puede apreciar, los puntajes superiores de TEPT se concentraron en los adolescentes que, al momento de la recopilación de datos, reportaron que sufrían algún tipo de AS, y particularmente, quienes reportaron coito.

Tabla 3. Prueba de Hipótesis de Abuso Sexual y puntajes de CRIES-8

Abuso Sexual	N	CRIES-8						Prueba de hipótesis ¹		Efecto del tamaño
		Intrusión		Evitación		Total		h	p	
		Media DE	Media DE	Media DE	Media DE	Media DE	Media DE			
Tocamiento sexual por un adulto sin consentimiento										
No	245	2.7	4.1	3.5	4.7	6.8	8.9			
No ahora, pero antes sí	104	6.2	4.6	8.5	4.9	15.9	9.4	82.986	.0001	4.10 grande
Sí	61	7.5	5.2	9.1	5.2	18.2	10.5			
Exhibición de contenido sexual por un adulto sin consentimiento										
No	332	3.8	4.6	5.1	5.4	9.6	10.2			
No ahora, pero antes sí	41	6.5	4.9	8.2	4.9	16	9.4	93.372	.0001	4.61 grande
Sí	37	6.3	5.3	7.2	5.8	15.2	11.7			
Relaciones sexuales con un adulto sin consentimiento										
No	348	3.7	4.6	4.9	5.2	9.4	10			
No ahora, pero antes sí	45	6.8	4.5	8.7	4.9	16.8	8.7	95.977	.0001	4.74 grande
Sí	17	9.8	4.6	12.1	5.1	23.9	10.2			

Nota: =410 1 se utilizó la prueba de Kruskal - Wallis. En el texto se reporta la comparación de pares de respuestas con la prueba de Mann-Whitney

En la Tabla 4 se presenta la estimación de una baremación de CRIES-8 y la distribución de la población en cada categoría. Se puede observar que hubo diferencias estadísticamente significativas con un efecto de tamaño mediano entre los grupos. El 25.6% del grupo AS clasificó en la categoría de alta sintomatología del TEPT, mientras que el grupo sin AS apenas alcanzó el 8%. La comparación en el nivel bajo de TEPT mostró una mayor proporción para el grupo sin AS 26.6 vs 7.3% en el grupo de AS.

Tabla 4. Baremación de CRIES-8 Mediante Percentiles y Comparación por Grupos

CRIES-8	Con abuso sexual						Sin abuso sexual						Prueba de hipótesis		
	Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto		Estatístico ¹	p	Efecto del tamaño
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%			
Puntaje total	30	7.3	70	17.1	105	25.6	109	26.6	63	15.4	33	8	-9.062	.0001	.44

Discusión

El estudio identificó que las evidencias de validez, precisión, invalidez factorial y consistencia interna de CRIES-8 fueron adecuadas y coinciden con los estudios previos en su solución factorial, sin la eliminación de ítems, la permanencia bifactorial y su consistencia interna (Morris, et al., 2015; Verlinder et al., 2014; Deeba, et al., 2014).

Por consiguiente, los resultados proporcionan evidencias adecuadas de que CRIES-8 discrimina la sintomatología del TEPT en adolescentes tras la exposición a sucesos traumáticos. El estudio reveló de manera consistente en todas las evaluaciones de los adolescentes que reportaron haber sido víctimas de AS que obtuvieron mayores puntajes en intrusión, evitación y en la suma de CRIES-8 con efectos grandes (Boumpa et al., 2024; Shin et al., 2021). De igual manera, una mayor proporción de adolescentes con AS clasificaron en la categoría de CRIES alto en comparación con los

adolescentes sin AS con diferencias significativas y un efecto mediano. Los estudios de sensibilidad y especificidad realizado por Verlinder et al. (2014) y Dow et al. (2012) revelaron que CRIES-8 clasificó correctamente entre el 78% y 86% de la población. No obstante, aunque Dow et al. (2012) propuso un punto de corte ≥ 14.5 para la clasificación correcta, Morris et al. (2015) sugirió un punto de corte ≥ 28 . En este estudio se propone una baremación con tres categorías, no obstante, el corte para la categoría superior es similar a la propuesta de Dow et al. (2012). El estudio de Solberg et al. (2020) con niños y adolescentes de países en guerra como Siria, Afganistán e Irak reasentados en Suecia, sugirió un punto de corte ≥ 17 , similar a este estudio.

En cuanto a las diferencias sociodemográficas de CRIES-8, estudios previos han identificado puntuaciones superiores en intrusión en las mujeres (Dyregros, et al., 1996; Yule, 1994; Kankaanpää, et al., 2024), similar a la identificada en este estudio. Terzioğlu & Büber (2021) estimaron puntuaciones superiores en las familias divorciadas, como se encontró en este estudio, quizás, debido a que un sólo progenitor cumple la función de proveedor y educador.

La hipótesis planteada en este estudio se aceptó, ya que la evaluación de TEPT con CRIES-8, mostró una asociación significativa con AS con efectos de medianos a grandes y con otras ACEs, tales como el abuso físico y emocional, la negligencia física y los problemas de salud de uno de los progenitores como el abuso de sustancias, la enfermedad mental, el encarcelamiento y el intento suicida de algún miembro de la familia. Estos resultados están en concordancia con la literatura (Boumpa, et al., 2024; Shin, et al., 2021; Morris, et al., 2015).

En este estudio se identificó que los puntajes de CRIES-8 no fueron distintos entre aquellos adolescentes que había sido abusados en el pasado y aquellos que en el momento de la recopilación de datos, informaron que eran víctimas de AS, lo cual podría indicar que el trauma y los síntomas de TEPT no desaparecen con el paso del tiempo, pero tampoco fueron diagnosticados ni tratados de forma oportuna. De acuerdo con la estimación de Verlinden & Lindauer (2015) que identificaron que entre el 25-33% de los adolescentes de 16 años en Los Países Bajos, habían experimentado al menos un suceso traumático, este estudio estimó que el 27% de los adolescentes de 16 años habían experimentado en promedio 12 ACEs, y en particular, los adolescentes con AS, eran más vulnerables a sufrir más ACEs en comparación con los no AS.

En México, como en otros países de LA, los adolescentes están expuestos a la violencia (Seefoo, 2022) a sucesos naturales traumáticos (Pérez, et al., 2023; Medina-Mora, et al., 2024), a la migración y el desplazamiento de familias (Bastidas, et al., 2023). Por consiguiente, es fundamental que en las comunidades escolares y en los servicios de salud, y se realicen evaluaciones constantes, se implementen acciones de psicoeducación (UNICEF, 2024; OPS, 2020) y la derivación oportuna a los servicios de salud psicológicos.

Una limitación del estudio fue que el punto de corte de CRIES-8, no se comparó con una muestra clínica para corroborar la sensibilidad y especificidad. No obstante, la escala fue capaz de discriminar los puntajes entre los adolescentes con/sin AS, para implementar acciones de prevención, capacitación de los profesionales de la primera línea de atención y detectar la necesidad de evaluación constante. Por consiguiente, resulta crucial continuar analizando las evidencias de validez y precisión

de CRIES-8 en poblaciones latinoamericanas, así como profundizar en el análisis de la baremación, la sensibilidad y especificidad con muestras clínicas. Asimismo, es vital desarrollar modelos de atención centrados en el trauma.

Conflicto de interés

El autor declaró no tener ningún conflicto de interés.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Asociación Americana de Psiquiatría.
- Bastidas, Y., Correal, K., Díaz, K., & Hawkins, J. (2023). Afectaciones psicosociales familiares debido a la migración en América Latina. Sistema Nacional de Bibliotecas SISNAB. Politécnico Grancolombiano. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10823/7163>
- Boateng, G., Neilands, T., Frongillo, E., Melgar-Quiñonez, H., & Young, S. (2018). Best Practices for Developing and Validating Scales for Health, Social, and Behavioral Research: A Primer. *Frontiers in Public Health*, 6, 149. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149>
- Boumpa, V., Papatoukaki, A., Kourti, A., Mintzia, S., Panagouli, E., Bacopoulou, F., Psaltopoulou, T. Spiliopoulou, C., Tsofia, M., Sergeantanis, T. N., & Tsitsika, A. (2024). Sexual abuse and post-traumatic stress disorder in childhood, adolescence and young adulthood: a systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33(6), 1653–1673. doi:<https://doi.org/10.1007/s00787-022-02015-5>
- Brown, T. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research*. Guilford Publications.
- Chen, Z., Zhang, Y., Liu, Z., Liu, Y., & Dyregrov, A. (2012). Structure of the Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES) with children and adolescents exposed to debris flood. *PloS One*, 7(8), e41741. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0041741>
- Children & War Foundation. (2003). Obtenido de <https://www.childrenandwar.org/measures>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale.
- Davico, C., A., G., Marcotulli, D., Ricci, F., Amianto, F., & Vitiello, B. (2021). Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Adults and Their Children in Italy. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 572997. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.572997>

- Deeba, F., Rapee, R. M., & Prvan, T. (2014). Psychometric properties of the Children's Revised Impact of Events Scale (CRIES) with Bangladeshi children and adolescents. *Peer J*, e536. <https://doi.org/10.7717/peerj.536>
- Dow, B. L., Kenardy, J. A., Le Brocque, R. M., & Long, D. A. (2012). The utility of the Children's Revised Impact of Event Scale in screening for concurrent PTSD following admission to intensive care. *Journal of Traumatic Stress*, 25(5), 602-605. <https://doi.org/10.1002/jts.21742>
- Dyregrov, A., & Kuterovac, G. (1996). Factor analysis of the impact of event scale with children in war. *Scandinavian journal of psychology*, 37(4), 339-350. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.1996.tb00667.x>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*. SAGE.
- Fisher, H. L., Schreier, A., Zammit, S., Maughan, B., Munafò, M. R., Lewis, G., & Wolke, D. (2013). Pathways between childhood victimization and psychosis-like symptoms in the ALSPAC birth cohort. *Schizophrenia bulletin*, 39(5), 1045–1055. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs088>
- Giannopoulou, I., Smith, P., Ecker, C., Strouthos, M., Dikaiakou, A., & Yule, W. (2006). Factor structure of the Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES) with children exposed to earthquake. *Personality and Individual Differences*, 40(5), 1027-1037. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.11.002>
- Hardy, A., O'Driscoll, C., Steel, C., van der Gaag, M., & van den Berg, D. (2021). A network analysis of post-traumatic stress and psychosis symptoms. *Psychological medicine*, 51(14), 2485–2492. <https://doi.org/10.1017/S0033291720001300>

- Hayes, A. F., & Coutts, J. J. (2020). Use Omega Rather than Cronbach's Alpha for Estimating Reliability. *But.... Communication Methods and Measures*, 14(1), 1-24. <https://doi.org/10.1080/19312458.2020.1718629>
- JASP, T. (2022). JASP (Version 0.19.1.0). Obtenido de <https://jasp-stats.org/>
- Jin, Y., Xu, S., Wang, Y., Li, H., Wang, X., Sun, X., & Wang, Y. (2022). Associations between PTSD symptoms and other psychiatric symptoms among college students exposed to childhood sexual abuse: a network analysis. *European journal of psychotraumatology*, 13(2), 2141508. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2141508>
- Kankaanpää, R., Vänskä, M., Opaas, M., Spaas, C., Derluyn, I., Jervelund, S. S., Skovdal, M., Durbeej, N., Osman, F., De Haene, L., de Smet, S., Andersen, A. J., Hilden, P. K., Verelst, A., & Peltonen, K. (2024). Psychometric properties of the Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES-8) among refugee adolescents from Afghanistan, Syria, and Somalia. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1), 2349445. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2349445>
- Laksmita, O. D., Chung, M. H., Shieh, Y. Y., & Chang, P. C. (2022). Psychometric Validation of the Indonesian Version of Children's Revised Impact of Event Scale 13. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 17069. <https://doi.org/10.3390/ijerph192417069>
- Lau, J. T., Yeung, N. C., Yu, X. N., Zhang, J., Mak, W. W., & Lui, W. W. (2013). Validation of the Chinese version of the Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES) among Chinese adolescents in the aftermath of the Sichuan Earthquake in 2008. *Comprehensive Psychiatry*, 54(1), 83-90. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.06.007>
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., & Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151-1169. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>

- Lorenzo-Seva, U., & Ferrado, P. J. (2021). MSA: The Forgotten Index for Identifying Inappropriate Items Before Computing Exploratory Item Factor Analysis. *Methodology*, 17(4), 296-306. <https://doi.org/10.5964/meth.7185>
- Lubbe, D. (2019). Parallel analysis with categorical variables: Impact of category probability proportions on dimensionality assessment accuracy. *Psychological Methods*, 24(3), 339-351. <https://doi.org/10.1037/met0000171>
- Medina-Mora, M. E., Kulis, S. S., Real, T., Nuño-Gutiérrez, B. L., Corona, M. D., Cutrín, O., & Marsiglia, F. F. (2024). The Impact of Major Earthquakes on Students' Emotional Distress and Internalizing Symptoms, Externalizing Behaviors, and Coping During the Implementation of keepin' it REAL-Mexico. *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research*, 25(2), 256-266. <https://doi.org/10.1007/s11121-023-01542-0>
- Morris, L., Salkovskis, P. M., Adams, J., Lister, A., & Meiser-Stedman, R. (2015). Screening for post-traumatic stress symptoms in looked after children. *Journal of Children Services*, 10(4), 365-375. <https://doi.org/10.1108/JCS-10-2014-0045>
- Nuño-Gutiérrez, B.L. (2025). Adaptación y validación de la escala de estrés postraumático PCL-5 en adolescentes mexicanos. *Revista de Psicología del Estado de México*, (14) 41. En prensa.
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). Cómo responder a niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual. Directrices clínicas de la OMS. OPS-OMS.
- Pereira, J., Vagos, P., Fonseca, A., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2021). The Children's Revised Impact of Event Scale: Dimensionality and Measurement Invariance in a Sample of Children and Adolescents Exposed to Wildfires. *Journal of Traumatic Stress*, 34(1), 35-45. doi:<https://doi.org/10.1002/jts.22634>
- Pérez, M. A., Piña, M. A., & Cruz, D. I. (2023). Cambio climático y su efecto sobre el impacto económico de los huracanes en México. *Equilibrio Económico*, 19(55), 6-27.

- Rezayat, A. A., Sahebdel, S., Jafari, S., Kabirian, A., Rahnejat, A. M., Farahani, R. H., Mosaed, R., & Nour, M. G. (2020). Evaluating the Prevalence of PTSD among Children and Adolescents after Earthquakes and Floods: a Systematic Review and Meta-Analysis. *The Psychiatric Quarterly*, 91(4), 1265-1290. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09840-4>
- Seefoo, J. L. (2022). Menores en la mira; víctimas de la violencia homicida en Michoacán. En B. L. Nuño-Gutiérrez, *Salud, violencia, drogas y narcotráfico. Una observación desde el occidente de México* (págs. 197-215). Universidad de Guadalajara.
- Shin, Y. J., Kim, S. M., Hong, J. S., & Han, D. H. (2021). Correlations Between Cognitive Functions and Clinical Symptoms in Adolescents With Complex Post-traumatic Stress Disorder. *Frontiers in Public Health*, 9, 1-8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.586389>
- Solberg, Ø., Nissen, A., Vaez, M., Cauley, P., Eriksson, A. K., & Saboonchi, F. (2020). Children at risk: A nation-wide, cross-sectional study examining post-traumatic stress symptoms in refugee minors from Syria, Iraq and Afghanistan resettled in Sweden between 2014 and 2018. *Conflict and Health*, 14(67), 2-12. <https://doi.org/10.1186/s13031-020-00311-y>
- Terzioğlu, M., & Büber, A. (2021). Traumatic Effects of the COVID-19 Outbreak in Middle School Students and Caregivers. *Psychiatry investigation*, 18(6), 553–560. <https://doi.org/10.30773/pi.2021.0016>
- UNICEF. (2024). *Abuso sexual en niños, niñas y adolescentes. Orientaciones para su abordaje y prevención*. UNICEF-SIPIAV.
- Verlinden, E., & Lindauer, R. J. (2015). Trauma bij kinderen en adolescenten: screening, diagnostiek en behandeling [Trauma in children and adolescents: screening, diagnoses and treatment]. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 57(12), 912-916. Obtenido de https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/nl/artikelen/article/50-10732_Trauma-bij-kinderen-en-adolescenten-screening-diagnostiek-en-behandeling

- Verlinden, E., van Meijel, E. P., Opmeer, B. C., Beer, R. d., Bicanic, I. A., Lamers-Winkelmann, F., Olff, M., Boer, F., & Lindauer, R. J. (2014). Characteristics of the Children's Revised Impact of Event Scale in a clinically referred Dutch sample. *Journal of Traumatic Stress, 27*(3), 338-344. <https://doi.org/10.1002/jts.21910>
- Vink, R. M., van Dommelen, P., van der Pal, S. M., Eekhout, I., Pannebakker, F. D., Klein Velderman, M., Haagmans, M., Mulder, T., & Dekker, M. (2019). Self-reported adverse childhood experiences and quality of life among children in the two last grades of Dutch elementary education. *Child Abuse & Neglect, 95*, 104051. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104051>
- World Health Organization. (2019). International statistical classification of diseases, eleventh revision (ICD-11). <https://icd.who.int/en/>
- Yule, W. (1992). Post-traumatic stress disorder in child survivors of shipping disasters: the sinking of the 'Jupiter'. *Psychotherapy and Psychosomatics, 57*(4), 200-205. <https://doi.org/10.1159/000288599>
- Yule, W., Bruggencate, S. T., & Joseph, S. (1994). Principal components analysis of the impact of events scale in adolescents who survived a shipping disaster. *Personality and Individual Differences, 16*(5), 685-691. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90210-0](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90210-0)

Envío a dictamen: 29 abril 2025

Reenvío: 19 junio 2025

Aprobado: 11 julio 2025

Bertha Lidia Nuño Gutiérrez. Doctora en Psicología. Profesor-Investigador Titular en el Centro de Estudios e Investigaciones en Comportamiento de la Universidad de Guadalajara. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel II. Línea de Investigación: Adolescentes, Familia, Adicciones, Salud Mental, Psicoterapia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5915-961X> Correo electrónico: bertha.nuno@academicos.udg.mx