



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS BASADOS EN
EVIDENCIA PARA EL TRASTORNO DE ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO EN NIÑOS**

T E S I S A

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA(N)

María Fernanda Alvarado Hernández

Directora: Dra. Ana Leticia Becerra Gálvez

Dictaminadores:

Dr. Isaías Vicente Lugo González

Dra. Bertha Ramos del Río

Iztapalapa, CDMX





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A mi papá, por guiarme y hacerme la persona que soy. Tú me enseñaste a soñar y a trabajar para que se cumpla. Sin tu guía esos años ni siquiera me imagino poder estar aquí. Espero que hasta donde estes puedas ver que lo estamos logrando.

A mi mamá por tantos sacrificios, su apoyo incondicional y el haberme acompañado hasta aquí, aún con tantos altibajos. Eres mi mayor ejemplo de resiliencia, te amo.

A mis hermanos, Jimena y Rubén por hacerme querer luchar para que tengamos algo mejor. Ustedes me enseñaron a ser fuerte, aunque todo vaya en tu contra.

A Bruno y a Molly por su amor y compañía.

A los Hernández Sosa, por siempre creer en mí, hasta cuando yo no lo hice. El saberme en una familia tan unida ha sido una motivación para seguir.

A Román, Brenda, Estefanya, Franco y Alan por ser tan buenos amigos acompañándome en este proceso.

Y a la Dra. Ana Leticia Becerra, por su tiempo y paciencia. Usted fue la profesora que más contribuyó a mi formación. Uno de mis objetivos ahora es ser como usted.

Índice	
RESUMEN	4
Introducción.....	5
Capítulo 1. Psicología basada en evidencia.....	8
1.1 Antecedentes y conceptualización	8
1.2 Relevancia y niveles de evidencia	10
1.3 Psicoterapias basadas en evidencia para trastornos relacionados con traumas y factores de estrés	13
Capítulo 2. Trastorno de estrés postraumático	15
2.1 Conceptualización.....	15
2.2 Epidemiología mundial y nacional	17
2.3 Factores de riesgo y de protección asociados	19
2.4 Características y criterios nosológicos para el diagnóstico de TEPT según el DSM-5	20
2.5 Tratamiento	22
2.5.1 <i>Farmacológico</i>	22
2.5.2 <i>No farmacológico</i>	24
2.6 Trastorno de estrés postraumático en población infantil	28
2.6.1 <i>Manifestaciones y factores asociados al trauma en población infantil con TEPT</i>	28
2.6.2 <i>Factores de riesgo y protección</i>	29
2.6.3 <i>Características y criterios nosológicos para el diagnóstico en niños menores de seis años según el DSM-5</i>	29
2.6.4 <i>Evaluación</i>	31
2.6.5 <i>Tratamiento</i>	32
Capítulo 3. Tratamientos psicológicos para el TEPT en niños: análisis de la evidencia.....	32
3.1 Revisión bibliográfica de tratamientos	32
3.1.1 <i>Elaboración de preguntas basadas en evidencia</i>	32
3.1.2 <i>Sistema PICO</i>	33
3.1.3 <i>Bases de datos y Metabuscadores</i>	34
3.1.4 <i>Criterios de selección para los artículos</i>	34
3.2 Resultados	35
Discusión	49
Referencias	58

RESUMEN

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es la consecuencia más común al pasar por una experiencia altamente estresante. En los últimos años se ha trabajado por identificar las mejores opciones de tratamiento para este trastorno en adultos, pero aún hay mucho que conocer sobre su funcionamiento en población infantil. Por lo anterior, el objetivo de este trabajo fue identificar los tratamientos más novedosos y basados en evidencia para tratar TEPT en niños. Se realizó una revisión sistemática de la literatura de artículos publicados en revistas científicas del 2011 al 2022. La búsqueda se construyó a partir de la estrategia de búsqueda PIO. Las bases de datos consultadas fueron Pubmed, Scopus, PsycINFO, Cochrane, SciELO, Redalyc y Dialnet. Se incluyeron ocho artículos en la revisión, según los criterios de inclusión y exclusión preestablecidos. Los artículos demuestran la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual Centrada en el Trauma (TCC-CT) de la Atención Escalonada de la TCC-CT (AE-TCC-CT) y la TCC-CT con un componente de narrativa del trauma y la terapia en solución de problemas. La TCC-CT muestra la misma eficacia que AE-TCC-CT y requiere de menos recursos en términos de dinero y tiempo para su implementación, por lo que es una opción prometedora. Hacen falta más ensayos controlados aleatorizados que evalúen la eficacia de estos y distintos tratamientos que incluyan muestras de edades más específicas y que diferencien el tipo de trauma.

Palabras Clave: Trastorno de estrés postraumático, niños, terapia cognitivo conductual, práctica basada en evidencia, sistema PICO, revisión sistemática.

Introducción

El TEPT es una respuesta emocional que una persona puede experimentar tras pasar por uno o varios eventos que amenacen su bienestar o de personas que se encuentren con él (Bermúdez et al, 2020). Este trastorno fue incluido en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés; *American Psychological Association* [APA], 1980) sin embargo, no fue hasta el 2013, con la quinta edición del manual, que se diferencia su manifestación entre adultos y la población infantil. De lo anterior resulta que en la actualidad no se tengan los conocimientos suficientes para intervenir de manera efectiva en esta población.

Según el Instituto Nacional de Salud y Cuidados de Excelencia (NICE, por sus siglas en inglés; 2018) se estima que entre el 25% y el 30% de la población que pasa por un evento traumático llega a desarrollar TEPT. Con respecto a la población mundial, la prevalencia es del 8% mientras que en el ámbito nacional es del 1.45% (Medina et al., 2005). Hay que destacar que México posee condiciones que predisponen al desarrollo del TEPT, tal como lo indica la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) es el primer lugar de los países que la integran en exposición de violencia física, abuso sexual y homicidios contra niños menores a 14 años (Senado de la República, s. f.).

Este trastorno, más allá de las cifras que pueda manejar, afecta la calidad de vida de las personas que lo sufren en todos los ámbitos de su vida, por ejemplo, en el hogar, trabajo y vida social. Además, se dice que el total de días por discapacidad es de 21.4 por persona, lo que se traduce en una afectación considerable en su bienestar (Medina et al., 2005).

En el caso de los menores de edad víctimas de un evento traumático, la prevalencia es del 2% (Benjet et al., 2009). La infancia se sitúa como uno de los periodos en los que los síntomas

del TEPT tienen mayor actividad (Medina et al., 2003) y aunque son una minoría los que llegan a desarrollar el trastorno les provoca dificultad en su salud mental, aumenta las probabilidades de problemas de conducta (Finch et al., 2020) daño en la estructura neuronal y el funcionamiento del cerebro (Medina et al., 2005) así como problemas en su desempeño escolar a comparación de los niños que no lo tienen (Astitene & Barkat, 2021; Malarbi et al., 2020).

El estudio de TEPT en población infantil es escasa e incierta, incluso la literatura sobre TEPT aclaran la variabilidad de la naturaleza del trastorno según el tipo de trauma, el grupo etario del que se trate, si es un evento de un solo tipo o se da en múltiples ocasiones, entre otros (Alisic et al., 2014; Ulloa et al., s. f.).

Dicho lo anterior, el objetivo de este trabajo es identificar los tratamientos más eficaces basados en evidencia de modalidad individual desde el enfoque cognitivo conductual para tratar TEPT en población infantil ya que, aunque existen estudios que exploran el TEPT, el estudio del trastorno en población infantil es insuficiente.

Este trabajo está dividido en tres capítulos. En el primero, se aborda la metodología empleada, y expone brevemente la conceptualización de la Psicología Basada en Evidencia (PBE) así como, su relevancia y los niveles de evidencia según la Universidad de Oxford. Para finalmente, presentar las psicoterapias actuales basadas en evidencia para el tratamiento de este tipo de problemáticas.

En el segundo, se revisan los aspectos propios del TEPT: su definición, síntomas, además de los factores de riesgo y protección, los criterios para su diagnóstico de acuerdo con el DSM (APA, 2013) el tratamiento farmacológico y psicológico y las especificaciones del trastorno en niños.

En el tercero y último, se reúnen los tratamientos que demostraron mayor evidencia para el tratamiento de TEPT en niños, y los criterios de la investigación realizada.

Capítulo 1. Psicología basada en evidencia

1.1 Antecedentes y conceptualización

La PBE es un ejercicio en el que el clínico consulta la investigación más actual y de mayor calidad y la adapta al caso individual de su paciente (Bouffard & Reid, 2012). Su objetivo es disminuir la probabilidad de consecuencias negativas tras la intervención aplicada por el clínico (Landa & Arredondo, 2014). Esta práctica tiene su origen desde pensadores como Aristóteles, que ya se preocupaban por la evidencia (Bouffard, 2012). A continuación, se describen los tres hechos que influyeron en el origen de esta práctica.

El primero fue la presión que la Asociación Médica Americana ejerció para conseguir que las escuelas de medicina enseñaran apegándose a la evidencia (Ybarra et al., 2015). Del mismo modo, en Reino Unido, Archibald Cochrane logró que los estudios clínicos aleatorizados se utilizaran para desarrollar conocimientos por ser más confiables e imparciales, convirtiéndose así en el segundo motivo para iniciar con las prácticas basadas en evidencia. Por último, en Canadá en los años 80's un equipo de la Universidad de McMaster, entre los que se encontraba David Sackett, desarrollaron un proceso de cinco pasos, con el objetivo de que los médicos pudieran acceder a información sustentada en tiempo real (Spring, 2007). Es en esta misma Universidad, un grupo liderado por Gordon Guyatt, desarrolló el concepto de "Medicina Basada en Evidencia" (Ybarra et al., 2015).

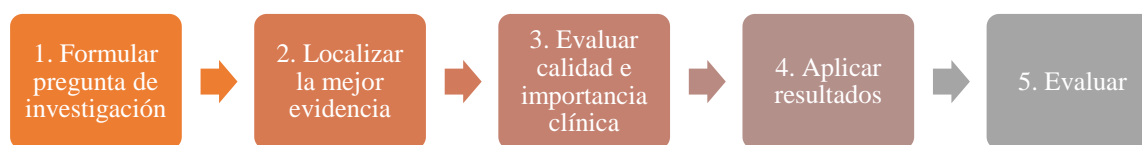
Al igual que en la medicina, esta práctica fue incorporándose a otras disciplinas. En este proceso, en el campo de la psicología estaban ocurriendo hechos que la indujeron a la adopción del modelo de la PBE. El primero de ellos fue la formación de la primera clínica psicológica en 1896 llevada a cabo por Lightner Witmer, en la que buscaban aplicar la rigurosidad científica al manejo de casos individuales (Ybarra et al., 2015). Posteriormente, con los estudios que

demonstraron la eficacia de la psicoterapia que impulsaron al establecimiento de los criterios para que un tratamiento estuviera validado empíricamente (Ybarra et al., 2015).

Para el año 2005 la APA reconoció el modelo basado en evidencia al adoptar la propuesta de Sackett desde el ámbito de la medicina. Lo anterior con el fin de “promover la práctica psicológica eficaz y mejorar la salud pública” (Levant, 2005, p. 5). Este modelo posee una serie de pasos y componentes para la aplicación de la PBE, mismos que se presentan en la Figura 1.

Figura 1

Modelo de Sackett



Nota. Se muestran los pasos a seguir de acuerdo con el modelo de Sackett para el ejercicio de la práctica basada en evidencia. Adaptado de “Herramienta PICO para la formulación y búsqueda de preguntas clínicamente relevantes en la psicología basada en la evidencia” por Landa & Arredondo, 2014, *Psicooncología*, 11(2-3), p. 261.

https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n2-3.47387

Las etapas del modelo de Sackett presentados en la Figura 1 se plantean considerando los siguientes tres elementos (Spring, 2007):

- a) *Uso de la mejor evidencia disponible.* Hace referencia a la investigación clínica relevante en función de los objetivos de investigación (Sackett et al., 1996). El saber discriminar entre la evidencia que sirve y la que no es necesario, sobre todo, en los pasos dos y tres.
- b) *Experiencia del clínico.* Se trata de la destreza y habilidades que adquieren los médicos a lo largo de su trayectoria (Sackett et al., 1996). Su juicio y pericia le permitirán identificar

riesgos y beneficios de las posibles intervenciones en correspondencia con las particularidades de su paciente (Lilienfeld et al., 2013). El clínico, al tener la experiencia y los conocimientos será capaz de adaptar la evidencia al caso específico de su paciente, tal como los pasos tres y cuatro del modelo de Sackett requieren.

- c) *Valores, características, preferencias y circunstancias del paciente.* El terapeuta debe dejar a un lado el paternalismo y proporcionarle más información al paciente sobre sus opciones, ventajas y desventajas en relación con los tratamientos.

Para retomar el modelo de Sackett con éxito debe ponerse especial atención al paso tres de la Figura antes presentada. Para evaluar la calidad de la información es necesario hacer una jerarquización de esta. A lo largo del tiempo se han desarrollado distintas clasificaciones de la evidencia, generalmente basadas en los diseños de los estudios. A continuación, se presentan estas jerarquías.

1.2 Relevancia y niveles de evidencia

Los niveles de evidencia son una jerarquización de la investigación clínica (Howick et al., 2021). La calidad de la evidencia se determina en función de los diseños de estudio en los que se llevan a cabo y en lo que quieran investigar: prevalencia, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, posibles daños o evaluaciones (Landa & Arredondo, 2014; Manterola et al., 2014). El objetivo de esta jerarquización es que los clínicos ahorren tiempo al solo consultar la información relevante para resolver su pregunta de investigación (Howick et al., 2021) y con ello disminuya la probabilidad de consecuencias negativas debido a las intervenciones.

Para poder aplicar la PBE se crearon distintas jerarquizaciones de la información según su calidad. De entre ellas, la más utilizada es la planteada por el Centro de Medicina basada en evidencia de Oxford (OCEBM, por sus siglas en inglés; Manterola et al., 2014). Esta

jerarquización está representada en una tabla, en cada columna se encuentra un nivel de evidencia (del nivel uno al cinco) y en cada fila hay una pregunta de la que el clínico se guiará para saber qué información consultar según el objetivo de su investigación. Una de las ventajas de esta jerarquización, es que evalúan la evidencia en función del tipo de estudio y el escenario clínico del que se trate, de esta manera se tiene fácil acceso a la información relevante para el caso de un paciente específico. Otra es que marca una disminución en la calidad de la evidencia según la exactitud metodológica (Manterola et al., 2014) así los clínicos pueden evaluar de mejor manera la calidad de la información consultada.

La Figura 2 ilustra la jerarquización de la evidencia cuando lo que se busca es conocer la eficacia de algún tratamiento. En el primer nivel se encuentran las revisiones sistemáticas con metaanálisis de ensayos controlados aleatorizados y los ensayos $n=1$. En el nivel dos los ensayos aleatorizados y los estudios observacionales. En el nivel tres los estudios de cohorte. En el cuarto las series de casos, los estudios caso-control y los estudios históricos controlados. Por último, en el quinto nivel se encuentran los mecanismos basados en el razonamiento, tales como las opiniones de expertos (OCEBM, 2021). Como se puede ver en la Figura 2, el nivel que se le da a la evidencia disminuye en función del posible sesgo del diseño de estudio del que se trate.

Las contribuciones de la PBE y los niveles de evidencia a la práctica clínica dentro de la psicología son múltiples, entre ellas están: optimizar el tiempo para la consulta de la evidencia, como respuesta a la gran cantidad de información publicada día a día (Landa & Arredondo, 2014) hacer más accesible la transdisciplinariedad, fomentar el aprendizaje en los clínicos por la búsqueda de evidencia continua (Spring, 2007) y disminuir la probabilidad de que los clínicos se guíen en investigaciones con efectividad espuria (Lilienfeld et al., 2013).

Figura 2

Niveles de evidencia de Oxford para eficacia de tratamientos



Nota: RS = revisiones sistemáticas; ECA = ensayos controlados aleatorizados. Se muestran los niveles de evidencia de Oxford para cuando el objetivo es conocer los beneficios del tratamiento. La punta de la pirámide es el nivel uno y va descendiendo la calidad de la evidencia. Adaptado de *"The Oxford 2011 Levels of Evidence"* por OCEBM of Evidence Working Group, 2021. <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/ocebm-levels-of-eviden>

Es por las razones anteriores que en este trabajo se resalta la importancia de intervenir desde una perspectiva basada en la evidencia a los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés.

Las características de estos son presentadas en el apartado siguiente.

1.3 Psicoterapias basadas en evidencia para trastornos relacionados con traumas y factores de estrés

Cuando una persona se enfrenta a un evento adverso existe la posibilidad de que desarrolle un trastorno relacionado con traumas y factores de estrés (APA, 2013). Estos trastornos se caracterizan por tener como detonante la exposición a un evento traumático. El estrés experimentado en esa situación persiste aún después de dicho evento alterando la función de la persona en su vida cotidiana al incidir en su estado de ánimo, reactividad, o hasta presentando síntomas disociativos (Aroon et al., 2019; APA, 2013). Entre este tipo de trastornos se encuentran: el trastorno de apego reactivo, el trastorno de relación social desinhibida, el trastorno de estrés agudo, los trastornos de adaptación y el TEPT (APA, 2013).

Actualmente existen una gran variedad de opciones para el tratamiento de TEPT, por ejemplo, la TCC-CT, la terapia de exposición prolongada, la terapia de procesamiento cognitivo, la terapia cognitiva, la Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (DRMO) terapia narrativa de exposición, entre otras (APA, 2017; Smith et al., 2019).

La terapia de exposición prolongada (APA, 2016b) y la terapia de procesamiento cognitivo (APA, 2016a) de las que se hablará más adelante, son las más recomendadas en el tratamiento de TEPT en adultos. Asimismo, hay otras terapias que han demostrado su eficacia en el mismo fin, tales como la TCC-CT (Finch et al., 2020; Kane et al., 2016; NICE, 2018) que incluso ha demostrado ser efectiva en población infantil. El uso de la PBE en TEPT se ha asociado con un aumento de las sesiones de intervención a las que asiste el paciente (Hale et al., 2019). En un estudio de Sripada et al. (2018) se demostró también que el integrar plantillas con el fin de brindar una terapia estandarizada mejoraba la calidad en el tratamiento del TEPT.

Una vez que se han descrito las características generales de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, además de la importancia que toman los tratamientos psicológicos basados en evidencia en este tipo de fenómenos, los aspectos generales del TEPT se abordarán en el siguiente capítulo.

Capítulo 2. Trastorno de estrés postraumático

2.1 Conceptualización

Partiendo del modelo de Lazarus y Folkman, hay dos procesos que se ponen en práctica al encontrarnos en cualquier situación: la evaluación cognitiva y el afrontamiento (Lazarus, 1985). En la evaluación el sujeto valora la naturaleza de la situación y las implicaciones que ésta tiene en su bienestar. El proceso de afrontamiento hace referencia a la respuesta que la persona da a las demandas que en la situación se le presentan, sin importar si esta respuesta funciona o no (Folkman et al., 1986).

Dichos procesos se llevan a cabo en el contexto de la relación individuo-ambiente (Folkman et al., 1986) es decir, el significado que la persona atribuye a la situación y su respuesta a ella dependerán de la interacción entre características propias del sujeto (motivaciones, experiencias pasadas, etcétera) y de la situación (si resulta peligrosa o amenaza su bienestar, si ya había pasado por una situación similar con anterioridad, entre otras).

Cuando en la evaluación la persona determina que se encuentra en desventaja ante las demandas de la situación es cuando surge el estrés (Lazarus, 1993). Estos autores vinculan ciertos factores situacionales con la aparición del estrés: si los estímulos resultan nuevos para la persona, qué tan predecible e incierta es la situación, su temporalidad y ambigüedad (Lazarus y Folkman, 1984, como se cita en Reynoso et al., 2019). Después de que la persona reacciona de cualquier manera a la situación, hace una reevaluación de ella para determinar si el factor que amenazaba su bienestar continúa, en caso contrario la situación dejará de ser estresante para ella (Folkman et al., 1986).

Una vez que han ocurrido este tipo de situaciones estresantes, la persona experimenta Trastorno de Estrés Agudo (TEA) el cual es una reacción normal ante situaciones que generan

malestar excepcional (APA, 2013). Sus principales síntomas son: pensamientos intrusivos y evitación de estímulos internos o externos relacionados con la situación traumática, estado de ánimo negativo, y síntomas disociativos y de alerta. El TEA tiene una duración de tres días a un mes posterior al evento traumático, pero si la persona continúa con los síntomas tras este periodo de tiempo, es probable que haya desarrollado TEPT (APA, 2013).

El TEPT es una respuesta emocional que puede desarrollar la persona tras vivir un suceso que amenace su bienestar (Bermúdez et al., 2020). Este trastorno se caracteriza por pensamientos y recuerdos persistentes relacionados con uno o varios eventos traumáticos, alteraciones del sueño, sentimientos de desapego o entumecimiento, problemas en relaciones interpersonales, autopercepción negativa, disociación e hiperexcitación (NICE, 2018; Instituto Nacional de Salud Mental [NIMH] por sus siglas en inglés, 2017).

Los síntomas del TEPT, su severidad, prevalencia y fluctuación en el tiempo cambian entre una persona y otra (Asmundson et al., 2019; Bermúdez et al., 2020; Friedman, 2015; Jakobsen & Eliklit, 2021; Shalev et al., 2017) en función de aspectos culturales como los cambios en el tipo de exposición, el significado que se le puede dar al evento traumático, el contexto sociocultural en curso y las expresiones de lenguaje (APA, 2013; Yatham et al., 2018).

El TEPT se incluyó en el DSM en su tercera edición en 1980 y marcó una diferencia significativa, ya que fue el primer trastorno anexado, cuya causa es un factor externo (Friedman, 2019). Tiempo después se identificó una variación entre las respuestas individuales por los procesos cognitivos y emocionales que involucra. Actualmente, el TEPT es considerado dentro de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés y se clasifica de la siguiente manera:

- *TEPT con expresión retardada*: ocurre cuando el total de los síntomas requeridos para poder diagnosticarlo se manifiestan después de los seis meses de la exposición al evento traumático. Se presenta en un 15% de las personas que desarrollan TEPT (NICE, 2018).
- *TEPT complejo*: este subtipo tiene como requisito los mismos criterios diagnósticos que el TEPT normal, más problemas en la regulación emocional, autoconcepto y sentimientos negativos relacionados con el evento traumático, como vergüenza, culpa y/o fracaso (NICE, 2018; Steel et al., 2021). Este tipo no está incluido en el DSM-5 (APA, 2013).
- *TEPT con síntomas disociativos*: Incluye los síntomas descritos del TEPT normal y se le añaden dos más: la despersonalización (creer que la situación no está pasando porque les parece que se observan así mismos durante el evento traumático) y la desrealización (juzgan la situación como fuera de la realidad; APA, 2013; Pagel, 2021).

Diversos estudios han encontrado relación entre el TEPT y ciertas enfermedades, además de un aumento de problemas de salud mental y de conducta (Finch et al., 2020). Las personas que desarrollan TEPT son un 80% más propensas a presentar síntomas relacionados con otros trastornos (APA, 2013) como depresión, abuso de sustancias, distimia, trastornos afectivos, trastorno de ansiedad, trastornos de la personalidad, trastornos disociativos, psicosis, discapacidad cognitiva, violencia hacia uno mismo u otros y conductas suicidas (APA, 2017; Astitene & Barkat, 2021; Friedman, 2019; NICE, 2018; NIMH, 2019; Shalev et al., 2017).

2.2 Epidemiología mundial y nacional

Las cifras de exposición a trauma varían dependiendo de la fuente que se consulte. Hay estudios que dictan que más del 50% (Bermúdez et al., 2020) mientras que otros calculan que hasta 70% de la población pasa por estas situaciones (Kessler et al., 2017). Uno de los estudios señaló que la media de tipos de trauma distintos a los que la gente ha sido expuesta son dos,

también que la media de exposición a trauma en general es de 4.6 eventos traumáticos (Kessler et al., 2017).

Si bien no todos ellos desarrollan TEPT, sí lo hacen del 25 al 30% (NICE, 2018). En el 15% de los casos los síntomas pueden retrasar su aparición por meses, e incluso años (NICE, 2018).

De acuerdo al último estudio realizado en México, la prevalencia de exposición a eventos traumáticos en población adulta es del 68%: 20% a al menos un evento, 15% a dos y 33% a tres o más. La prevalencia del TEPT fue de 1.45% (Medina et al., 2005). Es más frecuente en mujeres (2.3%) que en hombres (0.49%) lo que se comprobó también en población de 12 a 17 años (mujeres 1.7% y hombres 0.3%; Benjet et al., 2009). De la población que sufre TEPT el 6.6% solicita atención con un médico general y solo el 7.3% solicita atención de un especialista de la salud mental (Secretaría de Salud, 2011).

En el mundo, dos tercios de los niños y adolescentes hay experimentado al menos un suceso traumático (Finch et al., 2020). En México se encontró durante el año 2017 una prevalencia de TEPT en este grupo etario de 2.25%, lo que representa un 15% de los niños que estuvieron expuestos a un suceso traumático (Ulloa et al., s. f.). El TEPT tiene implicaciones significativas en la vida de quienes lo padecen, han situado la infancia como una de las etapas con más actividad de los síntomas (Medina et al., 2003). Otra repercusión es que los hace más vulnerables a problemas de conducta, otras afectaciones en la salud mental, daño en el funcionamiento y la estructura cerebral (Finch et al., 2020; Medina et al., 2005).

Esta variabilidad en la vulnerabilidad de desarrollar TEPT y hasta en la presentación de síntomas puede deberse a distintos factores, ejemplos de ellos son el sexo, grupo etario, la edad de la persona. Más información sobre este punto se presenta a continuación.

2.3 Factores de riesgo y de protección asociados

Existen factores que se han visto relacionados con la aparición o no del TEPT. Los que incrementan la probabilidad de aparición de una enfermedad o trastorno, en este caso de TEPT, son conocidos como factores de riesgo (NIMH, 2019). Por el contrario, lo que pueden disminuir la probabilidad de su aparición, son los factores protectores (APA, 2013). Estos componentes pueden ser un buen punto de partida para la prevención del trastorno al reforzar los factores protectores y actuar en contra de los de riesgo. A continuación, se muestran algunos de los factores en la Tabla 1.

Tabla 1

Factores de riesgo y protectores de TEPT

Factores de riesgo	Factores de protección
<ul style="list-style-type: none"> • Problemas emocionales en la infancia • Trastornos mentales previos propios o de familiares • Bajo nivel socioeconómico • Educación escasa o deficiencia de inteligencia • Estar expuesto a sucesos violentos y traumas • Lastimarse, ver que otra persona se lastima o ver un cadáver • Sentir horror, impotencia o miedo extremo • Condición racial/étnica minoritaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo social con el que cuenta la persona antes y después de la exposición al evento traumático • Buscar apoyo en otras personas (amigos, familia, grupos de apoyo) • Lograr sentirse bien con la forma en que se actuó durante el evento traumático • Estrategias de afrontamiento positivas • Ser capaz de actuar y responder con eficacia a pesar del miedo que se puede sentir en una situación • Estar casado

Tabla 1*Factores de riesgo y protectores de TEPT*

Factores de riesgo	Factores de protección
<ul style="list-style-type: none"> • Sexo femenino • Ciertos genotipos • Gravedad de la situación traumática • Peligro vital percibido • Violencia interpersonal • Que se produzca disociación durante el trauma • Evaluaciones negativas • Estrategias de afrontamiento inadecuadas • Desarrollo de trastorno de estrés agudo • Altos niveles de estrés tras el evento • No tener una red de apoyo posterior al suceso 	

Nota. Elaboración propia.

2.4 Características y criterios nosológicos para el diagnóstico de TEPT según el DSM-5

El DSM es un manual que establece criterios para el TEPT. Este trastorno puede desarrollarse por la exposición a situaciones de muerte, lesión grave o violencia sexual, de manera real o como amenaza, en uno o más de las siguientes modalidades: experiencia directa, estar presente durante el suceso ocurrido a otros, saber que a otros les ha ocurrido un suceso traumático (como amenaza, muerte violenta o accidental) o si la persona se expone de manera frecuente o intensa a detalles repulsivos del evento traumático (en caso de que la exposición ocurra a través de medios electrónicos solo cumplirá el criterio si se relaciona con el trabajo). Los síntomas suelen presentarse en los primeros tres meses después del suceso traumático, aunque pueden aparecer meses o años después también (APA, 2013).

Los síntomas que conlleva el TEPT se sitúan dentro de cuatro categorías: de intrusión, elusión, alteraciones cognitivas y emocionales, y en la alerta y reactividad. A fin de que se completen los criterios para el diagnóstico de esta tipología es necesario un síntoma de intrusión, dos de elusión, dos de alteraciones cognitivas y emocionales y dos de alteración en alerta y reactividad (Armour et al., 2016; APA, 2013). En la Tabla 2 se presentan dichas categorías.

Si el paciente se diagnostica con TEPT es preciso especificar si sus síntomas coinciden con el tipo de TEPT disociativo o si su expresión es retardada (APA, 2013). La presentación del TEPT varía entre una persona y otra y también depende de la etapa del desarrollo en la que se presente (APA, 2013). Puede desarrollarse a cualquier edad a partir del primer año de vida. La duración de los síntomas es de aproximadamente tres meses, aunque, de igual manera, puede variar (APA, 2013).

Se puede diferenciar los síntomas del TEPT en relación con otros trastornos a partir del criterio de su duración (como es el caso del TEA que dura máximo un mes) ya que los síntomas no se deben a un evento traumático (como los trastornos de ansiedad, trastornos de la personalidad, trastornos disociativos y trastorno de conversión) debido a que no corresponde a los síntomas de todos los criterios (trastorno depresivo mayor) o bien porque el factor estresante no cumple con los criterios del TEPT (trastornos de adaptación; APA, 2013).

Tabla 2

Categorías de síntomas de TEPT

Intrusión	Evitación	Alteraciones cognitivas y emocionales	Alerta y reactividad
<ul style="list-style-type: none"> • Recuerdos y sueños recurrentes, involuntarios e intrusivos relacionados al suceso • Reacciones disociativas • Malestar intenso o prolongado • Reacciones fisiológicas al estar expuesto a estímulos internos o externos relacionados al suceso 	<ul style="list-style-type: none"> • Eluden pensamientos, recuerdos o sentimientos a estímulos relacionados al suceso • Eluden recordatorios de personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones que puedan desencadenar pensamientos o sentimientos relacionados al suceso 	<ul style="list-style-type: none"> • No recuerdan aspectos del evento • Creencias o expectativas negativas de sí mismo u otras personas • Percepción distorsionada de causas y consecuencias del evento • Estado emocional negativo persistente • Incapacidad de experimentar emociones positivas • Disminuye interés en actividades significativas • Sentimiento de desapego hacia otras personas 	<ul style="list-style-type: none"> • Arrebatos de furia con poca o nula provocación contra personas u objetos • Hipervigilancia (respuestas de sobresalto exageradas) • Comportamiento imprudente o autodestructivo • Problemas de concentración • Alteraciones del sueño

Nota. Se muestran los criterios diagnósticos para el TEPT según el DSM-5. Adaptado de “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales” por la Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, *Editorial Médica Panamericana*, pp. 271-274. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

En el caso de los trastornos psicóticos se debe diferenciar la memoria retrospectiva que puede darse en el TEPT de las ilusiones, alucinaciones y otros trastornos de percepción que pueden ocurrir en el primero. Cuando se presenta una lesión cerebral traumática deberá diagnosticarse diferencialmente de acuerdo con los síntomas de cada afección. En la lesión cerebral son característicos la desorientación persistente y la confusión (APA, 2013).

2.5 Tratamiento

2.5.1 Farmacológico

Para el tratamiento de pacientes adultos con TEPT los especialistas prescriben antidepresivos (89%), agentes sedantes-hipnóticos (61%) y agentes antipsicóticos (34%; Shalev et al., 2017). Dentro de los antidepresivos se encuentran los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina (ISRS) y son considerados de primera línea en el tratamiento del TEPT, porque tienen efectos de alto espectro contra todos sus grupos de síntomas y son efectivos también contra otros trastornos comórbidos y otros síntomas asociados (Friedman, 2015; Williams, et al., 2022). Dichos medicamentos fueron desarrollados en su etapa inicial de investigación para el tratamiento de la depresión, pero en la actualidad, su uso se ha generalizado a otros trastornos. Los ISRS son cinco: fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram y escitalopram, de los cuales la fluoxetina, paroxetina y sertralina son recomendados en la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento del TEPT (APA, 2017).

Este tipo de tratamientos suele ayudar a la disminución de los síntomas, pero no con la remisión de los pacientes (Shalev et al., 2017) tal como se ve en la revisión sistemática de Hoskin et al. (2021) en el que el uso de medicamentos solo muestra un pequeño efecto sobre los síntomas de TEPT.

En esa misma línea, la guía NICE no recomienda tratamiento farmacológico para personas menores de 18 años (NICE, 2018) debido a que los estudios que han evaluado su eficacia en esta población no han encontrado información concluyente que pruebe su eficacia. Aunque, en ciertos casos individuales, han sido medicados con antipsicóticos (risperidona, quetiapina), estabilizadores del estado de ánimo (carbamazepina) y agentes antiadrenérgicos (guafacina, clonidina y propanolol) se recomienda emplearlos con cautela (Smith et al., 2019), y en cambio aplicar tratamientos psicológicos de los cuales se tenga evidencia. Estos son presentados en el siguiente apartado.

2.5.2 No farmacológico

Aparte de los tratamientos farmacológicos para el TEPT, hay terapias que abordan los síntomas de este trastorno desde el enfoque psicológico. Estas terapias son las que se recomienda sean de primera línea en el tratamiento del TEPT (APA, 2017; NICE, 2018) sobre todo en población infantil. A continuación, se presentan algunas de las técnicas que se utilizan en las terapias para TEPT.

La psicoeducación es una técnica en la que el clínico proporciona información, relevante y basada en evidencia, al paciente y sus familiares sobre el diagnóstico. Con esta información el terapeuta aborda situaciones cotidianas en las que el paciente puede verse afectado por la desinformación de su diagnóstico. Su estructura depende de los objetivos que se pretendan alcanzar con cada paciente, pero en todos los casos es sistematizada y previamente planificada. Se espera que el paciente tenga una participación activa, retroalimentando (Godoy et al., 2020; Reynoso et al., 2019). En el caso de TEPT se proporciona información sobre el trastorno y sus manifestaciones, respuestas normales al trauma, el modelo cognitivo-conductual, sobre el análisis funcional de la conducta, objetivos y técnicas del tratamiento, sobre las tareas que el paciente tendrá que realizar en casa y recaídas (Reynoso et al., 2019).

La relajación muscular progresiva tiene por objetivo disminuir la activación de cuerpo generada por el estrés o recordatorios del trauma por medio de la tensión de los músculos. El paciente tensa-relaja distintos grupos musculares. Esta tensión va disminuyendo gradualmente, en un inicio el paciente tensa 7 grupos musculares para al final únicamente relajarse sin tensión-relajación, sino sustituyéndolo por frases específicas (Reynoso et al., 2019).

La respiración pertenece a las técnicas de relajación, que pretenden que el paciente sea capaz de controlar su ansiedad por medio de la tensión muscular (Bermúdez et al., 2020). En un inicio se le presenta al paciente la técnica, mencionando sus fundamentos, objetivos y pasos a seguir. Las respiraciones tienen que ser por la nariz, con intensidad habitual y ritmo lento, el paciente tendrá que concentrarse en sus sensaciones corporales mientras lo realiza (Reynoso et al., 2019).

Las técnicas de exposición se basan en la idea de que la exposición repetida a pensamientos, sentimientos o situaciones relacionadas con el evento traumático pueden reducir la ansiedad que ocasionan. Sus variantes son la exposición imaginaria, *in vivo*, desensibilización sistemática y exposición prolongada. Puede aplicarse por medio de situaciones hipotéticas en las que el paciente se imagina encontrarse ante los estímulos o exponiendo al paciente a los recordatorios reales (APA, 2016; McLean & Foa, 2011).

Las técnicas cognitivas se aplican con el fin de modificar pensamientos disfuncionales relacionados al evento traumático (Reynoso et al., 2019). Por último, el entrenamiento en inoculación del estrés está diseñado para ayudar al paciente a desarrollar nuevas habilidades de afrontamiento, además de usar correctamente aquellas que ya posee (Reynoso et al., 2019). Consta de tres etapas: (1) conceptualización, (2) adquisición y práctica de habilidades y (3) aplicación y seguimiento continuo (Mohammadi & Poursaberi, 2018; Meichenbaum & Deffenbacher, 1988). El entrenamiento en relajación muscular profunda, reestructuración cognitiva, ejercicios de respiración, habilidades de asertividad, interrupción del pensamiento, juego de roles y autodiálogo guiado son algunas de las habilidades que se trabajan en esta terapia (APA, 2016c). No se centra en eliminar el estrés de la vida del paciente, más bien en cambiar su visión de las situaciones estresantes para que no las considere una amenaza, sino una situación

que pueden solucionar (Mohammadi et al., 2018). Suele usarse en conjunto con otras terapias, como la terapia cognitivo conductual (APA, 2016c).

Haciendo uso de las técnicas descritas, se han diseñado terapias para el tratamiento de TEPT. En este trabajo se abordarán únicamente las que se basan en la terapia cognitivo conductual, las cuales buscan cambiar la manera en la que el paciente piensa y actúa ante el evento traumático, modelando procesos adaptativos defectuosos (Bermúdez et al., 2020). Estas terapias han mostrado efectividad en distintos tipos de trauma (Xian et al., 2022). Algunas de ellas son recomendadas como primera línea para este trastorno, tales como la terapia de procesamiento cognitivo, la terapia de exposición prolongada, la TCC-CT, entre otras, que se presentan a continuación (APA, 2017; Sripada et al., 2018).

Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma: Su objetivo es regular el impacto del trastorno en el aspecto biopsicosocial. Sus elementos centrales son la psicoeducación, fomentar habilidades de relajación, ayudar en el procesamiento cognitivo del evento traumático, desarrollar una narrativa del trauma, mejorar habilidades parentales, modulación del afecto, sesiones padre e hijo, la exposición a estímulos relacionados al evento traumático y la mejora de sensación de seguridad (Cohen & Mannarino, 2022; Smith et al., 2019; Xiang et al., 2021).

Terapia de procesamiento cognitivo: se trata de una terapia cognitiva que suele durar doce sesiones. Esta terapia busca que el paciente reconceptualice las evaluaciones desadaptativas (sobre él mismo, otras personas o del mundo) relacionadas con el evento traumático con la intención de identificar las conductas de evitación y las respuestas emocionales que surgen por ello. La reducción de la angustia relacionada a recuerdos del evento se trata por medio de exposiciones escritas y reestructuración cognitiva (APA, 2016a; Asmundson et al., 2019). Ha

mostrado efectividad en niños y adolescentes menores de 18 años (Mavranezouli et al., 2020; Xiang et al., 2021).

Terapia de exposición prolongada: es una terapia específica dentro de las terapias de exposición que ha mostrado gran efectividad para el tratamiento de TEPT, tanto en adultos como en niños y adolescentes menores de 18 años (APA, 2016b; Huang et al., 2022). Con la exposición a estímulos internos y externos relacionados con el trauma disminuye la angustia del paciente (APA, 2016b). Consta de tres componentes centrales: 1) exposición *in vivo* a recordatorios del trauma; 2) exposición imaginaria a recordatorios del trauma; y 3) procesamiento de exposición imaginaria con dos componentes extra, psicoeducación (sobre el trauma, las reacciones y la importancia de su empleo) y el entrenamiento en respiración controlada (McLean & Foa, 2011).

Relajación: es un estado contrario a la tensión al que se busca llegar para que el paciente sea capaz de controlar su ansiedad (Bermúdez et al., 2020; Ibáñez & Manzanera, 2012). Los cambios que provoca en el cuerpo son la reducción del ritmo y presión arterial, nivel de tensión en los músculos, aumento de temperatura corporal, la respiración se hace más lenta y las funciones fisiológicas se desaceleran (Reynoso et al., 2019).

Aunque se cuente con estudios que prueben la eficacia de las terapias que pueden ayudar a la remisión de los pacientes con TEPT, estas se encuentran con una serie de obstáculos para que lleguen a implementarse en el ámbito clínico. En el estudio de Finch et al. (2020) en el que aplicaron una encuesta a profesionales clínicos encontraron que las limitantes para implementar prácticas basadas en evidencia eran la falta de confianza de los clínicos a su trabajo, la falta de entrenamiento y de supervisión. La mitad de ellos no recibió entrenamiento en el trauma y un tercio no recibió supervisión. Solo el 60% de la muestra indicó que le tenían confianza a la

implementación de la TCC-CT (que es la que demuestra más evidencia); 37.5% a la DRMO; y 80% a la psicoeducación.

2.6 Trastorno de estrés postraumático en población infantil

2.6.1 Manifestaciones y factores asociados al trauma en población infantil con TEPT

Los niños tienen una manifestación distinta a la de los adultos a situaciones traumáticas, de ahí la importancia de estudiar a esta población de manera independiente (NICE, 2018; NIMH, s. f.). A continuación, se presentan los posibles síntomas por edad, según la literatura actual (NICE, 2018; NIMH, 2019, s. f.):

- *Niños menores de cinco años.* Aumenta la dependencia del niño a padres o cuidadores, pueden mostrar llanto, rabietas, irritabilidad, quejas por dolencias físicas, retraso en el desarrollo (como volver a orinarse en la cama cuando ya sabe ir al baño o dejar de hablar cuando ya se había aprendido), muestran también un incremento de miedo irracional y sus juegos están relacionados al evento traumático.
- *Niños de 6 a 11 años.* Se muestran distantes con familiares y amigos, experimentan sueños aterradores, manifiestan problemas para dormir (como negarse a ir a la cama), conducta irritable, comportamiento disruptivo, quejas por dolencias físicas, desarrollan temores infundados y pierden interés en actividades reforzantes.
- *Adolescentes de 12 a 17 años.* Presentan pesadillas u otros problemas para dormir, eluden estímulos relacionados al evento traumático, uso o abuso de alcohol, drogas o tabaco, conductas disruptivas o destructivas, se muestran irrespetuosos, reportan malestares físicos, aislamiento, están enojados o resentidos, pierden interés por actividades que antes les eran reforzantes.

Los niños mayores de seis años pueden presentar sentimientos de culpa, vergüenza o hasta pensamientos de venganza por no haber podido evitar la enfermedad o la muerte (NIMH, 2017). Para el DSM-5 (APA, 2013) la comorbilidad predominante en niños con TEPT es el trastorno negativista y el trastorno de ansiedad de separación.

2.6.2 Factores de riesgo y protección

Con el aumento de la investigación en este grupo etario se ha identificado que hay distintos factores relacionados con el desarrollo de un cuadro de TEPT en población infantil, en comparación con los adultos. En seguida, se exponen los factores de riesgo de los niños para presentar un cuadro de TEPT tras un evento traumático.

Los factores de riesgo en este grupo etario son: contar con pobre apoyo social, amenaza de vida percibidas durante el evento traumático, la presencia de otra psicopatología, pobre funcionamiento familiar, salud mental deficiente de los padres, aislamiento social, uso de estrategias de afrontamiento evitativo, sentimientos de miedo, horror o desesperanza durante el evento traumático, pertenecer a una etnia minoritaria, exposición a eventos pre y postraumáticos, severidad del trauma, bajo estatus socioeconómico (Danzi & La Greca, 2021; Memarzia et al., 2021; Smith et al., 2019; Ulloa et al., s. f.).

Los factores protectores son: que el evento sea único y de poca duración, que el perpetrador sea una persona desconocida, que no se vea alterada la estructura familiar tras el evento (Ulloa et al., s. f.).

2.6.3 Características y criterios nosológicos para el diagnóstico en niños menores de seis años según el DSM-5

El TEPT surge debido a la exposición a un evento traumático, por ejemplo: muertes, lesiones graves o violencia sexual (de manera real o como amenaza), experiencia directa, como

testigo, o si sabe que les ha pasado a seres queridos, principalmente a sus cuidadores primarios (APA, 2013).

Los síntomas que presentan se dividen en tres categorías, a diferencia de la de los adultos que se divide en cuatro, y es necesario que se exprese un mínimo dentro de cada una de ellas para cumplir con el cuadro de TEPT (APA, 2013):

- *Intrusión*: recuerdos relacionados al evento traumático que se pueden expresar en sus juegos. Tener sueños relacionados al evento o simplemente aterradores. Reacciones disociativas que pueden expresarse en el juego. Además, malestar psicológico intenso o prolongado y, por último, reacciones fisiológicas a recordatorios del suceso. Para llevar a cabo el diagnóstico de TEPT es necesario que se presente al menos un síntoma perteneciente a la categoría anterior.
- *Elusión y alteración cognitiva y emocional*: Evitan actividades, lugares u otros recordatorios físicos y personas, conversaciones o situaciones que le recuerden al evento. Aumenta la frecuencia de emociones negativas, disminuye el interés en la participación de actividades significativas (como en su disposición para el juego), tienen un comportamiento socialmente retraído y disminuye persistentemente la expresión de sus emociones. De los síntomas pasados debe presentarse como mínimo uno de ellos.
- *Alteración en alerta y reactividad*: Comportamiento irritable y arrebatos de furia (sin o con poca provocación) que se expresan con agresión verbal o física contra personas u objetos; hipervigilancia; respuestas de sobresalto exageradas; problemas al concentrarse; y significativa alteración del sueño. Es obligatoria la presencia de dos síntomas, al menos, dentro de los anteriores (APA, 2013).

En el TEPT los síntomas se presentan por más de un mes, causan un malestar clínicamente significativo (problemas en la relación con padres, hermanos, compañeros u otros cuidadores) y los síntomas no pueden ser explicados por la ingesta de alguna sustancia u otra alteración médica (APA, 2013).

Si se cumple con los criterios anteriores, debe especificarse si se presentan síntomas disociativos o si es de expresión retardada, tal como los adultos (APA, 2013).

2.6.4 Evaluación

La evaluación de esta población se dificulta por la etapa de desarrollo cognitivo y emocional en la que se encuentran. A pesar de que se han avanzado en los criterios de evaluación del TEPT en niños, el diagnóstico queda corto por la dependencia al reporte de los padres o cuidadores, ya que es común que los niños oculten su estrés o malestar de sus cuidadores y porque no en todos los casos los padres tienen conocimiento de los síntomas de sus hijos (Khan et al., 2018; Meiser et al., 2017; Smith et al., 2019).

Algunas recomendaciones para evaluar el trastorno en niños son: indagar cuántos síntomas presenta, con qué frecuencia se dan, cuántos eventos traumáticos han vivido, y no guiarse solo en la información que proporcionen los padres o cuidadores. Es necesario evaluar la salud mental de los padres o cuidadores, ya que se han encontrado similitudes entre los síntomas de padres e hijos (Meiser et al., 2017; NICE, 2018).

Algunos de los instrumentos que se han desarrollado para identificar si el menor presenta un cuadro de TEPT o no son: la lista de verificación de síntomas de trauma para niños pequeños (TSCYC, por sus siglas en inglés), Subescala PTS de estrés postraumático de 27 ítems, Impresión clínica global (CGI, por sus siglas en inglés), lista de verificación de comportamiento infantil

(CBCL, por sus siglas en inglés), evaluación diagnóstica infantil y preescolar (DIPA, por sus siglas en inglés; Smith et al., 2019).

2.6.5 Tratamiento

La guía NICE recomienda como tratamiento para TEPT en niños de cinco a seis años la TCC-CT (NICE, 2018). Esta terapia es la que tiene mayor evidencia para tratamiento de TEPT en niños (Finch et al., 2020; McGuire et al., 2021; NICE, 2018). Se ha demostrado que no hay diferencias significativas en la implementación de esta terapia en niños con TEPT y niños con TEPT complejo. Algunas consideraciones que se deben incluir en la implementación de este tipo de intervenciones son: las características sociodemográficas propias del grupo etario, capacitar a los cuidadores y proporcionarles entrenamiento conductual, enseñar habilidades para disminuir excitación en niños y desarrollar métodos atractivos para construir la narrativa del trauma (Smith et al., 2019). Por tales motivos, en esta investigación se presenta una revisión de la eficacia de las intervenciones implementadas en niños con TEPT, presentada a continuación.

Capítulo 3. Tratamientos psicológicos para el TEPT en niños: análisis de la evidencia

3.1 Revisión bibliográfica de tratamientos

3.1.1 Elaboración de preguntas basadas en evidencia

La pregunta de investigación del presente trabajo es: ¿Cuáles son los tratamientos más eficaces y basados en la PBE para tratar TEPT en niños? Como la literatura dicta es una pregunta relevante, ya que el conocimiento existente sobre el tema puede enriquecerse de responderse la pregunta, y porque facilita la búsqueda de la respuesta a la que se quiere llegar (Fandino, 2019; Richardson et al., 1995). Se trata de una pregunta de investigación sobre terapia (Richardson et

al., 1995) puesto que se busca conocer la mejor opción de tratamiento para TEPT en población infantil.

3.1.2 Sistema PICO

Para la revisión se utilizó la herramienta PICO que es un acrónimo que integra elementos necesarios en la pregunta de investigación, cuyos componentes son: *Population* (población), *Intervention* (intervención), *Comparison* (comparación) y *Outcome* (resultados; Landa & Arredondo, 2014). En este trabajo se omitió el elemento de comparación, ya que este no está dentro de los objetivos. Las palabras clave son presentadas en la Tabla 3.

Tabla 3

Términos MeSH y otras palabras para la búsqueda de artículos

P	I	O
<ul style="list-style-type: none"> • child (MeSH) • child, preschool (MeSH) • children • childhood • preschooler children • niño • preescolar • niños • infancia • niños preescolares • NOT • adult (text word) • veterans (text word) 	<ul style="list-style-type: none"> • cognitive behavioral therapy (MeSH) • cognitive-behavioral therap* • cognitive behavioural therap* • cognitive-behavioural therap* • cbt • terapia cognitivo conductual • terapia cognitivo conductual • terapias cognitivo conductuales • terapias cognitivo-conductuales • tcc 	<ul style="list-style-type: none"> • stress disorders, post-traumatic (MeSH) • post-traumatic stress disorder • ptsd • posttraumatic stress disorder • trastornos por estrés postraumático • trastorno de estrés postraumático tept • trastorno de estrés postrauma

Nota. Esta tabla muestra los términos MeSH utilizados en esta búsqueda sistemática. * Se utilizó como herramienta en las bases de datos para que mostraran los resultados únicamente con la raíz de la palabra en cuestión.

3.1.3 Bases de datos y Metabuscadores

Se utilizaron las bases de datos y metabuscadores Pubmed, SCOPUS, Cochrane, PsycINFO, LILACS, ScieLo, Redalyc y Dialnet. La búsqueda se realizó con las palabras clave presentadas en la Tabla 2, además se utilizaron los operadores booleanos OR, AND y NOT y se aplicaron los filtros de las bases de datos para excluir revisiones sistemáticas, libros, y otros aspectos que no cumplieran con los criterios de inclusión. En bases de datos como Scopus, la estrategia de búsqueda se tuvo que cambiar por sus características, poniendo entre comillas todos los términos con dos o más palabras. En PsycINFO, únicamente se incluyeron los términos en inglés ya que no aceptó palabras con la letra ‘ñ’. Asimismo, en Dialnet se realizó primero la búsqueda de los términos MeSH y posteriormente de los descriptores de asunto, ya que solo acepta búsquedas de menos de 160 caracteres. En las bases de datos SciELO, Redalyc y Dialnet no se encontró ningún resultado. Se revisaron los resúmenes de los artículos resultantes de la búsqueda en Pubmed, Scopus, LILACS, PsycINFO y Cochrane para filtrar los que cumplieran con los criterios de inclusión.

3.1.4 Criterios de selección para los artículos

Los criterios de inclusión preestablecidos para la revisión sistemática fueron:

Población: niños de tres a 15 años que hayan pasado por al menos un evento traumático.

Intervención: basadas en la terapia cognitivo-conductual y de modalidad individual.

Tiempo: que el estudio haya sido publicado del 2011 al 2022.

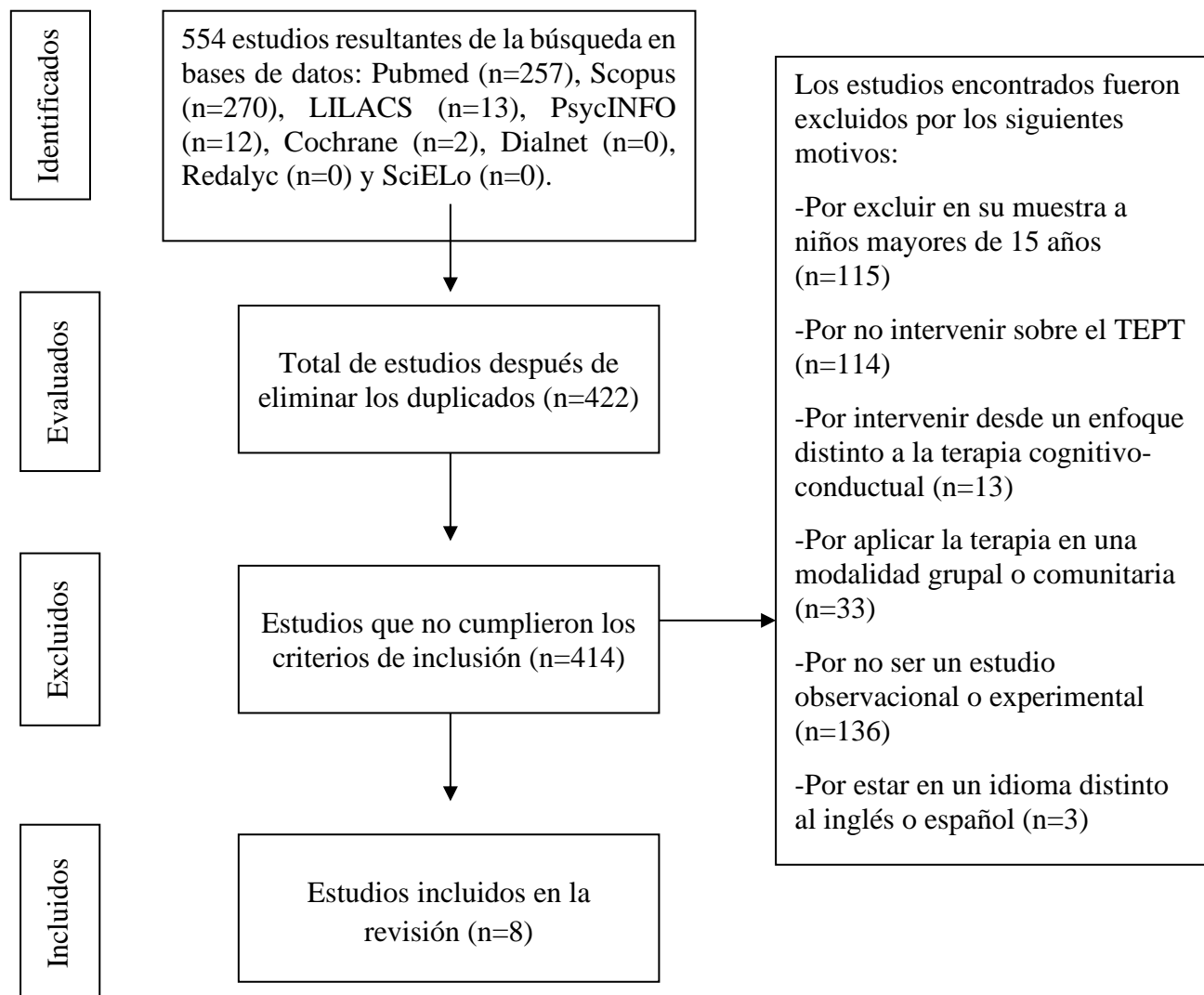
Tipos de estudio: estudios experimentales (con o sin aleatorización) y observacionales que evaluaran el efecto de terapias cognitivo-conductuales al TEPT.

Lenguaje: inglés o español.

Para la organización de los artículos, se organizó la información de los artículos que cumplieron con los criterios de inclusión por medio de una tabla en el programa Excel®, que contenía los siguientes datos: autores, año, número y edad de participantes, terapias que comparan, duración del tratamiento, el procedimiento de la intervención, los instrumentos que utilizaron para evaluar y los momentos en los que realizaron la medición de variables, tipo de traumas que incluyen, versión del DSM-5 en la que se basan, quién aplicó la intervención, cómo se evaluó la fidelidad y la eficacia del tratamiento. En seguida, se detalla lo que la búsqueda arrojó.

3.2 Resultados

La búsqueda arrojó 554 artículos en total, de los que se descartaron 132 por estar duplicados. Solo ocho artículos cumplieron los criterios de inclusión. Este proceso se ilustra en la Figura 3.

Figura 3*Algoritmo de procedimiento de la revisión*

Nota. Elaboración propia.

3.2.1 Características de los artículos

Cuatro de los estudios se realizaron en Estados Unidos (Mannarino et al., 2012; Salloum et al., 2016; Salloum et al., 2022; Scheeringa et al., 2011), uno en Indonesia (Dawson et al.,

2018), uno en Inglaterra (Hitchcock et al., 2021) y dos de ellos no especifican el lugar en donde realizan su investigación (Salloum et al., 2014; Salloum et al., 2017).

El total de participantes en los estudios incluidos fueron 558 niños. La muestra más pequeña de los estudios revisados fue de seis niños (Salloum et al., 2014) mientras que 210 fue el mayor número de participantes que incluyeron (Mannarino et al., 2012). Las edades de los niños oscilan entre los tres y 14 años.

En la Tabla 4 se presentan los datos sociodemográficos de los estudios consultados en la revisión. Ninguno de los estudios especifica si alguno de sus participantes tiene alguna discapacidad. Otro aspecto que no fue debidamente considerado fue con quién vive el niño o niña, más que por el estudio de Mannarino et al. (2012) en el que 84% de los niños vivía con uno de sus padres biológicos y 16% en hogares temporales.

En cinco de los estudios se comparó la TCC-CT con AE-TCC-CT (Dawson et al., 2018; Salloum et al., 2014; Salloum et al., 2016; Salloum et al., 2017; Salloum et al., 2022). En el estudio de Hitchcock et al. (2021) se comparó la TCC con el tratamiento usual. En el estudio de Scheeringa et al. (2011) se comparó la TCC-CT con la lista de espera. Por último, en el trabajo de Mannarino et al. (2012) se comparó la TCC-CT con terapia narrativa del trauma.

Los instrumentos más utilizados para medir los síntomas de los niños fueron: la CBCL, que se utilizó en el 4 de los estudios de la revisión (Mannarino et al., 2012; Salloum et al., 2016; Salloum et al., 2017; Salloum et al., 2022) la impresión clínica global-gravedad e impresión clínica global-mejora (Salloum et al., 2014; Salloum et al., 2016; Salloum et al., 2017) fueron usadas en el 3 de los estudios. El DIPA (Salloum et al., 2014; Salloum et al., 2016), la TSCYC (Salloum et al., 2014; Salloum et al., 2016), el índice de TEPT de la Universidad de California

Los Ángeles (UCLA) para el DSM-I (Dawson et al., 2018; Salloum et al., 2017) y el inventario de depresión infantil (CDI, por sus siglas en inglés; Dawson et al., 2018; Mannarino et al., 2012) fueron incluidos en 2 de los estudios.

Asimismo, se incluyeron instrumentos que se enfocaron en variables relacionadas con los padres o cuidadores de los niños, tales como la entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV-TR versión de investigación (SCID-RV, por sus siglas en inglés) que fue usado por tres de los estudios (Salloum et al., 2014; Salloum et al., 2016; Salloum et al., 2017); la entrevista clínica estructurada para DSM-5 (Salloum et al., 2022); el inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II, por sus siglas en inglés); el cuestionario de reacción emocional de los padres (PERQ, por sus siglas en inglés); el cuestionario prácticas de los padres (PPQ, por sus siglas en inglés; Mannarino et al., 2012); la lista de chequeo de TEPT para DSM-5; la escala de depresión, ansiedad y estrés de 21 ítems (DASS, por sus siglas en inglés); y la escala de estrés parental (PSS, por sus siglas en inglés; Salloum et al., 2022).

Con respecto a la aceptación y las expectativas del tratamiento se usaron el formulario de calificación de expectativa (ERF), el cuestionario de satisfacción del cliente (CSQ, por sus siglas en inglés; Salloum et al., 2014; Salloum et al., 2016; Salloum et al., 2017) y la lista de verificación de fidelidad al tratamiento (TFC, por sus siglas en inglés; Scheeringa et al., 2011). Por último, los costos de las terapias se midieron con el sistema de seguimiento del tiempo del terapeuta/paciente (TTTS, por sus siglas en inglés; Salloum et al., 2014; Salloum et al., 2016; Salloum et al., 2017; Salloum et al., 2022), la Información de características de costo (CCI; por sus siglas en inglés; Salloum et al., 2016; Salloum et al., 2017) y el formulario de costo directo del padre (Salloum et al., 2014).

Tabla 4*Datos sociodemográficos de los estudios de la revisión*

	Sexo	País	Idioma	Raza/etnia	Tipo de trauma	Con quién vive el niño
Dawson et al. (2018)	51.5% varones	Indonesia	Sin especificar	No especifica	No especifica	No específica
Hitchcock et al. (2021)	49.5% varones	Inglaterra	Inglés	No especifica	Resultar quemado, accidente, emergencia médica aguda, asalto sexual o físico u otro evento interpersonal	No específica
Mannarino et al. (2012)	Sin especificar	EUA	Sin especificar	No especifica	No especifica	84% con uno de sus padres, 15% em hogares temporales.
Salloum et al. (2014)	77.8% varones	No especifica	Inglés	77.7% caucásicos, 11.11% americanos africanos y 11.11% hispanos/latinos	Abuso sexual, abuso físico, violencia doméstica, enfermedad o robo en su casa.	No específica
Salloum et al. (2016)	50.9% varones	EUA	Inglés	42.8% hispanos/latinos. 1.8% nativo americano, 26.4% americanos africanos, 64.1% blancos, 7.5% otros.	Abuso sexual, violencia doméstica, muerte/duelo, abuso físico, accidentes, violencia comunitaria, crimen, enfermedad, ser testigo de arresto de padres, retiro de los padres/hogar.	No específica
Salloum et al. (2017)	45.4% varones	No especifica	Inglés	27.3% hispanos/latinos. 21.2% americanos africanos, 78.8% blancos.	Abuso sexual, físico o emocional violencia doméstica, accidentes, enfermedades, muerte de alguien cercano.	No específica
Salloum et al. (2022)	Sin especificar	EUA	Inglés	No especifica	No especifica	No específica
Scheeringa et al. (2011)	66.2% niños	EUA	Sin especificar	59.5% negros/americanos africanos, 35.1% blancos y 5.4% otros.	Traumatismo agudo, eventos crónicos repetidos y niños que fueron víctimas del huracán Katrina.	No específica

Nota. Elaboración propia

Tabla 5*Características de los artículos revisados*

Autor	Diseño	Muestra	Instrumentos	Modalidad	Duración de la intervención	Técnicas utilizadas durante la intervención	Postratamiento	Seguimiento
Scheeri nga et al. (2011)	ECA	64 niños de 3-7 años (M=5.3).	<ul style="list-style-type: none"> •PAPA •AEC •TFC •ACC 	Presencial-Individual Apoyo a padres como factor relacionado al niño	12 sesiones	<ul style="list-style-type: none"> TCC-CT •Entrenamiento en habilidades de afrontamiento •Psicoeducación •Identificación emocional •Exposición <i>in vivo</i>, imaginaria, con dibujos. 	La TCC-CT redujo los síntomas de TEPT, en comparación con lista de espera a las 12 semanas (reducción de 4.3 en tcc-ct comparado con lista de espera 0.5, $p < 0.005$). No hubo diferencias significativas entre grupos en la reducción de trastorno de depresión mayor, trastorno de oposición desafiante y trastorno de déficit de atención e hiperactividad ($p < 0.05$ para todas).	Se realizó un seguimiento tras seis meses de la intervención a 16 de los 25 participantes. El tamaño del efecto del TEPT aumentó, aunque para los trastornos comórbidos disminuyó.
Manna rino et al. (2012)	ECA	210 niños de 4-11 años	<ul style="list-style-type: none"> •K-SADS •BDI-II •CBCL •CSBI 	Presencial	8 o 16 sesiones (90 min., 45 con el niño y 45	<ul style="list-style-type: none"> TCC-CT •Psicoeducación •Desarrollo de habilidades 	Se centran en el seguimiento, así que no presentan los resultados	12 niños continuaron con síntomas de TEPT tras

Tabla 5*Características de los artículos revisados*

Autor	Diseño	Muestra	Instrumentos	Modalidad	Duración de la intervención	Técnicas utilizadas durante la intervención	Postratamiento	Seguimiento
		(M=7.60)	<ul style="list-style-type: none"> • PERQ • PPQ • CDI • Termómetro del miedo. • MASC • Cuestionario de vergüenza. • WIST 		con el cuidador).	<ul style="list-style-type: none"> • Narrativa del trauma (solo dos de los cuatro grupos). 		la evaluación a los 12 meses. 5 de ellos no cumplieron los criterios del TEPT en la evaluación tras la intervención. La ansiedad de los niños disminuyó significativamente desde el postratamiento a los 12 meses de seguimiento, con un efecto medio. El estrés parental fue otra variable que disminuyó significativamente (con un efecto medio) del

Tabla 5

Características de los artículos revisados

Autor	Diseño	Muestra	Instrumentos	Modalidad	Duración de la intervención	Técnicas utilizadas durante la intervención	Postratamiento	Seguimiento
Salloum et al. (2014)	ECA piloto	6 niños de 3-7 años (M=4.7)	<ul style="list-style-type: none"> • DIPA • TSCYC-PTS • CGI- Severidad • CGI- Mejora • SCID-RV • ERF • CSQ • TTTS • Formulario de costo directo de los padres 	PP-TCC-TC modalidad híbrida individual (llamadas telefónicas, acceso a un sitio web, sesiones presenciales). TCC-CT modalidad presencial	AE-TCC-CT 3 (60 min) de terapia y 45 min de asesoría telefónica con padres. TCC-CT 9 (60 min)	AE-TCC-CT <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo telefónico. • Psicoeducación en línea. • Ejercicios de relajación. • Exposición <i>in vivo</i> e imaginaria. • Práctica de las habilidades aprendidas. TCC-CT <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación. • Habilidades de padres. • Relajación. • Modulación y expresión afectiva. • Afrontamiento y procesamiento cognitivo. • Narrativa del trauma 	Cinco de seis participantes respondieron a la atención escalonada, ya no cumpliendo con los criterios de TEPT.	postratamiento a los 12 meses de seguimiento. Se realizó un seguimiento a los tres meses después del tratamiento, que mostró que la eficacia de la terapia se mantuvo.

Tabla 5

Características de los artículos revisados

Autor	Diseño	Muestra	Instrumentos	Modalidad	Duración de la intervención	Técnicas utilizadas durante la intervención	Postratamiento	Seguimiento
Salloum et al. (2016)	ECA	53 niños de 3-7 años (M=5.04)	<ul style="list-style-type: none"> • TSCYC • Subescala de estrés postraumático (TEPT) • CGI- Severidad • CBCL • DIPA • CGI- mejora • ERF • CSQ • SCID-RV • TTTS • CCI 	PP-TCC-TC modalidad híbrida individual (llamadas telefónicas, acceso a un sitio web, sesiones presenciales). TCC-CT modalidad presencial	AE-TCC-CT 3 (60 min) y 6 reuniones padre-hijo (no especifican duración) TCC-CT 12 (90 min)	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora de seguridad y desarrollo futuros. • AE-TCC-CT • Apoyo telefónico. • Psicoeducación en línea. • Ejercicios de relajación. • Exposición <i>in vivo</i> e imaginal. • Practica de las habilidades aprendidas. • TCC-CT • Psicoeducación • Habilidades parentales. • Modulación y expresión afectiva. • Afrontamiento y procesamiento cognitivo. • Narrativa del trauma. • Mejora de seguridad y desarrollo futuros. 	22 participantes respondieron a la atención escalonada. (71% de la muestra). La atención escalonada se mostró equivalente a TCC-CT en todas las medidas, excepto en puntuaciones t de externalización. El costo de la atención escalonada fue 51.3% menor que de TCC-CT ($\chi^2(52)=36.6$, $p<0.0001$)	Se realizó un seguimiento a los tres meses de la intervención, que mostró que no hubo diferencia en el diagnóstico de TEPT, respuesta al tratamiento o remisión.

Tabla 5

Características de los artículos revisados

Autor	Diseño	Muestra	Instrumentos	Modalidad	Duración de la intervención	Técnicas utilizadas durante la intervención	Postratamiento	Seguimiento
Salloumet al. (2017)	ECA piloto	33 niños de 8-12 años (M= no especificada)	<ul style="list-style-type: none"> • ADIS-IV-C/P • Índice de TEPT de UCLA • CGI- Severidad • CGI- mejora • CBCL • SCID-RV • ERF • CSQ • TTTS • CCI 	PP-TCC-TC modalidad híbrida (llamadas telefónicas, acceso a un sitio web, sesiones presenciales). TCC-CT modalidad presencial	AE-TCC-CT 3 (60 min) y 11 reuniones padres-hijo (tiempo no especificado). TCC-CT 12 (90 minutos) una a la semana.	AE-TCC-CT <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo telefónico. • Psicoeducación en línea. • Ejercicios de relajación. • Exposición <i>in vivo</i> e imaginal. • Practica de las habilidades aprendidas. TCC-CT <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación. • Habilidades de padres. • Relajación. • Modulación y expresión afectiva. • Afrontamiento y procesamiento cognitivo. • Narrativa del trauma. • Mejora de seguridad y desarrollo futuros. 	La terapia mostró ser eficaz disminuyendo los índices del UCLA TEPT (SE = 0.15, $p < .001$), CGI- Severidad (SE = 0.1, $p < .001$), CGI- Mejora (SE = 0.15, $p < .001$), síntomas de internalización (SE = 0.11, $p < .001$) y síntomas de externalización (SE = 0.08, $p < .002$). El costo fue 62.4% menor en AE-TCC-CT que en TCC-CT ($p < .0001$)	Se realizó un seguimiento tres meses después de la intervención que muestra una disminución significativa en los síntomas de TEPT (SE = 0.15, $p < .001$)

Tabla 5*Características de los artículos revisados*

Autor	Diseño	Muestra	Instrumentos	Modalidad	Duración de la intervención	Técnicas utilizadas durante la intervención	Postratamiento	Seguimiento
Dawson et al. (2018)	ECA	64 niños de 7-14 años (M=10.37)	<ul style="list-style-type: none"> • Índice de TEPT de la UCLA para el DSM-IV. • CDI • Escala de expresión de ira para niños. 	Presencial	5 sesiones (60 min) con el niño y 1 sesión (60 min) con el cuidador principal.	<p>TCC-CT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Reestructuración cognitiva. • Exposición prolongada. • Exposición narrativa. • Desarrollo de un plan de prevención de recaídas. <p>Terapia en resolución de problemas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Método de solución de problemas. • Plan de prevención de recaídas. 	Ambas intervenciones mostraron ser efectivas en la disminución de TEPT ($t(172.83)=5.26, p<0.001$).	Se realizó un seguimiento después de tres meses tras aplicar la intervención, que mostró una disminución significativa del pretratamiento ($t(131.26)=-9.26, p<.001$). Los resultados sugieren que esta disminución se atenuó con el tiempo ($t(172.83)=-5.26, p<.001$).
Hitchcock et al. (2021).	ECA	37 niños de 3-8 años.	<ul style="list-style-type: none"> • Reporte de padre DIPA • Lista de verificación de PTSD 	Presencial	12 sesiones	<p>TCC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfocado en las cogniciones (memorias del trauma, evaluaciones desadaptativas y 	84.6% de los participantes que recibieron TCC ya no cumplieron los criterios de TEPT en el postratamiento, contrario a el	Se realizó un seguimiento tres meses después de la intervención, en el que los participantes

Tabla 5

Características de los artículos revisados

Autor	Diseño	Muestra	Instrumentos	Modalidad	Duración de la intervención	Técnicas utilizadas durante la intervención	Postratamiento	Seguimiento
			para niños pequeños. • Escala de angustia emocional pediátrica. • Lista de verificación de sentimientos preescolares.			afrontamiento adaptativo). Tratamiento usual • Psicoeducación sobre los síntomas propios del TEPT	tratamiento usual, en el que solo 6.7% de los participantes ya no cumplieron con los criterios de TEPT.	ya no mostraron criterios de TEPT.
Salloum et al. (2022)	ECA	91 niños de 4-12 años (M=no especificada)	• CBCL • ROARS • SDSC • Entrevista clínica estructurada para DSM-5 • PCL-5 • DASS • PSS • TTTS	PP-TCC-TC modalidad híbrida (llamadas telefónicas, acceso a un sitio web, sesiones presenciales). TCC-CT modalidad presencial	AE-TCC-CT 3 (60 min.) TCC-CT 9 (60 min.)	AE-TCC-CT • Apoyo telefónico. • Psicoeducación en línea. • Ejercicios de relajación. • Exposición <i>in vivo</i> e imaginal. • Práctica de las habilidades aprendidas. TCC-CT • Psicoeducación	AE-TCC-CT mostró ser igual de eficaz en que TCC-CT (CBCL internalización $t=1.61$, $p<0.025$; CBCL externalización $t=1.62$, $p<0.025$; ROARS $t=2.80$, $p<0.03$; SDSC $t=2.48$, $p<0.007$; PCL $t=3.55$, $p<0.001$; DASS-depresión $t=2.82$,	Se realizó una evaluación a los seis y doce meses tras la intervención que mostró una disminución significativa de problemas de internalización y externalización.

Tabla 5*Características de los artículos revisados*

Autor	Diseño	Muestra	Instrumentos	Modalidad	Duración de la intervención	Técnicas utilizadas durante la intervención	Postratamiento	Seguimiento
						<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades parentales • Técnicas de relajación • Modulación del afecto • Afrontamiento cognitivo • Narrativa del trauma • Mejorar seguridad. 	p<0.003; PSS t=2.31, p<0.011).	

Nota. ACC= Lista de Verificación de Adaptabilidad-Niño (por sus siglas en inglés), ADIS-IV-C/P= Programa de Entrevistas de Trastornos de Ansiedad versión padre/hijo (por sus siglas en inglés), AEC= Lista de verificación de eventos adversos (por sus siglas en inglés), BDI-II= Inventario de Depresión de Beck (por sus siglas en inglés), CBCL= Lista de verificación de comportamiento infantil (por sus siglas en inglés), CCI= Información de características de costo (por sus siglas en inglés), CDI= Inventario de depresión infantil (por sus siglas en inglés), CGI= Impresión Clínica Global (por sus siglas en inglés), CSBI= Inventario de Comportamiento Sexual Infantil (por sus siglas en inglés), CSQ= Cuestionario de Satisfacción del Cliente (por sus siglas en inglés), DASS= Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (por sus siglas en inglés), DIPA= Evaluación diagnóstica infantil y preescolar (por sus siglas en inglés), DSM= Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (por sus siglas en inglés), ECA= Ensayo Controlado Aleatorizado, ERF= Formulario de Calificación de Expectativa (por sus siglas en inglés), K-SADS= Programa para trastornos afectivos y esquizofrenia para niños en edad escolar: versión actual y de por vida (por sus siglas en inglés), MASC= Escala de Ansiedad Multidimensional para niños (por sus siglas en inglés), PAPA= Evaluación Psiquiátrica en Edad Preescolar (por sus siglas en inglés), PCL= Lista de Verificación (por sus siglas en inglés), PERQ= Cuestionario de Reacción Emocional de los Padres (por sus siglas en inglés), PPQ= Cuestionario de Prácticas de los Padres (por sus siglas en inglés), PSS= Escala de Estrés Parental (por sus siglas en inglés), ROARS= Escala de puntuación de arrebatos de ira y enojo (por sus siglas en inglés), SCID-RV= Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV-TR (por sus siglas en inglés), SDSC= La escala de trastornos del sueño para niños (por sus siglas en inglés), TEPT=

Trastorno de Estrés Postraumático, TFC= Lista de Verificación de Fidelidad al Tratamiento (por sus siglas en inglés), TSCYC= Lista de Verificación de Síntomas de Trauma para Niños Pequeños (por sus siglas en inglés), TTTS= Sistema de Seguimiento del Tiempo del Terapeuta/Paciente (por sus siglas en inglés), TU= Tratamiento Usual, UCLA= Universidad de California Los Ángeles, WIST= ¿Qué pasaría si...? Prueba de situaciones (por sus siglas en inglés). Elaboración propia.

Discusión

El objetivo principal de este trabajo fue identificar los tratamientos más eficaces basados en evidencia de modalidad individual desde el enfoque cognitivo-conductual para el TEPT en población infantil. De los ocho estudios consultados, cuatro comparan AE-TCC-CT con TCC-CT (Salloum et al., 2014; Salloum et al., 2016; Salloum et al., 2017; Salloum et al., 2022), uno TCC-CT con terapia de resolución de problemas (Dawson et al., 2018), otro TCC-CT con tratamiento usual (Hitchcock et al., 2021) y el último TCC-CT con lista de espera (Scheeringa et al., 2011).

Se encontró que la TCC-CT es más eficaz en la reducción de síntomas de TEPT que el tratamiento usual (Hitchcock et al., 2021) y al compararlo con la lista de espera (Scheeringa et al., 2011). Este hallazgo coincide con la literatura existente que dice que la TCC-CT es eficaz en el tratamiento de TEPT en población infantil expuesta a guerra, a abuso sexual, entre otros tipos de trauma no especificados en los estudios (Mavranezouli et al., 2020; McGuire et al., 2021; Xiang et al., 2021; Xian et al., 2022). Con respecto a la terapia de resolución de problemas, mostró disminuir los síntomas de TEPT al igual que la TCC-CT (Dawson et al., 2018).

Cuando la TCC-CT se compara con atención escalonada (*stepped care*) muestra tener la misma eficacia (Dawson et al., 2018; Salloum et al., 2014; Salloum et al., 2016; Salloum et al., 2017; Salloum et al., 2022). No obstante, la implementación del *stepped care* requiere menos recursos, de manera que parece ser una opción más viable para el tratamiento de TEPT en población infantil, sobre todo en regiones en donde la atención psicológica es de difícil acceso.

En AE-TCC-CT, TCC-CT y TCC-CT con narrativa de trauma fueron aplicados los componentes de la TCC-CT, que son psicoeducación, enseñanza de habilidades a padres, relajación, modulación del afecto, procesamiento cognitivo, procesamiento y narración del trauma, exposición in vivo, sesiones padre-hijo y mejora de la sensación de seguridad (Cohen &

Mannarino, 2022). Los tratamientos se diferencian por la modalidad de la aplicación de las técnicas o énfasis en alguna de ellas. Por ejemplo, en el estudio de Mannarino et al. (2012) la diferencia entre las terapias es que en la TCC-CT con narrativa de trauma, aparte de aplicar los componentes de TCC-CT, se desarrolla con el niño una narrativa de todas las experiencias traumáticas por las que ha pasado, haciéndole notar su resiliencia al afrontarlo.

Por otro lado, lo que distingue al AE-TCC-CT es que, por medio de su libro de trabajo, los padres aplican las técnicas a sus hijos y las reuniones con el terapeuta tienen por objetivo resolver dudas y motivar al padre a seguir las instrucciones del tratamiento. La naturaleza de algunas de las técnicas empleadas puede favorecer que sea equivalente en eficacia respecto a la TCC-CT que demanda más recursos. Por ejemplo, la facilidad de aplicación de psicoeducación y relajación puede promover que, al aplicarla los padres, se obtengan los mismos beneficios.

Ahora bien, en el estudio de Dawson et al. (2018) las terapias que comparó (TCC-CT con terapia de solución de problemas) comparten la técnica de psicoeducación, en lo demás, la terapia en solución de problemas se centra en enseñar al niño a identificar el problema, así como la evaluación de opciones para su resolución, aplicándolo al trauma.

La mayoría de los estudios se centran en los síntomas primarios del TEPT (Dawson et al., 2018; Hitchcock et al., 2021; Mannarino et al., 2012; Salloum et al., 2014; Salloum et al., 2016; Salloum et al., 2017; Scheeringa et al., 2011). El estudio de Salloum et al. (2022) prueba también la eficacia del AE-TCC-CT y la TCC-CT para disminuir los síntomas secundarios del TEPT, tales como problemas de comportamiento interno y externo, estallidos de ira y trastornos del sueño. Esto lleva a tener una mayor comprensión del alcance de estas terapias y así mejorar las intervenciones en población infantil. Otro punto, es la inclusión de los padres o cuidadores en el tratamiento, en vista de que este grupo etario es aún muy dependiente a sus cuidadores (Salloum

et al., 2016). Las terapias evaluadas en los estudios incluyeron en distintas medidas a los padres o cuidadores de los niños. Se ha demostrado que la respuesta de los padres a los síntomas de sus hijos tras la experiencia traumática puede aumentar o disminuir el desarrollo de TEPT, sobre todo cuando se involucran como en el AE-TCC-CT (Arellano et al., 2009, citado en la Secretaría de Salud, 2011).

En relación con la edad de los participantes de los estudios, puede que el rango tan amplio de aceptación haya ocasionado pérdida de información sobre la eficacia de los tratamientos en periodos de edad más específicos. Esto porque se han encontrado diferencias en la manifestación del TEPT según la edad de los niños, como ya se expuso anteriormente. Scheeringa et al. (2011) encontraron diferencias entre los síntomas de los niños de 3-4 años y los de 5-6 años, así que la TCC-CT resultó no ser igual de factible para todas las edades o tipos de trauma. En niños pequeños también es más difícil identificar síntomas internos, la evaluación de los niños debería involucrar a sus cuidadores y enfocarse en las manifestaciones conductuales más que en las de índole cognitivo (De Young et al., 2011) razones por las cuales los estudios que estudien estas variables en población infantil deberían enfocarse en rangos de edad más específicos.

En cuanto a la raza/etnia de los participantes, cuatro de los estudios revisados no la toman en cuenta (Dawson et al., 2018; Hitchcock et al., 2021; Mannarino et al., 2012; Salloum et al., 2022). Scheeringa et al. (2011) al sí considerarlo descubrió que el número de personas que abandonaron la intervención sin completar el estudio era significativamente más alto en las de origen afroamericano. Los demás estudios tomaron en cuenta esta variable únicamente como demográficas, sin estudiar sus implicaciones (Salloum et al., 2014; Salloum et al., 2016; Salloum et al., 2017). El contexto cultural en el que se desarrolla la muestra es un factor que puede influir en la manifestación del TEPT, tal como lo demuestran Baker et al. (2009) quienes llegaron a la

conclusión de que el significado que se le da a la muerte en México pudo influir en su descubrimiento de que no hay relación entre la salud de los niños mexicanos y el ver a alguien muerto o herido.

De los seis estudios incluidos únicamente tres se guían de los criterios del DSM-5 para la evaluación del TEPT (Hitchcock et al., 2021; Salloum et al., 2022; Scheeringa et al., 2011). Los demás estudios (Dawson et al., 2018; Salloum et al., 2014; Salloum et al., 2016; Salloum et al., 2017) se basaron en el DSM-IV, aun cuando esa edición ha mostrado no ser sensible a la población infantil ya que no tiene especificaciones para este grupo etario, lo que en su momento provocó un bajo y engañoso diagnóstico del TEPT en niños, sobre todo en los de menores edades (Dagleish et al., 2015).

Respecto a la evaluación del seguimiento, solo dos de los estudios realizaron una evaluación después de un año de terminar el tratamiento (Mannarino et al., 2012; Salloum et al., 2022). Los demás evalúan únicamente después de seis meses (Scheeringa et al., 2011) tres meses (Dawson et al., 2018; Hitchcock et al., 2021; Salloum et al., 2014; Salloum et al., 2017) o ni siquiera realizan evaluación de seguimiento (Salloum et al., 2016). Es necesario que se aborde el efecto de las terapias a largo plazo, por ejemplo, tras 12 meses del tratamiento, sobre todo cuando, como en el caso del AE-TCC-CT, apenas se está probando su eficacia, o por el desarrollo cognitivo y emocional al que está sometida la población incluida, y que puede influir en la eficacia del tratamiento.

Ningún estudio tomo en consideración los elementos estresantes existentes en la vida de los niños como elemento relacionado a la eficacia de la terapia, a pesar de que los elementos de estrés cotidiano de los niños pueden influir en la respuesta que estos tengan a la situación traumática por la que pasan, y por lo tanto a su respuesta al tratamiento (Fernando et al., 2010).

Al contrario, aspectos como tendencias suicidas por parte de los niños fueron razón para excluirlos de algunos de los estudios (Salloum et al., 2014; Salloum et al., 2016; Salloum et al., 2022) aunque incluso en el DSM-5 se mencione que los eventos traumáticos incrementan el riesgo de suicidio (APA, 2013).

De la misma manera, tres de los estudios (Salloum et al., 2016; Salloum et al., 2017 & Salloum et al., 2022) excluyeron niños que viven con su agresor, aunque se ha demostrado que los niños que viven situaciones de violencia crónica pueden hasta desarrollar TEPT complejo. Por último, Hitchcock et al. (2021) excluyeron de su estudio a niños con autismo. Es necesario incluir a los niños con comorbilidades en los estudios, ya que la interacción entre condiciones puede alterar la naturaleza de los síntomas, y por ende la eficacia de las terapias empleadas, como en los niños con epilepsia (Jakobsen & Elklit, 2021).

Algo que cabe resaltar es que los artículos incluidos en esta revisión han sido desarrollados por algunos de los mismos autores: Cohen es parte de seis de los ocho estudios que se incluyeron en la revisión (Mannarino et al., 2012; Salloum et al., 2014; Salloum et al., 2016; Salloum et al., 2017; Salloum et al., 2022; Scheeringa et al., 2011). Scheeringa participa como autor en cinco artículos (Salloum et al., 2014; Salloum et al., 2016; Salloum et al., 2017; Salloum et al., 2022; Scheeringa et al., 2011). Salloum es autor de cuatro de los siete artículos (Salloum et al., 2014; Salloum et al., 2016; Salloum et al., 2017; Salloum et al., 2022) como Storch (Salloum et al., 2014; Salloum et al., 2016; Salloum et al., 2017; Salloum et al., 2022). Robst es autor de tres de los ocho artículos (Salloum et al., 2014; Salloum et al., 2016; Salloum et al., 2017). Son varias las implicaciones de lo anterior: los hallazgos encontrados por estos autores necesitan ser replicados por otros para que así sea válida su generalización y dar cuenta de la eficacia de las intervenciones en contextos socio culturales diversos (De Young et al., 2011) sin embargo, la

larga trayectoria de algunos de los autores parece ser un punto a favor en el entendimiento del problema.

Un aspecto al cual conviene prestar atención es que de los siete estudios incluidos únicamente en Salloum et al. (2016) la terapia es proporcionada por especialistas en salud mental, de quienes no se especifican las profesiones. En los otros estudios la terapia es llevada a cabo por terapeutas con maestría en trabajo social y counseling (Salloum et al., 2017; Scheeringa et al., 2011), estudiantes de maestría (Salloum et al., 2014) y por *lay counselors* (Dawson et al., 2018). Por último, en los de Hitchcock et al. (2021) y Salloum et al., (2022) no se aclara quién administra la terapia, lo que dificulta cualquier réplica de su estudio. Lo mismo ocurre con los autores de los artículos: de los cinco más comunes (Scheeringa, Cohen, Salloum, Robst y Storch) únicamente uno es psicólogo clínico (Storch), dos de ellos son médicos (Scheeringa y Cohen) una trabajadora social (Salloum) y otro economista (Robst), evidenciando la falta del psicólogo en esta área.

Considerando los resultados obtenidos por la presente la revisión y el análisis expuesto, se pueden rescatar varias cosas: En primer lugar, la falta de capacidad por parte de los clínicos y los sistemas de salud para abordar una problemática como lo es el TEPT en niños. Es necesario crear programas de capacitación y manuales de apoyo específicamente para población infantil, que ayuden a que las terapias de las que es conocida su eficacia lleguen a la población que lo necesite, como en este caso los niños. Estudios que indagan las trabas para su aplicación han encontrado que influye la falta de entrenamiento y supervisión por parte de los clínicos de estas terapias y de su adaptación al caso particular de su paciente. Los clínicos pueden hasta llegar a sentir miedo por generarle más estrés al paciente (Finch et al., 2020) por lo que las terapias no llegan a implementarse. A pesar de la existencia de manuales que guían en la aplicación de estos

tratamientos, hay ideas erróneas que impiden también su aceptación y uso por parte de los clínicos, tal como que son restrictivos en cuanto a la adaptación de la terapia a la idiosincrasia del paciente (Finch et al., 2020).

Lo mismo ocurre con la adaptación de los tratamientos a los niños más jóvenes. Deben adaptarse las técnicas a su edad, de tal manera que sean atractivas para los niños y puedan comprender lo que se aborda. Desde este punto, se ha intentado adecuar la evidencia a favor de la disminución de síntomas de TEPT a la tecnología. Así, han surgido aplicaciones que pueden funcionar como complemento de las terapias expuestas (Sander et al., 2020) como por ejemplo en el AE-TCC-CT por el libro de trabajo que utilizan con los padres.

Otra línea de investigación necesaria de abordar es la terapia online en niños, habrá que verificar que la eficacia demostrada de los tratamientos es igual si la modalidad en la que se imparte es en línea. Por último, desde este trabajo se propone la urgente necesidad de estudiar este trastorno desde la PBE en población mexicana, ya que como se expuso, no hubo ninguna referencia dentro de la revisión en idioma español o en países Latinoamericanos.

Respecto a las limitantes de esta investigación, no se encontraron estudios en población mexicana, lo que limita la generalización de los resultados y la implementación de medidas para su atención. En nuestro país se han realizado pocos esfuerzos por solucionar esta problemática. Hay estudios, como la Encuesta Nacional de Salud Mental y Adicciones, sin embargo, únicamente se centran en población mayor de 18 años, y en ciertos trastornos de entre los que no está el TEPT.

Lo anterior puede deberse al poco presupuesto destinado a la salud mental en nuestro país. Mientras otros países otorgan del 2.4% al 5.1% de sus ingresos a esta problemática, México

únicamente da el 2.1% de su presupuesto (Llanos & Méndez, 2020). De este porcentaje, el 89.7% se fue a los programas “Prevención y atención contra las adicciones” y “Atención a la salud”, dejando afuera problemáticas como el TEPT. Es necesario destinar presupuesto a investigación científica, para de esta manera poder abordar distintas problemáticas desde la práctica basada en evidencia. Así, al tener más información sobre la eficacia de las intervenciones y su variabilidad según la muestra los limitados recursos podrían conferirse a terapias que ya se sabe funcionarán.

Hasta que estos datos no existan en nuestro país es difícil implementar medidas para su solución. A pesar de ello, una opción para prevenir esta problemática es educar a personas estratégicas, como lo son padres y profesores, sobre los traumas más comunes a los que se enfrentan los niños en México. Como ejemplo, la OCDE sitúa a México como el primer lugar en abuso sexual a infantes, el brindar información a padres y profesores sobre respuestas comunes podría ayudar a su atención. De esta manera puede cerrarse la brecha existente entre padres e hijos al tratarse del desarrollo emocional de los pequeños.

Asimismo, la implementación de tratamientos debe guiarse por el tipo de trauma, edad, cultura del niño y zona geográfica en donde vive y el tipo de familia, procurando la inclusión de los padres o cuidadores en el tratamiento, como en esta revisión se encontró es efectivo.

Un aspecto que se pudo mejorar es el incluir estudios con una muestra más grande, ya que algunos de ellos incluyeron muy pocos participantes. Otro aspecto que se pudo mejorar es el tener un segundo revisor de los artículos recabados en la información para comparar la implementación de los criterios de inclusión y exclusión. Se recomienda también que futuras investigaciones incluyan estas y otras bases de datos con el fin de incrementar los resultados obtenidos en la búsqueda, sobre todo de habla hispana. Otro punto que puede ser útil para futuras investigaciones es el enfocarse en el papel de la red de apoyo del niño. Si bien en estudios

considerados en esta revisión se incluyó a los padres, falta información sobre estos, la familia extensa y/o los profesores.

Para concluir, se encontró evidencia a favor de la TCC-CT, TCC-CT con atención escalonada, y terapia de resolución de problemas para tratar TEPT en población infantil. La comparación de TCC-CT con atención escalonada y TCC-CT demuestra la posibilidad de optimizar los recursos en términos de tiempo, dinero y personal en la implementación de las terapias. De igual manera, se observó similitud en ciertas técnicas utilizadas por cada terapia: psicoeducación, enseñanza de habilidades a padres, relajación, modulación del afecto, procesamiento cognitivo, procesamiento y narración del trauma, exposición in vivo, sesiones padre-hijo y mejora de la sensación de seguridad. Por último, la revisión de la literatura evidenció la falta de información de TEPT en niños en nuestro país, es necesario que se aborde esta problemática.

Referencias

Las referencias marcadas con un asterisco indican estudios incluidos en la revisión sistemática.

Alicic, E., Zalta, A. K., van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K., & Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis [Tasas de trastorno de estrés postraumático en niños y adolescentes expuestos a trauma: metaanálisis]. *The British Journal of Psychiatry*, 204, 335-340. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.131227>.

American Psychological Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3a ed.). [Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales] <http://aditpsiquiatriaypsicologia.es/images/CLASIFICACION%20DE%20ENFERMEDADES/DSM-III.pdf>

American Psychological Association. (2016a). *Diagnosis: posttraumatic stress disorder. Treatment: cognitive processing therapy for post-traumatic stress disorder* [Diagnóstico: trastorno de estrés postraumático. Tratamiento: terapia de procesamiento cognitivo para trastorno de estrés postraumático]. Society of clinical psychology. <https://div12.org/treatment/cognitive-processing-therapy-for-post-traumatic-stress-disorder/>

American Psychological Association. (2016b). *Diagnosis: posttraumatic stress disorder. Treatment: Prolonged exposure therapy for post-traumatic stress disorder* [Diagnóstico: trastorno de estrés postraumático. Tratamiento: terapia de exposición prolongada para trastorno de estrés postraumático]. Society of clinical psychology.

<https://div12.org/treatment/prolonged-exposure-therapy-for-post-traumatic-stress-disorder/>

American Psychological Association. (2016c). *Stress inoculation training of post-traumatic disorder* [Entrenamiento en inoculación del estrés para el trastorno de estrés postraumático]. Society of clinical psychology. <https://div12.org/treatment/stress-inoculation-training-for-post-traumatic-stress-disorder/>

American Psychological Association (APA). (2017). *Clinical practice guideline for the treatment of PTSD* [Guía práctica clínica para el tratamiento del TEPT]. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf>

Aroon, C. M., Harvey, S., Hainline, B., Hitchcock, M. E., & Reardon, C. L. (2019). Post-traumatic stress disorder (ptsd) and other trauma-related mental disorders in elite athletes: a narrative review [Trastorno de estrés postraumático (ptsd) y otros trastornos mentales relacionados con el trauma en atletas de élite: una revisión narrativa]. *British Journal of Sports Medicine*, 53(12), 779-784. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-100695>

Asmundson, G. J., Thorisdottir, A. S., Roden, J. W., Baird, S. O., Witcraft, S. M., Stein, A. T., Smits, J. A., & Powers, M. B. (2019). A meta-analytic review of cognitive processing therapy for adults with posttraumatic stress disorder [Una revisión metaanalítica de la terapia de procesamiento cognitivo para adultos con trastorno de estrés postraumático]. *Cognitive Behaviour Therapy*, 48(1), 1-14. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1522371>

Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5 ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

- Armour, C., Mullerová, J., & Elhai, J. D. (2016). A systematic literature review of ptsd's latent structure in the diagnostic and statistical manual of mental disorders: dsm-iv to dsm-5 [Una revisión sistemática de la literatura sobre la estructura latente del ptsd en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: dsm-iv a dsm-5]. *Clinical Psychology Review, 44*, 60-74. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/j.cpr.2015.12.003>
- Astitene, K., & Barkat, A. (2021). Prevalence of posttraumatic stress disorder among adolescents in school and its impact on their well-being: a cross-sectional study [Prevalencia del trastorno de estrés postraumático en adolescentes escolares y su impacto en su bienestar: un estudio transversal]. *The Pan African Medical Journal, 39*(54), 2-11. <https://doi.org/10.11604/pamj.2021.39.54.27419>
- Baker, C. K., Norris, F. H., Jones, E. C., & Murphy, A. D. (2009). Childhood trauma and adulthood physical health in Mexico [Trauma infantil y salud física en la edad adulta en México]. *Journal of Behavioral Medicine, 32*(3), 255-269. <https://doi.org/10.1007/s10865-009-9199-2>
- Benjet, C., Borges, G., Medina, M. E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E., & Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud mental, 32*(2), 155-163. <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v32n2/v32n2a8.pdf>
- Bermúdez, L. V., Barrantes, M. M., & Bonilla, G. (2020). Trastorno por estrés postrauma. *Revista Médica Sinergia, 5*(9), e568. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i9.568>

- Bouffard, M., & Reid, G. (2012). The good, the bad, and the ugly of evidence-based practice [Lo bueno, lo malo y lo feo de la práctica basada en la evidencia]. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 29(1), 1-24. <https://doi.org/10.1123/apaq.29.1.1>
- Cohen, J. A. & Mannarino, A. P. (2022). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and families [Lo bueno, lo malo y lo feo de la práctica basada en la evidencia]. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24(3), 557-570. doi: 10.1016/j.chc.2015.02.005
- Dagleish, T., Goodall, B., Chadwick, I., Werner, A., McKinnon, A., Morant, N., Schweizer, S., Panesar, I., Humphrey, A., Watson, P., LaFortune, L., Smith, P., & Meiser, R. (2015). Trauma-focused cognitive behaviour therapy versus treatment as usual for post traumatic stress disorder (ptsd) in young children aged 3 to 8 years: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16, 116. doi: 10.1186/s13063-015-0632-2
- Danzi, B. A., & La Greca, A. M. (2021). Treating children and adolescents with posttraumatic stress disorder: moderators of treatment response [Tratamiento de niños y adolescentes con trastorno de estrés postraumático: moderadores de la respuesta al tratamiento]. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 50(4), 510-516. <https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1823849>
- *Dawson, K., Joscelyne, A., Meijer, C., Steel, Z., Silove, D., & Bryant, R. A. (2018). A controlled trial of trauma-focused therapy versus problem-solving in Islamic children affected by civil conflict and disaster in Aceh, Indonesia [Un ensayo controlado de terapia centrada en el trauma versus resolución de problemas en niños islámicos afectados por conflictos civiles

y desastres en Aceh, Indonesia]. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(3), 253-261. <https://doi.org/10.1177/0004867417714333>

De Young, A. C., Kenardy, J. A., & Cobham, V. E. (2011). Trauma in early childhood: a neglected population [Trauma en la primera infancia: una población desatendida]. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(3), 231-250. <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0094-3>

Fandino, W. (2019). Formulating a good research question: pearls and pitfalls [Formular una buena pregunta de investigación: perlas y trampas]. *Indian Journal of Anesthesia*, 63(8), 611-616. https://doi.org/10.4103/ija.ija_198_19

Fernando, G. A., Miller, K. E., & Berger, D. E. (2010). Growing pains: the impact of disaster-related and daily stressors on the psychological and psychosocial functioning of youth in Sri Lanka [Dolores de crecimiento: el impacto de los factores estresantes cotidianos y relacionados con los desastres en el funcionamiento psicológico y psicosocial de los jóvenes en Sri Lanka]. *Child Development*, 81(4), 1192-1210. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01462.x>

Finch, J., Ford, C., Lombardo, C., & Meiser, R. (2020). A survey of evidence-based practice, training, supervision and clinician confidence relating to post-traumatic stress disorder (PTSD) therapies in UK child and adolescent mental health professionals [Una encuesta sobre la práctica basada en la evidencia, la capacitación, la supervisión y la confianza del médico en relación con las terapias para el trastorno de estrés postraumático (TEPT) en profesionales de la salud mental infantil y adolescente del Reino Unido]. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1-10. <https://dx.doi.org/10.1080%2F20008198.2020.1815281>

- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes [Dinámica de un encuentro estresante: valoración cognitiva, afrontamiento y resultados del encuentro]. *Journal of personality and social psychology*, 50(5), 992-1003. <https://delongis-psych.sites.olt.ubc.ca/files/2018/03/Dynamics-of-a-stressful-encounter.pdf>
- Friedman, M. J. (2015). *Posttraumatic and Acute Stress Disorder* [Trastorno de estrés postraumático y agudo]. (6a ed.). Springer. doi:10.1007/978-3-319-15066-6_5
- Friedman, M. J. (2019). *Ptsd history and overview* [Historia y descripción general del tept]. National Center of PTSD. https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/essentials/history_ptsd.asp
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-psicoeducacion-salud-mental-una-herramienta-S0716864020300195>
- Hale, A. C., Bohnert, K. M., Ganoczy, D., & Sripada, R. K. (2019). Predictors of treatment adequacy during evidence-based psychotherapy for PTSD [Predictores de la adecuación del tratamiento durante la psicoterapia basada en la evidencia para el TEPT]. *Psychiatric Services*, 70(5), 367-373. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800361>
- *Hitchcock, C., Goodall, B., Wright, I. M., Boyle, A., Johnston, D., Dunning, D., Gillard, J., Griffiths, K., Humphrey, A., McKinnon, A., Panesar, I. K., Werner, A., Watson, P., Smith, P., Meiser, R., & Dalgleish, T. (2021). The early course and treatment of posttraumatic stress disorder in very young children: diagnostic prevalence and predictors in hospital-

attending children and a randomized controlled proof-of-concept trial of trauma-focused cognitive therapy, for 3- to 8- year-olds [El curso temprano y el tratamiento del trastorno de estrés postraumático en niños muy pequeños: prevalencia diagnóstica y predictores en niños hospitalizados y un ensayo aleatorio controlado de prueba de concepto de terapia cognitiva centrada en el trauma, para niños de 3 a 8 años]. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(1), 58-67. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13460>

Hoskin, M. D., Bridges, J., Sinnerton, R., Nakamura, A., Underwood, J. F., Slater, A., Lee, M. R. D., Clarke, L., Lewis, C., Roberts, N. P., & Bisson, J. I. (2021). Pharmacological therapy for post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of monotherapy, argumentation and head-to-head approaches [Terapia farmacológica para el trastorno de estrés postraumático: una revisión sistemática y metaanálisis de monoterapia, argumentación y enfoques directos]. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1). <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1080/20008198.2020.1802920>

Howick, J., Chalmers, I., Glasziou, P., Greenhulgh, T., Heneghan, T., Liberati, R., Moschetti, I., Phillips, B., & Thornton, H. (2021). *The 2011 Oxford CEBM Evidence Levels of Evidence (Introductory Document)*. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/levels-of-evidence-introductory-document>

Huang, T., Li, H., Tan, S., Xie, S., Cheng, Q., Xiang, Y., & Zhou, X. (2022). The efficacy and acceptability of exposure therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents: systematic review and meta-analysis [La eficacia y aceptabilidad de la terapia de exposición para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático en niños

y adolescentes: revisión sistemática y metaanálisis]. *BMC Psychiatry*, 22(1).
<https://doi.org/10.1186/s12888-022-03867-6>

Ibáñez, C., & Manzanera, R. (2012). Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en atención primaria. *Semergen*, 38(6), 377-387. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-tecnicas-cognitivo-conductuales-facil-aplicacion-atencion-S113835931200069X>

Jakobsen, A. V., & Elklit, A. (2021). Post-traumatic stress disorder (ptsd) symptoms in children with severe epilepsy [Síntomas del trastorno de estrés postraumático (ptsd) en niños con epilepsia severa]. *Epilepsy & Behavior*, 122, 1-8. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/j.yebeh.2021.108217>

Kane, J. C., Murray, L. K., Cohen, J., Dorsey, S., Skavenski, S., Galloway, J., Imasiku, M., Mayeya, J., & Bolton, P. (2016). Moderators of treatment response to trauma-focused cognitive behavioral therapy among youth in Zambia [Moderadores de la respuesta al tratamiento de la terapia cognitiva conductual centrada en el trauma entre jóvenes en Zambia]. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(10), 1194-1202. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12623>

Kessler, R. C., Aguilar, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R. V., Ferry, F., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J. P., Levinson, D., ... Koenen, K. C. (2017). Trauma and ptsd in the who world mental health surveys [Trauma y tept en las encuestas mundiales de salud mental de la oms]. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(5), 1-16. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1080/20008198.2017.1353383>

- Khan, R. A. & Wahab, S. (Eds). (2018). *Blunt abdominal trauma in children* [Trauma abdominal en niños]. Spring.
- Landa, E., & Arredondo, A. J. (2014). Herramienta PICO para la formulación y búsqueda de preguntas clínicamente relevantes en la psicología basada en la evidencia. *Psicooncología*, *11*(2-3), 259-270. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n2-3.47387
- Lazarus, R. S. (1985). The psychology of stress and coping [La psicología del estrés y el afrontamiento]. *Issues in Mental Health Nursing*, *7*(1-4), 399-418. <http://dx.doi.org/10.3109/01612848509009463>
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks [Del estrés psicológico a las emociones: una historia de perspectivas cambiantes]. *Annual Review of Psychology*, *44*, 1-21. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1146/annurev.ps.44.020193.000245>
- Levant, R. (2005). *Report of the 2005 presidential task force on evidence-based practice* [Informe del grupo de trabajo presidencial de 2005 sobre prácticas basadas en evidencia]. American Psychological Association. <https://www.apa.org/pi/families/resources/task-force/evidence-based>
- Lilienfeld, S. O., Ritshchel, L. A., Lynn, S. J., Cautin, R. L., & Lutzman, R. D. (2013). Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: root causes and constructive remedies [Por qué muchos psicólogos clínicos se resisten a la práctica basada en evidencia: causas fundamentales y soluciones constructivas]. *Clinical Psychology Review*, *33*(7), 883-900. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.008>

- Llanos, A. & Méndez, J. S. (2020, 12 de octubre). *Presupuesto para salud mental: relevancia ante la covid19*. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria. <https://ciep.mx/presupuesto-para-salud-mental-relevancia-ante-la-covid19/>
- Malarbi, S. T., Muscara, F., Barnett, P. L. J., Palmer, C. S., & Stargatt, R. (2020). Post-traumatic stress symptoms and cognition in children exposed to motor vehicle accident trauma [Síntomas de estrés postraumático y cognición en niños expuestos al trauma de accidentes automovilísticos]. *Child Neuropsychology*, 26(4), 560-575. <https://doi.org/10.1080/09297049.2019.1700223>
- *Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Deblinger, E., Runyon, M. K., & Steer, R. A. (2012). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children: sustained impact of treatment 6 and 12 months later [Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma para niños con impacto sostenido del tratamiento 6 y 12 meses después]. *Child Maltreatment*, 17(3), 231-241. <https://doi.org/10.1177/1077559512451787>
- Manterola, C., Asenjo, C., & Otzen, T. (2014). Jerarquización de la evidencia. Niveles de evidencia y grados de recomendación de uso actual. *Revista Chilena de Infectología*, 31(6), 705-718. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182014000600011
- Mavranzouli, I., Megnin, O., Trickey, D., Meiser, R., Daly, C., Dias, S., Stockton, S., & Pilling, S. (2020). Cost-effectiveness of psychological interventions for children and young people with post-traumatic stress disorder [Rentabilidad de las intervenciones psicológicas para niños y jóvenes con trastorno de estrés postraumático]. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(6), 699-710. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13142>

- McGuire, A., Steele, R. G., & Singh, M. N. (2021). Systematic review on the application of trauma-focused cognitive behavioral therapy (tf-cbt) for preschool-aged children [Revisión sistemática sobre la aplicación de la terapia cognitiva conductual centrada en el trauma (tcc-ct) para niños en edad preescolar]. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 24(1), 20-37. <https://doi.org/10.1007/s10567-020-00334-0>
- McLean, C. P., & Foa, E. B. (2011). Prolonged exposure therapy for post-traumatic stress disorder: a review of evidence and dissemination [Terapia de exposición prolongada para el trastorno de estrés postraumático: revisión de la evidencia y difusión]. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 11(8), 1151-1163. <https://doi.org/10.1586/ern.11.94>
- Medina, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L., & Aguilar, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58242601>
- Medina, M. E., Borges, G., Lara, C., Ramos, L., Zambrano, J., & Fleiz, C. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y del trastorno de estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública de México*, 47(8), 8-22. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000100004
- Meichenbaum, D. H., & Deffenbacher, J. L. (1988). Stress inoculation training [Entrenamiento de inoculación de estrés]. *The Counseling Psychologist*, 16(1), 69-90. <https://doi.org.pbidi.unam.mx:2443/10.1177%2F0011000088161005>
- Meiser, R., Smith, P., Yule, W., Glucksman, E., & Dalgleish, T. (2017). Posttraumatic stress disorder in young children three years post-trauma: prevalence and longitudinal predictors

[Trastorno de estrés postraumático en niños pequeños tres años después del trauma: prevalencia y predictores longitudinales]. *Journal of Clinical Psychiatry* 78(3), 334-339.
<https://dx.doi.org/10.4088%2FJCP.15m10002>

Memarzia, J., Walker, J., & Meiser, R. (2021). Psychological peritraumatic risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents: a meta-analytic review [Factores de riesgo peritraumáticos psicológicos para el trastorno de estrés postraumático en niños y adolescentes: una revisión metaanalítica]. *Journal of Affective Disorders*, 282, 1036-1047.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.016>

Mohammadi, M. M., & Poursaberi, R. (2018). The effect of stress inoculation training on breastfeeding self-efficacy and perceived stress of mothers with low birth weight infants: a clinical trial [El efecto del entrenamiento de inoculación de estrés sobre la autoeficacia de la lactancia materna y el estrés percibido de las madres con bebés de bajo peso al nacer: un ensayo clínico]. *Journal of Family and Reproductive Health*, 12(3), 160-168.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31223322/>

National Institute of Health and Care Excellence (NICE). (2018). *Post-traumatic stress disorder* [Trastorno de estrés postraumático]. NICE Guideline.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/resources/posttraumatic-stress-disorder-pdf-66141601777861>

National Institute of Mental Health (NIMH) (2017). *Post-traumatic stress disorder*.
<https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd.shtml>

National Institute of Health Mental Health (NIMH). (2019). *Post-Traumatic Stress Disorder*.

https://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/index.shtml#part_145372

National Institute of Mental Health (NIMH). (s. f.). *Helping children and adolescents cope with*

disasters and other traumatic events: what parents, rescue workers, and the community can do. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/helping-children-and-adolescents-cope-with-disasters-and-other-traumatic-events/index.shtml>

OCEBM Levels of Evidence Working Group. (2021). *The Oxford 2011 levels of evidence*. Oxford

Centre for Evidence-Based Medicine. <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>

Pagel, J. F. (2021). *Post-traumatic stress disorder. A guide for primary care clinicians and*

therapists [Trastorno de estrés postraumático. Una guía para médicos y terapeutas de atención primaria]. Springer. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/978-3-030-55909-0>

Reynoso L., Becerra, A. L., & Lugo, I. V. (2019). *Trastorno de estrés postraumático en adultos*.

Intervención cognitivo-conductual para víctimas de sismos. Qartuppi. <http://doi.org/10.29410/QTP.19.02>

Richardson, W. S., Wilson, M. C., Nishikawa, J., & Hayward, R. S. (1995). The well-built clinical

question: a key to evidence-based decisions [La pregunta clínica bien construida: una clave para las decisiones basadas en la evidencia]. *ACP Journal Club*, 123(3), 12-13. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7582737/>

Sackett, D. L., Rosenberg, W., Gray, J., Haynes, R., & Richardson, S. (1996). Evidence based

medicine: what it is and what it isn't [Medicina basada en la evidencia: qué es y qué no es]. *British Medical Journal*, 312(7023), 71-72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>

- *Salloum, A., Robst, J., Scheeringa, M. S., Cohen, J. A., Wang, W., Murphy, T. K., Tolin, D. F., & Storch, E. A. (2014). Step one within stepped care trauma-focused cognitive behavioral therapy for young children: a pilot study [Primer paso dentro de la terapia cognitiva conductual centrada en el trauma de atención escalonada para niños pequeños: un estudio piloto]. *Child Psychiatry & Human Development*, 45(1), 65-77. <https://doi.org/10.1007/s10578-013-0378-6>
- *Salloum, A., Small, B. J., Robst, J., Scheeringa, M. S., Cohen, J. A., & Storch, E. A. (2017). Stepped and standard care for childhood trauma: a pilot randomized clinical trial [Atención escalonada y estándar para el trauma infantil: un ensayo clínico aleatorizado piloto]. *Research on Social Work Practice*, 27(6), 653-663. <https://doi.org/10.1177%2F1049731515601898>
- *Salloum, A., Wang, W., Robst, J., Murphy, T. K., Scheeringa, M. S., Cohen, J. A., & Storch, E. A. (2016). Stepped care versus standard trauma-focused cognitive behavioral therapy for young children [Atención escalonada versus terapia cognitiva conductual centrada en el trauma estándar para niños pequeños]. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(5), 614-622. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12471>
- *Salloum, A., Lu, Y., Chen, H., Salomon, K., Scheeringa, M. S., Cohen, J. A., Swaidan, V., & Storch, E. A. (2022). Child and parent secondary outcomes in stepped care versus standard care treatment for childhood trauma [Resultados secundarios para niños y padres en atención escalonada versus tratamiento de atención estándar para el trauma infantil]. *Journal of Affective Disorders*, 307, 87-96. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/j.jad.2022.03.049>

Sander, L. B., Schorndanner, J., Terhorst, Y., Spanhel, K., Pryss, R., Baumeister, H., & Messner, E. M. (2020). Help for trauma from the app stores? A systematic review and standardized rating of apps for post-traumatic stress disorder (ptsd) [¿Ayuda para el trauma en las tiendas de aplicaciones? Una revisión sistemática y calificación estandarizada de aplicaciones para el trastorno de estrés postraumático (PTS)]. *European Journal of Psychotraumatology* 11(1), 2-16. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1701788>

*Scheeringa, M. S., Weems, C. F., Cohen, J. A., Amaya, L., & Guthrie, D. (2011). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in three through six year-old children: a randomized clinical trial [Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma para el trastorno de estrés postraumático en niños de tres a seis años: un ensayo clínico aleatorizado]. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 52(8), 853-860. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1111/j.1469-7610.2010.02354.x>

Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., & Cohen, J. A. (2011). Ptsd in children and adolescents: towards an empirically based algorithm [Tept en niños y adolescentes: hacia un algoritmo de base empírica]. *Depress Anxiety*, 28(9), 770-782. <https://doi.org/10.1002/da.20736>

Secretaría de Salud. (2011). *Diagnóstico y manejo del estrés postraumático*. Instituto Mexicano del Seguro Social. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/515GER.pdf>

Senado de la República. (s. f) *Propone reformas a la Ley para la Prevención de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes y al Código Penal Federal, toda vez que más de 4 millones de infantes se encuentra en situación de riesgo*. <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/periodo-ordinario/boletines/15298-mexico-primer-lugar-de-la-ocde-en-maltrato-infantil-senador-martinez-martinez.HTML>

- Shalev, A., Liberzon, I., & Marmar, C. (2017). Post-Traumatic stress disorder [Trastorno de estrés postraumático]. *The New England Journal of Medicine*, *376*(25), 2459-2469. <https://doi.org/10.1097/psy.0b013e31803146d8>
- Smith, P., Dalgleish, T., & Meiser, R. (2019). Practitioner review: posttraumatic stress disorder and its treatment in children and adolescents [Revisión del profesional: trastorno de estrés postraumático y su tratamiento en niños y adolescentes]. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *60*(5), 500-515. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12983>
- Spring, B. (2007). Evidence-based practice in clinical psychology: what it is, what it matters; what you need to know [Práctica basada en la evidencia en psicología clínica: qué es, qué importa; lo que necesitas saber]. *Journal of Clinical Psychology*, *63*(7), 611-631. <https://doi.org/10.1002/jclp.20373>
- Sripada, R. K., Bohnert, K. M., Ganoczy, D., & Pfeiffer, P. N. (2018). Documentation of evidence-based psychotherapy and care quality for PTSD in the department of veterans affairs [Documentación de psicoterapia basada en evidencia y calidad de la atención para el TEPT en el departamento de asuntos de veteranos]. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *45*(3), 353-361. <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0828-8>
- Steel, C., Tehrani, N., Lewis, G., & Billings, J. (2021). Risk factors for complex posttraumatic stress disorder in UK police [Factores de riesgo para el trastorno de estrés postraumático complejo en la policía del Reino Unido]. *Occupational Medicine*, *71*(8), 351-357. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqab114>

- Ulloa, R. E., Arceo, R., Chapa, G., & Salinas, L. A. (s. f.). *Guía clínica. Diagnóstico y tratamiento del trastorno de estrés postraumático en niños y adolescentes*. Guías clínicas del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.
<http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.30070.75842>
- Williams, T., Phillips, N. J., Stein, D. J., & Ipser, J. C. (2022). Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder (ptsd) [Farmacoterapia para el trastorno de estrés postraumático (tept)]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD002795.pub3>
- Xian, C., Deng, N., Zhang, J., Li, H., Gao, T., Zhang, C., & Gong, Q. (2022). Cognitive behavioral therapy for children and adolescents with post-traumatic stress disorder: meta-analysis [Terapia cognitiva conductual para niños y adolescentes con trastorno de estrés postraumático: metaanálisis]. *Journal of Affective Disorders*, 308, 502-511.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.111>
- Xiang, Y., Cipriani, A., Teng, T., Del Giovane, C., Zhang, Y., Weisz, J. R., Li, X., Cuijpers, P., Liu, X., Barth, J., Jiang, Y., Cohen, D., Fan, L., Gillies, D., Du, K., Ravindran, A. V., Zhou, X., & Xie, P. (2021). Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for post-traumatic stress disorder in children and adolescents: a systematic review and network meta-analysis [Eficacia comparativa y aceptabilidad de las psicoterapias para el trastorno de estrés postraumático en niños y adolescentes: una revisión sistemática y un metaanálisis en red]. *Child and adolescent mental health*, 24(4), 153-160.
<https://doi.org/10.1136/ebmental-2021-300346>

Yatham, S., Sivathasan, S., Yoon, R., Da Silva, T. L., & Ravidran, A. V. (2018). Depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder among youth in low and middle income countries: a review of prevalence and treatment interventions [Depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático entre jóvenes de países de ingresos bajos y medianos: una revisión de las intervenciones de prevalencia y tratamiento]. *Asian Journal of Psychiatry*, 38, 78-91. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.10.029>

Ybarra, J. L., Orozco, L. A., & Valencia, A. (2015). *Intervenciones con apoyo empírico. Herramientas fundamentales para el psicólogo clínico y de la salud*. Manual Moderno. https://www.researchgate.net/publication/295551678_Intervenciones_con_apoyo_empirico_o_herramientas_fundamentales_para_el_psicologo_clinico_y_de_la_salud