

INTERVENCIONES INDIVIDUALES CON ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN NIÑOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

INDIVIDUAL INTERVENTIONS WITH COGNITIVE-BEHAVIORAL APPROACH FOR
POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER IN CHILDREN: A SYSTEMATIC REVIEW

María Fernanda Alvarado-Hernández*, **Ana Leticia Becerra-Gálvez***, **Alejandro Pérez-Ortiz****

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México*

Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México**

Correspondencia: behaviormed.ana@gmail.com

Resumen

El objetivo de la investigación fue identificar los tratamientos más novedosos y basados en evidencia para tratar de manera individual el trastorno de estrés postraumático (TEPT) en niños. Se realizó una revisión de artículos mediante la estrategia de búsqueda *population-intervention-outcome* (PIO) en siete bases de datos (Pubmed, Scopus, Cochrane, PsycINFO, SciELO, Redalyc y Dialnet). Sólo ocho artículos cumplieron los criterios de inclusión. Los estudios evaluaron la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual Centrada en el Trauma (TCC-CT), la Atención Escalonada de la TCC-CT (AE-TCC-CT), la TCC-CT con un componente de narrativa del trauma y la Terapia de solución de problemas. La TCC-CT y el AE-TCC-CT fueron efectivas, pero la AE-TCC-CT requiere menos recursos (dinero y tiempo), por lo que resulta la alternativa más viable. Resultan necesarios más investigaciones que evalúen la eficacia de las

intervenciones para niños con TEPT, siendo más específicos en la edad y el tipo de trauma que se trata.

Palabras clave: Trastornos de estrés, terapia cognitivo conductual, niños, revisión sistemática, práctica basada en evidencia.

Abstract

The aim of the research was to identify the most novel and evidence-based treatments for the individual treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) in children. A review of articles was conducted using the *population-intervention-outcome* (PIO) search strategy in seven databases (Pubmed, Scopus, Cochrane, PsycINFO, SciELO, Redalyc and Dialnet). Only eight articles met the inclusion criteria. The studies evaluated the efficacy of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (CBT-TF), CBT-CT-Estepped Care (EC-CBT-TF), CBT-CT with a trauma narrative component, and Problem-Solving Therapy. CBT-TF and EC-CBT-TF were effective, but EC-CBT-TF requires fewer resources (money and time), making it the more viable alternative. More research is needed to evaluate the efficacy of interventions for children with PTSD, being more specific in the age and type of trauma being treated.

Keywords: Stress disorders, cognitive behavioral therapy, child, systematic review, evidence-based practice.

Antecedentes

El TEPT es una afección que puede desarrollarse tras experimentar una o más situaciones que pongan en riesgo el bienestar del individuo (Bermúdez, Barrantes, & Bonilla, 2020). Este padecimiento se caracteriza por pensamientos y recuerdos persistentes relacionados con uno o varios eventos traumáticos, evitación, hiperexcitación, irritabilidad, problemas de concentración, trastornos del sueño y alteraciones negativas del estado

de ánimo (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013; *National Institute of Health and Care Excellence* [NIHCE], 2018; Reynoso, Becerra & Lugo, 2019; Saaren, 2014). La gravedad de sus síntomas, severidad, prevalencia y fluctuación en el tiempo puede variar en función de las características de quien lo padece, del significado que le dé la persona al evento traumático e incluso del contexto sociocultural en el que se encuentre (Asmundson et al., 2019; Bermúdez et al., 2020; Jakobsen & Eliklit, 2021; Yatham, Sivathasan, Yoon, Da Silva, & Ravidran 2018).

Está reportado que los adultos que padecen TEPT son 80% más propensos a experimentar comorbilidad con otros padecimientos psicológicos (APA, 2013), tales como depresión, consumo de sustancias, distimia, trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad, trastornos disociativos, psicosis, discapacidad cognitiva, violencia hacia sí mismos y conductas suicidas (APA, 2017; Astitene & Barkat, 2021; Friedman, 2019; NIHCE, 2018). Por otro lado, el conocimiento sobre las afectaciones que provoca este trastorno en población infantil es menor. Al respecto Finch, Ford, Lombardo y Meiser (2020) y Medina et al. (2005) reportan que los niños experimentan problemas de conducta y sufren de daños en el funcionamiento y la estructura cerebral, entre otras repercusiones sobre su salud mental. Razón por la cual, resulta pertinente ahondar más sobre su estudio en este grupo etario.

En relación con la prevalencia del TEPT en población infantil, a nivel mundial, dos tercios de los niños y adolescentes han experimentado al menos un suceso traumático (Finch et al., 2020). En México, se encontró durante el año 2017 una prevalencia de este padecimiento de 2.25%, lo que representa un 15% de los niños que estuvieron expuestos a un suceso traumático (Ulloa, Arceo, Chapa, & Salinas, en prensa). Pese a

la información presentada sobre el número de casos que existen a nivel mundial y en México, ésta es inferior al contrastarla con lo disponible para población adulta (Kessler et al., 2017; Medina et al., 2005; NIHCE, 2018). Para tratar el TEPT se han desarrollado terapias psicológicas tanto para niños como adultos fundamentadas en el modelo de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), tales como la TCC-CT, la terapia de exposición o la terapia de procesamiento cognitivo (Finch et al., 2020; Kip, Iseke, Papola, Barbui & Morina, 2023; McGuire, Steele, & Singh 2021; Sripada, Bohnert, Ganoczy, & Pfeiffer, 2018; Thielemann, Kasparik, König, Unterhitzberg, & Rosner, 2022). Este tipo de terapias se caracterizan por modificar la manera en la que el paciente piensa y actúa al recordar el evento traumático, provocando procesos desadaptativos (Bermúdez et al., 2020); han demostrado efectividad en distintos tipos de trauma (Xian et al., 2022; Xiang et al., 2021) y se sugieren como una opción de primera línea de atención (Sripada et al., 2018). En particular, la TCC-CT ha mostrado gran efectividad en el tratamiento de TEPT en niños y población joven (Mavranezouli et al., 2020). El objetivo de esta terapia consiste en modular los efectos del trauma, en relación con las emociones de la persona, su comportamiento, síntomas somáticos y su vida social (Cohen & Mannarino, 2022).

A pesar de esa información, los infantes presentan una manifestación nosológica distinta a la de los adultos ante situaciones traumáticas (APA, 2013; NIHCE, 2018; *National Institute of Mental Health* [NIMH], s. f.), aledaño a que la adaptación y evaluación de estas terapias ha estado en su mayoría dirigida a población adulta (Mavranezouli et al., 2020; Simon et al., 2021) o bien se ha evaluado su efecto a nivel grupal, desconociendo qué ocurre con un solo paciente (Kip et al., 2023; Thielemann et al., 2022; Xian et al., 2022; Xiang et al., 2021); por lo que se destaca la necesidad de

indagar la eficacia de estos tipos de tratamiento psicológico individualizado para población infantil.

Por esta razón, el objetivo de este trabajo fue identificar los tratamientos utilizados en la actualidad que han mostrado ser eficaces en el tratamiento individual del TEPT en niños de tres a 15 años, desde el enfoque cognitivo conductual.

Método

Estrategia de búsqueda

Para llevar a cabo la revisión sistemática se retomó la estrategia de búsqueda PIO, que surge de la práctica basada en evidencia en el área de la salud y permite elaborar preguntas clínicamente relevantes. Su acrónimo lo constituyen los elementos en inglés *Population* (población), *Intervention* (intervención) y *Outcome* (resultados; Landa & Arredondo, 2014).

Fuentes consultadas para la revisión. Se efectuó la búsqueda entre abril y junio de 2022 en siete bases de datos (Pubmed, Scopus, Cochrane, PsycINFO, LILACS, SciELO, Redalyc y Dialnet). Los términos *MeSH* (*Medical Subject Headings*, por sus siglas en inglés) y palabras claves seleccionadas se presentan en la Tabla 1. Los términos propuestos en inglés se tradujeron a español. El proceso de búsqueda difirió en relación con la interfaz de cada base de datos, para muestra de ello, en la Tabla 2 se presenta la búsqueda que se realizó en las bases de datos.

Tabla 1. *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 	<ul style="list-style-type: none"> • cognitive behavioral therapy (MeSH) • cognitive-behavioral therap* • cognitive behavioural therap* • cognitive-behavioural therap* • CBT 	<ul style="list-style-type: none"> • stress disorders, post-traumatic (MeSH) • post-traumatic stress disorder • PTSD • posttraumatic stress disorder

Nota. * Se utilizó como herramienta en las bases de datos para que mostraran los resultados únicamente con la raíz de la palabra en cuestión. PIO = *Population* (P), *Intervention* (I), *Outcome* (O).

Procedimiento para la selección de los artículos

En todas las bases de datos se retomaron los operadores *booleanos AND, OR y NOT*, con el objetivo de realizar diferentes combinaciones en la búsqueda. Asimismo, se aplicaron filtros propios de las bases de datos para excluir revisiones sistemáticas, libros y otros documentos que no cumplieran los criterios de inclusión. En algunas bases de datos se tuvo que modificar la búsqueda por la naturaleza de la interfaz. Por ejemplo, en Scopus los términos de dos o más palabras fueron puestos entre comillas (“”). En PsycINFO solo se realizó la búsqueda con los términos en inglés, ya que la base de datos no reconoce la letra ‘ñ’. De igual manera, en Dialnet se buscaron primero los términos *MeSH*, y posteriormente se buscó con los descriptores de asunto, puesto que la base solo acepta búsquedas con menos de 160 caracteres. Una vez que se concluyó la búsqueda, se procedió a la revisión de los manuscritos con base en los criterios de inclusión y exclusión.

Tabla 2. *Búsqueda realizada en Pubmed*

Base de datos	Términos en la búsqueda	Límite	Resultados	Artículos incluidos
Pubmed	((((((((((((((child[MeSH Terms]) OR (child, preschool[MeSH Terms])) OR (children[Text Word]) OR (childhood[Text Word]) OR (preschooler children[Text Word])) NOT (adult[MeSH Terms]) NOT (veterans[MeSH Terms]) AND (((((((cognitive behavioral therapy[MeSH Terms]) OR (cognitive-behavioral therap*[Text Word]) OR (cognitive behavioural therap*[Text Word]) OR (cognitive-behavioural therap*[Text Word]) OR (cbt[Text Word]) AND (((((((stress disorders, post-traumatic[MeSH Terms])) OR (post-traumatic stress disorder[Text Word]) OR (ptsd[Text Word]) OR (posttraumatic stress disorder[Text Word]))	2011-2022	257	7
Scopus	(TITLE-ABS-KEY (child OR “child, preschool” OR children OR childhood OR “preschooler children” OR niño OR preescolar OR niños OR infancia OR “niños preescolares” AND NOT adults OR veterans) AND TITLE-ABS-KEY (“cognitive behavioral therapy” OR “cognitive-behavioral therap*” OR “cognitive behavioural therap*” OR “cognitive-behavioural therap*” OR cbt OR “terapia cognitivo-conductual” OR “terapia cognitivo conductual” OR “terapias cognitivo conductuales” OR “terapias cognitivo-conductuales” OR tcc) AND TITLE-ABS-KEY (“stress disorders, post-traumatic” OR “post-traumatic stress disorder” OR ptsd OR “posttraumatic stress disorder” OR “trastornos por estrés postraumático” OR “trastorno de estrés postraumático” OR tept OR “trastorno de estrés postrauma”)) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR, 2021) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2020) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2019) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2018) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2017) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2016) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2015) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2014) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2013) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2012)) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE, “ar”)) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE, “English”) OR LIMIT-TO (LANGUAGE, “Spanish”)) AND (LIMIT-TO (SRCTYPE, “j”))	2011-2022	270	1

LILACS	(mh:(child OR child, preschool OR niño OR preescolar)) OR (children OR childhood OR preschooler children OR niños OR infancia OR niños preescolares) AND NOT (mh:(adult OR veterans)) AND (mh:(cognitive behavioral therapy OR terapia cognitivo-conductual)) OR (cognitive-behavioral therap* OR cognitive behavioural therap* OR cognitive-behavioural therap* OR cbt OR terapia cognitivo conductual OR terapias cognitivo conductuales OR terapias cognitivo-conductuales OR tcc) AND (mh:(stress disorders, post-traumatic OR trastornos por estrés postraumático)) OR (post-traumatic stress disorder OR ptsd OR posttraumatic stress disorder OR trastorno de estrés postraumático OR tept OR trastorno de estrés postrauma) AND (db:(“LILACS”) AND la:(“en” OR “es”)) AND (year_cluster:[2011 TO 2021])	2011-2022	13	0
Cochrane	“Population (“Child” OR “Child, Preschool 2-5 years” OR “Childhood”) AND Intervention (“Cognitive - Behavior Therapy” OR “Cognitive and Behavioral Therapy”) AND Outcome “Posttraumatic Stress Disorder””	2011-2022	2	0
Redalyc	(child OR child, preschool OR children OR childhood OR preschooler children OR niño OR preescolar OR niños OR infancia OR niños preescolares NOT (adult OR veterans)) AND (cognitive behavioral therapy OR cognitive-behavioral therap* OR cognitive behavioural therap* OR cognitive-behavioural therap* OR cbt terapia cognitivo-conductual OR terapia cognitivo conductual OR terapias cognitivo conductuales OR terapias cognitivo-conductuales OR tcc) AND (stress disorders, post-traumatic OR post-traumatic stress disorder OR ptsd OR posttraumatic stress disorder OR trastornos por estrés postraumático OR trastorno de estrés postraumático OR tept OR trastorno de estrés postrauma)”	2011-2022	0	0
Dialnet	niño OR preescolar OR niños AND terapia cognitivo-conductual OR terapias cognitivo conductuales AND trastornos por estrés postraumático	2011-2022	0	0

SciELO	child OR child preeschool OR children OR childhood OR preschooler children OR niño OR preescolar OR niños OR infancia OR niños preescolares AND cognitive behavioral therapy OR cognitive-behavioral therap* OR cognitive behavioural therap* OR cognitive-behavioural therap* OR cbt OR terapia cognitivo-conductual ORterapia cognitivo conductual OR terapias cognitivo conductuales OR terapias cognitivo-conductuales OR tcc AND stress disorders, post-traumatic OR post-traumatic stress disorder OR ptsd OR posttraumatic stress disorder OR trastornos por estrés postraumático OR trastorno de estrés postraumático OR tept OR trastorno de estrés postrauma	2011-2022	0	0
PsycINFO	((child or child, preschool or children or childhood or preschooler children) and (cognitive behavioral therapy or cognitive-behavioral therap* or cognitive behavioural therap* or cognitive-behavioural therap* or cbt) and (stress disorders, post-traumatic or post-traumatic stress disorder or ptsd or posttraumatic stress disorder)).mh.	2011-2022	12	0

Nota. Elaboración propia.

Criterios de elegibilidad. Los criterios de inclusión fueron: *a) población:* niños de tres a 15 años; *b) intervenciones:* de modalidad individual y basadas en la TCC; *c) periodo de búsqueda:* de 2011 a la actualidad; *d) tipo de estudio:* experimentales (con o sin aleatorización) y observacionales que evaluaran el efecto de las TCC; *e) idioma:* inglés o español. Cabe señalar que el periodo de búsqueda se limitó a los últimos 11 años, debido a que hasta el año 2011 el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta versión (DSM-5, por sus siglas en inglés) propuso los criterios nosológicos para el diagnóstico de TEPT en población infantil (Scheeringa & Cohen, 2011; Scheeringa et al., 2012).

Análisis de artículos

Se consideraron los criterios establecidos por la declaración PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*; Urrútia & Bonfill, 2010) para el análisis de la información de los artículos (tamaño y características de la muestra, características de la intervención, diseño, resultados y duración del seguimiento). Además, para evaluar las características metodológicas de ensayos controlados aleatorizados (ECA) se siguieron las pautas CONSORT (*Consolidated Standards of Reporting Trials*; Moraga & Velásquez, 2015). Esta propuesta consta de 25 elementos para evaluar los artículos, divididos en seis categorías: 1) Título y resumen (título y resumen estructurado), 2) Introducción (antecedentes y objetivos específicos o hipótesis), 3) Métodos (diseño del estudio controlado, modificaciones del diseño, participantes, lugar, intervenciones, resultados, modificaciones de resultados, tamaño de la muestra, análisis interino, generación de la secuencia de aleatorización, tipo de aleatorización, asignación oculta, implementación, enmascaramiento, similitud de las intervenciones, métodos estadísticos y estadística adicional), 4) Resultados (flujo de participantes, exclusiones y pérdidas, reclutamiento, detención del ensayo, datos basales, números analizados, resultados y estimación, resultados dicotómicos, análisis complementarios y efectos adversos), 5) Discusión (limitaciones, generalización e interpretación) y 6) Otra información (registro, protocolo y financiamiento).

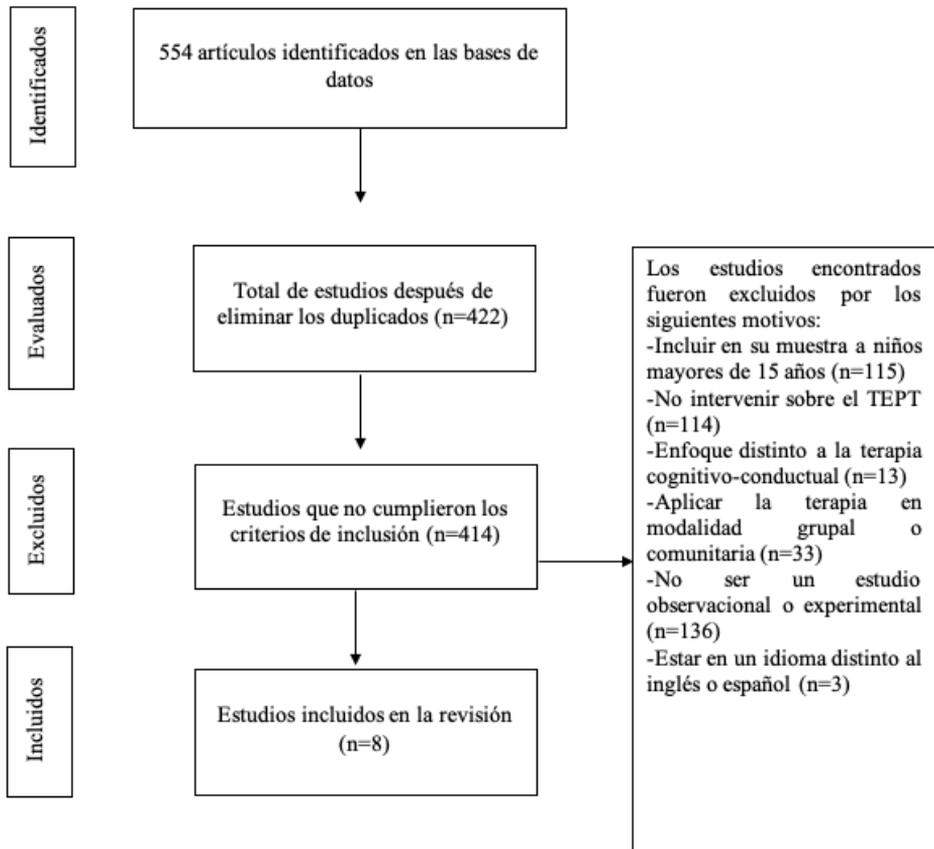
Resultados

Resultados de la búsqueda

Se encontró un total de 554 artículos, de los cuales 422 fueron descartados de la revisión debido a los siguientes motivos: no ser un estudio observacional o experimental ($n = 136$), atender a población mayor de 15 años ($n = 115$), tratar trastornos distintos al TEPT ($n = 114$), ser terapia

grupal o comunitaria ($n = 33$), basar la intervención en un enfoque diferente al cognitivo conductual ($n = 13$) y por estar en un idioma diferente al inglés o español ($n = 3$). Ocho estudios cumplieron con los criterios de inclusión (ver Figura 1).

Figura 1. Diagrama de flujo de la búsqueda y selección de los artículos



Nota. Elaboración propia.

Análisis de los estudios

Las características y resultados de los estudios se pueden apreciar en la Tabla 3. De los artículos incluidos, cuatro de ellos fueron realizados en Estados Unidos (Mannarino, Cohen, Deblinger, Runyon, & Steer, 2012; Salloum et al., 2016, 2022; Scheeringa, Weems, Cohen, Amaya, & Guthrie, 2011) y uno en Indonesia (Dawson et al., 2018), los estudios restantes no especifican el país en que se llevaron a cabo. En los ocho estudios se incluyó un total de 558 niños.

Objetivo terapéutico

Uno de los estudios buscó evaluar la eficacia preliminar, aceptabilidad de los padres y costo económico de la AE-TCC-CT (Salloum et al., 2014). Otros se centraron en evaluar esta terapia con la TCC-CT en distintos aspectos, como su viabilidad (Salloum et al., 2017), costo-efectividad (Salloum et al., 2016) y resultados secundarios derivados del tratamiento (tales como problemas de comportamiento interno y externo, estallidos de ira y trastornos del sueño; Salloum et al., 2022). Asimismo, los estudios restantes evaluaron la TCC-CT comparando su eficacia con la Terapia en Solución de Problemas ([TSP]; Dawson et al., 2018), su efecto a largo plazo con el tratamiento usual (Hitchcock et al., 2021), las diferencias en los resultados cuando se aplica con narrativa de trauma y sin ella (Mannarino et al., 2012) y su eficacia y viabilidad en niños pequeños (Scheeringa et al., 2011).

Características clínicas de la muestra

Solo tres de los estudios diferenciaron el tipo de trauma de su muestra: por exposición a conflicto civil (Dawson et al., 2018), abuso sexual por contacto (Mannarino et al., 2012), lesión aguda, presenciar violencia doméstica o víctimas de huracán (Scheeringa et al., 2011).

Tamaño de la muestra, diseño y aleatorización

La edad de los participantes osciló entre los tres y los 14 años. El tamaño de la muestra fue entre seis y 210 participantes. Todos los estudios incluidos en la revisión fueron ECAs, los cuales especifican el procedimiento de aleatorización seguido para distribuir los participantes en los distintos grupos.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados para evaluar a los niños fueron: la lista de verificación de comportamiento infantil (*Child Behavior Checklist* [CBCL], por su nombre en inglés) se utilizó en cuatro estudios (Mannarino et al., 2012; Salloum et al., 2016; 2017; 2022); la impresión clínica global-gravedad e impresión clínica global-mejora se retomó en tres estudios (Salloum et al., 2014, 2016, 2017); la evaluación diagnóstica infantil y preescolar (*Diagnostic Infant and Preschool Assessment* [DIPA], por su nombre en inglés) en dos (Salloum et al., 2014; 2016); el índice de TEPT de la Universidad de California, Los Ángeles (*PTSD Index for DSM-IV*) en dos investigaciones (Dawson et al., 2018; Salloum et al., 2017); y el inventario de depresión infantil (*Children's Depression Inventory* [CDI], por su nombre en inglés) se empleó en dos (Dawson et al., 2018; Mannarino et al., 2012).

Características de la intervención

Uno de los criterios de inclusión fue que el modelo teórico del que se basaran los tratamientos fuera la TCC, por lo que todos los artículos incluidos siguen este modelo terapéutico. La modalidad híbrida se aplicó en los estudios en los que se partió de la AE-TCC-CT, donde se trabajó con los pacientes durante tres horas en presencial y reuniones telefónicas semanales entre terapias (Salloum et al., 2014; 2016; 2017; 2022). En estos

trabajos, el tiempo dedicado a la aplicación de la TCC-CT variaba entre nueve sesiones de 90 minutos (Salloum et al., 2014; 2022) y 12 sesiones de 90 minutos (Salloum et al., 2016; 2017).

En la AE-TCC-CT, TCC-CT y TCC-CT con y sin narrativa de trauma fueron aplicadas las mismas técnicas: 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. Cada ECA se distingue en la modalidad o la importancia que asignó a cada técnica.

La TCC-CT resultó ser más eficaz en la reducción de síntomas del TEPT, en comparación con el tratamiento usual (Hitchcock et al., 2021) y con el grupo en la lista de espera (Scheeringa et al., 2011). Cuando la TCC-CT se aplicó con y sin narrativa de trauma (Mannarino et al., 2012), de igual manera mostró mejores resultados en contraste con la AE-TCC-CT; no obstante, esta última demanda una menor cantidad de recursos (tiempo y dinero), razón por la cual, los autores sugieren que resulta ser una alternativa más viable para la intervención del TEPT en niños, sobre todo, cuando la atención psicológica es de difícil acceso. Por otro lado, cuando esta misma terapia se comparó con la TSP, se identificó que ambas disminuyeron de igual manera los síntomas del TEPT en los niños (Dawson et al., 2018).

En cuanto a un seguimiento, éste se llevó a cabo tres meses después de la culminación del tratamiento psicológico en los estudios de Salloum et al. (2014, 2017), Dawson et al. (2018) y Hitchcock et al. (2021). En tanto que, Scheeringa et al., (2011) lo realizaron a los seis meses, Salloum et al. (2022) y Mannarino et al. (2012) lo evaluaron a los seis y 12 meses.

Tabla 3. *Características de los artículos revisados*

Autor	Diseño	Muestra	Instrumentos	Modalidad	Duración de la intervención	Técnicas utilizadas durante la intervención	Resultados	Seguimiento
Scheeringa et al. (2011)	ECA	64 niños de 3-7 años (M=5.3).	<ul style="list-style-type: none"> • PAPA • AEC • TFC • ACC 	<p>Presencial-Individual</p> <p>Apoyo a padres como factor relacionado al niño</p>	12 sesiones	<p>TCC-CT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en habilidades de afrontamiento • Psicoeducación • Identificación emocional • Exposición <i>in vivo</i>, imaginaria, con dibujos. 	<p>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).</p>	<p>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.</p>
Mannarino et al. (2012)	ECA	210 niños de 4-11 años (M=7.60)	<ul style="list-style-type: none"> • K-SADS • BDI-II • CBCL • CSBI • PERQ • PPQ • CDI • Termómetro del miedo. • MASC • Cuestionario de vergüenza. • WIST 	Presencial Individual	8 o 16 sesiones (90 min., 45 con el niño y 45 con el cuidador).	<p>TCC-CT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Desarrollo de habilidades • Narrativa del trauma (solo dos de los cuatro grupos). 	<p>Se centran en el seguimiento, así que no presentan los resultados inmediatos a la intervención, comparados con el pretratamiento.</p>	<p>12 niños continuaron con síntomas de TEPT tras 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 posttratamiento a los 12 meses de seguimiento, con un efecto medio. El estrés parental fue otra variable que disminuyó</p>

Autor	Diseño	Muestra	Instrumentos	Modalidad	Duración de la intervención	Técnicas utilizadas durante la intervención	Resultados	Seguimiento
								significativamente (con un efecto medio) del postratamiento a los 12 meses de 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 individual	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. • 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. 	Cinco de seis participantes respondieron a la atención escalonada, ya no cumpliendo con los criterios de TEPT.	Se realizó un seguimiento a los tres meses después del tratamiento, que mostró que la eficacia de la terapia se mantuvo.
Salloum et al. (2016)	ECA	53 niños de 3-7 años (M=5.04)	<ul style="list-style-type: none"> • TSCYC • Subescala de 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 individual	AE-TCC-CT 3 (60 min) y 6 reuniones padre-hijo (no especifican duración) TCC-CT 12 (90 min)	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 parentales. 	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 <i>t</i> de externalización.	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.

Autor	Diseño	Muestra	Instrumentos	Modalidad	Duración de la intervención	Técnicas utilizadas durante la intervención	Resultados	Seguimiento
						<ul style="list-style-type: none"> • Modulación y expresión afectiva. • Afrontamiento y procesamiento cognitivo. • Narrativa del trauma. • Mejora de seguridad y desarrollo futuros. 	<p>El costo de la atención escalonada fue 51.3% menor que de TCC-CT ($\chi^2(52)=36.6$, $p<0.0001$)</p>	
Salloum et 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 	<p>PP-TCC-TC modalidad híbrida individual (llamadas telefónicas, acceso a un sitio web, sesiones presenciales).</p> <p>TCC-CT modalidad presencial individual</p>	<p>AE-TCC-CT 3 (60 min) y 11 reuniones padres-hijo (tiempo no especificado).</p> <p>TCC-CT 12 (90 minutos) una a la semana.</p>	<p>AE-TCC-CT</p> <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. <p>TCC-CT</p> <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. 	<p>La terapia mostró ser eficaz disminuyendo los índices del UCLA TEPT (SE = 0.15, $p<0.001$), CGI-Severidad (SE = 0.1, $p<.001$), CGI-Mejora (SE = 0.15, $p<0.001$), síntomas de internalización (SE = 0.11, $p<0.001$) y síntomas de externalización (SE = 0.08, $p<0.002$). El costo fue 62.4% menor en AE-TCC-CT que en TCC-CT ($p<0.0001$)</p>	<p>Se realizó un seguimiento tres meses después de la intervención que muestra una disminución significativa en los síntomas de TEPT (SE = 0.15, $p<.001$)</p>
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 Individual	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 	<p>Ambas intervenciones mostraron ser efectivas en la disminución de TEPT ($t(172.83)=5.26$, $p<0.001$).</p>	<p>Se realizó un seguimiento después de tres meses tras aplicar la intervención, que mostró una disminución significativa del pre tratamiento</p>

Autor	Diseño	Muestra	Instrumentos	Modalidad	Duración de la intervención	Técnicas utilizadas durante la intervención	Resultados	Seguimiento
						<p>prevención de recaídas.</p> <p>Terapia en resolución de problemas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Método de solución de problemas. • Plan de prevención de recaídas. 		<p>($t(131.26)=-9.26, p<.001$). Los resultados sugieren que esta disminución se atenuó con el tiempo ($t(172.83)=-5.26, p<.001$).</p>
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 para niños pequeños. • Escala de angustia emocional pediátrica. • Lista de verificación de sentimientos preescolares. 	Presencial individual	12 sesiones	<p>TCC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfocado en las cogniciones (memorias del trauma, evaluaciones desadaptativas y afrontamiento adaptativo). <p>Tratamiento usual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación sobre los síntomas propios del TEPT 	84.6% de los participantes que recibieron TCC ya no cumplieron los criterios de TEPT en el posttratamiento, contrario a el tratamiento usual, en el que solo 6.7% de los participantes ya no cumplieron con los criterios de TEPT.	Se realizó un seguimiento tres meses después de la intervención, en el que los participantes ya no mostraron criterios de TEPT.
Salloum et al. (2022)	ECA	91 niños de 4-12 años (M=no especificada)	<ul style="list-style-type: none"> • CBCL • ROARS • SDSC • Entrevista clínica estructurada para DSM-5 • PCL-5 • DASS • PSS • TTTS 	<p>PP-TCC-TC modalidad híbrida individual (llamadas telefónicas, acceso a un sitio web, sesiones presenciales).</p> <p>TCC-CT modalidad presencial individual</p>	<p>AE-TCC-CT 3 (60 min.)</p> <p>TCC-CT 9 (60 min.) </p>	<p>AE-TCC-CT</p> <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. <p>TCC-CT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Habilidades parentales • Técnicas de relajación • Modulación del afecto • Afrontamiento cognitivo • Narrativa del trauma 	<p>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 $t=2.82, p<0.003$; PSS $t=2.31, p<0.011$).</p>	Se realizó una evaluación a los seis y doce meses tras la intervención que mostró una disminución significativa de problemas de internalización y externalización.

Autor	Diseño	Muestra	Instrumentos	Modalidad	Duración de la intervención	Técnicas utilizadas durante la intervención	Resultados	Seguimiento
						<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar seguridad. 		

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).

Características metodológicas

Ya que todos los estudios incluidos en la revisión fueron ECAs, para su evaluación metodológica se siguieron los criterios CONSORT (ver Tabla 4). Se puede observar que únicamente tres estudios indicaron que la asignación de los participantes a los grupos fue de manera aleatoria. De los ocho artículos, en seis se encontró un resumen estructurado (con objetivo, método, resultados y conclusiones). Todos los artículos incluyeron en la introducción revisiones sistemáticas y metaanálisis que respaldaban la información presentada; además, indicaron el objetivo o hipótesis.

Siete de los estudios indicaron el tipo de ECA que adoptaron, aunque no aclararon si se realizó alguna modificación en el diseño de estudio. Seis mencionaron cuáles son los criterios de inclusión y exclusión de la muestra, y solo tres señalaron el lugar en el que se realizó la investigación. La mitad de los tratamientos describió claramente el procedimiento de sus intervenciones, especificando quién las aplicó, su nivel de experticia y cuándo fueron aplicadas. Siete aclararon las variables que evaluaron para medir el efecto de las intervenciones, en ninguno se reportó si hubo modificación en las variables medidas, ni describieron cómo se determinó el tamaño de la muestra.

Cinco especificaron y explicaron el método de aleatorización que utilizaron, además, detallaron el proceso de asignación oculta de los participantes

a los grupos de intervención; los tres restantes mencionaron aspectos relacionados, pero no de manera integral. Únicamente un estudio reportó que hubo enmascaramiento en el proceso de aleatorización.

Siete ECAs especificaron las similitudes y diferencias que tienen las intervenciones que aplicaron en los distintos grupos. La mitad declaró los métodos estadísticos que se establecieron para evaluar las variables primarias y secundarias.

En cuanto a las etapas por las que pasaron los participantes (inclusión, asignación, seguimiento y análisis) seis especificaron el número de participantes que estuvieron en cada una. Sólo uno de los estudios lo declaró de manera parcial; seis declararon el número de abandonos y sus motivos.

Solo dos ECAs especificaron el periodo en que se reclutó a la muestra de los estudios y únicamente tres mencionaron si por alguna razón las intervenciones se interrumpieron. Cuatro reportaron los datos demográficos de los participantes, tres lo declaran parcialmente y uno no lo detalla.

En cuestión de los resultados, siete describen los cambios en la variable principal (TEPT) y en las variables secundarias; seis no reportaron si las intervenciones provocaron efectos adversos. De igual manera, seis estudios expusieron las limitaciones que pudieron sesgar sus resultados. Todas las investigaciones abordaron la generalización que sus resultados pueden tener. Siete de ellos explicaron las implicaciones que se encuentran en sus resultados. Solo uno de los estudios no incluyó el número de registro del estudio; en tanto, siete no indicaron en dónde se puede revisar el protocolo completo del ECA. Por último, dos investigaciones no declararon

si recibieron o no financiamiento por parte de alguna institución y/u organismo.

Discusión

El objetivo de la presente revisión sistemática fue identificar los tratamientos más eficaces basados en evidencia de modalidad individual bajo la TCC para el TEPT en niños. La búsqueda arrojó ocho artículos que compararon la TCC-CT contra la AE-TCC-CT, TCC-CT con narrativa del trauma, TSP, tratamiento usual y grupo en lista de espera. Los resultados sugieren que la TCC-CT demostró ser más eficaz en la reducción de síntomas del TEPT, en contraste con el tratamiento usual y que el grupo en lista de espera, información que coincide con la revisión realiza por McGuire et al. (2021), Thielemann et al. (2022), Xian et al. (2022) y Xiang et al. (2021). Cabe señalar que en las revisiones mencionadas el tratamiento se ofreció de manera grupal y en nuestro estudio se exploró el efecto de manera individual, por lo que la TCC-CT cuenta con evidencias de disminuir la sintomatología asociada al TEPT tanto en grupos como en un solo paciente. En cuanto a su uso en otros grupos de edad, pero con un solo paciente, los resultados también concuerdan con lo reportado por Simon et al. (2021), quienes exploraron el efecto de esta terapia en mayores de 16 años.

Tabla 4. *Criterios CONSORT para la evaluación metodológica*

Sección y tema	Ítem	%Presente	%Parcial	%Ausente
1. Título y resumen	1a	37.5	0	62.5
Resumen estructurado	1b	75	25	0
2. Introducción y antecedentes	2a	100	0	0
Objetivos específicos e hipótesis	2b	100	0	0
3. Método				
Diseño del ensayo controlado	3a	87.5	0	12.5
Modificaciones del diseño	3b	0	12.5	87.5

Participantes	4a	75	25	0
Lugar	4b	37.5	12.5	50
Intervenciones	5	50	50	0
Resultados	6a	87.5	12.5	0
Modificaciones de resultados	6b	0	0	100
Tamaño de la muestra	7a	0	0	100
Análisis interino	7b	12.5	12.5	75
Generación de la secuencia de aleatorización	8a	62.5	37.5	0
Tipo de aleatorización	8b	50	50	0
Asignación oculta	9	62.5	37.5	0
Implementación	10	62.5	37.5	0
Enmascaramiento	11a	12.5	0	87.5
Similitud de las intervenciones	11b	87.5	12.5	0
Métodos estadísticos	12a	50	50	0
Estadística adicional	12b	100	0	0
4. Resultados				
Flujo de participantes	13a	75	12.5	12.5
Exclusiones y pérdidas	13b	75	0	25
Reclutamiento	14a	37.5	37.5	35
Detención del ensayo	14b	25	0	75
Datos basales	15	50	37.5	12.5
Números analizados	16	87.5	12.5	0
Resultados y estimaciones	17a	87.5	12.5	0
Resultados dicotómicos	17b			
Análisis complementarios	18	87.5	0	12.5
Efectos adversos	19	12.5	12.5	75
5. Discusión				
Limitaciones	20	87.5	12.5	0
Generalización	21	100	0	0
Interpretación	22	87.5	0	12.5
6. Otra información				

Registro	23	87.5	0	12.5
Protocolo	24	12.5	0	87.5
Financiamiento	25	75	0	25

Nota. Elaboración propia.

Respecto a la AE-TCC-CT y la TSP, mostraron la misma eficacia que TCC-CT. Sin embargo, en las investigaciones realizadas por Salloum et al. (2014; 2016; 2017; 2022) se demostró que la aplicación de la AE-TCC-CT requirió de menos recursos (dinero y tiempo), por lo que dichos autores consideran que esta terapia es una opción más accesible para el tratamiento de TEPT en niños, especialmente cuando la atención psicológica es de difícil acceso para los pacientes. Si bien los hallazgos obtenidos por la AE-TCC-CT demuestran beneficios económicos, la TCC-CT se posiciona como una de las primeras ofertas terapéuticas para la atención de infantes con TEPT, debido a su eficacia en diferentes tipos de traumas (Finch et al., 2020; McGuire et al., 2021; Sripada et al., 2018; Xian et al., 2022; Xiang et al., 2021).

La TCC-CT, AE-TCC-CT y TCC-CT con narrativa de trauma emplearon las mismas técnicas (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), la diferencia en cada terapia radicó en el énfasis que le dieron a cierta técnica o a la manera de aplicarlas. Por ejemplo, en la AE-TCC-CT algunas de las técnicas se emplearon de manera virtual o telefónica, a diferencia de la TCC-CT y TCC-CT con narrativa de trauma, en las que se aplicó en modalidad presencial. Aunque no se ha explorado con detenimiento las implicaciones que tiene la presentación de las técnicas sobre los síntomas del TEPT (Bermúdez et al., 2020; Sripada et al., 2018),

resulta pertinente efectuar investigación que indague dicho aspecto, con la finalidad de mejorar los tratamientos existentes para este trastorno.

Un componente interesante para discutir es el efecto predisponente que implicó la presencia de los padres en la AE-TCC-CT, debido a que, al entrenarlos en habilidades de acompañamiento durante el proceso terapéutico de sus hijos, éstos mostraron disminuir aún más los síntomas asociados al TEPT (Salloum et al., 2016). En consecuencia, se sugiere para futuros estudios integrar a los padres en el tratamiento psicológico.

Con relación con la evaluación de los criterios CONSORT, los puntos en los que más deficiencia metodológica tuvieron los ECAs estuvieron en las modificaciones del procedimiento del estudio y en el enmascaramiento de la aleatorización, situación que atenta contra la validez interna y cuestiona el efecto logrado en la variable dependiente (Moraga & Velásquez, 2015). Si bien actualmente se están llevando a cabo revisiones sistemáticas que analizan el efecto de tratamientos psicológicos sobre la sintomatología de TEPT en niños, e incluso registradas en PROSPERO (números de registro: CRD42019120078, CRD42019139619 y CRD42020218106), el presente estudio se diferencia de ellas al enfocarse en terapia individualizada. Por otro lado, un aspecto que comparten en común es integrar a los padres de familia y a otros cuidadores en el proceso de tratamiento de este grupo poblacional.

Entre las limitaciones que posee la presente revisión se encuentran: iniciar la búsqueda en 2011, situación que pudo haber limitado el número de artículos identificados. Se sugiere que futuros estados del arte amplíen el periodo de búsqueda, con la finalidad de hallar más publicaciones. En vista de que existe heterogeneidad en la metodología de los ECAs, no es

pertinente efectuar un metaanálisis, razón por la cual, no es posible evaluar el tamaño del efecto de los tipos de terapia sobre la sintomatología del TEPT.

Conclusiones

Basado en los resultados que ofrecen los estudios, se concluye que aún son escasos los ECAs en población infantil con sintomatología de TEPT, sobre todo, procedente de países latinoamericanos, donde prácticamente se desconoce su estudio. Pese a ello, la AE-TCC-CT con la inclusión de los padres o cuidadores, posee evidencia de ser el tratamiento psicológico más viable, económico y corto para reducir los síntomas asociados al trastorno. Es necesario continuar con más investigaciones para aumentar la validez externa de este tipo de terapia.

Financiamiento

Ninguno.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener algún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

*Estudios incluidos en la revisión.

- Asmundson, G. J., Thorisdottir, A. S., Roden, J. W., Baird, S. O., Witcraft, S. M., Stein, A. T., ... Smits, J. A. (2019). A meta-analytic review of cognitive processing therapy for adults with posttraumatic stress disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 48(1), 1-14. doi: 10.1080/16506073.2018.1522371
- American Psychological Association. (2017). *Clinical practice guideline for the treatment of PTSD*. Recuperado de: <https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5 ed.). doi: 10.1176/appi.books.9780890425596
- 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. *The Pan African Medical Journal*, 39(54), 2-11. doi: 10.11604/pamj.2021.39.54.27419
- Bermúdez, L. V., Barrantes, M. M., & Bonilla, G. (2020). Trastorno por estrés postrauma. *Revista Médica Sinergia*, 5(9), e568. doi: 10.31434/rms.v5i9.568
- Cohen, J. A. & Mannarino, A. P. (2022). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and families. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 31(1), 133-147. doi: 10.1016/j.chc.2021.05.001
- *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. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(3), 253-261. doi: 10.1177/0004867417714333
- 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.

European Journal of Psychotraumatology, 11(1), 1-10. doi:10.1080/2F20008198.2020.1815281

- Friedman, M. J. (2019). *Ptsd history and overview*. Recuperado de: https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/essentials/history_ptsd.asp
- *Hitchcock, C., Goodall, B., Wright, I. M., Boyle, A., Johnston, D., Dunning, D., ... 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. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(1), 58-67. doi:10.1111/jcpp.13460
- Jakobsen, A. V., & Elklit, A. (2021). Post-traumatic stress disorder (ptsd) symptom in children with severe epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 122, 1-8. doi: 10.1016/j.yebeh.2021.108217
- Kessler, R. C., Aguilar, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromer, E. J., Cardoso, G., ... Koenen, K. C. (2017). Trauma and ptsd in the WHO world mental health surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(5), 1-16. doi: 10.1080/20008198.2017.
- Kip, A., Iseke, L. N., Papola, D., Barbui, C., & Morina, N. (2023). Efficacy of Psychological interventions for PTSD in distinct populations- an evidence map of meta-analyses using the umbrella review methodology. *Clinical Psychological Review*, 100, 102239. doi: 10.1016/j.cpr.2022.102239
- 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. doi: 10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n2-3.47387
- *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. *Child Maltreatment*, 17(3), 231-241. doi: 10.1177/1077559512451787
- Mavranezouli, I., Megnin, O., Daly, C., Días, S., Welton, N. J., Stockton, S., ... Pilling, S. (2020). Psychological treatments for post-traumatic

- stress disorder in adults: a network meta-analysis. *Psychological Medicine*, 50, 542-555. doi: 10.1017/S0033291720000070
- 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. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 24(20), 20-37. doi: 10.1007/s10567-020-00334-0
- 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. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000100004
- Moraga, J., & Velásquez, R. (2015). Pautas de Chequeo, Parte I: CONSORT y TREND. *Revista Chilena de Cirugía*, 67(2), 225-232. doi: 10.4067/S0718-40262015000200019
- National Institute of Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder. NICE Guideline*. Recuperado de: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/resources/posttraumatic-stress-disorder-pdf-66141601777861>
- National Institute of Mental Health. (s. f.). *Helping children and adolescents cope with disasters and other traumatic events: what parents, rescue workers, and the community can do*. Recuperado de: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/helping-children-and-adolescents-cope-with-disasters-and-other-traumatic-events/index.shtml>
- Reynoso, L., Becerra, A. L., & Lugo, I. V. (2019). Estrés: trastorno de estrés agudo (TEA) y trastorno de estrés postraumático (TEPT). En L. Reynoso, A. L. Becerra & I.V. Lugo (Eds.), *Trastorno por estrés postraumático en adultos: Intervención cognitivo-conductual para víctimas de sismos* (pp.15-34). doi:10.29410/QTP.19.02
- *Salloum, A., Robst, J., Scheeringa, M. S., Cohen, J. A., Wang, W., Murphy, T. K., ... Storch, E. A. (2014). Step one within stepped care trauma-focused cognitive behavioral therapy for young children: a pilot study. *Child Psychiatry & Human Development*, 45(1), 65-77. doi: 10.1007/s10578-013-0378-6

- *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. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(5), 614-622. doi: 10.1111/jcpp.12471
- *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. *Research on Social Work Practice*, 27(6), 653-663. doi: 10.1177/1049731515601898
- *Salloum, A., Lu, Y., Chen, H., Salomon, K., Scheeringa, M. S., Cohen, J. A., ... Storch, E. A. (2022). Child and parent secondary outcomes in stepped care versus standard care treatment for childhood trauma. *Journal of Affective Disorders*, 307, 87-96. doi: 10.1016/j.jad.2022.03.049
- Saaren, J. (2014). Posttraumatic stress disorder in adults: impact, comorbidity, risk factors and treatment. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(9), 460-467. doi: 10.1177/070674371405900902
- Scheeringa, M. S., & Cohen, J. A. (2011). PTSD in children and adolescents: towards an empirically based algorithm. *Depress Anxiety*, 28(9), 770-782. doi:10.1002/da.20736
- Scheeringa, M. S., Myers, L., Putnam, F. W., & Zeanah, C. H. (2012). Diagnosing PTSD in early childhood: an empirical assessment of four approaches. *Journal of Traumatic Stress*, 25(4), 359-367. doi:10.1002/jts.21723
- *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. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 52(8), 853-860. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02354.x
- Simon, N., Robertson, L., Lewis, C., Roberts, N. P., Bethell, A., Dawson, S., & Bisson, J. I. (2021). Internet-based cognitive and behavioural therapies for post-traumatic stress disorder (ptsd) in adults. *Base de datos Cochran de revisiones sistemáticas*. doi: 10.1002/2F14651858.CD011710.pub3

- 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. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 45(3), 353-361. doi: 10.1007/s10488-017-0828-8
- Thielemann, J. F. B., Kasparik, B., Konig, J., Unterhitzberg, J., & Rosner, R. (2022). A systematic review and meta-analyses for trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 134. doi: 10.1016/j.chiabu.2022.105899
- Ulloa, R. E., Arceo, R., Chapa, G., & Salinas, L. A. (en prensa). *Guía clínica. Diagnóstico y tratamiento del trastorno de estrés postraumático en niños y adolescentes*. doi: 10.13140/RG.2.2.30070.75842
- Urrútia, G., & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica*, 135(11), 507-511. doi: 10.1016/j.medcli.2010.01.015
- 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. *Journal of Affective Disorders*, 308, 502-511. doi: 10.1016/j.jad.2022.04.111
- Xiang, Y., Cipriani, A., Teng, T., Del Giovane, C., Zhang, Y., Weisz, J. R., ... 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. *Child and adolescent mental health*, 24(4), 153-160. doi: 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. *Asian Journal of Psychiatry*, 38, 78-91. doi: 10.1016/j.ajp.2017.10.029

Envió dictamen: 20 junio 2023

Reenvió: 7 agosto 2023

Aprobación: 9 agosto 2023

María Fernanda Alvarado Hernández. Licenciada en Psicología por la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Actualmente cursando el Diplomado en Intervenciones basadas en análisis funcionales. Terapias conductuales y contextuales en infantojuveniles y adultos por el Instituto de Terapias Conductuales y Contextuales (ITECOC). Correo electrónico: ferandaalvarado@gmail.com

Ana Leticia Becerra Gálvez. Maestra y licenciada en psicología con residencia en medicina conductual por la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI), Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Doctora en Psicología por la Universidad de las Américas, Ciudad de México. Profesora Titular “A” de Tiempo Completo y Definitiva en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) nivel I. Correo: behaviormed.ana@gmail.com

Alejandro Pérez Ortiz. Licenciado en Psicología con mención honorífica por la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Candidato a Doctor en Psicología y Salud, UNAM. Correo: psicaleperez14@gmail.com.