



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

Tratamiento Cognitivo-Conductual del Trastorno de Estrés Postraumático en niños y adolescentes: Una revisión sistemática.

Alumno/a: Alba María Sánchez Carmona

Tutor/a: D. Luis Joaquín García López
Dpto.: Psicología

Junio, 2021

ÍNDICE

• RESUMEN/ABSTRACT	2
• INTRODUCCIÓN	3
• METODOLOGÍA	5
Diseño	5
Estrategia de búsqueda	5
Criterios de inclusión y exclusión	6
Extracción de datos	6
Análisis de datos	6
Diagrama de flujo	7
• RESULTADOS	8
• DISCUSIÓN	22
• CONCLUSIÓN	24
• BIBLIOGRAFÍA	26

RESUMEN

La presente revisión sistemática tuvo como objetivo principal revisar y analizar la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual en niños y adolescentes que sufren trastorno de estrés postraumático (TEPT). Para ello se realizó una búsqueda bibliográfica a través de bases de datos como Medline, Web of Science, ProQuest, Scopus y otras varias, teniendo en cuenta determinados criterios de inclusión que nos ayudan a seleccionar los artículos más útiles e interesantes para la realización de dicho trabajo. En cuanto a los resultados que se obtienen, muestran la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual en distintos estudios y las diferencias que existen entre sus técnicas y con otras terapias. En esta revisión sistemática se confirma que el tratamiento que mejor funciona junto con sus diferentes técnicas en niños y adolescentes que sufren trastorno de estrés postraumático es la terapia cognitivo- conductual.

Palabras clave: TEPT, trastorno de estrés postraumático, niños, adolescentes, tratamiento, terapia, cognitivo-conductual.

ABSTRACT

The main objective of the present systematic review was to review and analyze the efficacy of cognitive-behavioral treatment in children and teenagers suffering from post-traumatic stress disorder (PTSD). For this purpose was realized a literature search through databases like Medline, Web of Science, ProQuest, Scopus and others, with some inclusion criteria that help us to select the articles most useful and interesting for realize this project. The results show the efficacy of cognitive behavioral treatment in different studies and the differences that exist among his techniques and with other trearments. In this systematic review is confirmed that the treatment that works best along with his techniques in children and teenagers that suffer post-traumatic stress disorder is cognitive behavioral therapy.

Keywords: TEPT, post-traumatic stress disorder, children, teenagers, treatment, therapy, cognitive behavioral.

INTRODUCCIÓN

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA,2013) define el trastorno de estrés postraumático (TEPT) como la aparición de una serie de síntomas que se desarrollan a partir de una experiencia directa, observación o conocimiento de un suceso extremadamente traumático en el que se pone en riesgo la vida de la persona (p.ej.,guerra,violación,secuestro,accidente). Esta responde con miedo, impotencia o terror intensos ante esta situación. Durante este trastorno el episodio al que se ha estado expuesto se reexperimenta y se imagina mediante sueños,recuerdos o pensamientos con todos los detalles, produciéndose nuevamente las intensas reacciones de ansiedad las cuales resultan incapacitantes para la vida de la persona.

Entre otros síntomas se encuentra la evitación de estímulos internos/externos que están asociados al trauma, como por ejemplo ciertas personas, lugares, pensamientos, sentimientos, alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (p.ej.,cogniciones distorsionadas, incapacidad para recordar un aspecto importante del suceso traumático, disminución del interés, estado emocional negativo) y por último la alteración de la reactividad y activación (p.ej.,hipervigilancia, arrebatos de furia, problemas de concentración y de sueño). En el caso de los niños se observa hiperactivación, irritabilidad, falta de atención, respuesta de sobresalto aumentada, agresividad, miedos, regresión del desarrollo, disminución del rendimiento académico y del coeficiente intelectual y atención, memoria y funciones ejecutivas disminuidas. Las consecuencias de estos síntomas que pueden interferir en la vida de la persona y que complica más aún el trastorno pueden ser problemas de alcohol y/o drogas, depresión, ansiedad, déficit de atención e hiperactividad (de la Barra, 2013). Por tanto, el trastorno de estrés postraumático puede desencadenar otros problemas de salud mental.

En cuanto a la prevalencia, varía entre países con un 3.5% en Estados Unidos, 1.7% en Canadá y entre el 0.5% y el 1% en Asia, Europa, África y América Latina. La prevalencia suele variar según el grupo de población siendo más alta en supervivientes de violación, genocidio, guerra y en policías, bomberos y personal de emergencias. (Wilson y cols, 2016). Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013) establece que las mujeres son más propensas que los hombres a padecerlo, también, algunas personas son más propensas a desarrollarlo según sus genes.

Centrándonos en la etiología cabe destacar que un elemento individual puede activar un recuerdo de miedo (Rosero Pai, 2012). En este trastorno se percibe la amenaza presente y se prolongan los síntomas cuando se unen las creencias negativas

del suceso con una interpretación errónea de la amenaza, la memoria fragmentada y la utilización de estrategias que no ayudan al afrontamiento. Se sugiere un modelo de diátesis-estrés, asumiendo una interacción entre la naturaleza, la gravedad del trauma y los esquemas cognitivos predisponentes (Clark y Beck, 2016). Existen estructuras y procesos disfuncionales que hace que el trastorno persista, este es el modelo cognitivo, que recalca dos procesos cognitivos: por una parte las valoraciones muy negativas del suceso y por otro la escasa integración contextual por la memoria autobiográfica del trauma (Ehlers y Clark, 2000). También las creencias negativas del suceso junto a una interpretación errónea de la amenaza, la memoria fragmentada y la confianza en estrategias disfuncionales de afrontamiento hacen que la amenaza se perciba como presente y se mantengan los síntomas asociados al TEPT (Clark y Beck, 2016).

En cuanto al tratamiento psicológico y teniendo en cuenta el objetivo de esta revisión sistemática, la terapia que más estudios ha recibido y que ha resultado más efectiva en el caso de este trastorno, es la TCC-CT.

La TCC se basa en aprender nuevas habilidades ante situaciones que resultan angustiantes (de la Barra, 2012), además de ayudar a disminuir los síntomas y mejorar por tanto la calidad de vida (Petersen et al., 2019). Ayuda a cambiar la forma de pensar (“cognitivo”) y la forma de actuar (“conductual”). Esta terapia se basa en el “aquí y ahora”, busca maneras de mejorar el estado anímico en ese momento y no en buscar las causas de la angustia o síntomas del pasado. También desglosa en partes más pequeñas los problemas complejos y eso ayuda a una mejor comprensión del problema porque ve cómo estas partes están conectadas entre sí y cómo le afectan (The Royal College of Psychiatrists, 2009). La terapia utiliza técnicas como la reestructuración cognitiva, la exposición y el entrenamiento en resolución de problemas. Es importante considerar el nivel de desarrollo del niño para aplicar el tratamiento de forma correcta (Pollio, 2017).

La exposición de los estímulos temidos puede realizarse en imaginación y/o en vivo. En el caso de los niños se hace dibujando o jugando, pero también puede hacerse escribiendo sobre eventos traumáticos y escuchar grabaciones sobre las descripciones de los mismos. Es normal que los pacientes experimenten un aumento en la sintomatología antes de notar una mejora (Bados, 2017).

También podemos destacar como tratamiento psicológico la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (DRMO). La DRMO consta de ocho fases y consiste en dar instrucciones para que al paciente se le presenten imágenes relacionadas con el evento traumático mientras realiza movimientos oculares rápidos. Se trata de

cambiar las cogniciones negativas por positivas (RET, 2010). Hay estudios que muestran que la DRMO puede conseguir resultados en menos sesiones en comparación con la TCC, y se puede aplicar tanto en niños como en adultos pero aún se necesita más investigación porque las bases de la terapia mencionada todavía son débiles a comparación con la TCC (de Jongh, 2019).

Por último, otra terapia con la que se va a comparar la TCC es la exposición prolongada (EP) que consta de cuatro componentes: psicoeducación, entrenamiento en respiración, exposición en vivo a los estímulos temidos y la exposición al recuerdo (Gómez Gutiérrez et al., 2018). Está mayormente indicada para tratar el abuso sexual, ya que disminuye tanto la gravedad como la cantidad de síntomas de TEPT, reduciendo sobre todo problemas de comportamiento en comparación con la TCC, proporcionando una mayor alianza terapéutica que la TCC, esto es reflejado en estudios de Capaldi et al. (2016), Foa et al. (2013) y Zandberg et al. (2016). La EP ha sido ampliamente probada para tratar el trastorno y es un tratamiento de elección recomendado por la Asociación Americana de Psicología (APA) y por la Sociedad Internacional de Estudios de Estrés Traumático (ISTSS) (Booysen, 2020).

METODOLOGÍA

Diseño

En el presente proyecto se ha llevado a cabo una revisión sistemática sobre el tratamiento cognitivo-conductual en niños y adolescentes que sufren Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) con el fin de comprobar su efectividad.

Estrategias de búsqueda

La búsqueda de artículos para la revisión se ha realizado a través de bases de datos como InCites, ProQuest, PsycARTICLES, PsycINFO, PubMed, Scopus y ResearchGate. Las palabras clave escritas en la barra de búsqueda han sido PTSD or Posttraumatic stress disorder and adolescent or youth or children and treatment or intervention or therapy.

Criterios de inclusión

Para la selección de los estudios utilizados para esta revisión sistemática se han tenido que cumplir los siguientes criterios:

1. Estar escritos en inglés y/o español

2. Tener presente al menos una palabra clave en el título y/o resumen.
3. Ser experimental
4. El Trastorno de Estrés Postraumático tiene que ser el trastorno principal, y no secundario.
5. El rango de edad de la población debe ser de 6 a 18 años.

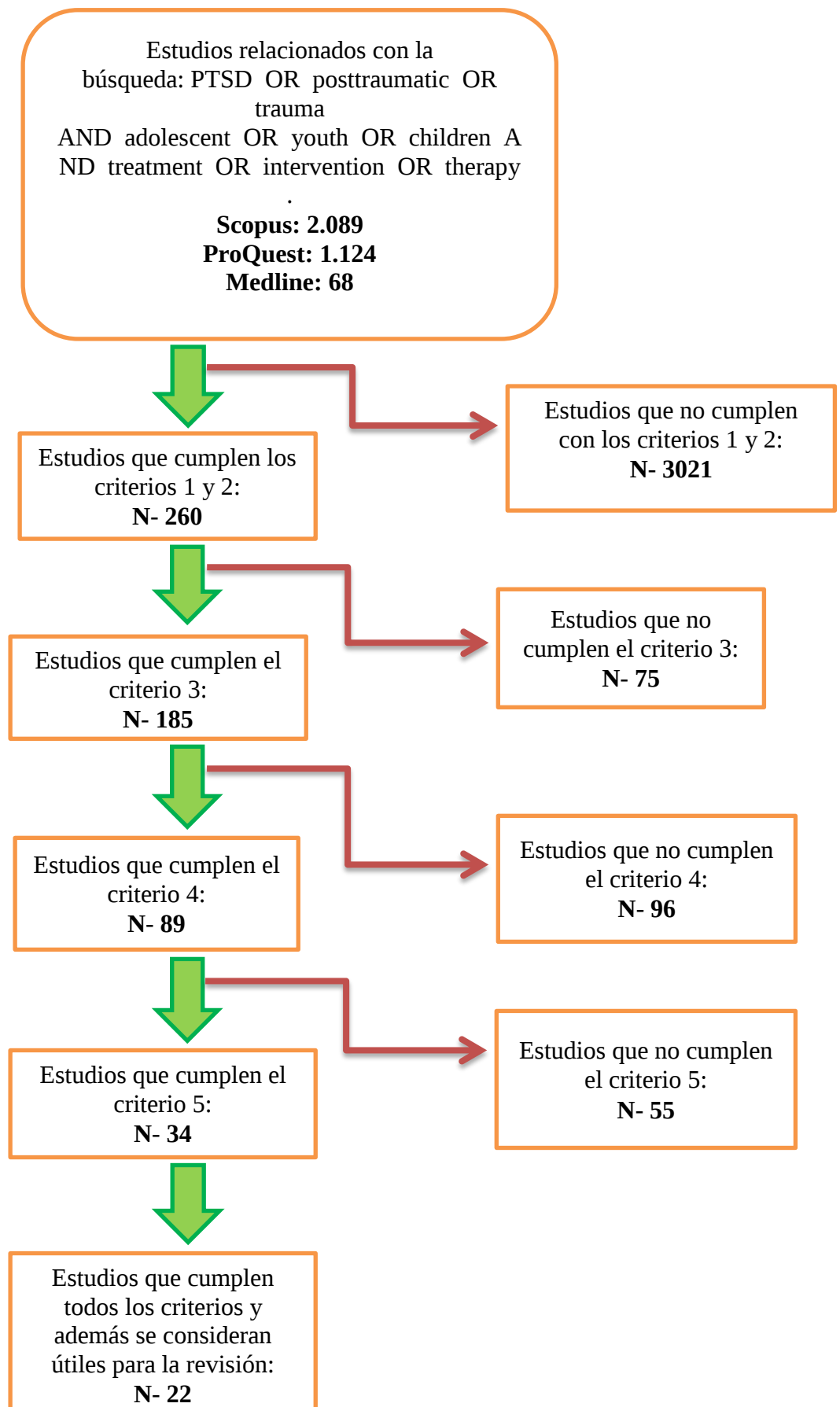
Extracción de datos

En una primera búsqueda se han encontrado un total de 4086 estudios, un número bastante elevado, el cual ha ido disminuyendo por la eliminación de artículos que no cumplen los criterios de inclusión o que no han sido relevantes para esta revisión sistemática. Para decidir si un estudio era relevante se ha revisado el resumen y en algún caso el artículo completo. Una vez finalizado este procedimiento se han concretado los estudios seleccionados y el total han sido 25.

Análisis de datos

Los datos que se han obtenido son útiles a la vez que interesantes para la revisión porque tratan sobre las distintas intervenciones en niños y adolescentes que sufren TEPT. Varios estudios comparan la terapia cognitivo-conductual con otras y el objetivo es analizar las diferencias y similitudes entre las terapias.

Diagrama de flujo



RESULTADOS

Tabla de resultados

<u>Nombre del primer autor y año</u>	<u>Muestra</u>	<u>Variables analizadas</u>	<u>Trastorno</u>	<u>Resultados</u>	<u>Conclusiones</u>
Kameoka, 2020.	N= 30 niños y adolescentes japoneses de entre 6 y 18 años con síntomas de TEPT.	-Aleatorización al grupo de TCC-CT y al grupo control. -Síntomas de TEPT- K-SADS-PL. -Nivel de funcionamiento psicosocial- CGAS. -Comportamiento del niño- CBCL. -Autoevaluación de la depresión- DSRSC. -Ansiedad- SCAS. -Depresión- BDI-II. -Ansiedad estado-rasgo- STAI. -Calidad de vida- WHOQOL.	TEPT	El grupo experimental de TCC-CT experimentó una disminución significativamente mayor de los síntomas de TEPT. Pero el grupo control mostró una mayor mejoría en la reducción de ansiedad, mejora en funcionamiento psicosocial y problemas de conducta.	Hay una clara evidencia de la efectividad de la TCC-CT y también es adecuada para niños y adolescentes en entornos no occidentales.
Webb, 2014.	N= 72 jóvenes de 7 a 16 años con antecedentes de	-Cambios en los síntomas de TEPT- UCLA. -Aspectos objetivos y subjetivos del trauma- UPID. -Verificación del	TEPT	Los síntomas de TEPT así como los problemas de internalización y	Los resultados sugieren que la TCC-CT se puede implementar en entornos

	trauma y síntomas de TEPT.	comportamiento de los jóvenes- CBCL . -Trastornos afectivos- K-SADS-PL . -Se realizó evaluación pre y post tratamiento así como un seguimiento en el que se vió que los resultados se mantenían un año después.		externalización disminuyeron al recibir terapia. Los cambios en los síntomas de externalización fueron los menos estables, pero no fue significativo estadísticamente.	comunitarios, siendo esta una terapia eficaz.
Goldbeck, 2016	N= 159 chicos y chicas de entre 7 y 17 años de clínicas ambulatorias alemanas.	-Aleatorización de los participantes al grupo control y al grupo tratamiento (TCC-CT) y se hizo seguimiento de ambos grupos a los 2 y a los 4 meses. -Frecuencia e intensidad del TEPT- CAPS-CA . -Nivel de funcionamiento psicosocial- CGAS . -Comorbilidad con otro trastorno- K-SADS . -Distorsiones cognitivas- CPTCI . -Ansiedad- SCARED . -Depresión- CDI . -Cuidadores- CBCL . -Calidad de vida de los	TEPT	Los eventos traumáticos más destacados eran abuso sexual, agresión sexual, violencia doméstica o violencia física. En el grupo de tratamiento los participantes informaron de eventos interpersonales y la proporción	Los pacientes que son más jóvenes y tienen menos trastornos comórbidos tienen mayor mejoría. Además la TCC-CT es eficaz en traumas heterogéneos .

		pacientes- ILK.		de padres mejor educados era mayor. La edad y comorbilidad eran predictores de los respuesta al tratamiento.	
Pfeiffer, 2017.	N= 159 niños y adolescentes de 7 a 17 años reclutados en ocho clínicas alemanas de salud mental.	-Aleatorización al grupo que recibe TCC-CT (g.experimental) y al grupo que permanece en lista de espera (g.control). -Cogniciones postraumáticas infantiles- CPTCI. -Gravedad del TEPT- CAPS-CA.	TEPT	Mayor reducción de cogniciones postraumáticas disfuncionales en el grupo que recibe TCC-CT y por tanto la disminución de síntomas de TEPT.	Se recalca la importancia de evaluar las cogniciones postraumáticas disfuncionales en niños y adolescentes con TEPT ya que las intervenciones adaptadas a los pensamientos y creencias es una estrategia para mejorar los resultados.
Shearer, 2018.	N= 29 niños y adolescentes de 8 a 17 años de Inglaterra	-Asignación al azar al grupo experimental (que recibió el terapia cognitiva) y al grupo control (que permaneció durante 11 semanas en lista de espera).	TEPT	La terapia cognitiva es más rentable en comparación con la atención habitual.	Se proporciona evidencia de que la terapia cognitiva en esta población es rentable. Esto se debe a las

	ra reclutados de departamentos de emergencias, clínicas, escuelas, atención primaria y equipos comunitarios de salud mental.	-El grupo de tratamiento recibió sesiones semanales individuales durante diez semanas y el grupo control recibió terapia a las 11 semanas. -Fortalezas y dificultades para calcular los AVAC (años de vida ajustados a la calidad de vida)- SDQ. -Preferencia del estado de salud de los niños- CHU-9D. -Los participantes que tuvieron un acontecimiento traumático de 2 a 6 meses antes y fueron asignados a la terapia cognitiva tenían más posibilidades de liberarse del TEPT.			grandes diferencias de pacientes que se recuperaron tras recibir la terapia cognitiva y los pacientes recibieron la terapia habitual. En el grupo experimental hubo mayor número de pacientes recuperados, lo que conllevó menos costes de atención social y de salud, y además tuvieron mejor calidad de vida.
Meiser-Stedman, 2017.	N= 29 jóvenes de 8 a 17 años de departamentos de emergencias de los	-Aleatorización de los participantes al grupo de terapia cognitiva (grupo experimental) o al grupo de lista de espera (grupo control). -Sintomatología de TEPT- CPTSDI. -Trastornos emocionales y conductuales- ADIS-C.	TEPT	La terapia cognitiva produjo una mejora en las medidas de depresión, ansiedad, en los informes de los niños, en las	Se pone de manifiesto el apoyo a la TCC como tratamiento temprano en niños y adolescentes con TEPT.

	hospital es del este de Inglaterra.	-Funcionamiento general- CGAS. -Gravedad de TEPT- CPSS. -Depresión- MFQ. -Ansiedad- SCAS. -Fortalezas y dificultades- SDQ. -Alianza terapéutica- TASC-r. -Cogniciones postraumáticas infantiles- CPTCI. -Calidad de la memoria del trauma- TMQQ. -Apoyo social percibido- MSPSS.		evaluaciones del médico y en los resultados informados por los padres.	
Van der Oord, 2010.	N= 23 niños de 8 a 18 años de una clínica de los Países Bajos que experimentaron experiencias traumáticas	-Síntomas de TEPT- CRTI. -Síntomas depresivos- CDI. -Cogniciones postraumáticas- PTCI. -Problemas conductuales- CBCL. -Terapia al menos una vez cada dos semanas y tras finalizar se realizó un seguimiento a los 6 meses. -La mayoría de las sesiones fueron	TEPT	Mejora de todos los síntomas traumáticos que se mantuvo a los seis meses cuando se realizó el seguimiento.	La TCC por escrito resultó eficaz como intervención a corto plazo pero se necesita más investigación sobre esta. Un punto fuerte es que es más atractiva y motivadora que la TCC convencional.

	cas.	individuales. -Todos los niños reciben el tratamiento.			
De Roos, 2017.	N= 103 niños y adolescentes de 8 a 18 años que han sufrido sólo un suceso traumático. Fueron reclutados de siete clínicas de salud mental de los Países Bajos.	-Aleatorización al grupo que recibe DRMO (desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares), al grupo que recibe TCC por escrito y al grupo que se encuentra en lista de espera. -Síntomas de TEPT-CAPS-CA. -Cogniciones negativas relacionadas con el trauma- C-PTCI. -Fortalezas y dificultades-SDQ-A. -Somatización infantil-CSI-C. -Duelo prolongado- IPG. -Ansiedad- ADIS-C. -Evaluación pre y post tratamiento y seguimiento a los 3 y 12 meses.	TEPT	El grupo que recibe DRMO y el grupo que recibe TCC por escrito muestran una mejoría en los síntomas de TEPT en comparación con el grupo de lista de espera. Sin embargo, los participantes del grupo DRMO recibieron mejoras adicionales.	La DRMO y la TCC por escrito son tratamientos que producen tasas de remisión igual de grandes para el TEPT. Igualmente, se necesitan más ensayos.
Diehle, 2015.	N= 48 niños y adolescentes de 8 a 18	-Aleatorización al grupo que recibe TCC-CT y al grupo que recibe desensibilización y reprocesamiento del	TEPT	La TCC-CT mostró una reducción significativa de los síntomas de	Ambos son tratamientos efectivos para tratar el TEPT en niños y

	años que han sufrido al menos un evento traumático.	movimiento ocular (DRMO). -Evaluación de TEPT-CAPS-CA. -Estado de TEPT (padres)- ADIS-P. -Ansiedad y depresión-RCADS. -Fortalezas y dificultades- SDQ. -Cambio de síntomas de TEPT- CRIES-13.		TEPT al igual que de los síntomas depresivos e hiperactivos. Pero ambos tratamientos son eficaces para la reducción de síntomas de TEPT.	adolescentes.
Pityaratstian, 2015.	N= 36 niños y adolescentes de 10 a 15 años con TEPT tras 4 años después de un tsunami.	-Aleatorización al grupo que recibe TCC-CT (g.experimental) y al grupo que se encuentra en lista de espera (g.control). -Evaluación antes y después del tratamiento. -Seguimiento al mes. -Síntomas de TEPT-CRIES y TEPT-RI.	TEPT	En el grupo experimental, que recibe la terapia, no se encontraron mejorías en los síntomas en el postratamiento pero si se encontraron mejorías cuando se realizó el seguimiento pasado un mes.	La TCC es eficaz para niños y adolescentes con TEPT cuando se administra con autocontrol después del tratamiento y tarea diaria.
Jensen, 2017.	N= 156 jóvenes entre 10 y 18 años con TEPT	-Asignación aleatoria al grupo que recibe la terapia habitual y al grupo que recibe TCC-CT. -Síntomas de TEPT-	TEPT	Efecto principal de tiempo en los síntomas de TEPT en el grupo TCC-	Los jóvenes del grupo TCC-CT presentaron una mejoría más eficiente y más rápida en los

	de una clínica.	CPSS. -Estado de ánimo y sentimientos - MFQ. -Ansiedad- SCARED. -Fortalezas y dificultades- SDQ.		CT. Además estos tuvieron una recuperación más rápida y mantenida en el tiempo, en concreto, se mantuvieron después de 18 meses. Los jóvenes con depresión grave se beneficiaron de la TCC-CT.	síntomas además de la mejora en los problemas de salud mental.
Jensen, 2014.	N= 156 jóvenes con TEPT de entre 10 y 18 años remitidos a una clínica de salud mental de Noruega	-Síntomas de TEPT- CPSS. -Frecuencia de los síntomas- CAPS-CA. -Síntomas depresivos- MFQ. -Ansiedad- SCARED. -Problemas generales de salud mental- SDQ. -Aleatorización al grupo que recibe TCC-CT (g.experimental) y al grupo que recibe terapia habitual (g.control).	TEPT	Los jóvenes asignados al grupo experimental (TCC-CT) mostraron mejoras mayores.	La TCC-CT es eficaz para el tratamiento de jóvenes que sufren TEPT.
Cisler, 2016.	N= 34 adolescentes de	-Evaluación antes y después del tratamiento- MINI-KID.	TEPT	Los pacientes que mejor respondieron	La organización cerebral modular y

	11 a 16 años con TEPT.	-Depresión- SMFQ. -Gravedad de los síntomas de TEPT- UCLA. -Los participantes no habían recibido antes TCC. -Los resultados de los participantes se compararon con otras chicas que no habían sufrido abusos ni violencia.		al tratamiento tenían mayor modularidad de la red pero menos eficiencia, esto mismo ocurría en el grupo de chicas que no habían sufrido abusos ni violencia.	resiliente cuando se procesan emociones operan como mecanismos que reducen los síntomas durante la TCC-CT. La mayor reducción de los síntomas se asocia con aumentos en la modularidad antes y después del tratamiento.
O'Callaghan, 2013.	N= 52 niñas afectadas por la guerra, de entre 12 y 17 años. Habían presentado violación o abuso sexual.	-Asignación aleatoria a un grupo experimental que recibe TCC-CT en 15 sesiones o a un grupo control que se encuentra en lista de espera. -Se realizó seguimiento a los 3 meses. -Se realizó una evaluación antes y después de la intervención. -Gravedad de los síntomas de TEPT- UCLA. -Funcionamiento	TEPT	El grupo que recibió TCC-CT experimentó una mayor reducción de los síntomas de TEPT y una mayor mejoría en los síntomas de depresión y ansiedad, problemas de conducta y comportamiento prosocial.	La intervención resultó eficaz para la reducción de los síntomas de TEPT y para las dificultades prosociales de las chicas afectadas.

		psicosocial- AYPA.			
Auslander, 2017.	N= 27 chicas de 12 a 18 años que han experimentado algún trauma, abuso o negligencia infantil.	-Aleatorización al grupo que recibe TCC-CT (g.experimental) y al grupo que recibe el tratamiento habitual (g.control). -Evaluación antes del tratamiento y después. -Seguimiento a los 3 y 6 meses. -Resolución de problemas sociales- SPSI—:S. -Síntomas de depresión infantil- CDI. -Síntomas de TEPT infantil- CPSS.	TEPT	En el grupo que recibe TCC-CT se mostró una reducción de síntomas de TEPT y de depresión, así como un aumento en las habilidades para la resolución de problemas sociales. En el grupo control los síntomas de depresión volvieron a aparecer en el seguimiento.	La TCC-CT produjo mayores resultados significativos para tratar el TEPT en adolescentes y además es una terapia más receptiva por las adolescentes.
McMullen , 2013.	N= 50 chicos de 13 a 17 años ex-soldados y afectados por la	-Aleatorización al grupo que recibe TCC-CT (g.experimental) que recibe 15 sesiones o al grupo que permanece en lista de espera (g.control). -Evaluación antes y después del tratamiento.	TEPT	El grupo de TCC-CT manifestó reducciones importantes en los síntomas de TEPT, en la angustia psicosocial,	La TCC-CT grupal fue eficaz para reducir el TEPT y la angustia psicosocial en niños y adolescentes que fueron ex-

	guerra.	-Seguimiento a los 3 meses. -Síntomas de TEPT y angustia psicosocial- UCLA-PTSD. -Evaluación psicosocial- AYPA.		depresión, ansiedad. El seguimiento demostró que las mejoras se mantenían.	soldados y estaban afectados por la guerra.
Rossouw, 2018.	N= 63 estudiantes de 13 a 18 años reclutados de escuelas de Sudáfrica que tienen TEPT crónico.	-Aleatorización al grupo de intervención PE-A o al grupo de tratamiento de asesoramiento de apoyo. -Síntomas de TEPT infantil- CPSS-I. -Trastornos actuales y de toda la vida- MINI-KID. -Monitorización del progreso del tratamiento- CPSS-SR. -Deterioro funcional- CGAS. -Depresión- BDI. -Expectativa de eficacia del tratamiento- ETO-A. -Se excluyeron adolescentes con trastornos de conducta, trastornos primarios por uso de sustancias o trastornos psicóticos.	TEPT como trastorno principal. Se incluían adolescentes con trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, uso de sustancias y TDAH.	El grupo de tratamiento de exposición prolongada presentó una mayor mejoría en la escala de gravedad de los síntomas de TEPT que el grupo de tratamiento de asesoramiento de apoyo. Se mantuvo la mejoría a los 3 meses y 6 meses de seguimiento.	Se presentó mayor beneficio del tratamiento de exposición prolongada cuando lo proporcionaron enfermeras en un entorno comunitario.
McLean, 2015.	N= 61 chicas adolescentes	-Aleatorización al grupo que recibe exposición prolongada y al grupo	TEPT	Los resultados indicaron que los cambios en	Cambiar las cogniciones negativas es un

	ntes de 13 a 18 años que sufrieron agresión sexual.	que recibe TCC-CT. -Síntomas de TEPT infantil- CPSS-I. -Cogniciones postraumáticas negativas- C-PTAS. -Depresión infantil- CDI. -Se realizó evaluación antes, durante y después del tratamiento. -Seguimiento a los 3 meses después del tratamiento.		las cogniciones negativas implican mejorías en los síntomas de depresión y de TEPT.	mecanismo que se encuentra tanto en la exposición prolongada como en la TCC-CT.
Zandberg, 2016.	N= 61 chicas adolescentes de 13 a 18 años que sufrieron abuso sexual.	-Aleatorización al grupo que recibe exposición prolongada y al grupo que recibe TCC centrada en el cliente. -Evaluaciones antes de empezar el tratamiento, después de cada sesión y al finalizar el tratamiento. -Seguimiento a los 3, 6 y 12 meses después. -Síntomas de TEPT- CPSS. -Problemas conductuales- YSR.	TEPT	Ambos tratamientos disminuían los síntomas de TEPT y los problemas conductuales, sin embargo, la exposición prolongada resultó más eficaz para la mejora de los problemas conductuales.	La exposición prolongada resultó más eficaz para tratar los problemas conductuales, pero ambas terapias mostraron beneficios para la mejora de los síntomas de TEPT.
Capaldi, 2016.	N= 61 chicas de 13 a	-Aleatorización al grupo que recibe exposición prolongada y al grupo	TEPT	En la exposición prolongada la	La exposición prolongada que está centrada en

	18 años con TEPT relacionado con el asalto sexual.	que recibe terapia centrada en el cliente. -Alianza terapéutica- WAI. -Síntomas de TEPT- CPSS. -Se realizó la evaluación antes, mediante y después del tratamiento.		alianza terapéutica era mayor y había una mayor mejoría. Ambos tratamientos en este estudio muestran una reducción significativa de los síntomas de TEPT, sin embargo, las chicas que recibieron exposición prolongada tuvieron síntomas menos graves en el postratamiento que las chicas del grupo de terapia centrada en el cliente.	el trauma proporciona una alianza más fuerte aunque es más difícil de desarrollar en adolescentes que sufren abuso físico, sexual o negligencia.
Ying Chen, 2014.	N= 32 adolescentes cuya edad	-Aleatorización al grupo que recibe TCC a corto plazo, al grupo de apoyo general y al grupo control.	TEPT	La TCC produjo una reducción de los síntomas de TEPT y	La TCC es eficaz para las víctimas de desastres naturales. Fue la

	media es de 14,7 años que perdieron al menos a uno de sus padres en un terremoto de China.	-Evaluación antes y después del tratamiento. -Seguimiento a los 3 meses. -Síntomas de TEPT- CRIES-13 . -Depresión- CES-D . -Resiliencia- CD-RISC .		síntomas depresivos y a su vez una mejora en la resiliencia.	terapia más eficaz para los participantes ya que por ejemplo el apoyo general sólo sirvió para mejorar la resiliencia psicológica.
Madigan, 2015.	N= 26 chicas adolescentes de 15 a 18 meses, embarazadas de 6 meses.	-Aleatorización al grupo que recibe TCC-CT (g.experimental) y al grupo que recibe terapia habitual (g.control). -Evaluación antes y después del tratamiento. -Seguimiento a los 6 y 12 meses. -Síntomas de TEPT- CPTSDI . -Problemas de disociación- A-DES . -Síntomas depresivos- BDI-II . -Síntomas de ansiedad- SCARED . -Problemas conductuales- YSR . -Apego- SSP .	TEPT	No se encontraron diferencias significativas entre los grupos, en ninguno de los aspectos que se evaluaban.	La TCC-CT no fue más eficaz que el tratamiento habitual ni atenuó el riesgo de desarrollar un apego desorganizado.

DISCUSIÓN

El objetivo de esta revisión sistemática, que ha consistido en una búsqueda exhaustiva, ha sido analizar los estudios seleccionados, concretamente veintidós, para comprobar si la TCC es una terapia efectiva para tratar el TEPT en niños y adolescentes.

Los resultados en los que se centra dicha revisión son ensayos controlados aleatorizados y la mayoría confirma que la terapia mencionada es altamente eficaz. Resultados similares a los obtenidos en un metaanálisis también la considera eficaz para disminuir los síntomas de TEPT en niños, adolescentes y jóvenes (Gutermann et al., 2016).

Uno de los estudios analizados concluye que la terapia grupal fue eficaz para la reducción de síntomas y para promover conductas prosociales (McMullen, 2013). Esta afirmación puede respaldarse con resultados positivos en la aplicación de terapia grupal, concretamente terapia cognitivo-conductual grupal en niñas que habían sufrido abuso sexual. Se produjeron mejoras no sólo en TEPT, también en depresión, ansiedad y ayudó a reestructurar creencias disfuncionales gracias a que en el grupo se creaban vínculos de confianza, además se sentían respetadas y experimentaron la credibilidad de este (Habigzang, 2009).

Por otra parte, aplicar la TCC de forma temprana es un apoyo para la recuperación del trastorno (Meiser-Stedman, 2017), coincidiendo este resultado con el de un estudio piloto, en el que se encontraba que dicha terapia aceleraba las tasas de recuperación en comparación con el asesoramiento de apoyo. Además, al actuar de forma temprana, unas horas posteriores a la exposición, se reducen las reacciones de estrés postraumático y se puede prevenir el trastorno al intervenir antes de la consolidación de la memoria (Rothbaum, 2012). Otra importancia de actuar de forma precoz es que los niños que se encuentran menos afectados, es decir, tienen menos síntomas de TEPT, menos comorbilidad y menos impacto en su vida, tienen una recuperación más rápida (Smith, 2007).

La terapia cognitivo-conductual no fue tan eficaz como la exposición prolongada para tratar los problemas conductuales que se presentan asociados al trauma (Zandberg, 2016) y a su vez tiene una eficacia moderada para tratar síntomas depresivos (Auslander, 2017). En síntomas de depresión y problemas de conducta hay una mejora moderada, ya que en algunos casos los síntomas de depresión vuelven a aparecer en el seguimiento, como ocurre en el artículo de Auslander. Se muestra también así en un artículo sobre evaluación de la evidencia en el que la disminución de síntomas de TEPT

en la TCC-CT es alta, sin embargo, la reducción de síntomas depresivos es moderada, al igual que los problemas de conducta (Ramírez De Arellano et al, 2014). En la exposición prolongada la mayor disminución de síntomas de depresión, conlleva a una mejora en los síntomas del trastorno, sin embargo, la terapia es más eficaz en adultos que en niños y adolescentes (McLean, 2017).

Si se compara la Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (DRMO) con la TCC, se obtiene como resultado que la primera terapia mencionada es válida también para la reducción de síntomas del trastorno, pero que además produce mejoras adicionales (de Roos, 2017). En una comparativa entre ambas terapias, se registró que la DRMO producía efectos más rápidos, es decir, en menos sesiones, pero como se ha destacado anteriormente, se necesitan mas estudios que confirmen la ventaja en la eficiencia (de Roos, 2011).

Por último cabe destacar, que al comparar la TCC con otras terapias que también se utilizan para el tratamiento del TEPT, se ha encontrado que la terapia mencionada muestra mejores resultados. En todos los artículos analizados se concluía que esta terapia es eficaz para el tratamiento del trastorno y de sus síntomas, pudiendo quedar respaldados con un metaanálisis en el que los autores concluyen que es la terapia que tiene una evidencia más sólida. Concretamente la TCC-CT es la más respaldada y usada en niños y adolescentes (Gutermann et al.,2016). Es superior a otras en todos los niveles de desarrollo, tipos de trauma y contexto disminuyendo síntomas del trastorno, ansiedad, depresión, problemas de conducta, problemas cognitivos y problemas de apego (Cohen y Mannarino, 2017). En relación al apego, al comportamiento prosocial, un estudio anteriormente analizado, sobre chicas embarazadas, concluye que la terapia no muestra resultados diferentes al tratamiento habitual y que fue igual de eficaz (Madigan, 2015).

Es importante señalar la presencia de los padres no infractores en la terapia. Los padres sienten angustia y frustración ante la situación de su hijo y el tratamiento los ayuda a sobrellevar esa angustia y a mejorar las habilidades para hacer frente a las dificultades que conllevan el trauma. Se produce a la vez una mejora de la relación familiar y los padres se sienten más compasivos con su hijo al escucharlo y apoyarlo en las sesiones conjuntas donde el niño habla sobre su experiencia traumática (Cohen y Mannarino, 2017).

CONCLUSIONES

Se puede concluir que cada vez más, los niños y adolescentes están expuestos a situaciones que pueden resultar traumáticas para ellos, por eso, es importante conocer las distintas terapias que se utilizan para tratar el TEPT, llegando así a la conclusión de que entre las terapias existentes, la más eficaz es la terapia cognitivo conductual (TCC). En concreto, la terapia más beneficiosa es la centrada en el trauma, seguida de la terapia centrada en el cliente y en este caso en el niño o adolescente.

La comparación con otros tratamientos nos lleva a deducir que la DRMO es controvertida y aunque cada vez se realizan más estudios para comprobar verdaderamente su eficacia, aún se necesitan más debido a las limitaciones que esta supone.

La exposición prolongada es una terapia más efectiva para adultos que para niños y adolescentes, ya que en adultos que reciben exposición prolongada se produce una mayor reducción de la depresión, que conlleva a que se aumente la eficacia del tratamiento para que se produzca a su vez una mayor reducción de síntomas de TEPT (McLean, 2017).

Como se ha discutido anteriormente, se puede llegar a la conclusión de que la TCC es la más usada, la más sólida y la más respaldada por los autores para tratar el trastorno, y como se ha visto, no sólo es eficaz para niños y adolescentes, también para el resto de edades. Tiene un grado alto en la reducción de síntomas de ansiedad por el trastorno, pero moderado para reducir síntomas depresivos y problemas de conducta, ya que a corto plazo si se produce una mejora de estos, pero a largo plazo, cuando se realiza el seguimiento, se comprueba que vuelven a aparecer, de ahí su eficacia moderada en la reducción de estos.

Como limitación, se puede destacar que el tamaño de la muestra en algunos grupos es reducido y sería necesario replicarse. Otra limitación es que hay estudios que no presentan grupo control, y en el que todos los niños reciben el tratamiento por lo que no se puede hacer comparaciones en las que se observen las diferencias. También encontramos estudios en los cuales no se realiza seguimiento, que es importante, ya que la terapia no sólo se realiza para mitigar los síntomas en el presente, si no que es importante que las mejorías se mantengan con el paso del tiempo.

Bibliografía

- Auslander, W., McGinnis, H., Tlapek, S., Smith, P., Foster, A., Edmond, T., & Dunn, J. (2017). Adaptation and implementation of a trauma-focused cognitive behavioral intervention for girls in child welfare. *American Journal of Orthopsychiatry*, 87(3), 206.
- Booyesen, D. D., & Kagee, A. (2020). The feasibility of prolonged exposure therapy for PTSD in low-and middle-income countries: a review. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1753941.
- Capaldi, S., Asnaani, A., Zandberg, LJ, Carpenter, JK. y Foa, EB (2016) Therapeutic Alliance during Prolonged Exposure Versus Client-Centered Therapy for Adolescent Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 72 (10), 1026-1036. doi: 10.1002 / jclp.22303
- Chen, Y., Shen, W. W., Gao, K., Lam, C. S., Chang, W. C., & Deng, H. (2014). Effectiveness RCT of a CBT intervention for youths who lost parents in the Sichuan, China, earthquake. *Psychiatric Services*, 65(2), 259-262.
- Cisler, J. M., Sigel, B. A., Kramer, T. L., Smitherman, S., Vanderzee, K., Pemberton, J., & Kilts, C. D. (2016). Modes of large-scale brain network organization during threat processing and posttraumatic stress disorder symptom reduction during TF-CBT among adolescent girls. *Plos one*, 11(8), e0159620.
- Clark, D.A., y Beck, A.T. (2016). Manual práctico para la ansiedad y las preocupaciones: la solución cognitiva conductual. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2017). Evidence based intervention: Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and families. In *Parenting and family processes in child maltreatment and intervention* (pp. 91-105). Springer, Cham.
- de Arellano, M. A. R., Lyman, D. R., Jobe-Shields, L., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., ... & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children and adolescents: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(5), 591-602.
- de Jongh, A., Amann, B. L., Hofmann, A., Farrell, D., & Lee, C. W. (2019). The status of EMDR therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder 30 years after its introduction. *Journal of EMDR Practice and Research*, 13(4), 261-269.
- de la Barra Mac D, Flora. (2013). Trastorno de estrés post traumático en niños y adolescentes. *Revista chilena de pediatría*, 84(1), 7-9. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062013000100001>

- de Roos, C., Greenwald, R., den Hollander-Gijsman, M., Noorthoorn, E., van Buuren, S., & de Jongh, A. Comparación Aleatorizada entre la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y la Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR) en Niños Expuestos a un Desastre.
- de Roos, C., van der Oord, S., Zijlstra, B., Lucassen, S., Perrin, S., Emmelkamp, P., & De Jongh, A. D. (2017). Comparison of eye movement desensitization and reprocessing therapy, cognitive behavioral writing therapy, and wait-list in pediatric posttraumatic stress disorder following single-incident trauma: a multicenter randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(11), 1219-1228.
- Diehle, J., Opmeer, B.C., Boer, F. *et al.* Trauma-focused cognitive behavioral therapy or eye movement desensitization and reprocessing: what works in children with posttraumatic stress symptoms? A randomized controlled trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 24, 227–236 (2015). <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0572-5>
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 319-345.
- Goldbeck, L., Muche, R., Sachser, C., Tutus, D., & Rosner, R. (2016). Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents: A randomized controlled trial in eight German mental health clinics. *Psychotherapy and psychosomatics*, 85(3), 159-170.
- Gómez-Gutiérrez, M., Chaparro-Morillo, G., Martín-de-Francisco, C., & Crespo, M. (2018). Tratamiento cognitivo-conductual de un caso de estrés postraumático por accidente ferroviario. ¿Éxito terapéutico o evitación?. *Clínica y Salud*, 29(2), 101-104.
- Gutermann, J., Schreiber, F., Matulis, S., Schwartzkopff, L., Deppe, J., & Steil, R. (2016). Psychological treatments for symptoms of posttraumatic stress disorder in children, adolescents, and young adults: A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 19(2), 77-93.
- Habigzang, L. F., Stroehrer, F. H., Hatzenberger, R., Cunha, R. C., Ramos, M. D. S., & Koller, S. H. (2009). Cognitive behavioral group therapy for sexually abused girls. *Revista de saude publica*, 43, 70-78.

- Jensen, T. K., Holt, T., & Ormhaug, S. M. (2017). A follow-up study from a multisite, randomized controlled trial for traumatized children receiving TF-CBT. *Journal of abnormal child psychology*, 45(8), 1587-1597.
- Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L. C., ... & Wentzel-Larsen, T. (2014). A randomized effectiveness study comparing trauma-focused cognitive behavioral therapy with therapy as usual for youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(3), 356-369.
- Kameoka, S., Tanaka, E., Yamamoto, S., Saito, A., Narisawa, T., Arai, Y., ... & Asukai, N. (2020). Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy for Japanese children and adolescents in community settings: a multisite randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1767987.
- Madigan S, Vaillancourt K, McKibbin A, Benoit D. Trauma and traumatic loss in pregnant adolescents: the impact of Trauma-Focused Cognitive Behavior Therapy on maternal unresolved states of mind and Posttraumatic Stress Disorder. *Attach Hum Dev*. 2015;17(2):175-98. doi: 10.1080/14616734.2015.1006386. Epub 2015 Feb 23. PMID: 25703488.
- McLay, R. N., Mantanona, C., Ram, V., Webb-Murphy, J., Klam, W., & Johnston, S. (2014). Risk of PTSD in service members who were fired upon by the enemy is higher in those who also returned fire. *Military medicine*, 179(9), 986-989.
- McLean, C. P., Su, Y. J., Carpenter, J. K., & Foa, E. B. (2017). Changes in PTSD and depression during prolonged exposure and client-centered therapy for PTSD in adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(4), 500-510.
- McLean, C. P., Yeh, R., Rosenfield, D., & Foa, E. B. (2015). Changes in negative cognitions mediate PTSD symptom reductions during client-centered therapy and prolonged exposure for adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 68, 64-69.
- McMullen, J., O'callaghan, P., Shannon, C., Black, A., & Eakin, J. (2013). Group trauma-focused cognitive-behavioural therapy with former child soldiers and other war-affected boys in the DR Congo: A randomised controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(11), 1231-1241.
- Meiser-Stedman, R., Smith, P., McKinnon, A., Dixon, C., Trickey, D., Ehlers, A., ... & Dalgleish, T. (2017). Cognitive therapy as an early treatment for post-traumatic stress disorder in children and adolescents: A randomized controlled trial

- addressing preliminary efficacy and mechanisms of action. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(5), 623-633.
- O'Callaghan, P., McMullen, J., Shannon, C., Rafferty, H., & Black, A. (2013). A randomized controlled trial of trauma-focused cognitive behavioral therapy for sexually exploited, war-affected Congolese girls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(4), 359-369.
- Pai, M. A. R. (2012). Disfunción Hipocampal Memoria Contextual: Nuevas Perspectivas y lo para Comprender la Etiología del Trastorno por Estrés Postraumático. *Revista Páginas*, 37-46.
- Pfeiffer, E., Sachser, C., de Haan, A., Tutus, D., & Goldbeck, L. (2017). Dysfunctional posttraumatic cognitions as a mediator of symptom reduction in Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy with children and adolescents: Results of a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 97, 178-182.
- Pityaratstian N, Piyasil V, Ketumarn P, Sitdhiraksa N, Ularntinon S, Pariwatcharakul P. Randomized Controlled Trial of Group Cognitive Behavioural Therapy for Post-Traumatic Stress Disorder in Children and Adolescents Exposed to Tsunami in Thailand. *Behav Cogn Psychother*. 2015 Sep;43(5):549-61. doi: 10.1017/S1352465813001197. Epub 2014 Apr 8. PMID: 24709121.
- Pollio, E., & Deblinger, E. (2017). Trauma-focused cognitive behavioural therapy for young children: clinical considerations. *European journal of psychotraumatology*, 8(sup7), 1433929.
- Rossouw, J., Yadin, E., Alexander, D., & Seedat, S. (2018). Prolonged exposure therapy and supportive counselling for post-traumatic stress disorder in adolescents: task-shifting randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 213(4), 587-594.
- Rothbaum, B. O., Kearns, M. C., Price, M., Malcoun, E., Davis, M., Ressler, K. J., ... & Houry, D. (2012). Early intervention may prevent the development of PTSD: A randomized pilot civilian study with modified prolonged exposure. *Biological Psychiatry*, 72(11), 957.
- Royal College of Psychiatrists. (2009). La terapia cognitivo-conductual (TCC). Recuperado de <https://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealth/translations/spanish/cognitive-behavioural-therapy>

- Shearer, J., Papanikolaou, N., Meiser-Stedman, R., McKinnon, A., Dalgleish, T., Smith, P., ... & Byford, S. (2018). Cost-effectiveness of cognitive therapy as an early intervention for post-traumatic stress disorder in children and adolescents: a trial based evaluation and model. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(7), 773-780.
- Smith, P., Yule, W., Perrin, S., Tranah, T., Dalgleish, T. I. M., & Clark, D. M. (2007). Cognitive-behavioral therapy for PTSD in children and adolescents: a preliminary randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(8), 1051-1061.
- Van der Oord, S., Lucassen, S., Van Emmerik, A. A. P., & Emmelkamp, P. M. (2010). Treatment of post-traumatic stress disorder in children using cognitive behavioural writing therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 17(3), 240-249.
- Zandberg L, Kaczurkin AN, McLean CP, Rescorla L, Yadin E, Foa EB. Treatment of Adolescent PTSD: The Impact of Prolonged Exposure Versus Client-Centered Therapy on Co-Occurring Emotional and Behavioral Problems. *J Trauma Stress*. 2016 Dec;29(6):507-514. doi: 10.1002/jts.22138. Epub 2016 Nov 17. PMID: 27859619; PMCID: PMC7367099.