



Universidad
Zaragoza



Universidad de Zaragoza

Escuela de Enfermería de Huesca

Grado en Enfermería

Curso Académico 2018 / 2019

INTERVENCIONES SANITARIAS EN NIÑOS CON ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO TRAS UN ACONTECIMIENTO MÉDICO
AGUDO

Autora: Blanca Vizán Linés

Directora : M^a Eugenia Estrada Fernández

ÍNDICE

| | PÁGINA |
|--|---------------|
| 1. Resumen / Abstract..... | 2 |
| 2. Introducción..... | 4 |
| 3. Objetivos..... | 7 |
| a) General | |
| b) Específico | |
| 4. Metodología..... | 8 |
| a) Datos de la búsqueda | |
| b) Criterios de inclusión y de exclusión | |
| c) Resultados de búsqueda | |
| 5. Desarrollo..... | 10 |
| 6. Conclusiones..... | 14 |
| 7. Bibliografía..... | 15 |
| 8. Anexos..... | 20 |
| - ANEXO I: Criterios para el TEPT en adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años. Criterios del TEPT en niños menores de 6 años. | |
| - ANEXO II: Áreas afectadas y alteraciones en menores expuestos a trauma complejo. | |
| - ANEXO III: Resultados de la búsqueda en bases de datos. | |
| - ANEXO IV: Tabla de artículos empleados en la revisión bibliográfica. | |

1. RESUMEN

- a) Introducción:** El trastorno por estrés postraumático (TEPT) en niños es una enfermedad recientemente aceptada por la comunidad médica. Los factores desencadenantes son subjetivos y el desenlace depende en gran medida de la ayuda externa que reciba el niño a lo largo de todo el proceso del peritrauma desde que se produce el acontecimiento médico agudo.
- b) Objetivos:** El objetivo principal de este trabajo es averiguar las posibles intervenciones que se pueden aplicar en el ámbito sanitario a niños que acaban de sufrir una lesión o enfermedad aguda para prevenir los síntomas de estrés postraumático.
- c) Metodología:** Se ha realizado una búsqueda bibliográfica a través de diferentes bases de datos científicas (Pubmed, PsycInfo, Dialnet, Enfispo, Cuidatge, Cuiden Plus, Índices CSIC, Ibecs) y la editorial ProQuest.
- d) Desarrollo:** La mayoría de las intervenciones analizadas en este trabajo tienen un enfoque preventivo del TEPT en niños tras un acontecimiento médico agudo. Por otro lado, la intervención de tratamiento más frecuente ha sido la terapia cognitivo-conductual enfocada al trauma. En ambos casos, el niño es el receptor más frecuente de las intervenciones.
- e) Conclusiones:** Es importante que el profesional sanitario reconozca los factores de riesgo de desarrollo de síntomas postraumáticos en niños y que aumente el entrenamiento del profesional, adquiriendo así habilidades para reducir la hostilidad percibida por el niño durante la hospitalización.
- f) Palabras clave (descritas en los DeCS):** Niño, trastornos de estrés postraumático, acontecimientos que cambian la vida, enfermedad, lesión, intervención médica temprana, conductas terapéuticas.

ABSTRACT

- a) Introduction:** The Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) in children is a disease recently admitted by the medical community, whose precipitating factors are subjectives and whose outcomes are highly influenced by the external help that the child receives all over the peritrauma period since the acute medical event occurs.
- b) Objectives:** The aim of this project is to find out possible interventions that can be adopted in the health sector to prevent post traumatic stress symptoms in a child who suffered an acute medical event or disease.
- c) Methodology:** The search was achieved through different scientific databases (Pubmed, PsycInfo, Dialnet, Enfispo, Cuidatge, Cuiden Plus, Índices CSIC, Ibecs), and ProQuest editorial.
- d) Discussion:** The majority of the interventions analyzed in this project have a preventive approach of PTSD in children after an acute medical event. On the other hand, the most frequent treatment intervention is the Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. In both cases, the child is the most frequent receiver of the interventions.
- e) Conclusions:** It's important for the health professionals to recognize the risk factors of post traumatic stress symptoms in children, as well as an increased training of skills in the medical team to reduce the hostility perceived by the children during the hospitalization period.
- f) Key Words:** Child, post-traumatic stress disorders, life change events, disease, injury, early medical intervention, therapeutic approaches.

2. INTRODUCCIÓN

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) es un trastorno presente en la historia desde mucho tiempo atrás, pero cuyo reconocimiento oficial como diagnóstico es relativamente reciente ¹. La definición y caracterización del "acontecimiento traumático" ha ido fluctuando a lo largo de las distintas clasificaciones diagnósticas. En un principio, era considerado como un suceso poco habitual, de tipo externo violento y angustiante para todo el mundo ². Es por eso que en los comienzos de la historia del diagnóstico, éste se limitaba al estudio de las neurosis de guerra. Adquiriendo distintos términos a lo largo del tiempo y según la clasificación: síndrome de da costa, astenia neurocirculatoria, Shell Shock, neurosis de combate, fatiga operacional¹, «gran reacción al estrés» (DSM-I: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), «trastorno situacional transitorio» (DSM-II), «reacción aguda ante gran tensión» (CIE, Organización Mundial de la Salud, 1977) ³.

No fue hasta el año 1980 cuando se incluyó el término "trastorno de estrés postraumático" en el DSM-III, y en 1992 en la CIE-10 de la OMS (Organización Mundial de la Salud) ¹.

Respecto al TEPT en niños, se considera que el inicio de un enfoque específico y fructífero fue a raíz de las investigaciones de Leonore Terr en los años 80. Estas publicaciones fueron relativas a estudios de menores que fueron secuestrados en un autobús escolar en 1976 en Chowchilla (California) ³.

Actualmente, este trastorno es definido por el DSM-5 para adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años, marcando diferencias para menores de 6 años. Para cumplir el diagnóstico de TEPT según el DSM-5, se requiere el cumplimiento de las distintas opciones que se plantean (A, B, C, D, E, F, G, H), las cuales incluyen: posible causa del trauma, síntomas específicos, duración de los criterios mayor a un mes de evolución y deterioro significativo en la dimensión clínica, social o laboral (**ANEXO 1**).

Además de lo descrito anteriormente sobre la historia diagnóstica del TEPT, existe una reciente subclasificación del trauma, la cual incluye el llamado "trauma complejo". Este término engloba algunas formas de trauma muy complicadas y de consecuencias psicológicamente generalizadas. Es más

probable que se experimentaran síntomas de TEPTC (trastorno por estrés postraumático complejo) si la victimización se ha dado en una etapa temprana (como es el caso del TEPT infantil), si ha sido prolongada en el tiempo o si ha sido de naturaleza interpersonal ³ (**ANEXO 2**).

Respecto a la valoración del TEPT en los pacientes menores de edad, el efecto del trauma puede manifestarse mediante un comportamiento desestructurado o agitado. También puede presentarse con síntomas físicos o como sueños terroríficos o pesadillas (resultado de la expresión del síntoma «vivencia de horror»), conductas repetitivas, juegos simbólicos de los sucesos traumáticos, expresión de la reexperimentación del suceso, disminución de intereses o retraimiento afectivo, inquietud, falta de atención y problemas de sueño ³. Conforme avanza la edad del sujeto y evoluciona el trastorno, los síntomas pueden mantenerse y manifestarse mediante otras patologías o comorbilidades. Entre estas podemos destacar la depresión mayor, el síndrome disociativo, el trastorno desafiante-oposicionista, el abuso de sustancias, el trastorno límite de personalidad, los trastornos de conducta, la distimia, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de déficit de atención e hiperactividad, diferentes trastornos del desarrollo y la esquizofrenia ⁴.

A pesar de la importancia del diagnóstico, se considera que este trastorno está infradiagnosticado. Las principales causas de este hito son: el solapamiento de los síntomas del TEPT con otros trastornos mentales, la evitación por parte del paciente de los estímulos relacionados con el acontecimiento traumático, la corta historia diagnóstica de la enfermedad y por tanto, la falta de entrenamiento de los profesionales sanitarios en el campo del trauma, entre otros ⁵.

Como consecuencia, según el Consenso español sobre evaluación y tratamiento del trastorno de estrés postraumático, la repercusión funcional que produce en el individuo es mayor que la de la depresión mayor ⁵.

Respecto a la prevalencia del TEPT en niños, los datos son muy variables y hay menos que en jóvenes y adultos. Por ejemplo, en un estudio realizado sobre 10.000 menores de edades comprendidas entre los 11 y 15 años,

sólo el 0,4% de los niños/as fueron diagnosticados de TEPT general, siendo el doble de frecuente en chicas que en chicos ³.

En particular, sobre la prevalencia del TEPT por causa médica se encuentran menos datos todavía. En otro ejemplo, de una muestra de adolescentes diagnosticados con cáncer, un 35% cumplió los criterios de TEPT para toda la vida. De otra muestra de niños supervivientes al cáncer, el 15% tenía de moderado a severo TEPT ⁴.

Gracias a la creciente investigación de los últimos años en TEPT infantil, se ha ido comprendiendo y desarrollando el trastorno en función de los distintos detonantes o eventos traumáticos. Algunos de ellos son: el abuso físico y/o sexual, la negligencia por parte de los cuidadores, desastres naturales, accidentes automovilísticos, muerte de un progenitor, enfermedades potencialmente mortales y acontecimientos médicos dolorosos ⁶.

Este trabajo se centra en las posibles intervenciones en el ámbito sanitario ante un evento traumático causado por una enfermedad o procedimiento médico invasivo. El papel preventivo del equipo sanitario (enfermeras) es primordial para que el niño pueda o no desarrollar síntomas postraumáticos, debido a que estos profesionales son el primer contacto y más cercano para poder valorar al niño: las posibles causas del trauma, los síntomas y las repercusiones en el funcionamiento socioemocional. Para ello, es necesario que existan instrumentos de valoración adaptados a este sector profesional, de manejo fácil y rápido ⁷.

La justificación en primer lugar de la elección del TEPT para esta revisión bibliográfica reside en que es uno de los trastornos de ansiedad más frecuentes en la población general y ha sido aceptado recientemente por la comunidad médica, sin embargo, se reconoce que está infradiagnosticado y muchos pacientes que sufren TEPT no reciben el tratamiento adecuado ⁵. En segundo lugar, la justificación del sujeto pediátrico para este estudio es debido al gran impacto que produce un acontecimiento traumático en el cerebro inmaduro e influenciado de un niño. Los últimos 20 años de investigación han manifestado la vulnerabilidad aumentada en relación al adulto ⁴.

3. OBJETIVOS

a) General:

- Analizar las intervenciones sanitarias preventivas y de tratamiento del trastorno por estrés postraumático en niños tras un proceso de enfermedad o procedimiento/s médico/s invasivo/s.

b) Específico:

- Demostrar quién es el sujeto receptor de esas intervenciones (progenitores, niño o personal sanitario).

4. METODOLOGÍA

a) Datos de la búsqueda.

Se realiza una revisión bibliográfica a través de la búsqueda en algunas bases de datos científicas (Pubmed, Dialnet, PsicInfo, Enfispo, Cuidatge, Cuiden Plus, Índices CSIC, Ibecs) así como en la página editorial ProQuest.

El periodo de búsqueda de artículos fue de febrero a marzo del 2019.

Los idiomas elegidos en el filtro fueron inglés y castellano.

El perfil de búsqueda incluyó distintas combinaciones de palabras clave para abarcar más campo de búsqueda:

- Child *AND* Posttraumatic Stress Disorders *AND* medical events *AND* early medical intervention
- Child *AND* Posttraumatic Stress Disorders *AND* disease *AND* early medical intervention
- Child *AND* Posttraumatic Stress Disorders *AND* injury *AND* early medical intervention
- TEPT *AND* niño

b) Criterios de inclusión y exclusión.

TABLA I: Criterios de inclusión y exclusión de la búsqueda bibliográfica.

| <u>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</u> | <u>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</u> |
|--|---|
| - TEPT en niños (0-16/18 años) | - TEPT en adultos |
| - Evento traumático: procedimientos médicos agudos o proceso de enfermedad | - Eventos traumáticos que no sean por proceso de enfermedad o procedimientos médicos agudos. |
| - Artículos que traten posibles intervenciones | - Artículos que traten exclusivamente factores de riesgo o posibles trayectorias de la enfermedad |
| - Artículos originales completos | |
| - Idiomas: castellano e inglés | |
| - Publicados en los últimos 10 años | |

Fuente: Elaboración propia.

c) Resultados de la búsqueda.

En total y tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, descritos anteriormente, de los 904 artículos científicos encontrados se han analizado un total de 17 (**ANEXO 3**).

Por tanto, se han desechado 887 artículos y se han suprimido dos de los artículos analizados por estar duplicados en las bases de datos mencionadas.

5. DESARROLLO

La mayoría de los autores coinciden en que la mejor manera de reducir la prevalencia del TEPT infantil tras un evento médico es la prevención⁸⁻²⁰. La primera manera para conseguirlo, puede estar encaminada hacia el entrenamiento y educación sobre el trauma en el personal sanitario que está en continuo contacto con los niños^{8, 10, 14, 15}. El equipo sanitario es el responsable de realizar la prevención primaria, la cual consiste en identificar los factores de riesgo en todos los niños que accedan al entorno sanitario por un proceso de enfermedad o acontecimiento médico y realizar un cribaje del TEPT^{8, 10}. Es importante destacar que esta detección temprana es esencial para que el niño no desarrolle TEPT persistente en el futuro. En caso de que el niño fuera sujeto susceptible, los sanitarios deberían derivarlo a un dispositivo especializado en trauma infantil^{10, 15}.

Además del cribaje, el equipo debería aportar la información necesaria y adaptada tanto al niño en riesgo como a sus padres sobre lo que es el trastorno por estrés postraumático. Esta información incluye las posibles causas, los síntomas y cómo el niño puede sentirse durante el proceso del peritrauma^{8, 10, 14, 15}.

Por otro lado, los autores coinciden en que existen diversas medidas en el entorno sanitario para minimizar las reacciones negativas en el niño. Algunas de ellas son: aportar información completa al niño y su familia sobre los procedimientos médicos a los que se va a someter (de manera comprensible y cercana para el niño), explicar las etapas más probables del proceso de enfermedad / hospitalización y dar esperanza^{10, 14, 15}, manejar los síntomas de una enfermedad o dolencia orgánica (dolor, náuseas, vómitos) mediante técnicas de relajación (como técnicas de masaje controladas por un profesional fisioterapeuta)²¹, técnicas de distracción y de ocio / juego, así como permitir que la familia del niño lo apoye en la mayor medida posible y esté presente^{10, 14, 15}.

Si se trata de un proceso orgánico crónico y el niño va a estar más tiempo del habitual en el entorno sanitario, los profesionales tendrán

la oportunidad de hacer un seguimiento de los síntomas del niño, pudiendo comparar el estado pre-trauma y post-trauma, y así registrar indicios de nuevos síntomas o empeoramiento de alguno anterior. Para ello, es bastante eficaz la medida de distintos marcadores biológicos que indican picos de estrés (la frecuencia cardíaca, la tensión arterial, el nivel de hormona del estrés -cortisol- en sangre, entre otros) ⁸.

Durante un período de hospitalización largo, otras de las medidas preventivas del TEPT es la promoción de un entorno seguro y feliz para el niño: tener en cuenta sus preferencias, ser flexible con el horario de visitas, interferir lo menos posible en su proceso de escolarización, reducir los procedimientos médicos invasivos a lo mínimo imprescindible y en un período acordado con el niño ("los pinchazos son sólo a primera hora de la mañana", no pinchar demasiadas veces pudiendo emplear un sólo pinchazo para varios procedimientos, entre otros), fomentar el juego y la socialización con iguales ^{10, 14, 15}.

Existen otras medidas preventivas del TEPT de tipo más interpersonal que el profesional sanitario también puede llevar a cabo. Por ejemplo, fomentar que el niño hable sobre el acontecimiento traumático y si lo necesita, ayudarle a componer la historia. Si el niño tuviera corta edad (preescolar) se aconseja el uso de recursos simbólicos que le ayuden a asimilar y entender el evento, como cuentos y muñecos. Otra consideración importante es el desarrollo de la empatía por parte de la enfermera con el niño que sufre el trauma. Por ejemplo, si el niño está sufriendo pesadillas relacionadas con el trauma, se puede dejar la luz encendida y ofrecer lo que en ese momento necesite (un vaso de leche caliente, un vaso de agua, compañía, etc). En otro ejemplo, si el niño hubiera perdido la continencia de los esfínteres en algún momento del proceso del peritrauma, la enfermera no le reprenderá, sino que explicará al niño que es algo que puede pasar cuando se atraviesa una situación difícil, se pondrá en contacto con los padres y juntos ayudarán al niño a recuperar la continencia, sin forzarle ni culparle ¹³.

Otra pieza clave en la prevención, una vez analizado el papel del equipo sanitario, es la intervención con los padres. Muchos de los estudios enfatizan la psicoeducación de los padres como un paso primordial

para que conozcan las posibles reacciones de sus hijos ^{12, 13}. Para ello, el pilar básico es la construcción de una relación de confianza padre-hijo, en la que el niño pueda expresar cómo se siente, y juntos puedan tomar decisiones y adoptar las estrategias necesarias para afrontar el trauma ^{11, 18, 19}. En contraste, el hecho de que los padres compartan información con su hijo sobre los procedimientos médicos a los que se va a someter arroja unos niveles de ansiedad inferiores en comparación con los niños cuyos padres no les han informado ¹⁶. Por otro lado, la comunicación eficaz puede quedar igualmente reflejada al fomentar y facilitar las conversaciones espontáneas entre padres e hijo sobre la lesión (evento potencialmente traumático para el niño). Se ha comprobado un mejor funcionamiento socioemocional del niño en momentos posteriores a dichas conversaciones ²⁰.

En relación a la importancia del rol de la familia, es responsabilidad del sanitario favorecer un entorno en el que el niño pueda sentirse apoyado continuamente por su familia. Para ello existen distintas acciones que la enfermera puede desarrollar: ser flexible en el horario de las visitas, minimizar el número de intervenciones enfermeras o médicas durante el contacto del niño con sus padres, fomentar un entorno tranquilo y sin factores estresantes como pitidos / luces / voces altas en los pasillos y mostrar completa disponibilidad a los padres por parte del equipo sanitario para cualquier duda o problema que surja ¹³.

Para contemplar otro tipo de medidas preventivas del trastorno, señalar que el creciente avance del uso de la tecnología en la vida diaria podría ser un recurso eficaz para crear herramientas de tipo educativo que ayudasen a prevenir el TEPT. Un artículo expone una manera novedosa de prevenir el TEPT en niños que han sufrido un acontecimiento agudo o enfermedad. Se trata de una estructura web tipo videojuego, la cual tiene un argumento y varios personajes. A lo largo del juego, los personajes se van enfrentando a situaciones conflictivas, y el niño ha de elegir la manera en que las afrontan mediante multiopciones. Es una manera atractiva para los niños de aprender estrategias para reconocer los síntomas del TEPT y afrontar un evento potencialmente traumático ⁹.

Una vez establecido el diagnóstico de TEPT, las orientaciones más mencionadas para su tratamiento han sido: la terapia cognitivo-conductual del niño ^{17, 22}, la terapia cognitivo-conductual de la familia ²², la terapia cognitivo-conductual enfocada al trauma ^{23, 24} y la psicoterapia familiar ²³. En todos los casos, se encarga un psicólogo y el número mínimo de sesiones para el niño es de seis ^{17, 22-24}.

Para concluir, los profesionales sanitarios también están en riesgo de padecer síntomas postraumáticos, ya que su profesión les obliga a lidiar con situaciones muchas veces conflictivas. De tal manera, es importante también que exista una buena red sanitaria de apoyo y prevención para el sanitario ¹⁰. **(ANEXO 4)**.

6. CONCLUSIONES

- La mayoría de los artículos revisados en este trabajo, un 64,7%, reconocen que la prevención es la manera más eficaz de reducir la prevalencia del TEPT infantil tras un acontecimiento médico agudo o enfermedad. Las acciones a llevar a cabo más nombradas para prevenir el trastorno han sido: el entrenamiento de los profesionales sanitarios en el campo del trauma infantil, el cribaje adecuado del niño en el ámbito sanitario, el proporcionar información a los niños y sus familias sobre los procedimientos médicos a los que se va a someter, el desarrollo de la inteligencia emocional por parte del equipo sanitario (como la empatía) y la inclusión de la familia durante todo el proceso médico o enfermedad.
- Por otro lado, los artículos centrados en intervenciones para el tratamiento del trastorno, una vez establecido el diagnóstico, son menos numerosos, un 35,3% del total. De estas intervenciones, en orden de frecuencia, las más nombradas han sido: la terapia cognitivo-conductual (basada en el niño, enfocada al trauma o basada en la familia) y la psicoterapia familiar.
- Para que tanto la prevención como el tratamiento adecuado del trauma se produzcan, es de vital importancia la comunicación y la existencia de protocolos y criterios compartidos por el equipo sanitario y los distintos dispositivos de ayuda psicológica que pudieran ayudar al niño y su familia.
- A continuación, se ordena por orden de frecuencia quien/es han sido el/los receptor/es de la intervención en los distintos artículos revisados: el niño (41,2%), el niño y los padres (35,3%), el profesional sanitario (17,6%) y sólo los padres (5,9%).

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Coelho Rebelo M, Luis A y Costa Oliveira JM. Bases neurobiológicas del estrés postraumático. *An Psicol.* [Internet]. 2010 [citado 4 Mzo 2019];26, (1): 1-10. Disponible en: https://www.um.es/analesps/v26/v26_1/01-26_1.pdf
2. Crespo M, Gómez MM. La evaluación del estrés postraumático : Presentación de la Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP). *Clin Sal.* [Internet]. 2012 [citado 4 Mzo 2019]; 23(1):25-41. Disponible en: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinica/cl2012v23n1a2.pdf>
3. López Soler C. Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *RPPC* [Internet]. 2008 [citado 4 Mzo 2019]; 13(3): 159-174. Disponible en: <http://e-spacio.uned.es:8080/fedora/get/bibliuned:Psicopat-2008-13-3-10001/Documento.pdf>
4. Gaskill RL y Perry BD. Abuso sexual infantil, experiencias traumáticas y su impacto en el desarrollo del cerebro. *Manual sobre el abuso sexual infantil* [Internet]. 2012 [citado 4 Mzo 2019]; 2: 30-47. Disponible en: https://childtrauma.org/wp-content/uploads/2014/01/Gaskill_Perry_2012-.pdf
5. Mingote Adán, JC. Diagnóstico diferencial del trastorno de estrés postraumático. *Clínica Contemporánea* [Internet]. 2011 [citado 4 Mzo 2019];2(2): 121-124. Disponible en: <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/articulo.php?articulo=20110728100305703000>
6. D. Perry B. Stress, trauma and post-traumatic stress disorders in children. *The Child trauma academy* [Internet]. 2007 [citado 4 Mzo 2019]. Disponible en: https://childtrauma.org/wp-content/uploads/2014/10/PTSD_Spanish_sm.pdf
7. Martín Ayala, JL y de Paúl Ochotorena, J. Trastorno por estrés

- postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. *Psicothema* [Internet]. 2004 [citado 4 Mzo 2019]; 16(1): 45-49. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/1159.pdf>
8. Marsac ML, Kassam-Adams N, Delahanty DL, Widaman KF, Barakat LP. Posttraumatic stress following acute medical trauma in children: a proposed model of bio-psycho-social processes during the peri-trauma period. *Clin Child Fam Psychol Rev* [Internet]. 2014 [citado 4 Mzo 2019];17(4):399-411. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25217001>
 9. Kassam-Adams N, Marsac ML, Kohser KL, Kenardy J, March S, Winston FK. Pilot Randomized Controlled Trial of a Novel Web-Based Intervention to Prevent Posttraumatic Stress in Children Following Medical Events. *J Pediatr Psychol* [Internet]. 2015 [citado 6 Mzo 2019];41(1):138-48. Disponible en: <https://academic.oup.com/jpepsy/article/41/1/138/2580122>
 10. Marsac ML, Kassam-Adams N, Hildenbrand AK, et al. Implementing a Trauma-Informed Approach in Pediatric Health Care Networks. *JAMA Pediatr* [Internet]. 2016 [citado 6 Mzo 2019];170(1):70-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26571032>
 11. Berkowitz SJ, Stover CS, Marans SR. The Child and Family Traumatic Stress Intervention: secondary prevention for youth at risk of developing PTSD. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2010 [citado 6 Mzo 2019];52(6):676-85. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20868370>
 12. Marsac ML, Hildenbrand AK, Kohser KL, Winston FK, Li Y, Kassam-Adams N. Preventing posttraumatic stress following pediatric injury: a randomized controlled trial of a web-based psycho-educational intervention for parents. *J Pediatr Psychol* [Internet]. 2013 [citado 6 Mzo 2019];38(10):1101-11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23912164>
 13. De Young AC, Haag AC, Kenardy JA, Kimble RM, Landolt MA. Coping with Accident Reactions (CARE) early intervention programme

for preventing traumatic stress reactions in young injured children: study protocol for two randomised controlled trials. *Trials* [Internet]. 2016 [citado 6 Mzo 2019];17:362. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27464735>

14. Kenardy J, Cobham V, Nixon RD, McDermott B, March S. Protocol for a randomised controlled trial of risk screening and early intervention comparing child- and family-focused cognitive-behavioural therapy for PTSD in children following accidental injury. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2010 [citado 6 Mzo 2019];10:92. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21078196>
15. Kazak AE y Noll RB. The integration of psychology in pediatric oncology research and practice: Collaboration to improve care and outcomes for children and families. *Am Psychol* [Internet]. 2015 [citado 6 Mzo 2019];70(2), 146. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25730721>
16. Fuster Navarro, D. Estrés agudo en niños intervenidos quirúrgicamente y sintomatología en sus progenitores. Teseo [Internet]. 2013 [citado 7 Mzo 2019] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=84267>
17. Bergeron MAY. Factors that Support the Use of Child-Parent Psychotherapy as an Intervention for Child-Parent Dyads Exposed to Pediatric Medical Traumatic Stress. *Clin Soc Work J* [Internet]. 2017 [citado 7 Mzo 2019];45(1), 77-87. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/301569605_Factors_that_Support_the_Use_of_Child-Parent_Psychotherapy_as_an_Intervention_for_Child-Parent_Dyads_Exposed_to_Pediatric_Medical_Traumatic_Stress
18. Kassam-Adams N, Marsac ML, Hildenbrand A y Winston F. Post-traumatic stress following pediatric injury: update on diagnosis, risk factors, and intervention. *JAMA Pediatr* [Internet]. 2013 [citado 7 Mzo 2019]; 167(12), 1158-1165. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24100470>

19. Ari AB, Margalit D, Roth Y, Udassin R y Benarroch F. Should parents share medical information with their young children? A prospective study. *Compr Psychiat* [Internet]. 2019 [citado 7 Mzo 2019]; 88, 52-56. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X18301974>
20. Psych MC. A Canadian summary: Post-traumatic stress disorder in cancer patients. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2015 [citado 7 Mzo 2019]; 8(3), 179. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/298713265_A_canadian_summary_Post-traumatic_stress_disorder_in_cancer_patients
21. Hitchcock C, Ellis AA, Williamson P y Nixon RD. The prospective role of cognitive appraisals and social support in predicting children's posttraumatic stress. *J Abnorm Child Psychol* [Internet]. 2015 [citado 7 Mzo 2019]; 43(8), 1485-1492. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25971884>
22. Nieto RG y Day C. Family partnership model as a framework to address psychosocial needs in pediatric cancer patients. *Psicooncología* [Internet]. 2009 [citado 7 Mzo 2019]; 6(2-3), 357-372. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0909220357A/15151>
23. Alisic E, Gunaratnam S, Barrett A, Conroy R, Jowett H, Bressan S et al. Injury talk: spontaneous parent-child conversations in the aftermath of a potentially traumatic event. *EBMH* [Internet]. 2017 [citado 7 Mzo 2019]; 20(4), 19-20. Disponible en: <https://ebmh.bmj.com/content/20/4/e19>
24. Mehling WE, Lown EA, Dvorak CC, Cowan MJ, Horn BN, Dunn EA et al. Hematopoietic cell transplant and use of massage for improved symptom management: results from a pilot randomized control trial. *Evid-based Complement and Altern Med* [Internet]. 2012 [citado 7 Mzo 2019]; 2012: 450150. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22454665>

25. Bados A. Trastorno por Estrés Postraumático. Diposit [Internet]. 2015 [citado 3 Mzo 2019]; 3-7. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65623/1/TEPT.pdf>

26. Soler, CL. Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. RPPC [Internet]. 2008 [citado 3 Mzo 2019]; 13(3), 159-174. Disponible en: [http://www.aepcp.net/arc/\(2\)%202008\(3\).López%20Soler%20\(2008.RPPC\).%20Reacciones%20postraumáticas%20en%20la%20infancia%20maltratada.pdf](http://www.aepcp.net/arc/(2)%202008(3).López%20Soler%20(2008.RPPC).%20Reacciones%20postraumáticas%20en%20la%20infancia%20maltratada.pdf)

8. ANEXOS

ANEXO I: Criterios para el TEPT en adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años. Criterios del TEPT en niños menores de 6 años.

Los criterios para el TEPT según el DSM-5 en adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años son los siguientes:

A. Exposición a la ocurrencia o amenaza de muerte, lesiones graves o violación sexual en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso/s traumático/s.
2. Observación directa del suceso/s ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el suceso/s traumático/s ha ocurrido a un familiar cercano o a un amigo íntimo. En los casos de ocurrencia o amenaza de muerte de un familiar o amigo, el suceso/s ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso/s traumático/s.

Nota: El criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso/s traumático/s y que comienza tras la ocurrencia de este último:

1. Recuerdos angustiosos, recurrentes, involuntarios e intrusos del suceso/s traumático/s.

Nota: En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso/s traumático/s.

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso/s traumático/s.

Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.

3. Reacciones disociativas (por ejemplo, reviviscencias o flashbacks) en las que la persona siente o actúa como si se repitiera el suceso/s traumático/s (estas reacciones se pueden producir en un continuo, y la expresión más extrema es una pérdida completa de la conciencia del entorno presente).

Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede ocurrir durante el juego.

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso/s traumático/s.
5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso/s traumático/s.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso/s traumático/s, que comienza tras este último y que se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca del suceso/s traumático/s o estrechamente asociados con este.
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca del suceso/s traumático/S o estrechamente asociados con este.

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso/s traumático/s, que comienzan o empeoran después del suceso/s traumático/s y que se ponen de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad para recordar un aspecto importante del suceso/s traumático/s (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo.
3. Cogniciones distorsionadas persistentes sobre la causa o las consecuencias del suceso/s traumático/s que hace que el individuo se culpe a sí mis-

mo o a los demás.

4. Estado emocional negativo persistente.
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o distanciamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente para experimentar emociones positivas.

E. Alteración importante de la activación y reactividad asociada al suceso/s traumático/s, que comienza o empeora después del suceso/s traumático/s y que se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia a las amenazas potenciales, ya sean relacionadas con el evento traumático o no.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño.

F. La duración del trastorno (criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. El trastorno causa, de modo clínicamente significativo, malestar o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica.

Para niños de 6 años o menos, los criterios del TEPT según el DSM-5 son los siguientes:

A. Exposición a la ocurrencia o amenaza de muerte, lesiones graves o violencia sexual en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso/s traumático/s.

2. Observación directa del suceso/s ocurrido a otros, especialmente a los cuidadores primarios.

Nota: No incluye sucesos que solamente han visto en medios electrónicos, televisión, películas o fotografías.

3. Conocimiento de que el suceso/s traumático/s ha ocurrido a uno de los padres o cuidadores.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso/s traumático/s y que comienza tras la ocurrencia de este último:

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusos del suceso/s traumático/s.

Nota: Los recuerdos espontáneos e intrusos pueden o no ser necesariamente angustioso y se pueden expresar como recreación en el juego.

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso/s traumático/s.

Nota: Puede no ser posible determinar que el contenido aterrador está relacionado con el suceso traumático.

3. Reacciones disociativas en las que el niño siente o actúa como si se repitiera el suceso/s traumático/s (estas reacciones se pueden producir en un continuo, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente). La representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.
4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso/s traumático/s.
5. Reacciones fisiológicas importantes ante los recordatorios del suceso/s traumático/s.

C. Ha de estar presente uno (o más) de los síntomas siguientes, que representan evitación persistente de los estímulos asociados al

suceso/s traumático/s o alteraciones negativas en las cogniciones y estado de ánimo asociados al suceso/s traumático/s y que comienzan o empeoran después del suceso/s:

- Evitación persistente de los estímulos:
 1. Evitación o esfuerzos para evitar actividades, lugares o recordatorios físicos que despiertan el recuerdo del suceso/s traumático/s.
 2. Evitación o esfuerzos para evitar personas, conversaciones o situaciones interpersonales que despiertan el recuerdo del suceso/s traumático/s.

- Alteraciones negativas de las cogniciones y del estado de ánimo.
 1. Aumento importante de la frecuencia de estados emocionales negativos.
 2. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas, que incluye disminución del juego.
 3. Comportamiento socialmente retraído.
 4. Reducción persistente de la expresión de emociones positivas.

D. Alteración de la activación y reactividad asociadas al suceso/s traumático/s, que comienza o empeora después de este y que se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresa típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos (incluidas rabieta extremas).
2. Hipervigilancia a las amenazas potenciales, ya sean relacionadas con el evento traumático o no.
3. Respuesta de sobresalto exagerada.
4. Problemas de concentración.
5. Alteración del sueño.

E. La duración del trastorno es superior a un mes.

F. El trastorno causa, de modo clínicamente significativo, malestar o problemas en la relación con los padres, hermanos, compañeros u otros cuidadores, o en el comportamiento en la escuela.

G. El trastorno no se puede atribuir a efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica.

Especificar si:

- Con síntomas disociativos: Despersonalización, Desrealización.
- Con expresión demorada: Si la totalidad de los criterios no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas pueda ser inmediato).

Fuente: Bados A ²⁵.

ANEXO II: Áreas afectadas y alteraciones en menores expuestos a trauma complejo.

| | | |
|--|--|--|
| <p>I. APEGO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problemas con límites - Desconfianza, suspicacia - Aislamiento social - Dificultades interpersonales - Dificultades estados emocionales otros - Dificultad toma de perspectiva | <p>IV. DISOCIACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estado consciencia alterado - Amnesia - Despersonalización, desrealización - Dos o más estados de consciencia - Fallos de memoria sucesos | <p>VI. COGNICIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dificultades regulación atención y funciones ejecutivas - Falta de curiosidad mantenida - Probabilidad procesamiento información nueva - Probabilidad concentración tareas complejas - Probabilidad constancia objetivos - Dificultades planificación / anticipación - Probabilidad comprensión responsabilidades - Dificultades aprendizaje - Probabilidad desarrollo lenguaje - Probabilidad orientación tiempo / espacio |
| <p>II. BIOLOGÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Probabilidad desarrollo psicomotor - Analgesia - Probabilidad tono/ balance, coordinación - Somatizaciones - Problemas médicos aumentados | <p>V. CONTROL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pobre regulación impulsos - Conducta autodestructiva - Agresividad hacia otros - Problemas patológicos auto-calma - Problemas sueño - Sumisión excesiva - Conducta oposicionista - Dificultades comprender / aceptar normas - Representa trauma: conductas / juegos | <p>VII. AUTOCONCEPTO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Continuidad / predictibilidad propia alterada - Pobre sentido separación - Alteración imagen corporal - Baja autoestima - Vergüenza y culpa |
| <p>III. REGULACIÓN AFECTO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dificultades autorregulación emocional - Dificultades reconocer / expresar sentimientos - Probabilidad reconocer estados internos - Dificultades comunicar deseos y necesidades | | |

Fuente: Soler, CL ²⁶.

ANEXO III: RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA EN BASES DE DATOS

| BASES DE DATOS | ARTÍCULOS ENCONTRADOS | ARTÍCULOS EMPLEADOS |
|-----------------------|------------------------------|----------------------------|
| PubMed | 13 | 7 |
| PsycInfo | 6 | 1 |
| Dialnet | 11 | 1 |
| ProQuest | 837 | 8 |
| Enfispo | 0 | 0 |
| Cuidatge | 0 | 0 |
| Cuiden Plus | 0 | 0 |
| Índices CSIC | 0 | 0 |
| Ibecs | 37 | 0 |
| TOTAL | 904 | 17 |

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO IV: TABLA DE ARTÍCULOS EMPLEADOS EN LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

| Autores | Tipo estudio: diseño y muestra | Objetivos | Intervención preventiva | Intervención tratamiento | Receptor de cuidados |
|-------------------------------------|---------------------------------------|--|--|---------------------------------|-----------------------------|
| Marsac ML, 2014 ⁸ | Revisión bibliográfica | Detectar los niños en riesgo de TEPT en ámbito sanitario y ejecutar acciones de prevención | Modelo bio-psicosocial para detectar niños con riesgo de sufrir TEPT en ámbito sanitario | No aplica | No aplica |

| | | | | | |
|--|---|--|---|-----------|---------|
| Kas- sam- Adams N, 2016 9 | Ensayo clínico. Niños de 8-12 años con un episodio agudo médico en las últimas 2 semanas, potencialmente traumático | Prevenir el - TEPT per sistente - tras acon tecimiento médico - agudo em pleando - una estruc tura web. | Estructura web - tipo videojuego - online con un ar - gumento y perso najes. El niño dirige a los personajes ante - distintas situacio nes conflictivas para afrontarlas, - adquiriendo habi - lidades de afron tamiento mientras juega. | No aplica | El niño |
|--|---|--|---|-----------|---------|

| | | | | | |
|--|--|--|--|------------------|---|
| <p><u>Marsac ML, 2016</u> ¹⁰</p> | <p>Revisión bibliográfica</p> | <p>Paliar los efectos negativos traumáticos en los niños, sus familias y sanitarios por acontecimientos médicos en unidades pediátricas.</p> | <p>Emplear un enfoque informado sobre el trauma en unidades pediátricas hospitalarias</p> | <p>No aplica</p> | <p>El niño, los padres y los profesionales sanitarios</p> |
| <p><u>Berko-witz SJ, 2011</u> ¹¹</p> | <p>Ensayo clínico 112 niños de entre 7-17 años 30 días después de un evento potencialmente traumático</p> | <p>Prevenir el TEPT crónico en el niños tras un período de 30 días desde el evento potencialmente traumático.</p> | <p>“La intervención para el estrés traumático en el niño y la familia” mejora la comunicación niño-padres y explica distintas formas de afrontamiento.</p> | <p>No aplica</p> | <p>El niño y sus padres</p> |

| | | | | | |
|--|--|---|---|-----------|----------------------|
| Marsac ML, 2013 ¹² | Ensayo clínico 100 niños de 6-17 años que sufrieron una lesión y recibie ron trata miento médico en los últimos 60 días. | Promover la recupe ración emocional del niño tras una lesión. | La estructura web online ("Aftert heinjury.org", ATI) aporta recursos didácticos a los padres para reco nocer los sínto mas postraumáti co en sus hijos, mejorar la comu nicación con ellos y enseñar formas de afrontamiento. Incluye planes personalizados. | No aplica | El niño y sus padres |
|--|--|---|---|-----------|----------------------|

| | | | | | |
|---|--|---|--|------------------|-----------------------------|
| <p>De Young AC, 2016 ¹³</p> | <p>Ensayo clínico Niños de 1-6 años ó 1-4 años que recibieron tratamiento médico tras lesión / quemadura</p> | <p>Prevenir el TEPT en el niño y sus padres tras una lesión o quemadura dura</p> | <p>CARE (“Coping with Accident Reactions”) provee psicoeducación sobre las reacciones de estrés y aporta estrategias de afrontamiento</p> | <p>No aplica</p> | <p>El niño y sus padres</p> |
| <p>Anne E. Kazak, 2015 ¹⁴</p> | <p>Revisión bibliográfica</p> | <p>Minimizar las reacciones negativas de los niños que sufren cáncer y mejorar su calidad de vida</p> | <p>Aplicar conocimientos psicológicos a la práctica clínica diaria de los profesionales sanitarios que están en contacto con niños con cáncer.</p> | <p>No aplica</p> | <p>El niño</p> |

| | | | | | |
|--|---|---|--|-----------|----------------------|
| Fuster Navarro Amparo, 2013 ¹⁵ | Estudio transversal correlacional 160 niños de 9-16 años intervenidos quirúrgicamente. | Prevenir los síntomas de estrés en niños sometidos a IQ y en sus padres. | Terapias cognitivas, conductuales e informativas implementadas en el ámbito sanitario. | No aplica | El niño y sus padres |
| Amichai Ben Ari, 2019 ¹⁶ | Ensayo clínico prospectivo 151 padres de niños de 3-13 años admitidos en el departamento de cirugía pediátrica | Comprobar si comparación médica con los niños sobre los procedimientos médicos invasivos influye en el desarrollo posterior de TEPT | Los padres compartieron información detallada sobre los procedimientos médicos invasivos a los que se iban a enfrentar los niños | No aplica | El niño |

| | | | | | |
|--|--|---|--|-----------|---------|
| Crowe Christi- na, 2015 ¹⁷ | Revisión bibliográfi ca | Evitar que niños con cáncer desarrollen TEPT | Terapia cognitivo- conductual | No aplica | El niño |
| Hitch- cock Caitlin, 2015 ¹⁸ | Ensayo clínico 97 niños que fueron atendidos en un Hos pital tras un inciden te traumá tico aislado | Comprobar la relación entre las cogniciones negativas y adaptativas a lo largo del desarrollo del TEPT y su influen cia con el apoyo so cial | Recibir el apoyo social adecuado al niño, al momento y a las circunstan cias Enseñar cognicio nes adaptativas al niño | No aplica | El niño |

| | | | | | |
|--|---|---|--|------------------|-----------------------------|
| <p>Nieto, Rebeca García, 2009 ¹⁹</p> | <p>Revisión bibliográfica</p> | <p>Aliviar los síntomas de estrés postraumático en niños con cáncer y sus familias</p> | <p>“Family Partners hip Model” es un enfoque centrado en una relación de confianza padres-hijo a lo largo del proceso de la enfermedad</p> | <p>No aplica</p> | <p>El niño y su familia</p> |
| <p>Alisic Eva, 2017 ²⁰</p> | <p>Estudio observacional 71 niños que fueron hospitalizados mín. 24 h por una lesión accidental</p> | <p>Comprobar si la conversación espontánea padres-hijo sobre la lesión mejora a largo plazo el funcionamiento socioemocional del niño</p> | <p>El proyecto “EAR” monitorizó conversaciones espontáneas padres-hijo tras la lesión del niño y comprobó que estas conversaciones sobre la lesión eran benéficas para el niño</p> | <p>No aplica</p> | <p>El niño</p> |

| | | | | | |
|---|---|--|-----------|--|---------|
| Mehring Wolf E, 2012 ²¹ | Ensayo clínico 23 niños del servicio de tras plante de células hematopo yéticas | Reducir los síntomas asociados al trasplan te (náusea, vómito y dolor) y mejorar el estado emocional. | No aplica | Empleo de masaje Sueco y acupresión en una unidad pediátrica de trasplante de células madre. | El niño |
|---|---|--|-----------|--|---------|

Kenardy
J, 2010
22

| | | | | |
|---|--|-----------|---|----------------------|
| Ensayo clínico Niños de 7-16 años que acudieron a Urgencias por una lesión accidental | Realizar un screening de los niños en riesgo de desarrollar TEPT o que ya lo han desarrollado tras una lesión y aplicar la terapia cognitivo-conductual para su tratamiento. | No aplica | Terapia cognitivo-conductual basada en el niño Terapia cognitivo-conductual basada en la familia | El niño y sus padres |
|---|--|-----------|---|----------------------|

| | | | | | |
|---|------------------------|---|-----------|--|----------------------|
| Yuko Berge-ron Mari-Anna, 2016 ²³ | Revisión bibliográfica | Tratar los síntomas de estrés posttraumático en niños tras un acontecimiento médico agudo y fomentar el apego padres-hijo | No aplica | Terapia cognitivo-conductual enfocada al trauma Psicoterapia pares-hijo | El niño y sus padres |
| E. Cobham Vanessa, 2012 ²⁴ | Revisión bibliográfica | Minimizar los síntomas posttraumático en niños con TEPT tras una lesión accidental | No aplica | Terapia cognitivo-conductual enfocada al trauma | El niño |

Fuente: Elaboración propia

