

Universidad de Lima
Facultad de Psicología
Carrera de Psicología



EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL FOCALIZADA EN EL TRAUMA PARA EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Trabajo de Suficiencia Profesional para optar el Título Profesional de Licenciado en
Psicología

FRANCO ALBERTO OREZZOLI MONGRUT

20163392

JORGE GUILLERMO VILLAVICENCIO GARCIA

20153451

Asesor

Zoila Magaly Flores Giles

Lima – Perú

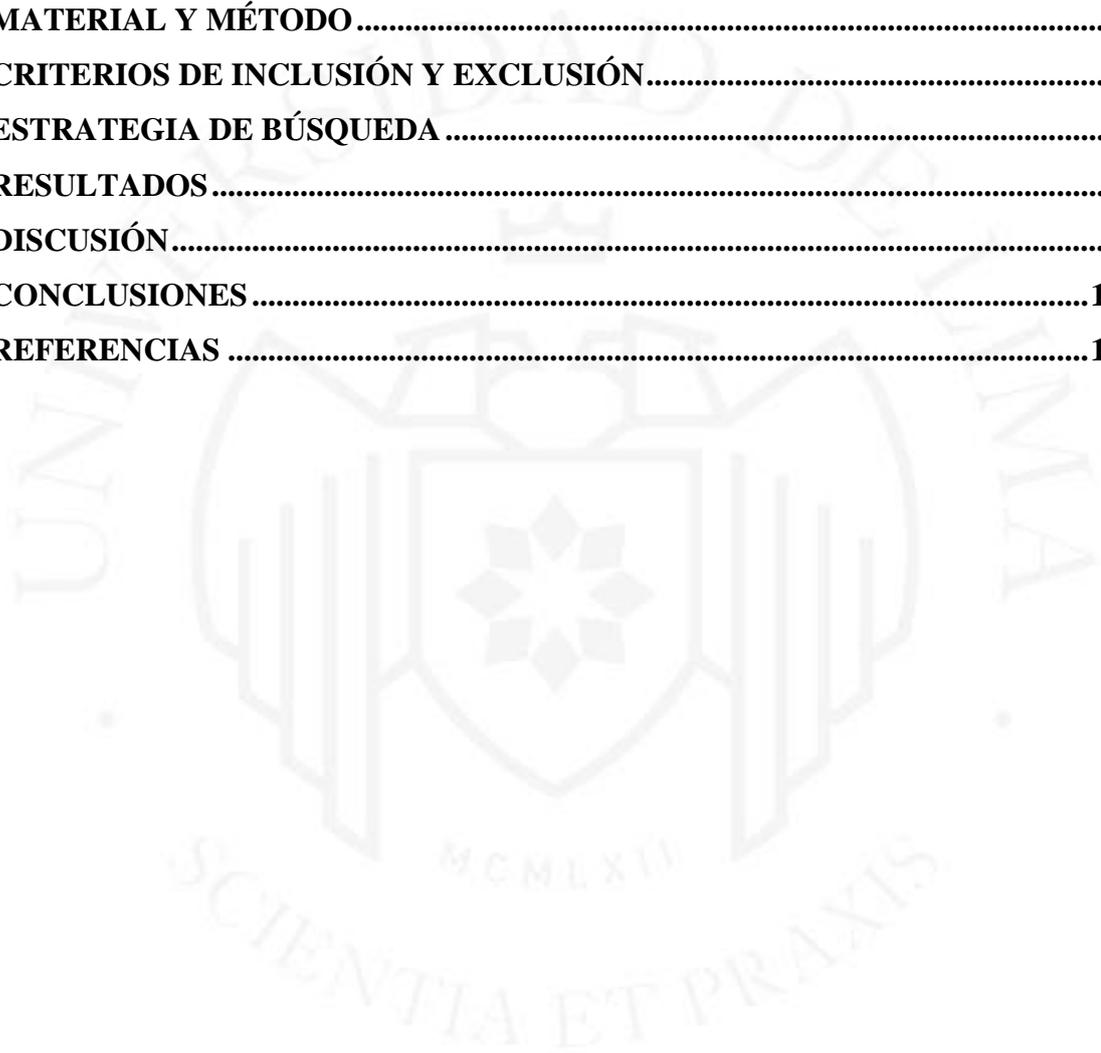
Marzo de 2024



**EFFECTIVENESS OF TRAUMA-FOCUSED
COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY FOR
POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN
CHILDREN AND ADOLESCENTS.**

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	1
ABSTRACT	1
INTRODUCCIÓN.....	1
MATERIAL Y MÉTODO	3
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	3
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	3
RESULTADOS.....	4
DISCUSIÓN.....	9
CONCLUSIONES.....	11
REFERENCIAS	11



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Análisis de los estudios seleccionados	5
Tabla 2 Continuación del análisis de los estudios seleccionados.....	6



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Diagrama de Flujo.....4



Efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual focalizada en el trauma para el trastorno de estrés postraumático en niños y adolescentes

Franco A. Orezzoli Mongrut¹, Jorge G. Villavicencio García²

20163392@aloe.ulima.edu.pe¹, 20153451@aloe.ulima.edu.pe²

Universidad de Lima

Resumen: El trastorno de estrés postraumático (TEPT) en niños y adolescentes es un problema de salud pública a nivel global. El objetivo de esta revisión fue evaluar la evidencia sobre la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual Focalizada en el Trauma (TCC-FT) para el TEPT en niños y adolescentes. Se realizó una búsqueda sistemática en bases de datos como Scopus y Web of Science de donde se extrajeron como muestra 7 ensayos controlados aleatorios y 3 cuasiexperimentales publicados entre el 2010 y 2024. Estas investigaciones examinaron la TCC-FT en niños entre los 3 y 17 años con diagnóstico o síntomas de TEPT. El número total de participantes fue de n=1011 participantes. Los resultados indican que la TCC-FT logra reducciones significativas en síntomas de reexperimentación, evitación y activación con tamaños del efecto medianos a grandes ($d=0.51-2.64$). Se encontraron también mejoras en comorbilidades como depresión, ansiedad, conducta e impacto en padres. Los beneficios terapéuticos se mantuvieron en seguimientos de mediano plazo. La TCC-FT aparece como un tratamiento eficaz y recomendable como primera línea para niños y adolescentes con TEPT en diversos contextos. Se necesitan más estudios sobre su efectividad relativa frente a otras intervenciones.

Palabras clave: trastorno de estrés postraumático, terapia cognitivo conductual focalizada en el trauma, niños, efectividad

Abstract: Post-traumatic stress disorder (PTSD) in children and adolescents is a global public health problem. The aim of this review was to evaluate the evidence on the effectiveness of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) for PTSD in children and adolescents. A systematic search was conducted in databases such as Scopus and Web of Science from which 7 randomized controlled trials and 3 quasi-experimental trials published between 2010 and 2024 were extracted as a sample. These investigations examined TF-CBT in children between the ages of 3 and 17 years with a diagnosis or symptoms of PTSD. The total number of participants was n=1011 participants. Results indicate that TF-CBT achieves significant reductions in reexperiencing, avoidance, and arousal symptoms with medium to large effect sizes ($d=0.51-2.64$). Improvements were also found in comorbidities such as depression, anxiety, behavior, and parental impact. Therapeutic benefits were maintained at medium-term follow-up. TF-CBT appears as an effective and recommendable first-line treatment for children and adolescents with PTSD in various contexts. More studies are needed on its relative effectiveness versus other interventions.

Keywords: posttraumatic stress disorder, trauma-focused cognitive behavior therapy, children, effectiveness

Introducción

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es clasificado como un trastorno psicológico tanto grave como común en niños y adolescentes. Se estima que alrededor del 30% a 60% de jóvenes que han experimentado eventos traumáticos pueden desarrollar TEPT. Entre los diferentes tipos de eventos traumáticos que pueden generar el desarrollo de esta patología en niños y adolescentes se incluyen principalmente el abuso físico o sexual, guerra o terrorismo, desastres naturales o provocados por el hombre, enfermedades catastróficas y accidentes. Se encuentra que niños y adolescentes con TEPT presentan niveles bajos de funcionamiento en diferentes entornos como en el hogar y la escuela. Asimismo, en comparación con la población adulta, se identifican niveles más altos de ansiedad y depresión tanto en niños como adolescentes (Xiang et, al 2021).

La violencia es uno de los principales motivos de desarrollo de un TEPT a nivel global. Se estima que aproximadamente tres de cada cuatro menores de edad, entre los 2 a 4 años sufren violencia física y/o psicológica ejercida por sus cuidadores o padres regularmente. Además, de cada cinco mujeres, una y de cada tres hombres, uno reportan haber experimentado algún tipo de abuso sexual durante la infancia y adolescencia

(Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). En cuanto al abuso infantil, a nivel nacional, en 2019 se encontraron los siguientes casos reportados: 12733 casos de violencia física; 18617 casos de violencia psicológica; 246 casos de violencia económica y 8608 casos de violencia sexual (Defensoría del Pueblo, 2019).

Es importante señalar que el TEPT no tratado es un determinante clave para pobres resultados de salud, así como riesgo elevado de trastornos psiquiátricos o tendencias suicidas. En este sentido, destaca la importancia de identificar y responder en la brevedad a las necesidades de menores traumatizados (Xiang et, al 2021). El trastorno de estrés postraumático es una patología generada a partir de la vivencia directa, conocimiento u observación de un hecho que puede considerarse como un riesgo para la vida y altamente traumático (Parra & Osorio, 2020). Se caracteriza por la repetición de la experiencia del evento traumático, evitación de los recuerdos traumáticos, hipervigilancia hacia el peligro e incremento de la activación psicológica (Simmons et, al 2021). Es importante resaltar que este trastorno se manifiesta de manera distinta en niños que en adultos, puesto que los primeros, frente a un estímulo relacionado al evento traumático, tienden a evitar la exteriorización de la experiencia de malestar (Andrade & Gents, 2020).

Por otro lado, para explicar detalladamente los mecanismos por los cuales se origina y mantiene el trastorno de estrés postraumático se toman como referencia dos teorías principalmente. En primer lugar, el modelo de procesamiento dual de Brewin, Daglesh y Josephs (1996) y en segundo lugar la teoría cognitiva de Ehlers and Clark's (2000) (Nidjam et al., 2015).

Por un lado, Brewin, Daglesh y Josephs (1996) explican, cómo los eventos traumáticos generan una representación dual dentro de la psique de la persona conformada por el conocimiento verbal accesible y el conocimiento situacionalmente accesible. Respecto a la primera, se toman en cuenta, tanto las comprensiones conscientes sobre el hecho, como la información sensorial entendida a partir de reacciones psicológicas y emocionales. En cuanto a la segunda, esta hace referencia al procesamiento inconsciente del suceso activado de manera involuntaria en la persona frente a ambientes físicamente similares a la situación o que evocan un significado similar. Ambas representaciones explican cómo pueden generarse, específicamente tres respuestas emocionales por separado, dependiendo del individuo y su respuesta al evento traumático. En primer lugar, la integración entendida como la asimilación correcta del evento traumático dentro de la memoria. En segundo lugar, la incapacidad de procesar adecuadamente el evento traumático, lo cual desencadena un patrón disfuncional generando patologías crónicas como el TEPT. En tercer lugar, la inhibición prematura del procesamiento del suceso, donde existe un margen de recuperación del trauma, pero aun así ciertos estímulos desencadenan conductas involuntarias debido a los recuerdos aún no asimilados (Nidjam et al, 2015).

Por otro lado, respecto al modelo cognitivo de Ehlers and Clark's (2000), se plantea que las personas que desarrollan un TEPT tienden a percibir peligro tanto de manera externa como interna, constantemente. En primer lugar, esto se debe a una apreciación negativa del trauma y sus secuelas, principalmente como valoraciones negativas de sí mismos (autopercepción de insuficiencia) o de otras personas (falta de confianza en los demás). Sumado a esto, se observa un procesamiento inexacto y desordenado del recuerdo del evento traumático. En este sentido, existe una dificultad del individuo para centrarse en el presente lo cual genera una incapacidad de integrar ideas, tales como haber sobrevivido al evento traumático o entender que las demás personas no quieren hacerle daño. Al ser altamente sensoriales, estas memorias suelen activarse con facilidad ante estímulos similares a los vividos durante el hecho. Continuando con lo mencionado previamente, se encuentran estrategias de afrontamiento ineficientes tanto cognitivas como

conductuales. De este modo, las respuestas emitidas por el individuo tienden a incrementar el nivel de sensación de peligro resultando en hipervigilancia o en un aumento de los síntomas como la supresión de recuerdos del evento traumático. Asimismo, conductas como rumiación, evitación y de seguridad impiden cambiar la apreciación acerca del evento traumático, aumentando así la probabilidad de mantenimiento del trastorno (Murray et al., 2020).

La Terapia Cognitivo Conductual enfocada en el trauma (TCC-FT) es un tipo de terapia basado en evidencia y proviene de la Terapia Cognitivo Conductual tradicional para niños traumatizados. Es un enfoque terapéutico flexible conformado tanto por sesiones individuales como sesiones acompañadas por los padres o cuidadores. Específicamente, el objetivo de la TCC-FT es abordar el impacto negativo de los eventos traumáticos en la vida de los niños con edades entre 3 a 18 años. La terapia se ve compuesta por 9 componentes sintetizados por el acrónimo, PRACTICE, por sus siglas en inglés: 1) Psicoeducación, 2) Habilidades parentales 3) Relajación 4) Habilidades de modulación afectiva 5) Afrontamiento y procesamiento de la experiencia traumática 6) Procesamiento y narrativa del trauma 7) Exposición en vivo 8) Sesiones con padres y niños juntos 9) Mejorar seguridad futura (Chipalo, 2021).

Actualmente, esta psicoterapia es recomendada como uno de los principales tratamientos para el TEPT en niños y adolescentes de acuerdo con varias directrices internacionales. El estudio realizado por Kameoka et, al (2020) buscó determinar la efectividad de la TCC-FT aplicándolo en ambientes comunales de Japón comparándolo con la terapia habitual. La muestra del estudio se vio compuesta por treinta niños y adolescentes japoneses con un rango de edad entre los seis y dieciocho años, entre ellos 8 varones y 22 chicas con una edad media de 13.90, los cuales fueron asignados al azar a 12 sesiones de terapia habitual o de TCC-FT. El análisis de los resultados muestra que la TCC-FT consigue una disminución significativa de la sintomatología, en comparación con el grupo control (terapia habitual).

En otro estudio realizado por Hébert y Amédée (2020) consiste en la aplicación de sesiones de Terapia Cognitivo Conductual enfocada en el trauma a una muestra de 384 niños con experiencias de abuso sexual con edades entre 6 a 14 años que buscaron atención en servicios de salud. La muestra fue conformada en un 67.2% por mujeres y un 32.8% por hombres, la edad media de los participantes fue de 9.56 años. Respecto a los hallazgos se encontró que la aplicación de sesiones de TCC-FT produjeron una reducción significativa

de los problemas de disociación, internalización y externalización entre los participantes. Asimismo, se observa una reducción significativa de la sintomatología del TEPT ($d = .90$) para niños que se encuentran en la clasificación de trauma complejo.

De este modo se busca responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la efectividad de la TCC-FT sobre el trastorno de estrés postraumático en niños y adolescentes? En este sentido, se tuvo como objetivo identificar la efectividad de la TCC-FT en el trastorno de estrés postraumático en niños y adolescentes a partir de una revisión de artículos científicos.

Material y método

Criterios de inclusión y exclusión

Por un lado, respecto a los criterios de inclusión se toman en cuenta los siguientes puntos: a) publicaciones realizadas en inglés, debido a que es en este idioma donde se encuentra la mayor cantidad de información científica con altos niveles de rigurosidad, se identifica una ausencia de publicaciones en idioma español que cumplan con este criterio b) se tomaron en cuenta estudios cuantitativos que evalúan la efectividad de la TCC-FT sobre el TEPT, c) estudios realizados con niños con edades comprendidas entre los 3-18 años, debido a que es el rango sobre el que trabaja la TCC-FT d) estudios realizados con población con diagnóstico de TEPT o sintomatología de estrés postraumático, e) estudios de corte experimental y cuasi experimental, d) estudios entre 2010 y 2024, puesto que se consideró la importancia de contar con información y evidencia científica más actualizada.

Por otro lado, en cuanto a los criterios de exclusión se tomaron en cuenta los siguientes puntos: a) revisiones sistemáticas y metaanálisis, puesto que son estudios secundarios b) estudios cualitativos, ya que no cuentan con datos cuantificables c) estudios correlacionales, d) estudios sin datos concluyentes, e) estudios realizados con otros trastornos psicológicos, f) estudios experimentales sin la aplicación de TCC-FT, g) capítulos de libros, h) tesis, j) revistas de divulgación.

Estrategia de búsqueda

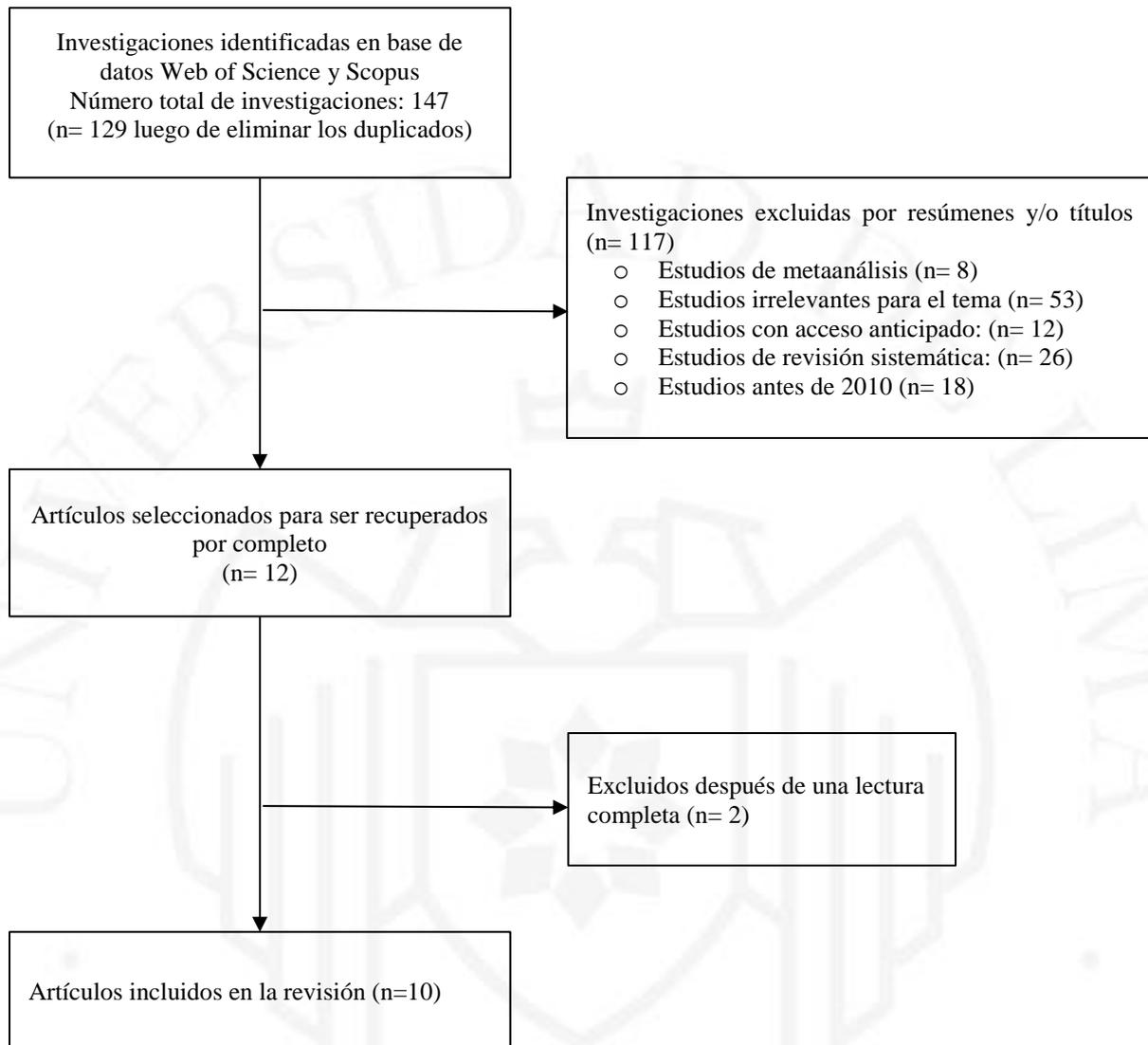
La búsqueda se realizó entre los meses de enero y febrero del 2024 en las bases de datos electrónicas Web of Science y Scopus. Para la búsqueda se consideraron el uso de palabras clave como: TF-CBT, PTSD, children, abuse, trauma, randomized experimental trials. Las palabras claves previamente mencionadas fueron configuradas a través de operadores booleanos, AND y OR para combinar los términos, resultando en la siguiente ecuación de búsqueda: children AND (PTSD OR “post traumatic stress disorder” OR trauma OR abuse) AND (“Trauma focused cognitive behavioral therapy” OR TF-CBT). Se utilizaron filtros de acceso abierto, debido a la necesidad de poder adquirir la información completa y sin costo.

Asimismo, se utilizó la búsqueda por área de investigación, ya que se buscó únicamente contar con información científica relacionada al ámbito de la psicología. Finalmente, se redujo la cantidad de artículos encontrados con la ecuación de búsqueda a partir de la aplicación de intervalos de tiempo específicos entre los años 2010 y 2023. El proceso de búsqueda se realizó siguiendo las indicaciones de la guía PRISMA, como resultado se obtuvieron un total de 147 referencias, de estas 18 fueron descartadas debido a que se encontraron duplicadas en las bases de datos.

Posteriormente fueron descartados aquellos artículos que no cumplían con los criterios de inclusión, entre estos se encontraron metaanálisis, revisiones sistemáticas estudios cualitativos y con resultados inconclusos. Sumado a esto se obtuvieron 12 artículos para ser examinados por completo, de los cuales 2 fueron eliminados. Ambos artículos realizaron seguimiento a investigaciones anteriores, por lo que fueron excluidos debido a una ausencia de aplicación de la TCC-FT. Finalmente, se lograron seleccionar 10 artículos científicos que cumplían los criterios de inclusión y presentaron una ausencia de los criterios de exclusión. En el flujograma (Figura 1), se ve representado el proceso de selección de los artículos encontrados.

Figura 1

Diagrama de Flujo



Resultados

A continuación, se realiza el análisis de los datos más importantes encontrados dentro de los 10 artículos seleccionados para la presente revisión. Para un análisis más riguroso, se consideró

importante poder distribuir los datos más relevantes en dos tablas: (Tabla 1) donde se toma en cuenta el autor, año, país de origen, título y participantes; (Tabla 2) donde se considera el año, autor, instrumentos, diseño del estudio, tamaño del efecto y hallazgos principales.

Tabla 1*Análisis de los estudios seleccionados*

Año y autor	País	Título	Participantes
Scheeringa et al. (2010)	Estados Unidos	Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in three-through six-year-old children: A randomized clinical trial	64 (42 niños, edad 3 -6)
Deblinger et al. (2010)	Estados Unidos	Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children: Impact of the Trauma Narrative and Treatment Length	210 (128 niñas, edad 4 - 11)
Webb et al. (2014)	Estados Unidos	Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Youth: Effectiveness in a Community Setting	72 (46 niñas, edad 7-16)
Hébert y Daignault (2015)	Canadá	Challenges in treatment of sexually abused preschoolers: A pilot study of TF-CBT in Quebec	25 (15 niñas, edad 3 - 6).
Cohen et al. (2011)	Estados Unidos	Community Treatment of Posttraumatic Stress Disorder for Children Exposed to Intimate Partner Violence	124 (61 varones, edad 7 - 14).
Goldbeck, et al. (2016)	Alemania	Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents: A Randomized Controlled Trial in Eight German Mental Health Clinics	159 (114 mujeres, edad 14 - 17)
Kameoka, et al. (2020)	Japón	Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy for Japanese children and adolescents in community settings: a multisite randomized controlled trial	30 (22 mujeres, edad 6-18)
McMullen et al. (2013)	República democrática del Congo	Group trauma-focused cognitive-behavioural therapy with former child soldiers and other war-affected boys in the DR Congo: a randomized controlled trial	50 (39 niños soldados, edad 13-17)
Stewart et al. (2021)	El Salvador	Implementation of an Evidence-Based Psychotherapy for Trauma-Exposed Children in a Lower-Middle Income Country: The Use of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy in El Salvador	121 (64 varones, edad 3-18)
Jensen et al. (2014)	Noruega	A Randomized Effectiveness Study Comparing Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy with Therapy as Usual for Youth	156 (124 mujeres, edad 10-18)

Tabla 2*Continuación del análisis de los estudios seleccionados*

Autor y año	Instrumentos y fiabilidad	Diseño del estudio	Tamaño del efecto	Hallazgos principales
Scheeringa et al. (2010)	PAPA ($\kappa = .57 - .74$); AEC ($\alpha = .70$); TFC; ACC.	ECA pre-post con seguimiento (6 meses), 2 grupos. 12S de TCC-FT.	TEPT (d= 1.01)	(d= Mejoras significativas en los síntomas del TEPT. Después del seguimiento las mejoras en el TEPT incrementaron.
Deblinger et al. (2010)	K-SADS ($\kappa = .73 - 1.00$); BDI-II ($\alpha = .91$); CBCL ($\alpha = .78 - .97$); CSBI ($\alpha = .74 - .90$); PERQ ($\alpha = .87$); PPQ ($\alpha = .75 - .91$); CDI ($\alpha = .87$); FEAR ($\alpha = .80 - .90$); MASC ($\alpha = .92$); SHAME ($\alpha = .88$); WIST = .83)	ECA, pre-post, 4 grupos. 8S con NT; 8s sin NT; 16S con NT; 16 sesiones sin NT.	TEPT (d= .94)	(d= Los que recibieron 16 sesiones presentaban menos síntomas de reexperimentación y evitación que los que recibieron 8 sesiones.
Webb et al. (2014)	UPID ($\alpha = .70$); CBCL ($\alpha = .87 - .95$)	Cuasiexperimental, pre-post con seguimiento (3, 6, 9 y 12 meses). 10S de TCC-FT.	TEPT (d=0.92)	Los síntomas del TEPT se redujeron y mantuvieron en el tiempo.
Hébert Daignault (2015)	CBCL ($\alpha = .89 - .92$); CPTS-RI-PQ ($\alpha = .91$); CDC ($\rho = .69$); PDSQ HS ($\alpha = .91$); MPSS-SR ($\alpha = .97$)	Cuasiexperimental, pre-post con seguimiento (1 año). 12S de TCC-FT	TEPT (d= .94)	La sintomatología del TEPT se redujo significativamente y se mantiene en el tiempo.
Cohen et al. (2011)	K-SADS-PL (0.89–1.00); RI ($\alpha = .90$); SCARED ($\alpha = .93$); CDI ($\alpha = .87$); CBCL ($\alpha = .78 - .97$); K-BIT ($\alpha = .80$)	ECA, pre-post, 2 grupos. 8S TCC-FT y 8S TCN.	TEPT ($\chi^2 = 4.67$)	La TCC-FT obtuvo mejoras significativas en TEPT en comparación con la TCN.

(continúa)

(continuación)

Autor y año	Instrumentos y fiabilidad	Diseño del estudio	Tamaño del efecto	Hallazgos principales
Goldbeck, et al. (2016)	CAPS-CA ($\alpha = .79$); K-SADS ($\kappa = .63 - 1.00$); CGAS; UPI ($\alpha = .85$); CPTCI ($\alpha = .92$); SCARED ($\alpha = .92$); CDI ($\alpha = .89$); CBCL ($\alpha = .94$); ILK ($\alpha = .94$)	ECA, pre - post con seguimiento (2 y 4 meses), 2 grupos. 12S de TCC-FT.	TEPT (d= 0.73)	La TCC-FT obtuvo mejoras significativas frente al grupo de espera y esto se mantuvo con el tiempo.
Kameoka, et al. (2020)	K-SADS-PL ($\kappa = .63 - .67$); CGAS ($\alpha = .74$); UPI ($\alpha = .91$); CBCL ($\alpha = .67 - .89$); DSRSC ($\alpha = .77 - .79$); SCAS ($\alpha = .76$); BDI-II ($\alpha = .88$); STAI ($\alpha = .93 - .95$); WHOQOL ($\alpha = .97$)	ECA, pre-post con seguimiento (1 mes), 2 grupos. 12S de TCC-FT.	TEPT (d= .96)	Esta terapia es efectiva para el tratamiento de jóvenes que han sufrido eventos traumáticos y se puede aplicar en ambientes comunitarios.
McMullen et al. (2013)	UPI ($\alpha = .82$); AYPAA ($\alpha = .76$).	ECA, pre- post con seguimiento (3 meses), 2 grupos. 15S de TCC-FT.	TEPT ($g_p^2 = .688$)	Una intervención de TCC-FT grupal y culturalmente modificada fue eficaz para reducir el TEPT. Asimismo, las mejoras se mantienen con el tiempo.
Stewart et al. (2021)	CPSS-5 ($\alpha = .90$); RCADS-SV ($\alpha = .79 - .91$)	Cuasiexperimental, pre-post. 14S TCC-FT	TEPT (d= 2.04)	La TCC-FT es efectiva para el tratamiento del trauma.
Jensen et al. (2014)	CPSS ($\alpha = .91$); CAPS-CA ($\alpha = .90$); MFQ ($\alpha = .91$); SCARED ($\alpha = .93$); SDQ ($\alpha = .73$)	ECA, pre-post con seguimiento (18 meses), 2 grupos. 15S de TCC-FT y 15S de TAU.	TEPT (d = 0.51)	La TCC-FT es efectiva en el tratamiento de jóvenes traumatizados en clínicas comunitarias de salud mental.

Nota. ECA= Ensayo clínico aleatorizado, S= Sesiones; TCC-FT= Terapia Cognitivo Conductual focalizada en trauma; NT= Narración Trauma; TCN: Terapia centrada en el niño; TAU= Therapy as usual; PAPA= The Preschool Age Psychiatric Assessment; AEC= The Adverse Events Checklist; TFC= The Treatment Fidelity Checklist; ACC= The Adaptability Checklist-Child; K-SADS= Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version; BDI-II= Beck Depression Inventory-II; CBCL= Child Behavior Checklist; CSBI= Child Sexual Behavior Inventory; PERQ= Parent Emotional Reaction Questionnaire; PPQ= Parent Practices Questionnaire; CDI= The Children's Depression Inventory; Fear= Fear Thermometer; MASC= Multidimensional Anxiety Scale for Children; Shame= The Shame Questionnaire; WIST= What If Situations Test; UPID: UCLA PTSD Reaction Index for DSM-IV; CAPS-CA= Clinician Administered PTSD Scale for DSM-5 – Child and Adolescent Version; CGAS= The Children's Global Assessment Scale; SCARED= The Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders ; ILK= Inventory of Quality of Life in Children; CPTS-RI-PQ= Parents completed the Child Post-Traumatic Stress Reaction Index — Parent Questionnaire; CDC= The Child Dissociative Checklist; PDSQHS= Psychological Distress Scale of the Quebec Health Survey; MPSS-SR= The Modified PTSD Symptom Scale — Self-Report; UPI= UCLA-PTSD Reaction Index.; CPTCI= Child Posttraumatic Cognitions Inventory; K-SADS-PL= Kiddie-Schedule for Affective Disorders & Schizophrenia, Present & Lifetime Version;

RI= University of California at Los Angeles Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index; K-BIT= the Kaufman Brief Intelligence Test; DSRSC= The Depression Self-Rating Scale for Children; SCAS= The Spence Children's Anxiety Scale; STAI= The State-Trait Anxiety Inventory; WHOQOL= The World Health Organization Quality of Life scale; AYPAs= The African Youth Psychosocial Assessment; CPSS-5= Spanish Version of the Child PTSD Symptom Scale for DSM-5; RCADS-SV= Spanish Form of the Revised Child Anxiety and Depression Scale – Short Version; CPSS= Child PTSD Symptom Scale; MFQ= Mood and Feelings Questionnaire; SDQ= Strengths and Difficulties Questionnaire.

El estudio realizado por Scheringa et al. (2010) tuvo como objetivo proporcionar información de la efectividad y viabilidad de la TCC-FT en niños. Para esto, se generaron dos grupos aleatorios, tratamiento (n = 40) y lista de espera (n = 24). Como hallazgos secundarios se encontró que el grupo experimental tuvo mejoras en las comorbilidades. Por un lado, se halló un tamaño del efecto alto en depresión (d= .92), ansiedad por separación (d= .72) y trastorno oposicionista de la conducta (d = .89). En este sentido, se identificó una mejora significativa sobre estas condiciones. Por otro lado, respecto al trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), se encontró un tamaño del efecto bajo (d = .40), lo cual indica que no hubo mejoras significativas sobre estos síntomas. En términos de viabilidad del estudio, se evidenció una concordancia significativa entre evaluadores y terapeutas, reflejada en un estadístico kappa de valor medio a alto (.86).

En la investigación realizada por Deblinger et al. (2010) se tuvo como objetivo examinar los efectos diferenciales de TCC-FT con o sin componente de narración del trauma (NT) administrada en 8 vs 16 sesiones a jóvenes supervivientes de abuso sexual junto con sus padres o cuidadores no agresores. Acerca de los resultados secundarios, se identificó que las 8 sesiones con el componente de narración de trauma fueron efectivas para abordar el malestar de los padres ante el maltrato, así como el miedo y la ansiedad general de los niños ante el abuso. Sumado a esto, en las 16 sesiones sin narración de trauma se observó una mejora en las habilidades parentales de los cuidadores, en este sentido los padres y cuidadores reportaron una disminución en la exteriorización de conductas problemáticas en los menores de edad.

Por otro lado, Webb et al. (2014) busco examinar la posibilidad de una implementación efectiva de la TCC-FT por terapeutas con poca experiencia previa en la terapia. Asimismo, buscó determinar si la terapia mantiene su eficacia al ser aplicada en entornos comunitarios. Es así como en esta investigación se tuvo como muestra a jóvenes que hayan sufrido algún evento traumático como abuso físico o sexual, violencia doméstica o comunitaria y pérdida traumática. Asimismo, entre los requisitos se establece que los participantes debían presentar sintomatología de TEPT. Los resultados arrojaron que las conductas problemáticas

internalizadas disminuyeron significativamente con un tamaño del efecto mediano a grande (d=0.67) y se mantuvieron. Sin embargo, las conductas problemáticas externalizadas disminuyeron modestamente (d=0.39) y tendieron a resurgir levemente en el seguimiento

En otro estudio realizado por Hébert y Daignault (2015) se buscó determinar la factibilidad de la aplicación de la TCC-FT en un grupo de preescolares víctimas de abuso sexual mediante un estudio piloto. Con respecto a la sintomatología del TEPT se observó un tamaño del efecto grande, es decir una reducción significativa específicamente sobre la re-experienciación (d= .95) e hipervigilancia (d= 1.08), sin embargo, se identificó que en la evitación no hubo cambios significativos. Asimismo, se halló una reducción significativa de la sintomatología disociativa (d= 1.07). Sumado a esto, se identificaron efectos positivos en la reducción de los niveles de estrés (d= .52) en los padres.

En el estudio realizado por Cohen et al. (2011) se buscó comparar la TCC-FT frente al tratamiento comunitario habitual en niños con síntomas de TEPT testigos de violencia de pareja. Para esta investigación se dividió la muestra en dos grupos, 64 recibieron TCC-FT y 60 fueron derivados a Terapia centrada en el niño. Como hallazgos secundarios se encontró que los participantes que recibieron el primer tratamiento mencionado obtuvieron mejores puntajes en las pruebas aplicadas previamente y posteriores a la aplicación del tratamiento: índice de reacción (RI) (-7.58; -0.79 a -14.38), K-SADS-PL hiperactivación (-0.81; -0.03 a -1.59) y ansiedad (-7.36; -1.06 a -13.67).

Goldbeck, et al. (2016), en este estudio se tuvo como objetivo comparar la aplicación de la TCC-FT y sus resultados con un grupo derivado a lista de espera. Entre los criterios de inclusión se estableció que los participantes tuvieron que haber experimentado algún evento traumático. Se dividió la muestra en 76 participantes que recibieron TCC-FT y 83 fueron puestos en una lista de espera. Los resultados arrojaron que las medidas secundarias también obtuvieron mejoras significativas. En cuanto al nivel de disminución de re-experienciación del evento traumático se encontró un tamaño del efecto grande (d= 1.40), de la misma manera en evitación (d= 1.00) e hiperactivación (d=1.05). En este sentido se encontraron mejoras

significativas en las medidas previamente mencionadas. Finalmente, respecto a las comorbilidades asociadas al TEPT, se obtuvieron mejoras en depresión, ansiedad y conductas problema, mas no hubo cambios significativos en la calidad de vida de los participantes.

Kameoka et al. (2018) buscó determinar la efectividad de la TCC-FT aplicándolo en ambientes comunales de Japón. Este estudio buscó comparar la efectividad de la terapia previamente mencionada con el modelo de terapia habitual utilizado en la zona. En los resultados se encontró que la TCC-FT fue significativamente más eficaz que el grupo control para reducir los síntomas depresivos, de este modo el tamaño del efecto fue $d = 1,15$. Por un lado, posteriormente al tratamiento, el 70% del grupo TCC-FT no cumplía con los criterios diagnósticos de trastorno de estrés postraumático. Por otro lado, respecto al grupo control que recibió sesiones de terapia habitual se encontró que posteriormente sólo el 10% no cumplía con los criterios diagnósticos de TEPT. Finalmente, respecto a los resultados secundarios, se encontró que no hubo diferencias significativas entre los grupos en cuanto a niveles de ansiedad, funcionamiento psicosocial y problemas de conducta.

La investigación realizada por McMullen et al (2013) tuvo como objetivo determinar la efectividad de una intervención grupal de TCC-FT para reducir los síntomas de TEPT en ex niños soldados y otros afectados por la guerra. Este fue un ensayo controlado aleatorizado paralelo con un grupo de lista de espera y asignación aleatoria equitativa (1:1) utilizando pares coincidentes basados en el nivel reportado de estrés postraumático. Los entrevistadores fueron doblemente cegados antes y después de la intervención. Respecto a los resultados del tratamiento se obtuvo un tamaño del efecto grande para síntomas de angustia psicosocial total ($d = 2.03$), síntomas de depresión/ansiedad ($d = 2.64$) y conducta prosocial ($d = 1.07$). La comparación realizada post tratamiento con el grupo control en lista de espera, arrojó una reducción en el estrés postraumático, síntomas de ansiedad y depresión, problemas de conducta, así como un aumento en la conducta prosocial para el grupo que recibió TCC-FT se llegó a la conclusión que estas mejoras no puede ser atribuidas a una recuperación espontánea de los participantes. Sumado a esto, se encontró un mantenimiento de los efectos positivos de la terapia en los participantes En este estudio se identifica la posibilidad de aplicar distintos módulos de la TCC-FT de manera grupal (psicoeducación, manejo del estrés, afrontamiento cognitivo, perspectiva a futuro, expresión y modulación afectiva). En este sentido, resalta la importancia de adaptar el formato de la TCC-FT para poder lograr un mayor alcance.

Es importante resaltar que el módulo de narrativa del trauma mantuvo un formato individual para mantener confidencialidad del participante, así como evitar la activación de sintomatología traumática en otros participantes.

La investigación efectuada por Jensen et al. (2014) busco comprar la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TCC-FT) con la terapia habitual para jóvenes entre los 10 hasta los 18 años con síntomas asociados al trastorno de estrés postraumático. La muestra fue conformada por participantes que reportaron haber experimentado múltiples tipos de eventos traumáticos, quienes fueron asignados aleatoriamente para recibir TCC-FT ($n = 79$) o terapia habitual ($n = 77$) en clínicas comunitarias de salud mental. Las evaluaciones midieron los síntomas de TEPT, ansiedad, depresión, problemas generales de salud mental y deterioro funcional antes, durante y después del tratamiento. Los resultados mostraron que el grupo TCC-FT tuvo mayores reducciones significativamente en síntomas TEPT, depresión y problemas de salud mental generales comparándolos con el grupo terapia habitual. El grupo TCC-FT mostró reducciones significativas con un tamaño del efecto medio en depresión ($d = 0.54$), salud mental general ($d = 0.45$) y deterioro funcional ($d = 0.55$) en comparación con terapia habitual. Una menor cantidad de jóvenes en el grupo de TCC-FT 18.2% cumplieron con los criterios para un diagnóstico de TEPT después del tratamiento en comparación con el grupo terapia habitual 36.1%.

Discusión

La presente revisión examinó investigaciones sobre la efectividad de la TCC-FT para el tratamiento de en niños y adolescentes diagnosticados con TEPT. Se encontró que está terapia logra reducciones significativas en los síntomas principales de TEPT en niños y adolescentes entre los 3 a 18 años de diferentes contextos culturales. Específicamente, se identifica una reducción de los síntomas de reexperimentación, evitación de estímulos asociados y aumento de la activación fisiológica (Deblinger et al., 2010; Jensen et al., 2014; Kameoka et al., 2020). De este modo, debido al trabajo tanto sobre el procesamiento de información del evento traumático como de las respuestas fisiológicas conductuales involuntarias se encuentran resultados positivos de la aplicación de la TCC-FT sobre las principales dimensiones explicadas en ambos modelos teóricos, el modelo de procesamiento dual de Brewin, Dagleh y Josephs (1996) explicado en Nidjam et al., (2015) y la teoría cognitiva de Ehlers and Clark's (2000) detallada en Murray et al., (2020). Asimismo, se identifica una reducción de

síntomas comórbidos como depresión, ansiedad, problemas conductuales y disociación (Deblinger et al., 2010; Scheeringa et al., 2010). El rango de evaluaciones de seguimiento a los participantes entre los estudios varía desde 1 a 18 meses luego de haber recibido TCC-FT y la cantidad de sesiones fueron entre 8 a 16. Se encontró que los efectos positivos de este tipo de terapia tienden a mantenerse a mediano plazo, además se identifica que, ante un mayor número de sesiones, aumenta la probabilidad de mantenimiento de estos (Hébert & Daignault, 2015; Scheeringa et al., 2010; Webb et al., 2014).

Por un lado, los estudios de corte experimental aleatorizados (Cohen et al., 2011; Deblinger et al., 2010; Goldbeck et al., 2016; Jensen et al., 2014; Kameoka, et al., 2020; McMullen et al., 2013; Scheeringa et al., 2010) fueron realizados en un ambiente controlado, lo cual permitió identificar la efectividad de la TCC-FT en población clínica. Este tipo de investigaciones logran una descripción más exhaustiva de los efectos positivos de la terapia. Por otro lado, los estudios cuasi experimentales (Hébert & Daignault, 2015; Stewart et al. 2021; Webb et al., 2014) permiten medir la eficiencia de la TCC-FT en comunidad y ambientes menos controlados. Investigaciones como las realizadas por McMullen et al. (2013) y Stewart et al. (2021) en países de menor ingreso económico señalan la efectividad de la TCC-FT y la aplicabilidad de la terapia en diferentes contextos culturales.

Respecto a la información analizada en las investigaciones realizadas por Kameoka, et al. (2020); Stewart et al. (2021) y Webb et al. (2014) resaltan la posibilidad de trabajar con profesionales de la salud como trabajadores sociales y psicólogos sin previa experiencia en la aplicación de TCC-FT. Se encontró que las capacitaciones breves previas a la aplicación de terapia lograron obtener resultados positivos significativos en los participantes. Esto abre la posibilidad de trabajo en conjunto con distintos profesionales involucrados en servicios de salud. Asimismo, estas características representan la posibilidad de aplicación específicamente en el Perú, donde no se han logrado identificar investigaciones respecto a efectividad de la TCC-FT.

Entre las limitaciones, se identifica una ausencia de estudios que examinen factores moderadores de la efectividad de la TCC-FT, como características sociodemográficas y clínicas. Asimismo, se identifica que a pesar de haber encontrado adaptaciones culturales de los protocolos (Kameoka, et al., 2020; McMullen et al., 2013; Stewart et al., 2021) ninguna de ellas considera la medición de este tipo de factores de manera cuantitativa en sus resultados. Asimismo, la mayor

parte de las investigaciones (Cohen et al., 2011; Deblinger et al., 2010; Goldbeck et al., 2016; Hébert y Daignault, 2015; Kameoka, et al., 2020; Jensen et al., 2014; Scheeringa et al., 2010; Webb et al., 2014) provienen de países desarrollados, a pesar de que la mayoría incluyen familias de bajos ingresos, que anualmente perciben ingresos menores a los \$40.000, las características de esta población son diferentes a las de una familia de bajos ingresos económicos en países en vías de desarrollo. En este sentido, se necesita más evidencia en regiones de ingresos bajos y medianos para analizar la generalización transcultural de los resultados. Finalmente, son necesarios análisis de costo-efectividad de la TCC-FT y de los factores que predicen su éxito.

Respecto a la aplicación de la TCC-FT, destaca lo propuesto por McMullen et al. (2013) para el trabajo clínico comunitario en el Perú. La evidencia sugiere la aplicación de los elementos de los módulos de manera práctica, puesto que a través de ellos cabe la posibilidad de desarrollar talleres grupales para el tratamiento de la sintomatología TEPT en poblaciones vulnerables y de bajos ingresos. Considerando la diversidad característica del Perú, la adaptación cultural de los módulos es indispensable para su aplicación, puesto que deben ser traducidos al español incluyendo elementos culturales propios del lugar. Las aplicaciones en formato grupal comunitario deben considerar que el módulo referente a la narración del trauma debe ser trabajado de manera individual con el participante o en conjunto con los padres.

A partir de lo señalado, se identifica la posibilidad de aplicar la TCC-FT en formato grupal en espacios comunitarios con poblaciones vulnerables, específicamente en el Perú, el trabajo en conjunto con ONG 's y otras instituciones que atienden este tipo de necesidades es fundamental para lograr un mayor alcance. Está demostrado que la TCC-FT es efectiva para ayudar niños, adolescentes y padres de familia o cuidadores a superar experiencias traumáticas, específicamente, el trabajo con los padres en el proceso de tratamiento ha demostrado mejorar los resultados positivos por lo cual su inclusión es fundamental para optimizar el progreso de los participantes.

El enfoque integral de la TCC-FT permite abordar una amplia gama de problemas asociados con el trauma, incluyendo TEPT, ansiedad, depresión, problemas de conducta y en las relaciones familiares. Sumado a esto, los componentes centrales de la TCC-FT (psicoeducación, manejo de emociones, narrativa del trauma, entre otros) pueden adaptarse para satisfacer las necesidades individuales. Al ser un modelo estructurado, la TCC-FT puede

implementarse de forma efectiva por terapeutas con diferentes niveles de experiencia luego de una capacitación adecuada.

En conjunto, existe evidencia científica que respalda el uso de la TCC-FT para su aplicación en niños y adolescentes diagnosticados con TEPT. Se requieren aún más estudios con seguimientos a largo plazo, comparaciones con otros tratamientos activos, análisis de costo-efectividad y evaluación de resultados según variables sociodemográficas y clínicas.

Referencias

- Andrades, M., & Gentz, S. (2020). Síntomas de estrés postraumático en niños y adolescentes expuestos a un desastre natural en Chile. *Revista Liminales. Escritos Sobre Psicología Y Sociedad*, 9(17), 83-98. <https://doi.org/10.54255/lim.vol9.num17.456>
- Chipalo, E. (2021). Is Trauma Focused-Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) effective in reducing trauma symptoms among traumatized refugee children? A Systematic review. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 14(4), 545-558. <https://doi.org/10.1007/s40653-021-00370-0>
- Cohen, J., Mannarino, A., & Iyengar, S. (2011). Community Treatment of Posttraumatic Stress Disorder for Children Exposed to Intimate Partner Violence. *Archives Of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165(1), 16-21. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.247>
- Deblinger, E., Mannarino, A., Cohen, J., Runyon, M., & Steer, R. (2010). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: impact of the trauma narrative and treatment length. *Depression And Anxiety*, 28(1), 67-75. <https://doi.org/10.1002/da.20744>
- Defensoría del Pueblo (2020). REPORTE. Principales resultados de la supervisión a la atención de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia en los módulos de atención al maltrato infantil y del adolescente en salud «MAMIS». (Nro.1). Autor. <https://www.defensoria.gob.pe/wpcontent/uploads/2020/01/REPORTE-MAMIS-2019.pdf>
- 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. <https://doi.org/10.1159/000442824>
- Hébert, M., & Amédée, L. (2020). Latent class analysis of post-traumatic stress symptoms and complex PTSD in child victims of sexual abuse and their response to Trauma-Focused Cognitive Behavioural therapy. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1-10. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1807171>
- Hébert, M., & Daignault, I. (2015). Challenges in treatment of sexually abused preschoolers: A pilot study of TF-CBT in Quebec. *Sexologies*, 24(1), e21-e27. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2014.09.003>
- Jensen, T., Holt, T., Ormhaug, S., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L., Hukkelberg, S., Indregard, T., Stormyren, S., & Wentzel-Larsen, T. (2013). A Randomized Effectiveness Study Comparing Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy with Therapy as Usual for Youth. *Journal Of Clinical Child And Adolescent Psychology*, 43(3), 356-369. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.822307>
- Kameoka, S., Tanaka, E., Yamamoto, S., Saito, A., Narisawa, T., Arai, Y., Nosaka, S., Ichikawa, K., & 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), 1-10. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1767987>
- 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. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12094>
- Nijdam, M., & Wittmann, L. (2015). Psychological and Social Theories of PTSD. En Schnyder & Cloitre (Eds.), *Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders: A Practical Guide for Clinicians* (1ª ed., pp. 41-61). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-07109-1_3
- Parra, J., & Osorio, C. (2020). Trastorno de estrés postraumático en menores internados por maltrato en cinco instituciones ICBF-Pereira. *Revista médica de Risaralda*, 26(1), 23-27. <https://doi.org/10.22517/25395203.16531>
- Scheeringa, M., Weems, C., Cohen, J., Amaya-Jackson, L., & Guthrie, D. (2010). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in three-through six-year-old children: a randomized clinical trial. *Journal Of Child*

Conclusiones

En conclusión, los resultados de esta revisión sustentan que la TCC-FT es un tratamiento psicoterapéutico eficaz y recomendable para niños y adolescentes entre los 3 a 18 años con TEPT o sintomatología asociada, tanto en contextos clínicos como comunitarios. De este modo, los resultados han permitido identificar aquellos síntomas, donde se genera una disminución significativa, tales como reexperimentación del evento traumático, evitación de estímulos asociados y aumento de la activación fisiológica. Asimismo, entre los resultados obtenidos resalta la efectividad de la TCC-FT no solo para tratar sintomatología TEPT, sino también por su efecto positivo en comorbilidades presentes frecuentemente en esta población tales como ansiedad, depresión y problemas de conducta.

Psychology and Psychiatry, 52(8), 853-860.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02354>.

Theory, Research, Practice, And Policy, 6(5), 555-562.
<https://doi.org/10.1037/a0037364>

Stewart, R., Orengo-Aguayo, R., Villalobos, B., Nicasio, A., Dueweke, A., Alto, M., Cohen, J., Mannarino, A., & De Arellano, M. (2020). Implementation of an Evidence-Based Psychotherapy for Trauma-Exposed Children in a Lower-Middle Income Country: The Use of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy in El Salvador. *Journal Of Child & Adolescent Trauma*, 14(3), 433-441.
<https://doi.org/10.1007/s40653-020-00327-9>

World Health Organization: WHO. (2022). *Maltrato infantil*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

Webb, C., Hayes, A., Grasso, D., Laurenceau, J., & Deblinger, E. (2014). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for youth: Effectiveness in a community setting. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, And Policy*, 6(5), 555-562.
<https://doi.org/10.1037/a0037364>

Xiang, Y., Cipriani, A., Teng, T., Del Giovane, C., Zhang, Y., Weisz, J. R., Li, X., Cuijpers, P., Liu, X., Barth, J., Jiang, Y., Cohen, D. B., Fan, L., Gillies, D., Du, K., Ravindran, A., Zhou, X., & Xie, P. (2021). Comparative Efficacy and Acceptability of psychotherapies for post-traumatic stress disorder in children and Adolescents: a systematic review and network meta-analysis. *Evidence-based Mental Health*, 24(4), 153-160.
<https://doi.org/10.1136/ebmental-2021-30>



CLINICA VILLAVICENCIO OREZZOLI (E FINAL).docx

ORIGINALITY REPORT

15%

SIMILARITY INDEX

14%

INTERNET SOURCES

11%

PUBLICATIONS

9%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	Submitted to Yorkville University Student Paper	1%
2	livrosdeamor.com.br Internet Source	1%
3	repositorio.uwiener.edu.pe Internet Source	1%
4	pubmed.ncbi.nlm.nih.gov Internet Source	1%
5	dspace.unach.edu.ec Internet Source	1%
6	revistardp.org.br Internet Source	1%
7	doi.org Internet Source	<1%
8	Submitted to Edith Cowan University Student Paper	<1%
9	emdr-es.org Internet Source	<1%

10	www.tandfonline.com Internet Source	<1 %
11	eresmama.com Internet Source	<1 %
12	Submitted to Arizona State University Student Paper	<1 %
13	Submitted to St. John Fisher College Student Paper	<1 %
14	www.youthandfamilyservices.org Internet Source	<1 %
15	Submitted to The University of Memphis Student Paper	<1 %
16	docplayer.es Internet Source	<1 %
17	sociales.uprrp.edu Internet Source	<1 %
18	www.nkvts.no Internet Source	<1 %
19	dokumen.pub Internet Source	<1 %
20	1library.co Internet Source	<1 %
21	Chantiluke, K.. "Fronto-Striato-Cerebellar Dysregulation in Adolescents with Depression"	<1 %

During Motivated Attention", Biological Psychiatry, 20120101

Publication

22

www.repositori.uji.es

Internet Source

<1 %

23

www.scribd.com

Internet Source

<1 %

24

revistas.uned.es

Internet Source

<1 %

25

www.alzheimeruniversal.eu

Internet Source

<1 %

26

Alison Salloum, Yuanyuan Lu, Henian Chen, Kristen Salomon et al. "Child and parent secondary outcomes in stepped care versus standard care treatment for childhood trauma", Journal of Affective Disorders, 2022

Publication

<1 %

27

Submitted to Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein (IIEP)

Student Paper

<1 %

28

Submitted to Universidad de Burgos UBUCEV

Student Paper

<1 %

29

Submitted to University of Hong Kong

Student Paper

<1 %

30

jultika.oulu.fi

Internet Source

<1 %

31	ensani.ir Internet Source	<1 %
32	mijn.bsl.nl Internet Source	<1 %
33	Submitted to Corporación Universitaria Iberoamericana Student Paper	<1 %
34	Submitted to Eastern Michigan University Student Paper	<1 %
35	Submitted to Universidad Catolica De Cuenca Student Paper	<1 %
36	assets.researchsquare.com Internet Source	<1 %
37	dehesa.unex.es Internet Source	<1 %
38	5dok.org Internet Source	<1 %
39	Submitted to Universidad de Piura Student Paper	<1 %
40	es.weforum.org Internet Source	<1 %
41	www.aepcp.net Internet Source	<1 %
42	www.tdx.cat Internet Source	<1 %

<1 %

43

Nel, Pieter W.. "The NICE guideline on the treatment of child and adolescent depression: a meta-review of the evidence for individual CBT", *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 2014.

Publication

<1 %

44

idoc.pub

Internet Source

<1 %

45

ueaeprints.uea.ac.uk

Internet Source

<1 %

46

umh1946.umh.es

Internet Source

<1 %

47

www.scielo.br

Internet Source

<1 %

48

www.semanticscholar.org

Internet Source

<1 %

49

www.worldcat.org

Internet Source

<1 %

50

futur.upc.edu

Internet Source

<1 %

51

publikationen.ub.uni-frankfurt.de

Internet Source

<1 %

repositorio.unal.edu.co

52

Internet Source

<1 %

53

worldwidescience.org

Internet Source

<1 %

54

www.coursehero.com

Internet Source

<1 %

Exclude quotes On

Exclude matches < 10 words

Exclude bibliography On