



UNIVERSIDAD DE MURCIA

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS

Eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y de la TCC-Focalizada en el Trauma en Infancia Maltratada

D^a . Macarena Prieto Larrocha

2015



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y de la
TCC-Focalizada en el Trauma en infancia maltratada**

Tesis doctoral presentada por:

D^a. MACARENA PRIETO LARROCHA

Dirigida por:

Dra. D^a. CONCEPCIÓN LÓPEZ SOLER

Profesora titular Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamiento
Psicológicos

Murcia, Octubre de 2015

Esta investigación se ha realizado gracias al convenio de colaboración entre la **Dirección General de Familia y Políticas Sociales** y la **Universidad de Murcia**, a través del **“Proyecto de Evaluación, Diagnóstico e Intervención Psicológica en Menores Tutelados” (PEDIMET)**.

Dedicatoria

**A todos estos *locos bajitos*,
por ser un ejemplo de superación**

Agradecimientos

No podría empezar estas líneas sin darte las infinitas gracias por todo lo que haces cada día por mí: por tu paciencia, tus palabras de energía, tu amor y tu sentido del humor. Gracias por hacer que me sienta tan especial, eres el mejor compañero de viaje ¡Te quiero Victor!

A mi directora de tesis, Dña. Concha López-Soler, por seguir creyendo en mí y por hacer que nuestros caminos profesionales sigan unidos a pesar de los derroteros. Siempre admiraré de ti: tu dedicación, tu amor por la psicología y tu profesionalidad en el hacer, eres un gran ejemplo.

A todas aquellas compañeras y compañeros que hicieron que todo esto fuera posible y que con dedicación y entrega han mimado a estos niños y niñas: Mavi, Mara, Visi, Jean Carlos, Ana Isabel, Sonia, Óscar, Camino, Antonia, Carmen, Vanesa y Fuensanta. Un especial agradecimiento a Davinia, por las tediosas y largas horas de análisis de datos y por estar siempre disponible.

No puedo terminar mis agradecimientos sin darte las gracias a ti: mi hogar, mi escuela y mi guía. A la mejor de las madres, por tu entrega, amor incondicional, ejemplo de buena persona y gran profesional. A mi adorable Lola, por ser una segunda madre, suegra y amiga. A mis hermanas, a Miguel, a mi padre, a mi suegro, a mis cuñados y a toda mi familia. Gracias a todos los amigos y amigas que siempre con palabras de aliento están ahí: Alba, Marta, Patri, Lucía, María, Yiyi, M^a José, May, Nela, Julia, Mara, Tere, Rachid, M^a Ángeles, Fon, Elena, Jesús,...

GRACIAS.

Los niños son el recurso más importante del mundo

y la esperanza para el futuro (J. F. Kennedy)

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	5
1. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DEL MALTRATO INFANTIL	7
1.1. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....	8
1.2. SINTOMATOLOGÍA INTERNALIZANTE Y EXTERNALIZANTE.....	19
1.3. TRAUMA COMPLEJO.....	21
2. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EN INFANCIA MALTRATADA	29
2.1. PSICOLOGÍA BASADA EN LA EVIDENCIA EN LOS TRATAMIENTOS EN INFANCIA MALTRATADA.....	29
2.1.1. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL FOCALIZADA EN EL TRAUMA	33
2.1.1.1. Desarrollo histórico del modelo.....	33
2.1.1.2. Bases teóricas de la TCC-FT.....	36
2.1.1.3. Componentes de la TCC-FT	38
2.1.1.3.1. <i>Componente 1: Psicoeducación y Entrenamiento en habilidades parentales</i>	40
2.1.1.3.2. <i>Componente 2: Relajación</i>	43
2.1.1.3.3. <i>Componente 3: Entrenamiento en reconocimiento y modulación emocional</i>	44
2.1.1.3.3.1. La detención del pensamiento y las autoafirmaciones positivas	46
2.1.1.3.3.2. Incremento del sentido de seguridad del menor.....	49
2.1.1.3.3.3. Entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas.....	50
2.1.1.3.3.4. Gestión de estados emocionales intensos	52
2.1.1.3.4. <i>Componente 4: Reestructuración y procesamiento cognitivos</i>	53
2.1.1.3.5. <i>Componente 5: Narración del Trauma</i>	55
2.1.1.3.6. <i>Componente 6: Exposición en Vivo</i>	60
2.1.1.3.7. <i>Componente 7: Sesiones conjuntas Padres-hijos</i>	61
2.1.1.3.8. <i>Componente 8: Incremento en la seguridad y desarrollo futuro</i>	63
2.1.1.4. Aspectos fundamentales en la TCC-FT.....	64
2.1.1.4.1. <i>Alianza Terapéutica</i>	64
2.1.1.4.2. <i>Compromiso Terapéutico</i>	65
2.1.1.4.3. <i>Valores fundamentales de la TCC-FT</i>	66
2.1.1.4.4. <i>Estrategias de evaluación</i>	67

2.1.1.4.5.	<i>Flexibilidad y Fidelidad en la TCC-FT</i>	69
2.1.1.4.6.	<i>Contraindicaciones y limitaciones de la TCC-FT</i>	71
2.1.1.5.	Adaptaciones de la TCC-FT en diferentes poblaciones	74
2.1.1.5.1.	<i>Adaptación para víctimas de múltiples maltratos crónicos</i>	75
2.1.1.5.1.1.	Evaluación en víctimas de múltiples maltratos crónicos	78
2.1.1.5.1.2.	Fases en la TCC-FT para el maltrato crónico.....	81
2.1.1.5.2.	<i>Adaptación para el Duelo Traumático</i>	84
2.1.1.6.	Eficacia de la TCC-FT	86
2.1.1.6.1.	<i>Estudios metaanalíticos sobre la TCC-FT</i>	86
2.1.1.6.2.	<i>Revisión sistemática de Estudios basados en la TCC-FT</i>	89
2.1.1.6.2.1.	Estudios preliminares de la TCC-FT	92
2.1.1.6.2.2.	Estudios experimentales de la TCC-FT	97
MARCO EXPERIMENTAL		115
3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS		117
3.1.	OBJETIVO GENERAL.....	117
3.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	117
3.3.	HIPÓTESIS.....	118
4. MÉTODO		119
4.1.	DERIVACIÓN Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA	119
4.2.	DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	122
4.3.	INSTRUMENTOS Y MEDIDAS DE EVALUACIÓN.....	126
4.3.1.	MEDIDA DE EVALUACIÓN DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....	126
4.3.1.1.	Child PTSD Symptoms Scale (CPSS).....	126
4.3.2.	MEDIDA DE EVALUACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	133
4.3.2.1.	Children´s Depression Inventory (CDI).....	133
4.3.3.	MEDIDA DE EVALUACIÓN DE LOS PROBLEMAS DEL COMPORTAMIENTO 137	
4.3.3.1.	Child Behavior Checklist (CBCL)	137
4.4.	DISEÑO Y CONDICIONES DE TRATAMIENTO.....	142
4.5.	LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO PEDIMET	144
4.5.1.	MÓDULOS DE TRATAMIENTO PEDIMET	148
4.5.1.1.	MÓDULO I: Psicoeducación (P)	148

4.5.1.2.	MÓDULO II: Relajación (R).....	150
4.5.1.3.	MÓDULO III: Reconocimiento y Expresión Emocional (REE).....	152
4.5.1.4.	MÓDULO IV: Reestructuración Cognitiva (RC)	153
4.5.1.5.	MÓDULO V: Crecimiento Personal (CP)	155
4.5.1.6.	MÓDULO VI: Reconstrucción de la Identidad Personal (RIPe).....	156
4.5.1.7.	MÓDULO VII: Elaboración del Trauma (ET)	157
4.5.2.	FORMATO DE LAS SESIONES EN EL TRATAMIENTO PEDIMET	160
4.5.3.	EMPLEO DE LA REALIDAD VIRTUAL.....	161
4.6.	PROCEDIMIENTO	163
4.7.	PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	167
5.	RESULTADOS.....	169
5.1.	DIFERENCIAS ENTRE LAS VARIABLES CLÍNICAS DE LOS TRES PROTOCOLOS PEDIMET ANTES DEL TRATAMIENTO.....	169
5.2.	EFICACIA DE LAS DIFERENTES CONDICIONES DE TRATAMIENTO	171
5.2.1.	INDICADORES DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	171
5.2.2.	INDICADORES DE DEPRESIÓN.....	173
5.2.3.	INDICADORES DE PROBLEMAS DEL COMPORTAMIENTO	176
6.	DISCUSIÓN.....	184
7.	CONCLUSIONES	199
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	201
	ANEXOS.....	247
	ANEXO 1: ESCALA INFANTIL DE SÍNTOMAS DE TEPT (CPSS)	249
	ANEXO 2: CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL (CDI)	251
	ANEXO 3: INVENTARIO DEL COMPORTAMIENTO DE NIÑOS/ AS DE 6-18 AÑOS PARA PADRES (CBCL/6-18)	254

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

TABLAS

Tabla 1. Criterios diagnósticos para el TEPT (DSM-IV-TR)	10
Tabla 2. Criterios diagnósticos para el TEPT (DSM-5).....	12
Tabla 3. Criterios diagnósticos para el Trastorno por Estrés Postraumático en Niños de Preescolar (DSM-5).....	14
Tabla 4. Síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático Complejo (DESNOS).....	23
Tabla 5. Propuesta para los criterios diagnósticos DTD.	24
Tabla 6. Componentes de la TCC-FT.....	39
Tabla 7. Valores fundamentales de la TCC-FT.....	67
Tabla 8. Términos de búsqueda de artículos sobre la TCC-FT en inglés	89
Tabla 9. Estudios Deblinger y colaboradores (Modelo TCC individual y grupal)	94
Tabla 10. <i>Estudios Cohen y Mannarino (Modelo SAP-CBT o SAS-CBT)</i>	96
Tabla 11. Estudios experimentales basados en la TCC-FT (Modelo Cohen, Mannarino y Deblinger, 2006).....	111
Tabla 12. Variables sociodemográficas de la muestra total y de cada grupo de tratamiento PEDIMET.....	125
Tabla 13. Medias y desviaciones típicas de los indicadores clínicos de TEPT, depresión y problemas del comportamiento en el pretratamiento en los tres protocolos de tratamiento PEDIMET.....	170
Tabla 14. Medias y desviaciones típicas de las variables clínicas relacionadas con el TEPT obtenidas en el pre y postratamiento en cada condición de tratamiento.	171

Tabla 15. Significación estadística y tamaño del efecto en las variables clínicas relacionadas con el TEPT en cada condición de tratamiento.	172
Tabla 16. Medias y desviaciones típicas de las variables clínicas relacionadas con la Depresión obtenidas en el pre y postratamiento en cada condición de tratamiento.	174
Tabla 17. Significación estadística y tamaño del efecto en las variables clínicas relacionadas con Depresión en cada condición de tratamiento.	175
Tabla 18. Medias y desviaciones típicas de las variables clínicas relacionadas con Problemas del Comportamiento en cada condición de tratamiento.	177
Tabla 19. Significación estadística y tamaño del efecto en las variables clínicas relacionadas con Problemas del Comportamiento en cada condición de tratamiento.	178

FIGURAS

Figura 1. Pasos de la Técnica de Resolución de Problemas (Cohen et al., 2006)	51
Figura 2. Triángulo Cognitivo. Ellis (1962)	54
Figura 3. Áreas de Evaluación en la TCC-FT	68
Figura 4. Áreas de evaluación en maltrato crónico.....	81
Figura 5. Componentes de la TCC-FT para trauma crónico.....	83
Figura 6. Proceso de búsqueda y selección de artículos sobre la TCC-FT.....	91
Figura 7. Diagrama de flujo de los participantes y las tasas de abandono.....	122
Figura 8. Módulos de las versiones de la terapia PEDIMET.	145

Figura 9. Distribución de los módulos del protocolo de tratamiento PEDIMET-FT por sesión.	147
Figura 10. Adaptación para infancia de la Relajación muscular Progresiva.....	151
Figura 11. Distribución por sesión de las emociones trabajadas en el módulo de REE.	152
Figura 12. Distribución por sesión de los contenidos trabajados en el módulo de RC.	154
Figura 13. Distribución de los contenidos del módulo de CP por sesión.....	156
Figura 14. Distribución por sesión de los contenidos trabajados en el módulo de RIPe.	157
Figura 15. Técnicas empleadas en el módulo de ET en la PEDIMET-FT.....	158
Figura 16. Procedimiento de Valoración e Intervención en el Proyecto PEDIMET..	164
Figura 17. Evolución de las puntuaciones en TEPT en los diferentes grupos de tratamiento PEDIMET.	173
Figura 18. Evolución de las puntuaciones en Depresión en los diferentes grupos de tratamiento PEDIMET.	176
Figura 19. Evolución de las puntuaciones en Problemas del Comportamiento en los diferentes grupos de tratamiento PEDIMET.	181

INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil es una problemática social que afecta a todos los países del mundo y a todas las clases sociales. Es producto de múltiples factores asociados y tiene consecuencias importantísimas en el desarrollo biopsicosocial de los niños, niñas y adolescentes.

En relación a la prevalencia e incidencia del maltrato infantil, según informaron UNICEF (2012) y Save The Children (2011), casi 8 millones de niños y niñas mueren cada año antes de cumplir los 5 años. La Organización Mundial de la Salud (2011) estimó que 40 millones de menores de 15 años son víctimas de malos tratos o abandono y requieren atención sanitaria y social. En España, el Centro Reina Sofía (2011) indicó que la prevalencia del maltrato en el tramo de 8 a 11 años de edad es del 5,05%, de 12 a 14 años es del 4,65% y del 15 a 17 es de 2,90%. En nuestro país hay unos 14.000 niños, niñas y adolescentes en acogimiento residencial, es decir, unos 170 por cada 100.000 menores (Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia, 2013), aunque no existe hoy en día un sistema de registro de casos unificado capaz de dar una información fidedigna de la situación de las medidas de protección a la infancia en nuestro país (Del Valle, Sainero, y Bravo, 2014).

El maltrato infantil ejerce un impacto devastador y prolongado en los menores (Toth y Cicchetti, 2010). En los estudios que analizan las consecuencias directas del maltrato infantil en la salud mental de éstos, encuentran una prevalencia alta de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) (Castro y López-Soler, 2011; Kaplow, Dodge, Amaya-Jackson, y Saxe, 2005; Kaplow y Widom, 2007; Tolin y Foa, 2006; Whiffen y Macintosh, 2005), además de otra sintomatología asociada de tipo

internalizante y externalizante, como: depresión, ansiedad, trastornos de somatización, problemas de comportamiento, agresividad, problemas de adaptación general, entre otras (Alcántara y López-Soler, 2010; Del Valle, 2002; De Paúl y Arruabarrena, 1995; Fernández y López-Soler, 2014; López-Soler, 2008; López-Soler, Castro, Daset et al., 2008; López-Soler, Castro, García-Montalvo, et al., 2008; López-Soler, Prieto et al., 2008; López-Soler, Fernández et al., 2012; Mennen, 2004; Prieto y López-Soler, 2008; Sainero, Bravo, y Del Valle, 2014; Wolfe, Scott, Wekerle, y Pittman, 2001).

En relación al tratamiento de las secuelas del trauma, todas las revisiones concluyen que el modelo de intervención con mayor fundamento empírico e investigación rigurosa para el tratamiento del estrés postraumático (Foa y Meadows, 1998) es el basado en el modelo Cognitivo-Comportamental. Esta afirmación está refrendada por la investigación y las principales guías de tratamiento basadas en la evidencia. Por ejemplo, el National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2005) británico y la American Psychological Association (APA, 1995; Chambless et al., 1996) recomendaron que la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) fuera el tratamiento de primera elección para el TEPT, tanto en adultos como en infancia.

En este sentido, y debido al fuerte interés por la puesta en práctica de intervenciones psicológicas que tuvieran una base en la evidencia empírica, el gobierno de los Estados Unidos ha llevado a cabo, a través de diversos organismos como el Ministerio de Salud y Servicios Humanos, el Ministerio de Justicia y diversas Universidades, un grupo de investigaciones destinadas a descubrir que terapias psicológicas contaban con mayor apoyo empírico. En este sentido, la Terapia

Cognitivo Conductual-Focalizada en el Trauma (TCC-FT; Trauma Focused-Cognitive Behavior Therapy, TF-CBT; Cohen, Mannarino, y Deblinger, 2006) ha sido la única que ha recibido la mención de *tratamiento eficaz bien establecido* (Saunders, Berliner, y Hanson, 2004; de Arellano, Ko, Danielson, y Sprague, 2008; NCTSN, 2005; SAMHSA, 2008).

La TCC-FT (Cohen et al., 2006) es un tratamiento de base cognitivo conductual, que incluye sesiones individuales tanto para los menores como para sus cuidadores, además de sesiones conjuntas. La TCC-FT está destinada para niños, niñas y adolescentes, entre 4 y 18 años, que han estado expuestos a eventos traumáticos, de tipo agudo o crónico. La terapia incluye una serie de componentes, entre los que cabe destacar: la psicoeducación, la relajación, identificación y modulación emocional, la *desensibilización sistemática* y la *exposición en vivo* y el procesamiento cognitivo.

En esta línea, una serie de revisiones metaanalíticas, sobre los ensayos experimentales y cuasiexperimentales llevados a cabo con la TCC-FT, han demostrado la superioridad de la TCC-FT, frente a otras terapias, en menores víctimas de traumas múltiples; en la reducción de los síntomas de TEPT, ansiedad, depresión y problemas de conducta (Cary y McMillen, 2012; Dowd y McGuire, 2011; Silverman et al., 2008).

La comunidad internacional, ha comenzado recientemente a implementar este modelo de terapia, en países europeos (Alemania, Noruega, Suecia, Italia y Holanda) y Australia; adaptándolo en diferentes culturas y poblaciones, incluyendo países con deficitarios recursos en las redes de salud mental (Camboya, Zambia, Tanzania y República Democrática del Congo).

El presente trabajo, pretende apoyar a la investigación internacional, comprobando la eficacia de la TCC y de la TCC-FT para la reducción del TEPT y la sintomatología asociada, en menores expuestos a maltrato intrafamiliar crónico, convirtiéndose así en el primer estudio experimental en nuestro país que avale la eficacia de estos modelos de terapia en maltrato infantil.

MARCO TEÓRICO

1. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DEL MALTRATO INFANTIL

El impacto de los efectos negativos del maltrato y el curso que éstos sigan en los niños y niñas, no es en modo alguno lineal. Las consecuencias del maltrato representan un fenómeno cuya complejidad queda ilustrada cuando se observa que unas víctimas generan unos problemas y no otros, que éstos problemas pueden agravarse o bien remitir con el tiempo, que se manifiestan tardíamente o, incluso, que haya víctimas asintomáticas y ajustadas (Cerezo, 1995; Edelson, 1999; Fantuzzo y Lindquist, 1989).

Las experiencias tempranas proporcionan la base para las adaptaciones posteriores, moderando o exacerbando el impacto de los acontecimientos vitales (Sroufe, Carlson, Levy y Egeland, 1999). Esto hace que la exposición y la experimentación directa a la violencia familiar durante la infancia tengan un impacto dramáticamente más significativo, proporcionando efectos negativos más fuertes y duraderos en la adaptación a futuras experiencias (Breslau, Chilcoat, Kessler, Peterson, y Lucia, 1999; Herman, 1992a; López-Soler, 2008; López-Soler, Castro, Daset et al., 2008; López-Soler, Castro, García- Montalvo, et al., 2008; López-Soler, Prieto et al., 2008).

La literatura científica de estos últimos quince años ha constado que los menores que han sufrido maltrato (negligencia, maltrato físico, maltrato emocional, abuso sexual y/o exposición a violencia de género) tienen una probabilidad mayor de presentar alteraciones en todas las áreas de su desarrollo (emocional, conductual,

social, académico y salud física) que aquellos menores que no han sufrido esta situación (Adams, 2006; Colmenares, Martínez, y Quiles, 2007; Holt, Buckley, y Whelan, 2008; Moretti, Obsuth, Reebye, y Odgers, 2006; Overlien, 2010). Como ya es bien sabido, el maltrato infantil está íntimamente relacionado con procesos de inadaptación a lo largo del desarrollo y con patrones de problemas conductuales y emocionales (Boxer y Terranova, 2008; Mersky y Reynolds, 2007).

Algunos estudios han mostrado una fuerte relación entre la experiencia de maltrato en la infancia y el desarrollo de trastornos psicológicos en los niños, niñas y adolescentes, del tipo; trastorno por estrés postraumático, trastornos del vínculo, trastornos de conducta (conductas externalizantes, ira y comportamiento agresivo y conductas antisociales), trastornos del humor (depresión, ansiedad y retraimiento) (Hazen, Connelly, Roesch, Hough, y Landsverk, 2009; Higgins y McCabe, 2003; Martin, Bergen, Richardson, Roeger, y Allison, 2004; Runyon y Kenny, 2002).

1.1. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

El Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT; American Academy of Child and Adolescent-AACAP, 2010; Cook-Cottone, 2004), ha sido el trastorno que en mayor medida se ha asociado a la exposición a eventos traumáticos; a pesar de que inicialmente existió cierto escepticismo en relación a que la población infantil pudiese presentar este diagnóstico (AACAP, 1998).

Son numerosos los trabajos que han documentado una alta prevalencia de TEPT en niños, niñas y adolescentes víctimas de trauma físico y/o psicológico extremo

después de eventos como guerras, huracanes, secuestros, bombardeos, tiroteos, quemaduras graves, abuso sexual y físico, y violencia doméstica, entre otros, con cifras de prevalencia que van desde 3% hasta 100% (Bogart, DeJonghe, Levendosky, Davidson, y von Eye, 2006; Cebrián, Mingote, Isla, Ruiz, y Jurado, 2009; La Greca y Prinstein, 2002; Stoddard et al., 2006; Terr, 1996).

Como es bien sabido, además de la presencia de un trauma conocido, el TEPT se ve reflejado por la presencia de los tres grupos sintomáticos característicos en los adultos: *Reexperimentación, Evitación e Hiperactivación*.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 4ª edición revisada (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM-IV-TR; APA, 2000), se describieron las características clínicas y criterios para su diagnóstico. Se emplearon los mismos grupos de síntomas, tanto para adultos como para niños, niñas y adolescentes (véase la Tabla 1), incluyendo algunas especificaciones aclaratorias de la manifestación de los síntomas en la infancia.

Entre las especificaciones del DSM-IV-TR sobre el curso del TEPT en la infancia encontramos; (1) la conversión de las pesadillas perturbadoras sobre el evento traumático, en pesadillas de carácter generalizado donde pueden aparecer otras temáticas no relacionadas con el trauma; (2) la reexperimentación del suceso a través del juego; (3) debido a la dificultad de los menores para expresar sus dificultades emocionales, la necesidad de realizar una cuidadosa valoración, a través de los adultos de referencia de los niños y niñas, indagando sobre la reducción del interés en actividades importantes o del embotamiento de sus sentimientos y afectos; (4) los

niños pueden convertir la sensación de un futuro desolador en la creencia de que no llegarán a ser adultos; (5) los menores pueden presentar diversos síntomas físicos como dolores de cabeza o estómago (DSM-IV-TR; APA, 2000).

Tabla 1. *Criterios diagnósticos para el TEPT (DSM-IV-TR)*

<p>A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás 2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados
<p>B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma 2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible 3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico 4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático 5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
<p>C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático 2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma 3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma 4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas 5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás 6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor) 7. Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)
<p>D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño 2. Irritabilidad o ataques de ira 3. Dificultades para concentrarse

-
4. Hipervigilancia
 5. Respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses **Crónico:** si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

En la revisión reciente del DSM, DSM-5 (APA, 2013), el TEPT ya no aparece dentro de la categoría de los Trastorno de Ansiedad, sino en la categoría de *Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés*. Además de ello, entre los cambios relacionados con los síntomas clínicos, es de destacar la inclusión de un cuarto grupo de síntomas relacionado con las cogniciones y el estado de ánimo, y la creación de un diagnóstico para menores de 6 años, *Trastorno por Estrés Postraumático en Niños de edad Preescolar*.

Aparte de los tradicionales tres grupos sintomáticos característicos del TEPT, el DSM-5, incorpora un cuarto grupo de síntomas denominado *alteraciones en las cogniciones negativas o en los estados de ánimos asociados*. Estas alteraciones negativas hacen mención a una variedad de síntomas relacionados con la dificultad para recordar aspectos relevantes del evento traumático, la presencia de expectativas negativas persistentes, la auto-culpa sobre lo ocurrido, un estado de ánimo negativo persistente, la pérdida de interés general, el sentimiento de desapego o la incapacidad para experimentar emociones positivas (tabla 2).

Tabla 2. Criterios diagnósticos para el TEPT (DSM-5)**A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:**

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otro (s).
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad 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) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

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), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos 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 (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente).

Nota: en los niños, 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 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 el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que describen recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

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), como se pone de manifiesto por do (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 (p. ej., "Estoy mal", "No puedo confiar en nadie", "El mundo es muy peligroso", "Tengo los nervios destrozados").
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.

4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteraciones importante de la alerta y la reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como 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.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes el funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático, y además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. **Despersonalización:** experimenta persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara, sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
2. **Desrealización:** experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

Con expresión retardada: si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

Como se ha mencionado anteriormente, el DSM-5 recoge una variante para menores de 6 años de edad que recibe el nombre de *Trastorno por Estrés Postraumático en Niños de Preescolar* (véase Tabla 3); y que responde a la investigación realizada por

Scheeringa, Zeanah, Drell, y Larrieu (1995), quienes propusieron un conjunto de criterios diagnósticos alternativos, criterios que fueron refrendados empíricamente (Scheeringa, Myers, Putnam, y Zeanah, 2012; Scheeringa, Zeanah, Myers, y Putnam, 2003), y respaldados por un grupo de trabajo de expertos en salud mental infantil (Task Force on Research Diagnostic Criteria: Infancy and Preschool, 2003).

Tabla 3. *Criterios diagnósticos para el Trastorno por Estrés Postraumático en Niños de Preescolar (DSM-5)*

A. En niños menores de 6 años, exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
 2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otro(s), especialmente a los cuidadores primarios.
- Nota:** no incluye sucesos que solamente se 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), que comienzan después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
- Nota:** los recuerdos espontáneos e intrusivos pueden no ser necesariamente angustiosos 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 resultar imposible determinar que el contenido aterrador está relacionado con el suceso traumático.
3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, 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 a 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 a suceso(s) traumático(s) o alteración cognitiva y del estado de ánimo asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora 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).

Alteración cognitiva

3. Aumento importante de la frecuencia de estados emocionales negativos (p. ej., miedo, culpa, tristeza o vergüenza, o confusión).
4. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas, que incluye disminución del juego.
5. Comportamiento socialmente retraído.
6. Reducción persistente de la expresión de emociones positivas.

D. Alteraciones importante de la alerta y la reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como 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 (incluidas pataletas extremas).
2. Hipervigilancia.
3. Respuesta de sobresalto exagerada.
4. Problemas de concentración.
5. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

E. La duración de la alteración es superior a un mes.

F. La alteración causa malestar clínicamente significativo o problemas en la relación con los padres, hermanos o compañeros u otros cuidadores, o en el comportamiento en la escuela.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento o alcohol) u otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. **Despersonalización:** experimenta persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara, sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
2. **Desrealización:** experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

Con expresión retardada: si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

Además en el DSM-5 se recogen nuevas aclaraciones, a las detalladas en la edición anterior sobre el curso de los síntomas en la infancia y adolescencia (DSM-5, 2013; pág. 277):

- Los niños pueden no experimentar reacciones de miedo en el momento de la exposición o durante la reexperimentación.
- Los padres pueden informar de una amplia gama de cambios emocionales o del comportamiento en los niños y niñas más pequeños.
- Los niños pueden centrarse en las intervenciones de su juego o en la narración de las historias.
- Además de las evitaciones los niños pueden llegar a preocuparse por los recuerdos.
- Debido a las limitaciones de los preescolares para expresar los pensamientos o para clasificar las emociones, las alteraciones negativas del estado de ánimo de la cognición tienden a manifestarse principalmente con cambios de humor.
- Los menores pueden experimentar traumas repetitivos (p. ej., abuso físico, testigos de violencia de género) y, en circunstancias crónicas, puede no ser capaces de identificar el inicio de la sintomatología.
- En los preescolares, la conducta evasiva se puede asociar a restricciones del juego o de las conductas exploratorias; en los menores de edad escolar, con una participación reducida las actividades nuevas, y en los adolescentes, con resistencia a buscar oportunidades de desarrollo.
- Los niños, niñas y los adolescentes pueden juzgarse a sí mismo con los cobardes. Los adolescentes pueden creer que se están volviendo socialmente indeseables y se alejan de sus compañeros, perdiendo sus aspiraciones de futuro.

- El comportamiento irritable o agresivo en los niños, niñas y los adolescentes puede interferir en las relaciones entre compañeros y en el comportamiento escolar. Un comportamiento imprudente puede ocasionar lesiones accidentales a sí mismo o a los demás.

En las dos últimas décadas, numerosos estudios de investigación han mostrado de manera consistente asociaciones entre el *abuso físico y sexual o la negligencia* y el TEPT en niños/as y adolescentes (Banyard, Williams y Siegel, 2001; Hulette et al., 2008; Kaplow, et al., 2005; Kaplow y Widom, 2007; Landsford et al., 2002; Tolin y Foa, 2006; Weschler, 2009; Whiffen y Macintosh, 2005). En una investigación española realizada en el Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (RACP), Pedreira (2003) detectó que en casi el 60% de los casos de menores estaba presente la violencia familiar, directa o como testigos, y en todos los casos aparecía el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático.

En relación a la *exposición a la violencia doméstica*, también se ha documentado la asociación directa entre este tipo de maltrato y la presencia de síntomas de estrés postraumático (Alcántara y López-Soler, 2010; Duarte, 2007; López-Soler et al., 2010).

Encontramos mayor escasez de estudios que estudien específicamente el TEPT en infancia y adolescencia víctimas de diferentes *tipos de maltrato, de manera grave y crónica* y que se encuentren en situación de *acogimiento residencial o familiar* (Kolko et al., 2009). Destacan entre ellos; por un lado, Famularo, Fenton, Kinscherff, y Augustyn (1996), quienes evaluaron el TEPT en 117 niños y niñas maltratados y retirados de su sistema familiar de origen, informando que el 35% de los menores cumplieron

criterios para el TEPT. En otro estudio, Dubner y Motta (1999) realizaron su investigación en 150 menores de 8-19 años de edad residentes en centros de acogida. Encontraron que tanto el 64% de los/as menores con historia de abuso sexual, el 42% de abuso físico e incluso el 18% que no informaron de abuso sexual ni físico, fueron diagnosticados con TEPT. Este hallazgo sugiere que en los menores que habían experimentado otras formas de maltrato, como la negligencia o violencia de género, también pueden desarrollar el TEPT.

En España, el grupo de trabajo de López-Soler con menores en acogimiento residencial y familiar, que han sufrido maltrato intrafamiliar crónico, ha realizado una serie de investigaciones (Castro y López-Soler, 2008; Castro y López-Soler, 2011; Fernández y López-Soler 2014; López-Soler et al., 2010), que concluyen una fuerte asociación entre la experiencia de diferentes tipos de maltrato y la existencia de sintomatología de estrés postraumático. Es el caso de la investigación realizada por Castro y López-Soler (2011), en una muestra de 102 menores tutelados (múltiples traumas) e hijos de mujeres maltratadas, de entre 8 y 17 años, encontraron un rango de valores para TEPT en desde un 16,7% si se utilizan los criterios del DSM-IV-TR, a un 54,5% si se consideraban significativa la sintomatología de los menores que superaban una puntuación total de 11 puntos en la escala CPSS (Child PTSD Symptom Scale; Foa, Johnson, Feeny, y Treadwell, 2001).

1.2. SINTOMATOLOGÍA INTERNALIZANTE Y EXTERNALIZANTE

Según informan estudios en infancia sobre los efectos de la exposición a maltrato físico, emocional, negligencia y abuso sexual (Bal, Crombez, Van Oost, y De Bourdeaudhuij, 2003; Fernández y López-Soler, 2014; López-Soler, Fernández et al., 2012; López-Soler, Prieto et al., 2008; Prieto y López-Soler, 2008), así como los estudios sobre los efectos de la exposición a la violencia doméstica (Alcántara y López-Soler, 2010; Kolbo, Blakely, y Engleman, 1996; Margolin, 1998; Wolfe, Crooks, Lee, McIntyre-Smith, y Jaffe, 2003), los niños, niñas y adolescentes que sufren diferentes tipos de maltrato presentan más *síntomas externalizantes* (problemas de conducta, abuso de sustancias, agresividad, hostilidad, comportamiento negativista-desafiante, hiperactividad) y más *síntomas internalizantes* (estados depresivos, cuadros de ansiedad, baja autoestima, inhibición, miedo, distorsiones cognitivas, atribución de errores, sintomatología disociativa, retraimiento) que los menores que no han estado expuestos al maltrato.

Entre los problemas internalizantes, es de destacar las investigaciones que encuentran una elevada prevalencia de *síntomas depresivos*, caracterizados por sentimientos disfóricos y baja autoestima, en menores que han estado expuestos a experiencias traumáticas, especialmente en el maltrato intrafamiliar (Beitchman et al., 1992; Fantuzzo, 1990; Webb, Heisler, Call, Chickering, y Colburn, 2007) y la *ansiedad* (Cicchetti, Rogosch, y Sturge-Apple, 2007).

Del mismo modo, se han encontrado multitud de problemas externalizantes asociados al maltrato infantil, entre los que destacan la agresividad y los problemas

de conducta; las dificultades de atención e hiperactividad; y las conductas delictivas (de Paúl y Arruabarrena, 1995; Ford et al., 2000; Jonson-Reid et al., 2010; Herrera y McCloskey (2003); Maas, Herrenkohl, y Sousa, 2008).

Es de destacar en este sentido, el estudio realizado en nuestro país por el Grupo de Investigación en Familia e Infancia (GIFI) de la Universidad de Oviedo, quienes analizaron los problemas del comportamiento mediante el CBCL (Child Behavior Checklist; Achenbach y Rescorla, 2001) en una muestra de 181 adolescentes en situación de acogimiento (residencial, con familia ajena y con familia extensa) en Cantabria, Málaga y Murcia. Los resultados mostraron que la mayor parte de los adolescentes se sitúan en el rango de normalidad tanto en la escala total como en internalización y en externalización. No obstante, los porcentajes en los rangos de sintomatología subclínica y clínica no son desdeñables; en problemas externalizantes (45,8%), especialmente en comportamiento agresivo y antinormativo; así como en problemas internalizantes (37,8%), especialmente en retraimiento (Fernández-Molina, Del Valle, Fuentes, Bernedo, y Bravo, 2011).

Posteriormente, Sainero et al. (2014) encontraron en una muestra de 100 menores entre 6 y 18 años en acogimiento residencial de la Comunidad de Extremadura, que el 44% de ellos presentaban sintomatología en el rango clínico del CBCL, nuevamente con mayor prevalencia de problemas externalizantes (problemas de comportamiento antinormativo y agresivo), seguidos de depresión/retraimiento y problemas de atención. Los resultados analizados comparando la información dada por los educadores (CBCL) y los propios menores (YSR, Youth Self Report; Achenbach, 1991c), dieron lugar a acuerdos medio-bajos. Los educadores

identificaron adecuadamente la sintomatología clínica de los niños y niñas, presentando mayores dificultades para detectar los problemas internalizantes que los adolescentes a su cuidado manifestaron en el autoinforme. En cambio, obtuvieron una razonable concordancia con los problemas externalizantes (Sainero, Del Valle, y Bravo, 2015).

Un dato reseñable hallado por los autores es el número reducido de menores de la muestra total, el 26% que recibían atención terapéutica en salud mental. Estos datos fueron similares a los hallados previamente en el estudio llevado a cabo en 5 Comunidades Autónomas por Del Valle (2013), quién informó de que el 52,3% de la muestra de 994 menores acudía a algún tratamiento de salud mental.

1.3. TRAUMA COMPLEJO

El maltrato infantil se diferencia de otros tipos de trauma (accidentes de tráfico, catástrofes naturales, etc.) por ser recurrente y crónico (Nader, 1997). De esta manera ha sido clasificado en la categoría de *traumas complejos* (Cook et al., 2005; van der Kolk, 2005). Cuando un menor ha experimentado maltrato, ya sea de forma directa o indirecta, y especialmente cuando es maltratado por sus propios padres, se siente más vulnerable, afectando a la base de su seguridad y de confianza en el mundo y en las personas que lo rodean, lo que resulta absolutamente necesario para que el menor desarrolle adecuadamente su personalidad (López-Soler, 2008; Patró y Limiñana, 2005).

Clínicos e investigadores, entre ellos Briere (1987, 1992), Courtois (1988), Finklehor (1984) y Herman (1992 a,b), argumentaron que el diagnóstico de TEPT no era adecuado para las reacciones experimentadas por víctimas de abuso infantil y trauma doméstico, y otras poblaciones donde la exposición al trauma ocurrió de forma repetida y/o extensa (como cautiverio, prisioneros de campos de concentración, prisioneros de guerra, víctimas de la tortura, explotación sexual, etc.), de tal manera que la exposición prolongada al trauma condiciona el desarrollo de la personalidad del individuo. Como señalan Cook et al. (2005) y van der Kolk (2005), el diagnóstico de TEPT no captura los efectos del desarrollo en la exposición a trauma complejo.

Al evaluar a menores tutelados, se observa una variedad de alteraciones psicológicas, pero ninguno de los diagnósticos independientes recoge sus profundas alteraciones psicopatológicas (Oswald, Fegert y Goldbeck, 2010; van der Kolk, 2001). Esta comorbilidad en la sintomatología TEPT apoyó la existencia de lo que Pelcovitz et al. (1997) denominó *Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPTC)*, diagnosticado en la categoría de *Trastorno por Estrés Extremo No Especificado (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified, DESNOS)*.

El perfil de la sintomatología DESNOS fue identificado en muchos estudios e investigaciones clínicas y ha recibido atención generalizada en el campo del trauma en los últimos años. Se identificaron alteraciones en 6 dominios de funcionamiento, que resultaban necesarios para el diagnóstico de DESNOS (véase Tabla 4).

Tabla 4. *Síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático Complejo (DESNOS)*

AFECTOS E IMPULSOS	Regulación del afecto
	Modulación de la Ira
	Autodestructividad
	Preocupación suicida
	Dificultad en la modulación de la sexualidad
	Conductas de riesgo
ATENCIÓN Y	Amnesia
CONCIENCIA	Episodios disociativos transitorios
	Despersonalización
AUTOPERCEPCIÓN	Ineficacia
	Culpa y responsabilidad
	Vergüenza
	Incomprensión
	Minimización personal
RELACIONES	Inhabilidad para las relaciones íntimas
	Revictimización
INTERPERSONALES	Victimizar a otros
SOMATIZACIONES	Sistema digestivo
	Dolor crónico
	Síntomas cardiopulmonares
	Síntomas de conversión
	Sistema reproductor
SISTEMA DE	Infelicidad
	Pérdida del sistema previo de creencias
SIGNIFICADO	Desesperanza

Fuente: López-Soler, Castro, Daset et al. (2008)

Sugiriendo que un diagnóstico alternativo era necesario para capturar el espectro de los síntomas de los niños/as expuestos a la violencia interpersonal y las deficiencias en su cuidado, van der Kolk (2005) propuso la creación de un diagnóstico nuevo, el *Trastorno del Trauma del Desarrollo* (Developmental Trauma Disorder, DTD) y describió las áreas generales de deterioro y malestar que caracterizan a estos niños, niñas y adolescentes.

En base a los datos empíricos, la observación clínica, la experiencia y dos décadas de literatura sobre psicopatología del desarrollo y de los efectos de las

experiencias adversas y traumas en el desarrollo infantil, la National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) posteriormente ideó el consenso sobre los criterios propuestos para el DTD. La propuesta sobre los criterios DTD se presentan a continuación (Tabla 5).

Tabla 5. *Propuesta para los criterios diagnósticos DTD.*

A. Exposición. El menor o adolescente ha experimentado o presenciado múltiples o prolongados eventos adversos durante un período mínimo de 1 año comenzando en la niñez o la adolescencia temprana, entre ellos:
A. 1. Experiencia directa o ser testigo de episodios repetidos y graves de violencia interpersonal
A. 2. Importantes perturbaciones de los cuidados de protección como resultado de los repetidos cambios en cuidador primario, la separación repetida por parte del cuidador principal, o la exposición al abuso emocional severo y persistente
B. Desregulación afectiva y fisiológica. El niño/a presenta deficiencias en competencias de desarrollo normativas relacionadas con la regulación del arousal, incluyendo al menos 2 de los siguientes:
B. 1. Incapacidad para modular, tolerar o recuperarse de estados afectivos extremos (por ejemplo, el miedo, la ira, la vergüenza), incluyendo berrinches prolongados y extremos, o la inmovilización
B. 2. Las alteraciones en la regulación en las funciones corporales (por ejemplo, alteraciones persistentes en dormir, comer, y la eliminación, sobre-reactividad o bajo-reactividad al tacto y sonidos; desorganización durante las transiciones de rutina)
B. 3. Disminución de la conciencia / disociación de sensaciones, emociones y estados corporales
B. 4. Deterioro de la capacidad para describir emociones o estados corporales
C. Desregulación atencional y del comportamiento: El niño/a presenta alteraciones en competencia del desarrollo normativas relacionadas con la atención sostenida, el aprendizaje o afrontar el estrés incluyendo por lo menos 3 de los siguientes:
C. 1. La preocupación por la amenaza o deterioro de la capacidad de percibir la amenaza, incluido la interpretación errónea de las señales de seguridad y peligro
C. 2. Deterioro de la capacidad de auto-protección, incluida la extrema asunción de riesgos y la búsqueda de emociones
C. 3. Intentos maladaptativos de auto-consuelo (por ejemplo, meciéndose y otros movimientos rítmicos, la masturbación compulsiva)
C. 4. Autoagresión habitual (intencional o automática) o reactiva
C. 5. Incapacidad para iniciar o mantener comportamientos dirigidos a metas
D. Desregulación del yo y en las relaciones. El niño presenta deficiencias en las competencias de desarrollo normativo en su sentido de identidad personal y la participación en las relaciones, incluso en por lo menos 3 de los siguientes:
D. 1. Intensa preocupación por la seguridad de los cuidadores u otros seres queridos (incluyendo cuidado precoz) o dificultad para tolerar el contacto con ellos después de la separación
D. 2. Persistentes negativas del sentido del yo, incluyendo impotencia, odio a sí mismo, inutilidad, ineficacia o imperfección
D. 3. Extrema y persistente desconfianza, desafío o falta de comportamiento recíproco en relaciones cercanas con los adultos o compañeros
D. 4. Agresión física o verbal reactiva hacia los compañeros, cuidadores u otros adultos
D. 5. Inadecuados (excesivos o promiscuos) intentos de conseguir un contacto íntimo (incluyendo pero no

limitado a la dependencia de la intimidad sexual o física) o excesivos a sus compañeros o adultos para la seguridad y tranquilidad

D. 6. Deterioro de la capacidad para regular la activación empática como se evidencia por la falta de empatía, o la intolerancia de las expresiones de angustia de otros, o la capacidad de respuesta excesiva a la angustia de los demás.

E. Los síntomas del espectro postraumático. El niño exhibe al menos 1 síntoma en por lo menos 2 de los tres grupos de síntomas TEPT: reexperimentación, evitación e hiperarousal.

F. Duración de alteraciones (síntomas de DTD Criterios B, C, D y E) por lo menos 6 meses.

G. Deterioro funcional.

La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en 2 de las siguientes áreas de funcionamiento:

- *Escolar*: bajo rendimiento, falta de asistencia, problemas de disciplina, absentismo escolar, no realización de estudios superiores, conflictos con el personal escolar, dificultades de aprendizaje o discapacidad intelectual que no puede explicarse por factores neurológicos o de otro tipo.

- *Familiar*: conflicto, evitación / pasividad, huida, desapego y sustitución de cuidadores, intentos de herir física o emocionalmente a miembros de la familia, no cumplimiento de las responsabilidades dentro de la familia.

- *Grupo de iguales*: aislamiento, relaciones desadaptativas, conflicto persistente físico o emocional, evitación / pasividad, participación en actos de violencia o actos inseguros, relaciones o estilo de interacción inapropiados a la edad.

- *Legal*: arrestos / reincidencia, detención, sentencias, encarcelamientos, violación de libertad vigilada o de otras órdenes judiciales, cada vez delitos más graves, crímenes en contra de otras personas, desprecio por la ley o por normas convencionales de moral.

- *Salud*: enfermedades físicas o problemas que no pueden tomarse plenamente en cuenta en lesiones físicas o degenerativas, con la participación del sistema neurológico, digestivo (incluyendo los síntomas de conversión y analgesia), sexual, inmune, cardiopulmonar, sistema propioceptivo o sensorial, o fuertes dolores de cabeza (incluyendo migraña) o dolor crónico o fatiga.

- *Vocacional* (para jóvenes involucrados o que buscan empleo, trabajo voluntario o de capacitación laboral): el desinterés en el trabajo y la vocación, la incapacidad para obtener o conservar puestos de trabajo, persistencia del conflicto con los compañeros de trabajo o supervisores, el subempleo en relación a las capacidades, fallos para conseguir avances esperables

Fuente: Van der Kolk et al. (2009)

Por tanto, algunas investigaciones muestran evidencia clínica sobre este diagnóstico, necesario para capturar el espectro de los síntomas que presentan los niños/as víctimas de malos tratos intrafamiliares, en los que se observa una mezcla de sintomatología internalizante (ansiedad, culpabilidad, baja autoestima, somatizaciones), externalizante (inquietud, falta de atención, descontrol de impulsos, ira, problemas de conducta), junto a graves problemas cognitivos (déficit funciones ejecutivas, problemas memoria, bajo rendimiento intelectual y académico), y en las relaciones interpersonales (dificultades en la modulación afectiva, reacciones

desproporcionadas ante dudosos indicadores de rechazo, dependencia excesiva). Por lo que hay una línea de investigación y apoyo a la formalización e inclusión de este trastorno como una nueva categoría diagnóstica (Carlson, 2000; Cook et al., 2005; López-Soler, 2008; López-Soler, Castro, y Daset et al., 2008), se ha encontrado evidencia del mismo en menores tutelados provenientes de familias con elevados niveles de violencia, los cuales muestran una gran cantidad de sintomatología característica de este trastorno (Alcántara y López-Soler, 2010; Fernández y López-Soler, 2014; López-Soler, 2008; Oswald, Heil, y Goldbeck, 2009).

En este sentido Courtois y Ford (2009) hacen patente la relevancia de incluir los diagnósticos de DESNOS y DTD, para adultos e infancia respectivamente, ya que incluyen la amplia gama de secuelas psicológicas resultantes de la exposición a traumas complejos y dan esperanza para la conceptualización y abordaje terapéutico adecuado de las mismas.

No obstante, como sabemos no existe un consenso internacional sobre estos diagnósticos, ni han sido incluidos en las actuales ediciones de los manuales sobre enfermedades mentales, como es el caso del actual DSM-5 (APA, 2014). Autores como Resick et al. (2012), a pesar de considerar que se ha dejado sin dar respuesta a la existencia de un conjunto de síntomas asociados a la exposición a traumas prolongados, determinan que tampoco existen evidencias científicas suficientes para establecer un diagnóstico de TEPTC o DESNOS diferente al TEPT o con una etiología diferente y que es necesario continuar con la investigación en esta sentido.

Por este motivo, aunque nuestro grupo de investigación está intentando estudiar y validar estos diagnósticos, en el presente estudio nos hemos ceñido a las directrices actuales, siguiendo la línea de las investigaciones en este campo que se centran en analizar la sintomatología de estrés postraumático y la sintomatología asociada.

2. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EN INFANCIA MALTRATADA

2.1. PSICOLOGÍA BASADA EN LA EVIDENCIA EN LOS TRATAMIENTOS EN INFANCIA MALTRATADA

Las políticas actuales, en materia de intervención sociosanitaria, a nivel internacional, europeo y nacional centran su atención en el compromiso de implementar intervenciones en la práctica profesional basadas en las mejores evidencias científicas. Con este propósito ha surgido el enfoque de la *Práctica Basada en la Evidencia*, como una herramienta dirigida a lograr que los programas, tratamientos e intervenciones que se apliquen en la práctica profesional rutinaria sean aquéllos que estén basados en las mejores evidencias o pruebas científicas (Labrador y Crespo, 2012; López-Soler, Martín, y Garriga, 2012; Navarro y Llobell, 2003; Navarro, Llobell, y Bort, 2004; Sánchez-Meca, Marín-Martínez, y López-López, 2011; Vázquez y Nieto, 2003).

En 1993, el gobierno de Estados Unidos encomendó a la APA (American Psychological Association) evaluar y determinar la eficacia de los tratamientos psicológicos para diferentes tipos de trastornos, y proponer herramientas para el diseño y la evaluación de guías de tratamiento para maximizar la calidad de la atención clínica. Para ello se creó el *Grupo Tarea para la promoción y diseminación de procedimientos psicológicos* (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures) de la División 12 de la APA, a la que pertenecieron profesionales de los seguros sanitarios privados, del sistema sanitario público, investigadores y usuarios.

Esta comisión dirigida por Dianne Chambless publicó varios informes (Chambless y Hollon, 1998; Chambless, et al., 1996; Chambless, et al., 1998; Chambless y Ollendick, 2001; Woody, Weisz, y McLean, 2005) que proporcionaron listados de tratamientos con base empírica, que fueron considerados a partir de criterios que incluían la evaluación de ensayos clínicos aleatorizados utilizando grupos control (randomized controller trials-RCTs), dentro de poblaciones específicas que eran atendidas siguiendo las directrices de tratamientos manualizados. Comenzaron a desarrollarse criterios para delimitar claramente los tratamientos con apoyo empírico (TAEs) (empirically supported treatments-EST) para recomendarlos para su utilización clínica (Mustaca, 2004), y para que los seguros sanitarios los incorporaran a los listados de tratamientos que ofrecían a sus usuarios (Barlow, 1996; Seligman, 1995; Shapiro, 1996).

El movimiento hacia la identificación de los TAEs para niños, niñas y adolescentes con antecedentes de maltrato infantil y sus familias culmina con el trabajo realizado por la *Oficina para Víctimas del Crimen* (Office for Victims of Crime, OVC), que marca las directrices para la evaluación y el tratamiento de la salud mental en esta población (Saunders et al., 2004). Los autores y otros colaboradores identificaron 24 tratamientos que cumplieron los criterios de inclusión, y se clasificaron en una de las siguientes seis categorías según la evidencia empírica del tratamiento: (1) tratamientos eficaces bien establecidos; (2) *tratamientos establecidos probablemente eficaces*; (3) *tratamientos establecidos aceptables*; (4) *tratamiento prometedor aceptable*; (5) *tratamiento innovador o novel*; y (6) *basado en el tratamiento*. Los tratamientos que fueron calificados como 1, 2 ó 3 tenían apoyo a la investigación para su efectividad

para esta población y por lo tanto fueron etiquetados como *Establecidos/Apoyados*. La única intervención que consiguió la calificación de *tratamiento eficaz bien establecido* fue la Terapia Cognitivo-Conductual Focalizada en el Trauma (TCC-FT; Trauma Focused-Cognitive Behavioral Therapy, TF-CBT; Cohen y Mannarino, 1997; Deblinger, Lippmann, y Steer, 1996).

Chaffin y Friedrich (2004) examinaron 24 intervenciones en salud mental para los niños y niñas que fueron víctimas de maltrato físico y/o abuso físico intrafamiliar y sus familias. Del mismo modo, únicamente la TCC-FT recibió una calificación de *tratamiento bien apoyado y eficaz*.

Siguiendo la investigación pionera de la OVC, la Fundación Kauffman, llevó a cabo el *Proyecto Kauffman de buenas prácticas* (The Kauffman Best Practices Project; Chadwick Center on Children and Families, 2004), el cual seleccionó, de las 24 intervenciones identificadas, un pequeño número de intervenciones con las “mejores prácticas”. Para que el tratamiento fuera etiquetado en esta condición, debía tener una base teórica sólida, ser aceptado en la práctica clínica, aplicable a diferentes culturas y etnias, no ser dañino, y tenía que tener al menos un estudio empírico aleatorizado que mostrara su eficacia. El tratamiento también tenía que tener un manual de terapia y tenía que poder ser empleado en la práctica de salud mental. El objetivo principal era aumentar la difusión y el uso de estas buenas prácticas entre los médicos que tratan a menores abusados y a sus familias. Encontraron tres modelos de tratamiento con potencial para ayudar a los niños, niñas y sus familias: TCC-FT, la Terapia Cognitivo-Conductual Enfocada al Abuso Físico (AF-CBT; Kolko, 1996), y la Terapia de

Interacción Padres-Hijos (PCIT; Chaffin et al., 2004; Hembree-Kigin y McNeil, 1995; Urquiza y McNeil, 1996).

El Ministerio de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (U.S. Department of Health and Human Services), en los últimos años ha realizado diversas investigaciones a través de varios organismos propios y contratados, con el fin de encontrar las mejores prácticas terapéuticas en infancia maltratada. Así, el Registro Nacional de Programas y Prácticas Basados en la Evidencia (National Registry of Evidence-Based Programs and Practices, NREPP), concedió a la TCC-FT entre un 3.6 y un 3.8 de 4.0 puntos posibles por efectividad para tratar el TEPT, la depresión y los problemas de conducta y un 3,6 de 4.0 por su calidad en la investigación (SAMHSA, 2008). La Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), encargó a la Universidad de North-Carolina (RTI International-University of North Carolina Evidence-based Practice Center) un informe para evaluar la eficacia comparativa de las intervenciones (psicosociales y/o farmacológicas) para niños y niñas de edades entre 0 a 14 expuestos a malos tratos, encontraron asimismo que la TCC-FT presentaba una eficacia media en la reducción de sintomatología (TEPT, ansiedad, depresión y agresividad), presentándose como la más relevante de las orientaciones teóricas relacionadas con la intervención en trauma (Forman-Hoffman, 2013).

En 2001, varios organismos del Ministerio de Salud y Servicios Humanos de la EE.UU. junto a la Universidad de California, crearon la Red Nacional de Estrés Traumático Infantil (NCTSN, The National Child Traumatic Stress Network), que se ha establecido como un excelente recurso para la identificación de las prácticas basadas en la evidencia en el abuso y negligencia infantil. NCTSN es una red única de

todos los centros de servicios académicos y comunitarios de los Estados Unidos, cuya misión es elevar el nivel de atención y aumentar el acceso a los servicios basados en la evidencia para los menores traumatizados y sus familias, incluyendo los niños y niñas expuestos al abuso sexual. Es su página web (www.nctsn.org) presenta información de todas las intervenciones psicológicas relacionadas con la infancia maltratada. La TCC-FT recibe una clasificación de *tratamiento con apoyo empírico* (de Arellano et al., 2008; NCTSN, 2005).

Recientemente, el Chadwick Center for Children and Families y el Child and Adolescent Services Research Center of Rady Children's Hospital-San Diego fundaron el CEBC (California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare, 2011) para identificar y difundir información sobre los TAEs para el bienestar infantil, que se actualizan periódicamente. Los tratamientos revisados y valorados por el CEBC, emplean un sistema de calificación derivado de la Saunders et al. (2004). La TCC-FT obtiene la clasificación más rigurosa, certificando que está *fuertemente apoyada por la evidencia científica*.

2.1.1. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL FOCALIZADA EN EL TRAUMA

2.1.1.1. Desarrollo histórico del modelo

La Terapia Cognitivo-Conductual Focalizada en el Trauma (TCC-FT; Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy, TF-CBT), como hemos visto, es reconocida como la intervención con mayor apoyo empírico en el tratamiento de niños, niñas y adolescentes expuestos a experiencias traumáticas (Allen, Gharagozloo, y Johnson,

2012; Allen y Kronenberg, 2014). Tras numerosas investigaciones que la avalan, hoy en día es considerada una intervención bien establecida para el tratamiento del estrés postraumático y la sintomatología asociada (Cary y McMillen, 2012; Keeshin y Strawn, 2014; Leenarts, Diehle, Doreleijers, Jansma, y Lindauer, 2013).

Este modelo nació de la síntesis de dos investigaciones paralelas desarrolladas a mediados de los años 80; en Pittsburgh, de la mano de Judith Cohen y Anthony Mannarino; y en New Jersey, por Esther Deblinger. Ambos grupos de trabajo iniciaron estudios independientes para identificar los problemas específicos exhibidos por los menores que habían experimentado traumas, con una orientación inicial en el abuso sexual, y con el fin de comprobar la eficacia de intervenciones basadas en la evidencia para esta población (Cohen y Mannarino, 1988; Deblinger, McLeer, Atkins, Ralph, y Foa, 1989; Mannarino y Cohen, 1986; Mannarino, Cohen, y Gregor, 1989; Mannarino, Cohen, Smith, y Moore-Motily, 1991; McLeer, Deblinger, Atkins, Foa, y Ralph, 1988). Los autores implementaron y examinaron los beneficios clínicos de los protocolos de intervención preliminares (Cohen y Mannarino, 1993; Deblinger, McLeer, y Henry, 1990) y llevaron a cabo varios ensayos controlados aleatorios independientes en terapia individual (Cohen y Mannarino, 1996, 1998; Deblinger et al., 1996), así como en terapia de grupo (Deblinger, Stauffer, y Steer, 2001).

El protocolo de intervención inicial desarrollado por el equipo de Cohen y Mannarino, para menores víctimas de abuso sexual, recibió una amplia variedad de nombres [Structured Parent Counseling–Child Psychotherapy (SPC–CP), Cognitive-Behavioral Therapy adapted for Sexually Abused Pre-school children (CBT-SAP) y Sexual Abuse-Specific Cognitive Behavioral Therapy (SAS-CBT)], no obstante todas

las variantes de esta intervención se basaron en el modelo cognitivo-conductual. Si bien ligeramente diferentes, compartieron un enfoque con objetivos similares; (1) explorar el impacto del abuso sexual infantil intrafamiliar, (2) desarrollar el sentido de auto-eficacia en la víctima (empoderamiento), y (3) comprender las repercusiones en el comportamiento de los menores y sus relaciones sociales y familiares (Cohen et al., 2006).

En su estudio de 1993, empleando la SCP-CP proporcionaron los primeros cimientos de la intervención existente hoy en día (Cohen y Mannarino, 1993). En una ronda de ensayos posteriores, que serán descritos posteriormente, (Cohen y Mannarino, 1996a, 1996b, 1997) utilizaron la misma intervención, pero con un nuevo nombre (SBT-SAP). Estas intervenciones fueron, en gran medida, basadas en la *reestructuración cognitiva* e incluyeron tanto la *psicoeducación*, como la participación del cuidador no abusador. La *reestructuración cognitiva* siguió siendo el elemento central de la SAS-TCC (Cohen y Mannarino, 1998), pero esta versión también incluye un componente de *inoculación de estrés*. El modelo de terapia, en esa etapa, no incluía la *terapia de exposición*, aunque la experiencia de abuso fue relatada; la inclusión posterior de este importante componente fue en gran parte resultado de los trabajos anteriores de Deblinger.

El manual de tratamiento cognitivo-conductual desarrollado e implementado por Deblinger (Deblinger y Heflin, 1996) se centró en las técnicas de exposición gradual, incluyendo la *exposición in vivo* a los recuerdos del trauma y ejercicios de narración del trauma, en los que los menores describen los detalles del evento

traumático, así como los sentimientos y pensamientos asociados. Deblinger también se centró en el papel terapéutico de los padres (Cohen et al., 2006).

Cohen, Mannarino y Deblinger unificaron sus enfoques para el tratamiento de la infancia y adolescencia traumatizadas en 1997; el manual de la TCC-FT ha estado disponible en Internet (www.musc.edu/tfcbt) desde hace varios años y fue publicado en 2006 en formato de libro (Cohen et al., 2006).

2.1.1.2. Bases teóricas de la TCC-FT

Como su propio nombre indica, la TCC-FT implica sobre todo las intervenciones derivadas de las tradiciones cognitivas y conductuales. Desde el *modelo conductual*, la evidencia empírica apoya la opinión de que el aprendizaje clásico y operante son poderosos factores etiológicos en el desarrollo y mantenimiento del estrés postraumático (Cahill y Foa, 2007).

A través del *condicionamiento clásico*, varios estímulos, incluyendo evocaciones físicas y recuerdos del trauma, llegan a provocar respuestas emocionales como el miedo o la ira. Para minimizar la cantidad de sufrimiento experimentado, los individuos pueden tratar de evitar estas señales o recuerdos. En algunos casos, estos intentos de evitación tienen éxito, lo que resulta en la eliminación temporal de la angustia, de este modo, se refuerza negativamente la evitación; en otras ocasiones estos intentos son infructuosos y se produce una angustia emocional significativa.

Para extinguir estas dos respuestas (la respuesta emocional a los recuerdos del trauma y la tendencia a la evitación como mecanismo de afrontamiento), la TCC-FT hace especial hincapié en la discusión y el procesamiento del evento traumático

directamente. Al niño o adolescente se le enseñan habilidades de afrontamiento adaptativas para reemplazar la evitación, reducir el estrés y la hiperactivación fisiológica, y para ayudar al proceso de *exposición gradual* a los recuerdos del trauma. Inicialmente, esta *desensibilización* se produce a través del diálogo con el niño, produciendo los recuerdos, pensamientos y sentimientos asociados, y más tarde incorpora la *exposición en vivo*, que implican que se enfrenta directamente recordatorios físicos del trauma. Además otras técnicas conductuales se utilizan para abordar problemas emocionales y conductuales (p. ej., agresividad, comportamiento desafiante), incorporando el entrenamiento a los padres o cuidadores en el manejo conductual de estas respuestas.

Desde la *perspectiva cognitiva*, el principal factor etiológico en el desarrollo de la sintomatología es la presencia de *pensamientos distorsionados* (Beck, 1979; Beck, Rush, Shaw, y Emery, 1979). Por ejemplo, diversos estudios han mostrado la existencia de pensamientos maladaptativos, como la culpa, que pueden aumentar el riesgo de diversas preocupaciones psiquiátricas tras el abuso sexual o físico infantil (Feiring y Cleland, 2007; Valle y Silovsky, 2002). En la TCC-TF se enseña a los menores a examinar sus pensamientos y a comprobar cómo éstos influyen en sus sentimientos y acciones. Los errores de pensamiento, especialmente relacionados con la experiencia de trauma del menor, se procesan y se reestructuran.

La TCC-FT integra componentes de otras perspectivas teóricas, incluyendo la *teoría del apego* (Bowlby, 1989) y los *enfoques humanistas* (Rogers, Tubert, y Carmichael, 1981). En este sentido, la influencia de la teoría del apego en la TCC-FT se observa en el énfasis que se pone en la participación de un cuidador de apoyo, que puede resultar

en la reducción del estrés para el cuidador y en la mejora para el menor (Cohen y Mannarino, 2000; Deblinger, Mannarino, Cohen, y Steer, 2006). En adicción, el enfoque humanista en la relación clínico-niño es valorado y considerado como fundamental para la implementación exitosa de las técnicas de la TCC-FT (Cohen et al., 2006).

2.1.1.3. Componentes de la TCC-FT

La TCC-FT presenta un protocolo de orden secuencial de sus componentes, no obstante, se contempla la posibilidad de variar el orden de aplicación de los módulos en caso de que las necesidades específicas del niño o adolescente lo requieran.

Los objetivos terapéuticos de cada componente deben trabajarse, pero el cómo se implementan las técnicas depende del juicio del clínico y de las características del cliente. Por ejemplo, hay numerosas maneras de enseñar a los menores técnicas de relajación o de proporcionar psicoeducación, el clínico debe decidir la forma más eficaz con cada niño y cada cuidador. La terapia se considera completa cuando todos los componentes están trabajados. Un curso típico de una TCC-FT puede durar entre 8 y 20 Sesiones; sin embargo, intervenciones más largas son comunes con los casos más complejos (Cohen, Mannarino, Kliethermes, y Murray, 2012; Mannarino, Cohen, y Deblinger, 2014).

La TCC-FT es una intervención dirigida a niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años e incluye la intervención de los padres no abusadores, de forma paralela en sesiones individuales e incorporan sesiones conjuntas padre-hijo. Los módulos de la TCC-FT han sido resumidos bajo el acrónimo de PRACTICA (PRACTICE en inglés; ver Tabla 6).

Tabla 6. Componentes de la TCC-FT

Psicoeducación y entrenamiento en habilidades parentales.	Discusión y educación acerca del maltrato infantil en general y de las típicas reacciones emocionales y conductuales al abuso sexual; entrenamiento para padres/cuidadores en estrategias de manejo conductual y comunicación positiva.
Relajación	Entrenamiento en relajación basado en técnicas de respiración, relajación mental y muscular progresiva.
Análisis afectivo y entrenamiento en modulación emocional	Mejora de la capacidad para identificar y expresar emociones, ayudando al menor y a los cuidadores a manejar las reacciones emocionales relacionadas con el abuso, y practicar el autocontrol y la auto-relajación.
Cognitiva reestructuración	Ayudar al menor y a los cuidadores a entender la conexión entre pensamientos, sentimientos, y comportamientos; explorar y corregir las atribuciones erróneas relacionadas con los eventos cotidianos.
Trauma narración y procesamiento cognitivo	Ejercicios de exposición gradual, incluyendo la narración del trauma de manera verbal o escrita, y el procesamiento de los pensamientos erróneos y/o nocivos asociados al abuso.
In vivo exposición	Exposición gradual <i>in vivo</i> a los estímulos relacionados con el trauma en el ambiente del menor (Por ejemplo, en el sótano, la oscuridad, la escuela), por lo que el niño o niña aprende a controlar sus propias reacciones emocionales.
Conjuntas sesiones cuidador-niño	Sesiones de familia para mejorar la comunicación y la relación. Se crean oportunidades para que el menor comparta la narración del trauma y se debata terapéuticamente en relación al hecho.
Aumento de la seguridad y el desarrollo futuro	Educación y entrenamiento en habilidades de seguridad, de mejora en las relaciones interpersonales, y de sexualidad sana. Desarrollo de nuevas habilidades en el manejo de los factores de estrés futuros relacionados con el trauma.

A continuación, se detalla en mayor profundidad el contenido de cada módulo de la terapia.

2.1.1.3.1. *Componente 1: Psicoeducación y Entrenamiento en habilidades parentales*

La *psicoeducación* es uno de los principales componentes de la TCC-FT. A pesar de que se introduce al comienzo del tratamiento, la psicoeducación se continúa durante todo el proceso de la terapia tanto con el niño, niña o adolescente, como con su cuidador. Los objetivos principales de la psicoeducación son normalizar tanto la respuesta del menor como la de los padres o cuidadores, en relación a los acontecimientos traumáticos vividos y reforzar los conocimientos precisos acerca de lo ocurrido. Estos objetivos son fundamentales, dados los sentimientos de dolor y confusión que a menudo experimentan tanto los menores como sus padres (Cohen et al., 2006).

La psicoeducación está diseñada para proporcionar información sobre las experiencias traumáticas en la infancia y los síntomas asociados a éstas. Generalmente se realiza mediante cuentos, viñetas, folletos o juegos. También tiene como función, proporcionar un comienzo menos amenazante para el proceso de exposición gradual y la normalización de las respuestas físicas y emocionales del niño.

Al mismo tiempo, la psicoeducación provee una justificación del tratamiento para el menor y el cuidador. El terapeuta explica el proceso de adquisición de habilidades y la exposición gradual a los recuerdos del trauma, mediante un discurso apropiado a la edad y características del menor, proporcionando información no técnica para facilitar su comprensión. El objetivo final es inculcar expectativas positivas respecto a la intervención y la confianza en la idoneidad y eficacia del modelo de terapia (Allen y Kronenberg, 2014).

El *entrenamiento en habilidades* de crianza también se ofrece durante todo el curso del tratamiento, ya que está bien documentado que el apoyo y enseñanza en habilidades de crianza adecuadas a los padres o cuidadores, influye positivamente en la recuperación del trauma en los menores (Deblinger et al., 1996, 2011; Mannarino y Cohen, 1996).

Como indican Cohen, Mannarino y Deblinger (2012), los terapeutas pueden colaborar inicialmente con los padres o cuidadores en el desarrollo de rutinas que mejoren la sensación de seguridad de los menores, al tiempo que promuevan las *habilidades de comunicación positivas* entre padres e hijos. Los autores recomiendan que, con el fin de apoyar el uso de las habilidades parentales eficaces, es importante llevar a cabo el *análisis funcional de las conductas disfuncionales*, la revisión de las problemáticas, así como de las interacciones positivas entre padres/cuidadores e hijos, de manera semanal.

Como señalan, a raíz de la experiencia traumática, muchos padres inadvertidamente refuerzan comportamientos problemáticos en sus hijos; la realización de análisis funcional con respecto a las interacciones entre padres e hijos es útil para obtener el mayor detalle posible, incluyendo los pensamientos y sentimientos subyacentes de los padres que pueden estar conduciendo a actuar con demasiada indulgencia, sobreprotección o dureza.

En las primeras sesiones, el terapeuta debe identificar conductas infantiles problemáticas específicas y descubrir las funciones subyacentes a los problemas de comportamiento (p. ej. ganancias de atención, conductas evitativas ansiosas, deseos de sentimientos de control). Esto es especialmente importante dada la tendencia

natural de los padres, tras las secuelas del trauma, a centrarse en las dificultades infantiles y en los síntomas consiguientes, reforzando así su continuidad.

Se recomienda la sustitución de las conductas desadaptativas por otras adecuadas, mediante el control de la atención parental, la escucha activa y del empleo de recompensas. Asimismo, el terapeuta instruirá a los padres o cuidadores en la minimización del uso de sermones, gritos y amenazas vacías, que de manera inadvertida aumentan los comportamientos negativos de los menores. Los padres y los menores también pueden colaborar con el terapeuta en el desarrollo de las normas de casa, así como de las consecuencias de su incumplimiento, mediante la pérdida de privilegios o la realización de tareas reparadoras, entre otras. A los padres se les enseña cómo administrar de manera óptima y coherente estas consecuencias en un ambiente cálido y al tiempo que firme.

Los padres a menudo se ven afectados de manera significativa por los traumas que sus hijos han sufrido. La exposición gradual durante el componente de entrenamiento en habilidades de crianza incluye ayudar a los padres a entender el impacto y las secuelas del trauma, tanto en los menores como en sí mismos; por ejemplo, la identificación del comportamiento negativo infantil como consecuencia de este impacto emocional y no como la construcción original de "mi hijo es malo". Asimismo, en este módulo se trabaja el modelado de los padres hacia los hijos, no sólo en relación a los comportamientos adecuados, sino también en conductas de afrontamiento.

2.1.1.3.2. *Componente 2: Relajación*

El terapeuta enseña las distintas habilidades de relajación al niño, niña o adolescente; por lo general, incluye la respiración controlada, la relajación muscular progresiva (Jacobson, 1987; Bernstein y Borkovec, 1973) y la imaginación guiada (Cautela y Groden, 1985).

Dentro de este módulo, también incluyen el empleo de técnicas de *mindfulness*, cuyos orígenes se encuentran en las filosofías budistas y los principios de la meditación, y que han sido aplicadas para diversas patologías (Baer, 2003). Especialmente relevante ha sido el desarrollo e implementación de esta técnica como componente central en la Terapia Dialéctica Conductual de Marsha Linehan para los trastornos límite de la personalidad (Linehan, 1993), y que posteriormente ha sido aplicada en la infancia y adolescencia (Thompson y Gauntlett-Gilbert, 2008). Mediante la práctica de las técnicas de *mindfulness*, se aprende a observar y aceptar los pensamientos, las sensaciones y las emociones que se presentan sin hacer nada por tratar de modificarlas, cambiarlas o alterarlas. De esta forma, la persona toma conciencia de sus pensamientos, sentimientos y emociones, y de los automatismos que conllevan, de tal forma que puede actuar independientemente de su contenido, no dando automáticamente por cierto lo que piensa y lo que siente.

Al mismo tiempo, las *técnicas de mindfulness* provocan el desarrollo de la atención plena, que puede definirse como una conciencia sin juicios que se desarrolla instante tras instante, momento a momento, mediante un tipo de atención no reactiva, abierta y sin prejuicios en el momento presente (Kabat-Zinn, 2007). Este entrenamiento permite a su vez, promover el reconocimiento de las primeras señales

de aparición de la situación estresante y de la respuesta de estrés, de tal forma que mediante la aplicación de las habilidades que su práctica desarrolla (aceptación y ecuanimidad), hay más posibilidades de ser eficaz en el afrontamiento de la situación estresante (Cebolla y Miró, 2006).

Otras tareas como escuchar música relajante o el empleo de un diario, también se han empleado comúnmente. El psicólogo debe conocer los mecanismos de relajación que emplea tanto el menor como su cuidador para incorporarlo al repertorio de la terapia. Se anima al paciente a emplear estas habilidades para reducir la excitación psicofisiológica y para hacer frente a las dificultades que surjan en el hogar o en la escuela. Adicionalmente, se muestra la importancia del desarrollo de estas habilidades de relajación para reducir las reacciones de hiperactivación asociadas a los recuerdos del trauma, así como para hacer frente a los pensamientos intrusivos postraumáticos.

2.1.1.3.3. Componente 3: Entrenamiento en reconocimiento y modulación emocional

En su gran mayoría, los niños, niñas y adolescentes que han experimentado traumas complejos vivencian una amplia gama de sentimientos negativos y una dificultad para regular sus afectos. En muchos casos, a los más pequeños les resulta muy complejo identificar estas emociones y ponerles nombre y, con frecuencia, los más mayores sienten miedo de perder el control y verse desbordados por sus propios sentimientos. Como describen los autores (Cohen et al. 2006), las habilidades de expresión y modulación afectiva ayudan a los menores a expresar y manejar sus

sentimientos de manera más efectiva. Por otra parte, ayudan a obtener una mayor capacidad de expresar y modular estas sensaciones aterradoras, encontrando menos necesidad de usar estrategias de evitación frente a las evocaciones del trauma.

Se recomienda que el terapeuta desarrolle formas alternativas para ayudar a los niños y niñas a identificar y a hablar sobre una gama de diferentes sentimientos, siempre en función de la edad y de las características idiosincrásicas de los menores. En este sentido, una de las tareas que proponen los autores es que el terapeuta pida inicialmente al menor que describa los diferentes sentimientos que pueda imaginar en 3 minutos. Este ejercicio ayuda a estimar la destreza del menor a la hora de identificar diferentes emociones. El terapeuta puede entonces recoger los sentimientos descritos y pedir que relate, mediante ejemplos, sus propias vivencias. Asimismo los autores recomiendan el empleo de los juegos disponibles en el mercado para trabajar este módulo, tales como el *bingo emocional*.

Otra intervención empleada, sobre todo para los más pequeños, es la técnica *Color your life* (O'Connor, 1983). El terapeuta le pide que asocie los diferentes colores con sentimientos específicos, y luego le pide que coloreé las diferentes partes de una figura humana que identifique con cada sentimiento. Esta técnica facilita la posibilidad de acceder a una amplia diversidad de los pensamientos y sentimientos de los menores, al tiempo que es una técnica poco intrusiva y divertida para los pequeños. Además de la identificación y expresión de pensamientos y sentimientos apropiados, el terapeuta puede encontrar esta técnica útil en la identificación de los focos de tratamiento relevantes. Esta actividad ayuda a los menores a tomar conciencia de que; (1) las personas sienten a menudo más de una emoción en una

situación dada, (2) estos sentimientos pueden incluso ser contrarios, y (3) esta variedad emocional es normal.

Cohen et al. (2006, 2012) explicaron que es necesario continuar con el entrenamiento, hasta que el niño o niña sea capaz de identificar las emociones que experimenta y sea capaz de hablar sobre estos sentimientos de manera cómoda. Cabe señalar que, en las fases iniciales del tratamiento, el terapeuta no debe pedir al menor directamente que relate las emociones experimentadas durante el evento traumático; aunque si el niño espontáneamente narra algún acontecimiento relacionado con él, el terapeuta debe continuar con el ejemplo expuesto por el menor. Debido a que las sesiones iniciales se centran normalmente en la construcción de la comodidad para el pequeño y del establecimiento de la confianza con el terapeuta, las sesiones de reconocimiento y expresión emocional deben terminar con un tono positivo, si es posible (p. ej., elogiando al menor por haber identificado y expresado sus emociones; permitiendo que escoja un juego no centrado en el trauma para jugar durante los últimos 5 a 10 minutos de la sesión).

2.1.1.3.3.1. La detención del pensamiento y las autoafirmaciones positivas

Otro de los aspectos trabajados en este módulo, son la *parada del pensamiento* y la creación de *imágenes positivas*, que se instruyen en los niños y niñas al principio del tratamiento, para prevenir que puedan sentirse desbordados por los recuerdos del trauma (p. ej., pensamientos intrusivos traumáticos al irse a dormir o en la escuela). Sin embargo, esta intervención puede no ser apropiado para los preescolares, que les

puede resultar confuso ser animados a hablar y recordar el trauma, por una parte; y por otra, animados a dejar de pensar en ello. El objetivo a posteriori, es que los menores no eviten los recuerdos del trauma sino que aprenden a dominarlos. Sin embargo, los autores explican que el aprendizaje de técnicas de interrupción del pensamiento puede ser útil como una medida temporal al inicio del tratamiento, antes de haber alcanzado tal pericia.

La *detención o parada del pensamiento* es una técnica de modulación afectiva que puede cortocircuitar el ciclo de pensamiento negativo que a menudo es problemático para los niños y niñas traumatizados (los pensamientos sobre el evento traumático conducen a distorsiones cognitivas, que a su vez llevan a mayores sentimientos y pensamientos perturbadores, que llevan nuevamente a otras distorsiones cognitivas, y así sucesivamente, causando la vivencia improductiva de pensamientos y sentimientos muy negativos). Esta técnica, empleada bajo el contexto de la *reestructuración cognitiva* (Beck, 1979; Beck, et al., 1979), se convierte así en un preámbulo para las intervenciones posteriores sobre el procesamiento cognitivo, enseñando a los menores en el control sobre sus propios pensamientos.

Los autores proponen diversos métodos para poner fin al pensamiento negativo, ya sea verbalmente (p. ej., diciendo al pensamiento "Vete" o "Sal de aquí") o físicamente (p. ej., con el uso de una banda de goma alrededor de la muñeca que al tensarla señale el fin de un pensamiento negativo). Otra sugerencia sería asociar metafóricamente la *parada del pensamiento* con la idea de "cambiar el canal" de un programa que se centra en historias negativas, "presionando el botón" para cambiar a un canal imaginario deseado. Se puede instruir a los niños y niñas en idear y preparar

un pensamiento o imagen mental positivos, como pensar en un día, lugar o experiencia especial (p. ej., su cumpleaños, la Navidad, el parque de atracciones). Esta imagen mental se puede dibujar y, ser llevado a casa como un símbolo para utilizar en su día a día.

Al igual que en el módulo previo de relajación, en este también incluyen el empleo de otras técnicas de *mindfulness* (Linehan, 1993), como la *técnica del "lugar seguro"*, empleada como técnica de regulación emocional. En este sentido, el niño o niña imagina o crea, mediante un dibujo o imagen, un lugar seguro imaginario (p. ej., una casa, una tienda de campaña, la playa, etc.) al que "viaja" imaginariamente para reducir las emociones negativas y autocalmarse. Como comentan Briere y Scott (2006) emplear esta técnica en pacientes que han estado expuestos a peligros, les permite bajar la guardia y facilitar la conexión y la introspección. Un marco de seguridad física, emocional y psicológico es vital. La mayoría de las personas que han sido víctimas de abusos tienen que recuperar su sentido de seguridad (Briere y Scott, 2006).

El empleo de *autoafirmaciones positivas*, según los autores (Cohen et. Al, 2006), consiste en centrarse en las fortalezas del niño, en lugar de los aspectos negativos. Puede ser muy útil para desarrollar la capacidad de resiliencia para hacer frente a las situaciones doloras relacionadas con el trauma. Los niños y niñas pueden beneficiarse de reconocer que, a pesar de la gran adversidad, están afrontando y superando las situaciones. Las autoafirmaciones positivas deben partir del terapeuta, quién resalte las capacidades resilientes del menor y que posteriormente enseñe a los menores a emplearlas antes sentimientos de frustración o tristeza. Algunos ejemplos que

incluyen los autores como auto-afirmaciones positivas son: "Yo puedo salir de esto" o "Las cosas ahora son difíciles, pero van a mejorar en el futuro".

2.1.1.3.3.2. Incremento del sentido de seguridad del menor

Garantizar la seguridad de los niños, niñas y adolescentes debe ser siempre el objetivo inicial, poniendo en marcha estrategias urgentes de afrontamiento, especialmente en lo que se refiere a los contactos con los Servicios Sociales o con el sistema policial y/o legal (denuncias, declaraciones, juicios, etc.). En casos de situaciones de maltrato, abuso o negligencia graves que pongan en riesgo la seguridad del menor, los Servicios Sociales especializados deben actuar y proporcionar a la víctima un ambiente adecuado (familia de acogida, centro de menores o piso tutelado) (Cohen, 2003; Echeburúa y Guerricaechevarría., 2011).

Tomadas las medidas más urgentes de seguridad, se debe dotar al menor de estrategias adecuadas para evitar posibles situaciones de agresión y, en todo caso, de las habilidades necesarias para informar de su ocurrencia (Echeburúa, Guerricaechevarría, y Amor, 2002). Del mismo modo, el terapeuta debe explicarle el proceso en el que se encuentra y facilitarle la adaptación a su nueva situación, tanto si ha abandonado el domicilio familiar para integrarse en una familia de acogida o en un piso tutelado, como si se mantiene en su entorno familiar (Echeburúa y Corral, 2007).

Practicar habilidades específicas de seguridad personal para mejorar las respuestas de un menor a situaciones peligrosas que podrían ocurrir en el futuro puede ser muy útil. Sin embargo, los autores recomiendan cuando sea posible,

posponer la práctica activa de estas habilidades para después de la narración del trauma. La atención inicial en el desarrollo de habilidades de seguridad personal puede fomentar sentimientos inapropiados de responsabilidad y/o de culpa por no haber hecho lo que el terapeuta sugiere ahora, por ello estas habilidades se desarrollan con mayor profundidad en el módulo de narración del trauma (Cohen et al., 2006).

2.1.1.3.3. Entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas

El entrenamiento en habilidades sociales y la resolución de problemas puede ayudar a estos niños y niñas en su regulación afectiva. Muchas de estas habilidades implican aspectos del procesamiento cognitivo, la exposición in vivo, y otros componentes de TF-CBT, pero en este modelo se presentan principalmente como un método de gestión afectiva (Cohen et al., 2006).

La técnica de *resolución de problemas* implica el entrenamiento del niño o adolescente en el análisis y puesta en práctica de varios pasos para la elección de una solución adecuada al problema planteado, en la Figura 1 se describen los pasos propuestos por los autores (Cohen et al., 2006).

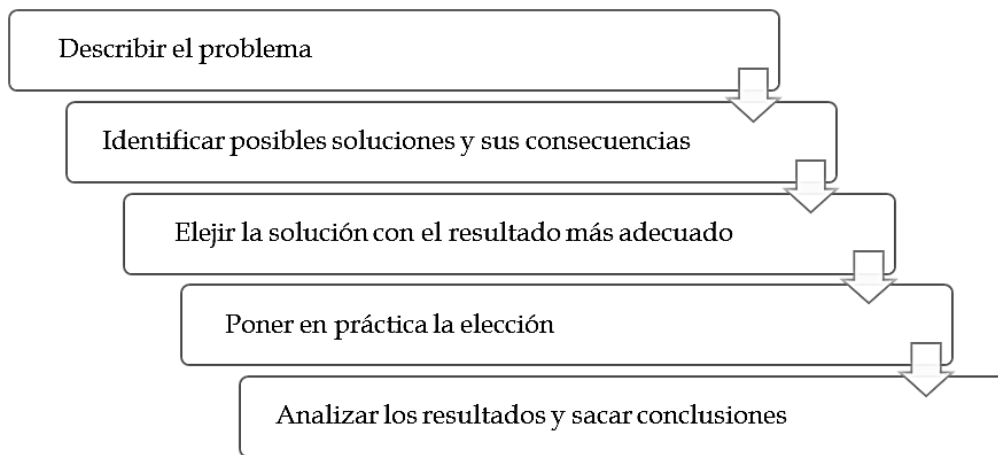


Figura 1. Pasos de la Técnica de Resolución de Problemas (Cohen et al., 2006)

En relación a las *habilidades sociales*, éstas abarcan una variedad de habilidades y comportamientos; algunos de los cuales son relativamente fáciles de enseñar (p. ej., tomar turnos o escuchar a los demás); y otros, más complejos y difíciles (p. ej., leer con precisión las señales sociales). Si es posible, los autores recomiendan el entrenamiento en habilidades grupal, ya que esta opción permite a los menores beneficiarse enormemente de las ocasiones para poner en práctica las habilidades entrenadas, además de que es un entorno proclive para compartir y naturalizar las experiencias traumáticas vividas, mejorando en última instancia su autoimagen.

En los casos en los que la metodología grupal no es posible, la terapia individual también puede proporcionar el aprendizaje de estas habilidades sociales. Según los autores, el modelado del terapeuta y la práctica del *role playing* puede favorecer la destreza en las habilidades sociales, con la consigna de que se pongan en práctica en el contexto natural del menor durante las sesiones.

Los padres o cuidadores también deben participar en el fortalecimiento de las habilidades sociales de los menores al practicar con ellos en casa. Además, los adultos pueden ser de ayuda en la organización de actividades con los iguales, proporcionar

el transporte, la solución de problemas con los pequeños, y ofrecer refuerzo positivo en los intentos de puesta en práctica de habilidades positivas en las interacciones sociales.

Además de ello, el reconocimiento y expresión emocional también se contextualiza en la relación padre/madre no abusador/a y su hijo, se instruye a los padres e hijos en el desarrollo de la *escucha activa* y la gestión de las emociones, favoreciendo la expresión de los sentimientos vividos frente al desarrollo de problemas del comportamiento adscritos a esas emociones (Cohen et al., 2012).

2.1.1.3.3.4. Gestión de estados emocionales intensos

El objetivo del aprendizaje de las habilidades anteriores es que los niños y niñas sean capaces de gestionar con una mayor efectividad los estados afectivos difíciles. En esencia, la meta final es desarrollar una serie de "herramientas" para seleccionar de su "caja de herramientas" para cuando se den situaciones conflictivas o abrumadoras. Entre ellas estarían la identificación y reconocimiento de estos estados emocionales intensos, la aplicación de la *detección del pensamiento*, la aplicación de técnicas de *relajación* (técnicas de *mindfulness*) y conversión de pensamientos en imágenes positivas o "lugares seguros". Además de ello el desarrollo de resolución de conflictos personales y con iguales y el entrenamiento en habilidades sociales para favorecer la gestión e la ira, la asertividad, la empatía o la reparación del daño, entre otros. Asimismo se incluye la comunicación afectiva y la búsqueda de apoyo del adulto de referencia. El terapeuta debe trabajar con el niño o niña las situaciones específicas en

las cuales está teniendo dificultades en la regulación afectiva y desarrollar planes individualizados para favorecer su resolución.

2.1.1.3.4. *Componente 4: Reestructuración y procesamiento cognitivos*

El término *reestructuración cognitiva* consiste en la discusión de los pensamientos automáticos negativos generados por las experiencias traumáticas que provocan malestar emocional, y la sustitución de dichas distorsiones, por otros pensamientos más realistas y positivos (Beck, 1979; Seligman, Reivich, Jaycox, y Gillham, 1995).

El primer paso para ayudar a los menores y cuidadores es identificar las habilidades de afrontamiento cognitivas que emplean y la puesta en común de sus diálogos internos. Estos diálogos internos, sin embargo, pueden ser difíciles de capturar y compartir, sobre todo cuando están arraigados, son repetitivos e incluyen pensamientos estigmatizantes. Por ello, Cohen et al. (2006), recomiendan comenzar la reestructuración cognitiva con ejercicios no relacionados con el trauma. Muchos menores y sus padres no se dan cuenta de que pueden optar por cambiar sus propios pensamientos, y que al hacerlo puede cambiar sus sentimientos y comportamientos. Esta idea es la base del "triángulo cognitivo", representado en la Figura 2.

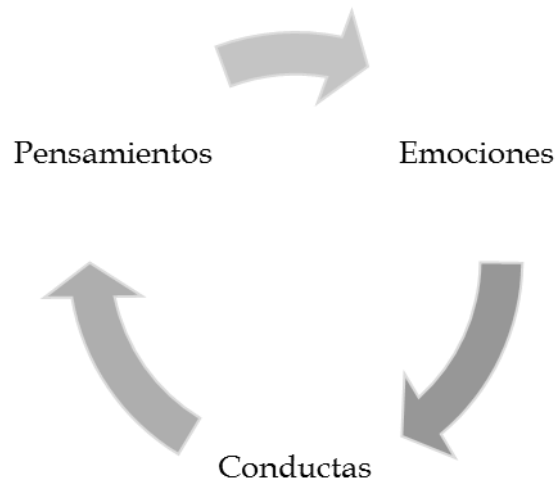


Figura 2. Triángulo Cognitivo. Ellis (1962)

Educar a los menores acerca de las conexiones entre los pensamientos, sentimientos y comportamientos es un elemento esencial de la psicoeducación sobre el procesamiento cognitivo (Cohen et al., 2006).

Se trata de ayudar a los niños, niñas y adolescentes a identificar los *pensamientos automáticos negativos*, ayudando al menor a reconocer la relación entre los pensamientos, sentimientos y comportamientos, así como la relación entre nuestros comportamientos y cómo otras personas actúan en respuesta a nosotros (en base al “triángulo cognitivo”).

Para los más pequeños, Cohen et al. (2006) sugieren al empleo de metodología visual y práctica para facilitar la comprensión del proceso. Recomiendan la lectura de una historia (por ejemplo “la hiena que perdió su risa”), una historia que ejemplifica el cambio de un pensamiento negativo (Lamb-Shapiro, 2000).

Los diferentes *pensamientos erróneos* e ineficaces que los menores emplean, acaban configurando patrones típicos que han sido descritos por diversos autores. Por

ejemplo, la investigación ha demostrado que las personas que atribuyen los acontecimientos negativos a nivel personal (interno), permanente y de manera generalizada, tienen a presentar más probabilidades de deprimirse que quienes atribuyen estos hechos a causas externas, específicos y transitorias (Seligman, 1998).

Es importante identificar los pensamientos erróneos de los niños y niñas e instruirles en identificar que patrón cognitivo disfuncional emplea; pensamientos catastróficos, sobregeneralizados, polarizados, etc. (Mueser, Jankowski, Rosenberg, Rosenberg, y Hamblen, 2004).

2.1.1.3.5. *Componente 5: Narración del Trauma*

La creación de una narrativa del trauma, también conocida como *exposición gradual*, se ha empleado en el tratamiento de niños y niñas que han sufrido abusos sexuales (Deblinger y Heflin, 1996; Cohen y Mannarino, 1993), en menores expuestos a la violencia en la comunidad (Pynoos y Nader, 1988), en desastres naturales (Goenjian et al., 1997) y en episodios traumáticos únicos (March, Amaya-Jackson, Murray, y Schulte, 1998).

Como es bien sabido, esta técnica perteneciente a los principios cognitivo-conductuales, tiene como objetivo romper la asociación entre los pensamientos y recuerdos del evento traumático, con las emociones negativas dolorosas como el terror, la frustración, la vergüenza, la culpa o la rabia. A lo largo de varias sesiones, se anima a los niños y niñas a que describan cada vez con más detalle lo ocurrido, durante y tras el episodio(s) traumático(s), así como sus pensamientos y sentimientos experimentados. Se realiza sobre una base jerárquica de pasos progresivos de

exposición a los eventos traumáticos, de menor a mayor gravedad e impacto emocional. El terapeuta alienta, en pasos progresivos, a hablar, escribir o dibujar sobre aspectos cada vez más intensos del evento traumático. Aunque, como señalan Cohen et al. (2012) la identificación y clasificación de los eventos traumáticos no siempre es fácil de lograr, ya que el terapeuta puede desconocer los aspectos del evento(s) que fueron más dolorosos para el menor, descubriéndose en muchos casos en el transcurso de la narración.

Deblinger et al. (1990) conceptualizaron originalmente la creación de la narración del trauma como un procedimiento de exposición en el que se repite la lectura, la escritura y la elaboración de lo que sucedió durante el trauma, desensibilizando los recuerdos y los sentimientos asociados relacionados con el trauma. Así se permite la reducción de la hiperactivación física y psicológica tras la exposición a tales recuerdos. Con ello se pretende disminuir la necesidad del menor de evitar estos recuerdos, reduciendo así los síntomas del TEPT y, favoreciendo, en última instancia, la reanudación del funcionamiento normal del niño, niña o adolescente. Además, al describir la experiencia(s) traumática(s), se alienta a los niños o adolescente a compartir sus pensamientos y sentimientos, ayudando al terapeuta a identificar los pensamientos y creencias disfuncionales que podrían estar en la base de las dificultades emocionales y comportamentales de los menores.

Las conclusiones extraídas de los trabajos realizados por Pennebaker (1993) y Pennebaker y Francis (1996) con adultos traumatizados, sugirieron que la creación de una narrativa del trauma como único componente no era suficiente para mejorar la salud psicológica o física, pero que era esencial para integrar los pensamientos y

sentimientos acerca de los eventos traumáticos en una experiencia consistente y significativa.

En este sentido, otras investigaciones realizadas en los años 90, con adultos que experimentaron un trauma reciente, indicaron que la capacidad de afrontamiento, el manejo del estrés y las habilidades de procesamiento cognitivo adecuadas, son necesarios para que la narración del trauma sea beneficiosa en lugar de perjudicial (Gidron, Peri, Connolly, y Shalev, 1996; Klein y Janoff-Bulman, 1996; Foa, Molnar, y Cashman, 1995).

Consecuentemente, Cohen et al. (2006) conceptualizaron la narración del trauma; además de un proceso de desensibilización de los recuerdos del trauma y las emociones dolorosas, de la disminución de la evitación y de la hiperactivación; como un proceso que permite a los menores integrar la experiencia traumática en su vida. De esta manera, el trauma es sólo una parte de la experiencia de la vida del niño y niña, y de su autoconcepto, en lugar de ser el aspecto que engloba a ambos. Para lograr esta distinción es necesario el desarrollo de habilidades metacognitivas; es decir, las habilidades para pensar y evaluar los propios pensamientos y experiencias. La creación de la narrativa del trauma y el procesamiento cognitivo de la experiencia trauma deben ocurrir de forma interactiva para que los menores puedan integrar con éxito la experiencia trauma y su significado en un auto-concepto más óptimo.

Antes de iniciar las sesiones de la *exposición gradual*, el terapeuta debe introducir la base teórica de esta intervención, destinando un tiempo a la psicoeducación en este sentido. Los autores indican que, tanto los niños como sus padres, pueden estar muy preocupados por enfrentarse directamente al relato del evento traumático; la evitación

propia del TEPT puede favorecer esta reticencia. Por lo que es fundamental explicar y clarificar los las características, efectos y beneficios de esta técnica, adaptando el lenguaje y los ejemplos a las características de los niños y niñas (Deblinger y Heflin, 1996).

Para facilitar la narración de los acontecimientos traumáticos, se han empleado diversas técnicas, como es el relato de los acontecimientos de su vida mediante una historia o cuento, este cuento ha recibido el nombre de *libro de la vida*. El niño o niña protagonista de esta historia, ayudado por el terapeuta, va narrando su vida en diferentes capítulos que representan el pasado que contiene las experiencias traumáticas; el presente y el futuro. En este sentido, no sólo se ayuda a los menores en la elaboración de las experiencias traumáticas vividas en el pasado, sino que apoya la integración de esta experiencia en su vida y favorece la creación de expectativas de futuro positivas (Jiménez, Martínez, y Mata, 2010; Pennebaker, 2002).

Para fomentar la redacción del *libro de la vida*, Cohen et al. (2006) recomendaron la lectura de cuentos cuyos protagonistas han vivido experiencias traumáticas similares; por ejemplo recomiendan libros como *Please Tell* (Jessie, 1991) para el abuso sexual, *A place of Starr* (Schorr, 2002) para menores expuestos a violencia doméstica, o *All kinds of Separation* (Cunningham, 1992), para la separación de los padres debido al maltrato infantil, el abuso de sustancias de los padres, o de la hospitalización.

Además de ello, los autores recomiendan destinar las sesiones necesarias para realizar este libro, en función de la idiosincrasia de cada niño, niña o adolescente y de los mecanismos de evitación presentes. A través de la *exposición gradual*, los menores van experimentando reacciones emocionales progresivamente menos extremas y una

menor reactividad fisiológica. Si estos continúan experimentando un alto grado de reactividad, los autores recomiendan el empleo de las *técnicas de relajación* descritas en el segundo módulo.

Asimismo, se recomienda también el empleo *títeres* para como elemento facilitador de la narración del trauma en preescolares, ya que proporciona la distancia inicial entre la descripción de los eventos vividos y los sentimientos angustiosos (Worden, 1996). Así, como cualquier otro tipo de metodología que permita la narración del trauma como relatos de poesía o canciones, juegos, o cualquier tipo de expresión artística (Cohen et al., 2012).

En la exposición gradual, se emplean la escala de *Unidades Subjetivas de Ansiedad* (SUDs), para comunicar el nivel de ansiedad experimentado de forma subjetiva, mediante una escala numérica (p.ej., del 0 al 10 como las notas de los exámenes) o con un “termómetro de miedo”.

Cohen et al. (2006), propusieron que este módulo fuera trabajado de manera conjunta con los padres, teniendo como objetivos que los niños puedan compartir sus experiencias traumáticas con los padres no abusadores, ayudando en la exposición gradual al trauma de los pequeños, compartiendo y recogiendo los sentimientos de ambos, trabajando los pensamientos disfuncionales de los menores y mayores, favoreciendo la comunicación de situaciones dolorosas entre ellos e integrando el evento traumático en sus vidas.

El proceso final en la narración del trauma, contempla un espacio destinado a reflexionar con el niño o la niña sobre lo aprendido en el transcurso del tratamiento,

en relación a la imagen de sí mismo, de lo ocurrido, de sus relaciones con otros, de la visión del mundo y sobre su proyección de su futuro (Cohen et al., 2012).

2.1.1.3.6. *Componente 6: Exposición en Vivo*

La *exposición en vivo* es un componente de tratamiento de gran alcance, altamente eficaz para ayudar a los niños y niñas a superar los comportamientos de evitación problemáticos consecuentes las secuelas del trauma. Algunos comportamientos de evitación relacionados con el trauma, empero, son funcionales y, por lo tanto, no deben ser desalentados (p. ej., evitar a su abusador sexual). Por el contrario, las conductas de evitación disfuncionales se desarrollan cuando las intensas emociones negativas experimentadas en el trauma se asocian a otros estímulos, generalizando así las respuestas a estímulos inocuos. Cuando esto ocurre, las personas traumatizadas hacen un esfuerzo intenso por evitar a las personas, lugares, cosas y recuerdos que provocan estas intensas emociones negativas a pesar de que estos estímulos en sí mismos pueden no ser objetivamente peligrosa (Cohen et al., 2006).

De acuerdo con lo observado por Cohen et al. (2012), y dependiendo de las circunstancias del trauma, los niños y niñas que sufren TEPT con síntomas importantes de evitación; por ejemplo, pueden oponerse a ir a la escuela, a dormir solos, a estar en ambientes oscuros, a la participación en actividades sociales, o al uso de determinados medios de transporte. La reducción de la ansiedad que experimentan los menores cuando se rechazan estas actividades refuerza su evitación, que puede conducir a comportamientos cada vez más aislados.

La *exposición en vivo* también puede estar indicada cuando los comportamientos de evitación menos perturbadores no disminuyen de forma natural en el transcurso de la narración y del procesamiento del trauma. En tales circunstancias, los terapeutas, pueden crear tareas *en vivo* que fomenten la participación gradual en las actividades que provocan ansiedad, incrementándolas progresivamente a intensidad, y facilitando el uso simultáneo de las habilidades de afrontamiento aprendidas anteriormente para controlar la angustia asociada (Cohen et al., 2006).

2.1.1.3.7. *Componente 7: Sesiones conjuntas Padres-hijos*

Cohen et al. (2006) diseñaron las sesiones conjuntas entre los padres no abusadores y sus hijos, como se ha descrito con anterioridad, con el fin de poner en práctica las habilidades de comunicación y de relación aprendidas durante el tratamiento, así como para facilitar la elaboración de las experiencias traumáticas vividas. Al inicio del tratamiento, se dan con mayor frecuencia sesiones individuales y posteriormente se incorporan las sesiones conjuntas.

El tiempo destinado, tanto para las sesiones individuales como conjuntas, varía en función de las necesidades de cada persona. Cuando los menores presentan problemas significativos de comportamiento, a menudo es muy útil, iniciar sesiones breves conjunta entre padres e hijos desde el inicio para brindar oportunidades para que los padres practiquen las habilidades de crianza y de manejo conductual que están aprendiendo (p. ej., el refuerzo, la atención selectiva).

Como describen los autores, tanto el contenido como el inicio de las sesiones conjuntas para la elaboración del trauma, también dependen del estado emocional de

padres e hijos y del nivel de habilidades de afrontamiento, comunicación y relación aprendidas. Idealmente, las sesiones conjuntas focalizadas en el trauma deben iniciarse cuando los padres han desarrollado la suficiente destreza en el manejo emocional, que les permita servir como modelos de conducta de afrontamiento adecuados para sus hijos (Cohen et al., 2006)

Estas sesiones conjuntas suelen comenzar con las cuestiones más generales relacionadas con las experiencias traumáticas. Como aconsejan los autores, puede resultar útil el empleo libros y juegos para crear un ambiente divertido y relajado durante las reuniones conjuntas, como los juegos *Survivor's Journey*, para el trauma por abuso sexual, (Burke, 1994) o *¿What do you know?*, juego caracterizado por preguntas y respuestas sobre el abuso sexual, el maltrato físico y la violencia doméstica (Deblinger, Neubauer, Runyon, y Baker, 2006). Estas actividades ayudan al cuidador y al niño o niña a adquirir mayor confianza y comodidad en la comunicación de los eventos traumáticos, previo a la lectura y narración del trauma personal vivido por ambos.

Cohen et al. (2006, 2012), también señalaron la importancia de preparar a los padres para escuchar el relato traumático de sus hijos, en las sesiones individuales, con la participación en juegos de rol relacionados con la lectura del relato, en los que el terapeuta realiza el papel del menor. Esta práctica permite a los padres tolerar las emociones resultantes, al tiempo que practicar la escucha activa, la alabanza y el apoyo. Asimismo, en estas sesiones previas de preparación, el terapeuta también ayuda de manera individual, a identificar las preguntas relacionadas con el trauma,

para que puedan ser respondidas en las sesiones conjuntas de una manera óptima para la elaboración del trauma.

2.1.1.3.8. *Componente 8: Incremento en la seguridad y desarrollo futuro*

La mejora en la seguridad del niño o adolescente y el desarrollo del futuro es un componente que también se puede incorporar en el tratamiento en diferentes etapas, dependiendo de la elaboración del trauma y de las circunstancias de la familia (Cohen, Mannarino, y Murray, 2011). Para los menores víctimas de violencia doméstica o de la comunidad violenta, que pueden seguir expuestos a situaciones traumáticas a pesar de los esfuerzos para reducir al mínimo éstas, las habilidades de seguridad se pueden introducir y practicar al inicio del tratamiento para mejorar la seguridad en los entornos de alto riesgo. Para los niños menos vulnerables a reexperimentar el trauma durante el curso del tratamiento, es recomendable retrasar el entrenamiento en habilidades de seguridad hasta haber finalizado la narración del trauma, ya que, como se comentó anteriormente, esto puede reducir el malestar de éstos y los sentimientos de culpa por no haber reaccionado de una manera más adecuada frente al trauma (Cohen et al., 2006).

En general, los niños y niñas que han sufrido traumas significativos son propensos a sentir una mayor sensación de vulnerabilidad. La TCC-FT alienta al desarrollo de *habilidades de seguridad personal* adecuadas para mejorar la sensación de dominio y la autoeficacia frente a los factores de estrés o traumas futuros.

Según Cohen et al. (2012), los objetivos principales del componente de habilidades de seguridad incluyen; (1) evaluar las habilidades infantiles y

conocimientos con respecto a los posibles peligros en su entorno; (2) proporcionar y revisar la información sobre los riesgos relevantes, relacionados con el abuso sexual infantil, la violencia familiar, la violencia en la comunidad, la intimidación, y el peligro en las redes sociales; (3) el desarrollo y la práctica de la asertividad en la comunicación, la resolución de problemas, la seguridad corporal, y otras habilidades de seguridad idiosincrásicas al trauma sufrido; y (4) la participación de los padres en la revisión de las habilidades y en el desarrollo de planes de seguridad que se pueden practicar las sesiones cuidador-hijo o familiares.

2.1.1.4. Aspectos fundamentales en la TCC-FT

2.1.1.4.1. Alianza Terapéutica

En la TCC-FT se hace hincapié en la importancia de la relación terapéutica. Dado que las sesiones requieren la narración de los acontecimientos traumáticos y la expresión de emociones estresantes, se alienta a los terapeutas a atender a la calidad de la relación terapéutica con el niño o niña y el cuidador. Los terapeutas deben mostrar adecuadas respuestas empáticas y una apropiada escucha reflexiva (Allen y Armstrong, 2014). De hecho, la investigación empírica reciente apoya la conclusión de que la relación terapéutica de alta calidad mejora la eficacia de la TCC-FT (Ormhaug, Jensen, Wentzel-Larsen, y Shirk, 2014) y es un aspecto fundamental a tener en consideración con los menores víctimas de traumas complejos (Amaya-Jackson y DeRosa, 2007; Briere, 2002; Ford y Cloitre, 2009; Lanktree et al., 2012)

Aunque el establecimiento de una relación terapéutica es fundamental para el éxito, no se considera suficiente, y los clínicos deben recordar que la exposición

gradual comienza en el proceso de valoración previo. Uno de los objetivos durante las sesiones iniciales de TCC-FT es establecer el rapport de la relación para el resto del tratamiento; los niños y los cuidadores deben sentirse cómodos y confiados con el terapeuta, al mismo tiempo que comprenden que el tratamiento se centrará en el procesamiento de los eventos traumáticos (Cohen et al., 2012).

La construcción de una relación de confianza con alguien que ha experimentado abuso o maltrato en la infancia puede ser un reto. Las personas que han sido heridas en varias ocasiones en las relaciones interpersonales han adquirido una serie de maneras de protegerse contra el daño. A menudo están vigilantes, cautelosas, desconfiadas y/o enojadas, e instintivamente esconden ciertos aspectos de sí mismos (Saakvinte et al., 2000). Se necesita tiempo para que los supervivientes se sientan lo suficientemente seguros para revelar sus sentimientos con honestidad en la terapia y desarrollar una relación de confianza con el terapeuta (Harper et al., 2007).

En muchos casos, los menores pueden querer hablar con su terapeuta acerca de sus sentimientos, pero la vergüenza y el miedo ante la respuesta del terapeuta les impide hacerlo (Harper et al., 2007).

2.1.1.4.2. Compromiso Terapéutico

Debido a las consecuencias de muchos traumas, existen otros asuntos urgentes que pueden tener prioridad antes de la terapia a nivel psicológico. En el caso de maltrato infantil, estos aspectos incluyen la protección del menor y la investigación policial, los exámenes médicos y la atención a otros problemas de seguridad (Cohen et al., 2012).

Una vez estabilizados estos aspectos de primera necesidad, el terapeuta puede optimizar la participación en la terapia analizando posibles barreras para el mismo, como la falta de transporte, los conflictos en la programación, u otras prioridades que pueden entrar en competencia con la intervención. McKay et al. (2004) demostraron que, tanto el inicio del tratamiento como la asistencia a las sesiones, se pueden mejorar mediante la utilización de estrategias de participación empíricamente validadas, tales como; el establecimiento de la necesidad de atención a la salud mental del menor/familia, la mejora de la motivación de los cuidadores en el tratamiento, la revisión de las experiencias previas de terapia, el establecimiento de una relación de trabajo colaborador, y la resolución de las barreras para el desarrollo de la terapia (p. ej. el transporte o la programación). Estas estrategias parecen ser relevantes para el compromiso de los menores y sus cuidadores en la terapia y se han utilizado con éxito en las investigaciones TCC-FT previas (Cohen, Deblinger, Mannarino, y Steer, 2004; Delinger et al., 1996, 2001).

2.1.1.4.3. Valores fundamentales de la TCC-FT

Los autores (Cohen et al., 2012) han resumido los valores fundamentales del modelo de la TCC-FT bajo el acrónimo CRAFTS (cuyo significado traducido del inglés al castellano sería “destrezas”; ver Tabla 7). Como indican los autores, estos valores se deben aplicar a todos los casos, independientemente de la población, comunidad o entorno específico al que se dirija.

Tabla 7. Valores fundamentales de la TCC-FT

Constituida	Basada en un modelo estructurado que incorpora los conocimientos, habilidades y procesos que se integran de una manera adecuada, adaptándose a las necesidades del cliente en particular y de la familia.
Respetuosa	Respetuosa con el niño o adolescente, su cuidador, la familia, la comunidad, la cultura y las prácticas religiosas, basándose en la comprensión del impacto del trauma en base a estos aspectos tanto en el menor como en la familia.
Adaptable	Puesta en práctica mediante formas flexibles y creativas que el terapeuta cree para motivar al paciente y para implementar óptimamente los componentes de tratamiento para diversas poblaciones y entornos, manteniendo la fidelidad al modelo.
Familiar	Los terapeutas realizan esfuerzos activos para involucrar a los padres y/o cuidadores en el proceso de tratamiento siempre que sea posible. Así como a los hermanos y/u otros miembros de la familia cuando sea factible y clínicamente apropiado.
Terapeuta-Paciente	Atenta en la creación de una relación terapéutica que permita a los niños y sus cuidadores sentirse seguros, aceptados y validados.
Self-efficacy	Los terapeutas alientan la autoeficacia y la sensación de dominio, colaborando en la planificación de la terapia, motivando en el trabajo entre sesiones, reconociendo los éxitos y fomentando los sentimientos de preparación frente a eventos estresante futuros.

Los valores destacan, de manera resumida que la TCC-FT se basa en componentes estructurados; que es respetuosa con la comunidad, la cultura y las tradiciones religiosas; que se adapta a las necesidades y circunstancias individuales; se centra en la familia o relación con el cuidador de referencia; que centra su interés en una relación terapéutica fuerte; y trabaja con ahínco en fomentar la auto-eficacia personal.

2.1.1.4.4. Estrategias de evaluación

Cohen et al., (2012) sugieren que antes de iniciar la TCC, es fundamental evaluar el impacto de las exposiciones traumáticas en varios dominios de

funcionamiento. El acrónimo CRAFTS también se utiliza para resumir las posibles áreas de desajuste marcadas como objetivo en la TCC-FT.

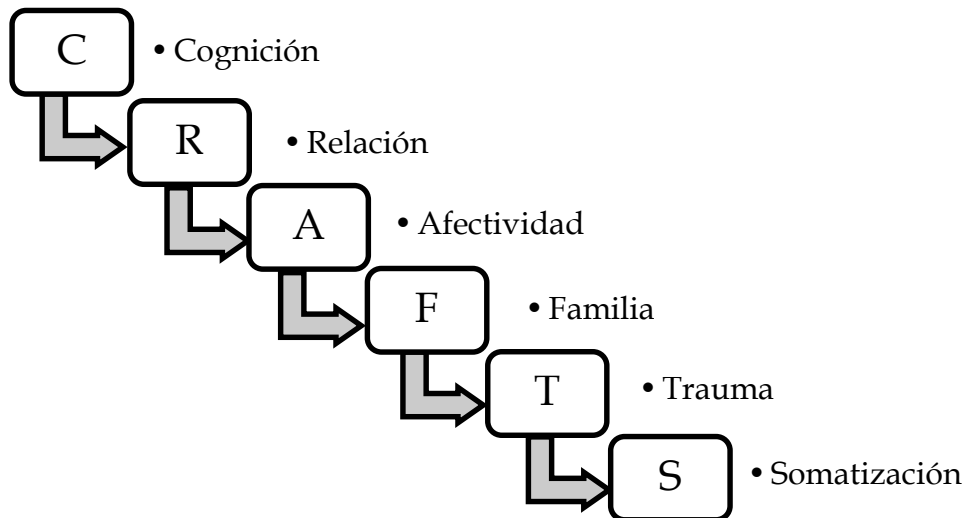


Figura 3. Áreas de Evaluación en la TCC-FT

A continuación se detallan, en mayor profundidad, los contenidos a tener en cuenta en cada una de las áreas de evaluación propuestas por Cohen et al. (2012):

- *Problemas Cognitivos*: tales como patrones de pensamiento disfuncional, problemas de aprendizaje escolar, o dificultades de atención y concentración.
- *Problemas de Relación*: como conflictos en el hogar y en la pareja, en la escuela o en el trabajo, y los problemas de confianza o expectativas de traición en las interacciones interpersonales.
- *Problemas Afectivos*: dificultades en la expresión y/o manejo de las emociones de ansiedad, depresión y/o tristeza.

- *Comportamientos Traumáticos*: incluyen problemas de evitación de recuerdos traumáticos inocuos, problemas de comportamiento sexual, comportamiento agresivo y antinormativo.
- *Problemas Somáticos*: tales como problemas de sueño, síntomas hiperarousal, cefaleas, dolores de estómago, y otras reacciones fisiológicas relacionadas con el trauma.

La evaluación de estos dominios con fines de planificación del tratamiento puede llevarse a cabo a través de entrevistas estructuradas, observaciones y medidas estandarizadas administradas a los menores y a los cuidadores. Como recomiendan Cohen et al. (2012), el uso de medidas estandarizadas mejora la aplicación efectiva de la TCC-FT, ya que proporcionan información objetiva que constituye la base para la adaptación individual del plan de tratamiento para las necesidades específicas del niño o adolescente, además de facilitar la evaluación del progreso del tratamiento.

2.1.1.4.5. *Flexibilidad y Fidelidad en la TCC-FT*

Mannarino et al. (2014), señalan el reto que supone para los terapeutas, el mantener un equilibrio entre la fidelidad al modelo de TCC-FT y la flexibilidad en la aplicación de los módulos y técnicas. Por supuesto, sin un nivel razonable de *fidelidad*, los terapeutas no implementarían el modelo de una manera consistente con la base de investigación. Por otro lado, sin la *flexibilidad*, mantener un protocolo de tratamiento rígido, no es apropiado para los menores a los que atiende.

Como describen los autores, la *fidelidad* en el modelo se logra principalmente a través de la aplicación de todos los componentes de la TCC-FT y, en general, en el

orden del acrónimo PRÁCTICA. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, sería plausible revisar el orden de los módulos para atender a las necesidades clínicas de cada caso, por ejemplo como el inicio de la terapia con el componente de *aumento en la seguridad*, en aquellas situaciones en las que existe una amenaza de violencia en el momento actual. En otros casos, tras la *narración del trauma*, el módulo de *exposición en vivo* puede no ser necesario si no hay recordatorios del trauma generalizados que interfieren con el progreso en el tratamiento del menor.

La *flexibilidad* en la aplicación de la TCC-FT se logra principalmente a través de la gran variedad de estrategias de tratamiento que se pueden utilizar para cada uno de los componentes de la PRÁCTICA. Esta flexibilidad se basa en numerosos factores, incluidas las cuestiones del desarrollo y las cualidades únicas de cada menor. Por ejemplo, como vimos en la descripción de los componentes, para preescolares, los autores recomiendan el uso de materiales de juego para mejorar la ejecución las técnicas de cada módulo de TCC-FT (Cavett y Drewes, 2012; Drewes y Cavett, 2012). Así, como se describió con anterioridad, la psicoeducación puede ser realizada a través de libros infantiles, videos educativos, folletos de información, y juegos psicoeducativos. Aunque los ejercicios de respiración profunda y relajación muscular progresiva a menudo se les enseña como parte del componente de relajación, hay muchas otras estrategias que se pueden utilizar, incluyendo la meditación, el yoga, el dibujo, la oración y la música.

Muchos terapeutas sugieren que la *narración del trauma* puede ser el componente más difícil de aplicar, debido a la evitación de que está presente en la mayoría de los niños. Para implementar este componente con éxito, es importante

entender las habilidades e intereses de cada menor para que éstos se pueden utilizar para facilitar el desarrollo de la narración. Por ejemplo, los adolescentes que disfrutan de la poesía pueden escribir un poema para su narración del trauma. Así como, mensajes de texto que se puede utilizar, dada su popularidad entre los adolescentes de nuestra cultura.

En esta línea, en nuestro país, el grupo de trabajo de López-Soler ha empleado el uso de las *nuevas tecnologías* en el tratamiento de la infancia maltratada (López-Soler, Castro, Alcántara, y Botella, 2011). Se realizó una adaptación para la infancia, del Sistema de Realidad Virtual llamado “El mundo de EMMA”, con el fin de facilitar el procesamiento emocional en la narración del trauma. Este instrumento para el tratamiento fue inicialmente desarrollado en adultos por el grupo de trabajo de Botella (Andreu-Mateu, Botella, Quero, Guillén, y Baños, 2012; Botella, Baños, Perpiñá, y Ballester, 1998; Botella et al., 2004; Botella et al., 2005; Quero et al., 2012).

2.1.1.4.6. Contraindicaciones y limitaciones de la TCC-FT

Tal y como indican Mannarino et al. (2014), la implementación de la TCC-FT requiere que haya existido un trauma(s) reconocido al que el menor haya sido expuesto y recuerde. Esto parece un requerimiento relativamente sencillo; sin embargo, especialmente en niños muy pequeños y en casos de maltratos no reconocidos, puede ser difícil de recordar o de identificar por los servicios de protección infantil. En los casos en los que no está claro que se ha producido el maltrato, no sería clínicamente apropiado aplicar la TCC-FT.

La TCC-FT también estaría contraindicada si un adolescente o joven presenta ideación suicida. Aunque algunos de los componentes del tratamiento (p. ej., la relajación o la regulación afectiva) pueden ser beneficiosos para el aprendizaje de estrategias de afrontamiento más adaptativas, la *narración del trauma* y el trabajo de *procesamiento cognitivo*, puede activar la ideación suicida. Por lo tanto, sería prudente retrasar la aplicación TF-CBT hasta que se produzca una mayor estabilización.

Los cambios de tutela o de recurso de protección en los menores (p. ej., nuevo centro de protección, nueva casa de acogida o retorno con la familia biológica) durante la aplicación de la TCC-FT están también contraindicados, por lo que se recomienda; o bien, no iniciar el tratamiento hasta que se garantice un tiempo suficiente para la aplicación del tratamiento en su totalidad; o bien, paralizar la aplicación de los componentes más invasivos hasta la estabilización del menor (Mannarino, et al., 2014).

Como hemos visto en el capítulo anterior, la comorbilidad entre estrés postraumático y otros síntomas es habitual; por ejemplo, es común que los menores presenten TEPT y problemas de conducta. En estos casos es recomendable implementar la TCC-FT, enfatizando los componentes basados en las habilidades de crianza y manejo de la conducta (Deblinger et al., 2011). Pero cuando los problemas de conducta son de naturaleza grave (p. ej., comportamientos agresivos graves o síntomas psicóticos graves), entonces sería clínicamente apropiado emplear un tratamiento basado en la evidencia para los problemas graves del comportamiento o un tratamiento farmacológico para reducir la sintomatología psicótica, como

intervenciones iniciales. Pudiendo administrar los componentes de la TCC-FT con posterioridad.

En relación a las *limitaciones*, encontramos que la TCC-FT; al igual que otros tratamientos para infancia y adolescencia, no es el tratamiento ideal en todos los casos, ni en todas las circunstancias. En el caso del abuso sexual, es importante incluir al cuidador-no abusador en la TCC-FT; pero sería contraindicado incluir al perpetrador del abuso sexual, incluso en los casos en los que éste ha reconocido el abuso. Sería un importante desencadenante del trauma para el niño o niña, y que esto interferiría en gran medida con el progreso de la terapia. La TCC-FT tampoco sería apropiada para incluir a los progenitores que han maltratado físicamente de sus hijos, para ello se han desarrollado otros modelos de terapia basada en el trauma que contemplan la inclusión de los padres maltratadores (AF-CBT; Kolko y Swenson, 2002; PCIT, Chaffin et al., 2004; o la Combined Parent-Child Cognitive-Behavioral Therapy CPC-CBT; Runyon y Deblinger, 2013).

La TCC-FT no está destinada a ser utilizada inmediatamente después de un desastre natural, un ataque terrorista o cualquier otro tipo de evento a gran escala. Sin embargo, la TCC-FT puede ser implementada en menores que presentan síntomas de estrés traumático transcurridos dos meses o más del desastre. Por ejemplo, la TCC-FT fue efectiva en la reducción de síntomas del TEPT en los niños y niñas expuestos al ataque terrorista del 11 de septiembre en la ciudad de Nueva York (CATS Consortium, 2007) y en aquellos y aquellas víctimas del huracán Katrina en 2005 (Jaycox et al., 2010).

Mannarino et al., (2014) han indicado que la TCC-FT podría no estar indicada para bebés, ni preescolares que han experimentado acontecimientos vitales traumáticos, incluido el abuso sexual o físico. Ya que los fundamentos teóricos de la TCC-FT son de naturaleza cognitivo-conductual y las intervenciones en este modelo pueden ir más allá de las capacidades de desarrollo de este grupo de menores. En estos casos, el modelo terapéutico basado en la evidencia para esta población sería la Child-Parent Psychotherapy (CPP; Lieberman, Van Horn e Ippen, 2005). Sin embargo, Scheeringa, Weems, Cohen, Amaya-Jackson, y Guthrie (2011) demostraron que los niños en edad preescolar pueden comprender algunos conceptos cognitivos básicos, sobre todo cuando se presentan a través de psicoeducación con libros para niños, tales como "The Little Engine that Could" (Piper, Hauman, y Hauman, 2012), o con el uso de apoyos concretos que ayudan a diferenciar entre los pensamientos, sentimientos y comportamiento.

2.1.1.5. Adaptaciones de la TCC-FT en diferentes poblaciones

Aunque, como hemos comprobado, los ensayos iniciales de la TCC-FT se centraron en el abuso sexual infantil, posteriores investigaciones han probado la eficacia de la TCC-FT en otras poblaciones (p.ej., víctimas de terrorismo, desastres naturales, abuso físico o exposición a violencia de género, discapacitados o culturas diferentes) en diferentes contextos (acogimiento familiar y residencial, colegios) o para síntomas diversos (duelo traumático).

Nos vamos a centrar en la población objeto a la que se destina nuestra investigación; en menores expuestos a múltiples tipos de maltrato, también haremos

una breve mención de la adaptación cuando estos menores presentan un duelo complicado.

2.1.1.5.1. Adaptación para víctimas de múltiples maltratos crónicos

Recientemente ha nacido un interés especial en la adaptación de este modelo terapéutico en la intervención con niños y adolescentes expuestos a traumas crónicos como maltrato físico, emocional o testigos de violencia de género (Cohen, Berliner, y Mannarino, 2010; Cohen et al., 2011; Cohen, et al., 2012; Murray, Cohen, y Mannarino, 2013).

Como ha sido descrito en el capítulo previo, las secuelas psicológicas de este tipo de maltrato podrían responder a lo que se ha denominado *trauma complejo*, que se caracteriza por la presencia de problemas significativos en una amplia gama de sintomatología relacionada con el vínculo y la relación, la regulación del afecto y de los impulsos, la regulación somática, la disociación, la regulación del comportamiento, la cognición y el concepto de sí mismo (Cook et al., 2005; Ford, y Cloitre, 2009; Herman, 1992a).

Trabajar en poblaciones de trauma intrafamiliares crónicos presenta muchos desafíos que requieren diferentes aplicaciones del modelo de terapia. La TCC-TF aborda de manera efectiva los síntomas relacionados con el trauma, de tal manera que tras el tratamiento, el niño, niña o adolescente volverá al funcionamiento pre-trauma. Para los sobrevivientes de traumas complejos, este objetivo inicialmente no puede ser factible, ya que en muchos casos, los eventos traumáticos comenzaron en edades tan tempranas o con un impacto emocional tan grande que no hay una línea

base inicial a la que retornar. Para ellos, el trauma se ha convertido en una "forma de vida" (Cohen et al., 2012).

Por otra parte, el medio ambiente de estos menores sigue siendo caótico durante el tratamiento, en muchos casos, y las crisis en la relación terapéutica se producen con frecuencia (Cook, Blaustein, Spinazzola, y van der Kolk, 2003). Los menores experimentan frecuentes cambios en el acogimiento residencial y familiar, fracasos en acogimientos familiares y adopciones, ausencia de visitas de familiares, pérdida de relación con hermanos que se van en adopción o a otros centros de protección, y expulsiones y cambios continuos de los centros educativos; caracterizando estas crisis el desarrollo de sus vidas. Estos episodios indeseables se convierten en retos importantes que requieren atención en el tratamiento. El tratamiento eficaz centrado en el trauma requiere múltiples sesiones ininterrumpidas centradas en el procesamiento de los contenidos relacionados con el trauma (Cohen et al. 2006). El trabajo relacionado con el trauma puede entonces revertir en una serie de "arranques y paradas" en el tratamiento, cuando se producen estas crisis. Continuar únicamente con el trabajo de los acontecimientos pasados, de manera independiente de las cuestiones apremiantes es poco aconsejable, ya que esto puede dar lugar a una transgresión grave en la relación terapéutica y en la consecución de los objetivos de la terapia.

La larga lista de problemas que presenta esta población, requiere que la TCC-FT se adecue a estas necesidades. En primer lugar, estos menores han experimentado, a menudo, una variedad de experiencias interpersonales inconsistentes e

impredecibles, que van desde relaciones excesivamente aglutinadas, indiferentes, y/o victimizantes (Cook et al., 2003).

Los sobrevivientes a estos tipos de trauma suelen desconfiar de los demás, pueden ver a los otros como impredecibles, incontrolables y hostiles. Estas dificultades en el vínculo pueden extrapolarse a la relación terapéutica (Courtois, 1999). No es raro que los menores con una compleja historia de trauma, presenten niveles muy elevados de evitación durante semanas o meses. La cercanía y confianza de un buen terapeuta puede ser una experiencia inusual para estos niños y jóvenes, que pueden experimentar ansiedad antes estos aspectos positivos de la relación terapéutica (Courtois, 2004). La intervención para la elaboración del trauma requiere una *alianza terapéutica* sólida; ya que, por ejemplo, en el trabajo de la exposición gradual al trauma es necesario que se de en condiciones de seguridad y confianza con el terapeuta. Dado las dificultades en el vínculo que pueden presentar estos menores, se requieren estrategias terapéuticas especiales para avanzar en el tratamiento.

La dificultad en la *regulación afectiva* caracteriza a las víctimas del trauma complejo, y a menudo se propaga a diversos dominios de funcionamiento, incluyendo el afecto, la conducta, la cognición, y el auto-concepto (van der Kolk, 2005). Estos jóvenes suelen ser excesivamente reactivos a los acontecimientos de su entorno. Tal desregulación afectiva suelen dar lugar a una adversidad significativa y permanente para ellos. Por ejemplo, la desregulación emocional y conductual puede contribuir al adolescente a enfurecerse con un maestro que le ha criticado, llegando a empujarle contra una pared, lo que resulta finalmente en una expulsión. El comportamiento agresivo hacia un padre de acogida puede dar lugar al cese del acogimiento y al

retorno a un centro de acogida residencial. De esta manera, estos acontecimientos pueden crear interrupciones en el curso de la TCC-FT y, en particular, en el trabajo de elaboración del trauma que puede resultar interrumpido, ineficiente e infructuoso. Además, estos menores suelen presentar retardos en el desarrollo de sus capacidades, asemejándose a niños o niñas mucho más pequeños de su edad cronológica, tales como dificultad para identificar un estado afectivo o incluso saber cuándo tienen hambre (Ford, Courtois, Steele, van der Hart, y Mijenhuis, 2005).

2.1.1.5.1.1. Evaluación en víctimas de múltiples maltratos crónicos

La infancia y adolescencia víctimas de maltrato intrafamiliar crónico a menudo se presentan al tratamiento con un entorno caótico, una multitud de experiencias de eventos traumáticos, y una variedad de dificultades crónicas, entre ellas problemas en el apego (Cook et al., 2005). Para agravar el problema, estos menores, en muchas ocasiones, no pueden informar sobre todo esto, ya sea por dificultades en el recuerdo, la evitación o el propio desconocimiento, siendo el cuidador de referencia el que proporcione la información, aunque en muchos casos la desconoce.

En este sentido, Cohen et al. (2012) presentaron algunas estrategias de ayuda en la evaluación. En primer lugar, el proceso de evaluación puede ser conceptualizado como “pelar una cebolla”. Se aconseja al terapeuta seguir el ritmo de los menores en la obtención de la información que conoce (Ford et al., 2005). Para estos sobrevivientes, pueden pasar meses hasta que confíen en el terapeuta y compartan sus dificultades actuales. Según avanza el tratamiento, la aparición de los

síntomas y el funcionamiento de los adolescentes pueden ir mostrándose más graves (Taylor, Gilbert, Mann, y Ryan, 2008). Esto no refleja un deterioro de la conducta, sino que es resultado de que los menores se muestran más honestos, o incluso, más conscientes de sus dificultades.

En segundo lugar, en ausencia de un cuidador habitual, recomiendan al terapeuta intentar obtener la información pertinente de otras fuentes, como un trabajador social, un maestro o personal de otros recursos de protección. Sin embargo, a veces la información esencial se pierde debido a un “flujo sistémico”, por continuos cambios de cuidadores, maestros o profesionales de los servicios de protección.

En tercer lugar, al igual que en cualquier población traumática, aconsejan al clínico ser consciente del nivel de excitación/activación de los menores. El terapeuta debe ser sensible a la hiperactivación o “inundación” de los niños y niñas cuando se les pregunta sobre los acontecimientos traumáticos y permanecer dentro de la “ventana terapéutica” (Briere, 1996a). Es decir, los terapeutas no deben sobrepasar los límites que abruman a los menores, ni quedarse en un plano insuficiente de escasa información.

Asimismo, se recomienda al terapeuta preguntar acerca de los eventos traumáticos mostrando apoyo aunque de manera neutral (Courtois, 2004). El proceso de evaluación puede generar sentimientos de angustia; sin embargo, esto es normal y a menudo temporal. Es prudente que el terapeuta administre las pruebas en presencia del menor, lo que permite al clínico tanto evaluar el nivel de excitación de los menores, así como hacer preguntas relevantes.

Para esta población, una evaluación completa de la exposición a múltiples eventos traumáticos es importante. Estos menores han experimentado múltiples traumas, que pueden haber sido perpetrados por una o más personas a lo largo de varios años. Sin el conocimiento de los adolescentes de todos los eventos traumáticos, la información proporcionada podría referirse a un solo evento traumático. La obtención de esta historia, sin embargo, tampoco es fácil. El terapeuta no debe asumir que preguntar sobre los eventos traumáticos se traducirá en una revelación por parte del niño o adolescente (Courtois, 2004).

Asimismo, los niños y niñas víctimas de maltrato crónico, con frecuencia, sufren las consecuencias de las secuelas del trauma: victimizaciones secundarias en procesos de ratificación en juzgados, la separación de sus familiares, y la reubicación en centros de acogimientos residencial o en familias de acogida, con los consiguientes cambios en dichos recursos. Por lo tanto, es aconsejable tener un sentido más amplio de lo que el concepto de "trauma" significa para esta población.

El amplio rango de dominios del deterioro observados en las experiencias de trauma complejo, hacen difícil el diagnóstico de un constructo simple. Por lo tanto, una única herramienta de evaluación será insuficiente para abarcar la amplia gama de síntomas (Briere y Spinazzola, 2005). Como regla general, es útil hacer uso de herramientas de evaluación que exploren múltiples áreas de funcionamiento, y es preferible obtener información sobre las experiencias traumáticas a través de diferentes informadores (Cohen et al, 2010; García-Montalvo et al., 2008; López Soler, Martínez, García-Montalvo et al., 2007). En la Figura 4 se muestran las diferentes áreas de exploración en infancia víctima de maltrato crónico.

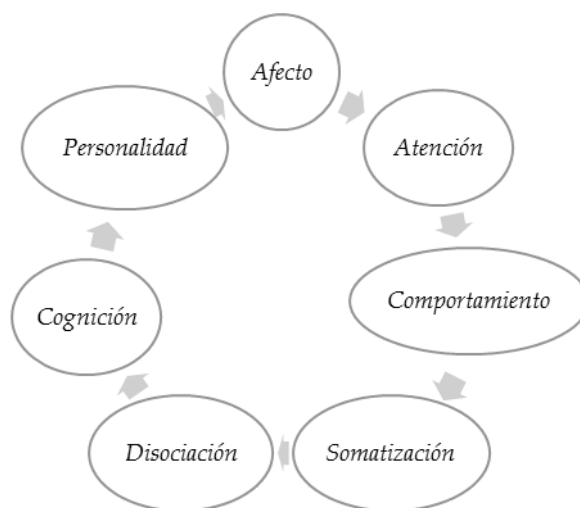


Figura 4. Áreas de evaluación en maltrato crónico

2.1.1.5.1.2. Fases en la TCC-FT para el maltrato crónico

A la luz de estos problemas, los menores con historia de trauma crónico intrafamiliar, en muchos casos, presentan grandes dificultades para iniciar un tratamiento centrado en el trauma. Sin embargo, la TCC-FT es el tratamiento con mayor soporte empírico para el tratamiento de niños, niñas y adolescentes expuestos a eventos traumáticos (Cohen et al., 2010). Aunque, como sabemos, la TCC-FT no fue desarrollada específicamente para los jóvenes con estas experiencias traumáticas, los autores han demostrado que con algunos ajustes puede ser muy eficaz para esta población. Los componentes PRACTICA de la TCC-FT (Cohen et al., 2006) pueden aplicarse y adaptarse a las características observadas en esta población. Cuando estos jóvenes inician el tratamiento pueden no estar adecuadamente preparados para beneficiarse de este tipo de intervenciones, por lo que es necesario hacer modificaciones en relación con el ritmo y el orden de aplicación de los componentes. La inestabilidad de su entorno y la gravedad de sus propias dificultades emocionales

y conductuales, pueden interferir en el beneficio a corto plazo, del tratamiento estructurado centrado en el estrés postraumático.

En esta línea, Herman (1992a) y posteriormente Ford et al. (2005) señalaron que los menores víctimas de diferentes tipos de maltrato crónico responden mejor al tratamiento, si éste se divide en tres fases secuenciales; en una fase inicial de estabilización, en la que se busca el fortalecimiento de la confianza y la seguridad en la relación y se trabajan las habilidades de afrontamiento. El desarrollo y el mantenimiento de la relación terapéutica es siempre central en el tratamiento de TCC-FT (Cohen et al., 2006), pero es especialmente importante para los niños y adolescentes con trauma complejo. Debido al trauma interpersonal repetido que experimentan los menores, la mayoría de las relaciones son percibidas como potencialmente amenazantes. La propia relación terapéutica a menudo sirve como un recordatorio del trauma para los jóvenes con estos tipos de trauma. Durante las primeras sesiones de la TCC-FT, el terapeuta gradualmente expone a los menores a la idea de una relación segura y predecible. Este trabajo también se puede considerar parte del componente de la exposición en vivo.

Tras esta fase inicial, tendría lugar una segunda fase de procesamiento del trauma, en la que se tendría lugar la narración del trauma y el procesamiento cognitivo, que representa los esfuerzos por favorecer la desensibilización de los eventos traumáticos; y, finalmente, una fase de consolidación, en la que se consolidan las ganancias del tratamiento, mediante la demostración del dominio del menor sobre los recuerdos del trauma en el mundo real, tanto en el momento presente, como para

el futuro. Esta fase final del tratamiento también incluye temas relacionados con la despedida y el cierre del tratamiento (p. ej., Ford y Cloitre, 2009; Ford et al., 2005).

De esta manera los componentes de la TCC-FT han sido divididos en estas tres fases recomendadas para los jóvenes con traumas crónicos: fase de estabilización, fase de procesamiento del trauma y fase de consolidación (ver Figura 5; Cohen et al., 2012; Murray, Cohen, Ellis, y Mannarino, 2008).

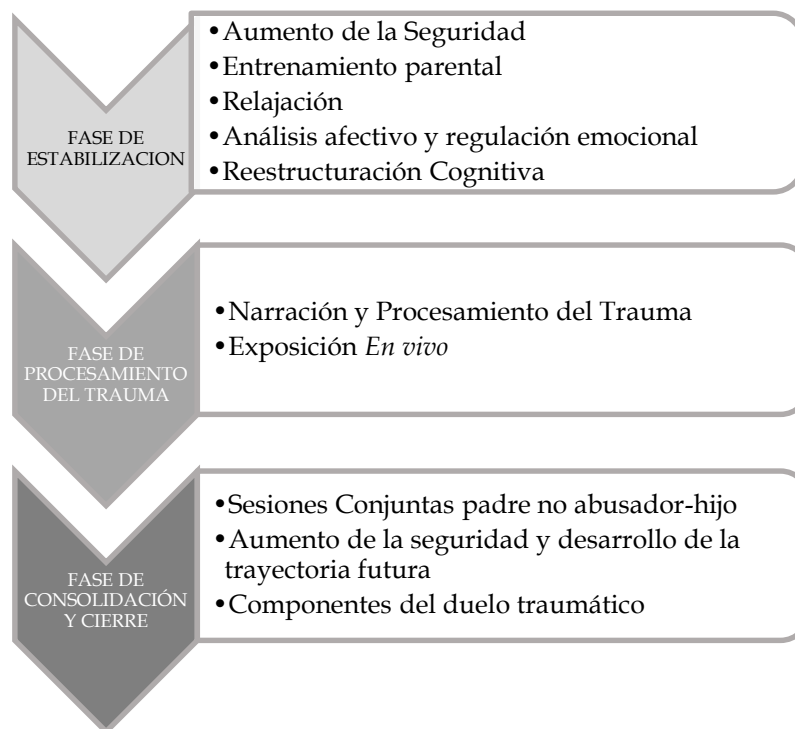


Figura 5. Componentes de la TCC-FT para trauma crónico.

En la TCC-FT, normalmente los terapeutas dedican aproximadamente el mismo número de sesiones de tratamiento para cada una de las 3 fases de tratamiento de la TCC-FT (es decir, un tercio de las sesiones de habilidades de afrontamiento; otro tercio para el procesamiento del trauma; y un tercio final para la consolidación y cierre). Sin embargo, los jóvenes con trauma crónico presentan importantes problemas de regulación en múltiples dominios y éstos son con frecuencia agravados en el

establecimiento de una relación terapéutica consistente y de confianza. Por lo tanto, la proporcionalidad del tratamiento se modifica para dedicar aproximadamente la mitad de las sesiones de tratamiento total de la TCC-FT a la fase inicial de estabilización y desarrollo de habilidades de afrontamiento. La duración del tratamiento también a menudo necesita extenderse, desde las típicas 8-16 sesiones a 25 sesiones y en ocasiones hasta 28 a 30 sesiones, asumiendo sesiones de 50 minutos de duración (Cohen, Mannarino, y Navarro, 2012; Kliethermes y Wamser, 2012).

2.1.1.5.2. Adaptación para el Duelo Traumático

Cohen et al., (2006) describieron componentes adicionales para los niños que han sufrido importantes pérdidas y presentan duelo traumático; y se han llevado a cabo estudios que comprueban su eficacia (Allen, Oseni, y Allen, 2012; Cohen, Mannarino, y Knudsen, 2004).

Los niños y niñas con duelo traumático evitan pensar o recordar a la persona fallecida por el dolor que les genera, incluso recordar aspectos felices del pasado, ya que éstos, muchas veces, preceden a los recuerdos traumáticos relacionados con la muerte de la persona querida. Los menores con duelo traumático pueden beneficiarse de componentes de tratamiento de duelo relacionado adicionales después de completar los componentes TCC-FT en relación con la muerte traumática. A continuación se resume brevemente (más información en www.musc.edu/ctg):

- *Psicoeducación sobre el duelo*: facilitar al menor y a sus cuidadores información sobre la amplia gama de respuestas del duelo infantil, así como información sobre el duelo y sus fases.

- *Duelo por la pérdida y resolución de sentimientos ambivalentes*: conceptualizar la muerte y abordar los sentimientos ambivalentes hacia los difuntos, ayuda al niño o niña a aceptar la totalidad de la persona fallecida y abordar las cuestiones no resueltas. Se trabajan las expectativas realistas respecto a la muerte y al difunto.
- *Preservar recuerdos positivos*: animar al menor a recordar al fallecido e interiorizar los aspectos positivos en el autoconcepto de éste. Además proporciona habilidades de manejo de los sentimientos dolorosos, ayudando a reducir la evitación de los recuerdos. Encontrar maneras de recordar o traer a la vida al ser querido fallecido, puede crear sentimientos de orgullo en lugar de intenso dolor.
- *Redefinición de la relación*: Aceptar que la relación vive pero en la memoria del niño, por lo que también debe implicarse en las relaciones con las personas que viven.
- *Cierre*: niños, niñas y padres responden muy bien a la TCC-FT y a los componentes relacionados con el duelo traumático, en términos de superación de los síntomas del TEPT, depresivos, de ansiedad y de duelo traumático (Cohen, Mannarino, y Staron, 2006). Se prepara también a los niños para el duelo posible tras el final del tratamiento, normalizando el proceso de duelo y fomentando las habilidades de afrontamiento futuras.

2.1.1.6. Eficacia de la TCC-FT

2.1.1.6.1. Estudios metaanalíticos sobre la TCC-FT

En la última década, se han realizado una serie de estudios metaanalíticos y revisiones sistemáticas sobre la eficacia de tratamientos psicológicos en infancia maltratada y traumatizada para la reducción del trastorno de estrés postraumático (TEPT), así como de otra sintomatología asociada.

De esta manera, encontramos que tanto los estudios metaanalíticos centrados en abuso sexual infantil (Amand, Bard, y Silovsky, 2008; Harvey y Taylor, 2010; Sánchez-Meca, Rosa-Alcaráz, y López-Soler, 2011), en negligencia (Allin, Wathen, y MacMillan, 2005; Rosa-Alcaráz, Sánchez-Meca, y López-Soler, 2010), en exposición a la violencia doméstica (Vickerman y Margolin, 2007), como en diversos tipos de maltrato (Dowd y McGuire, 2011; Feeny, Foa, Treadwell, y March, 2004; Rolfsnes y Idsoe, 2011; Silverman et al., 2008; Skowron y Reinemann, 2005; Wethington et al., 2008), encontraron que las intervenciones de tipo cognitivo-conductual presentaban mayor evidencia empírica frente a otras modalidades de tratamiento para la reducción de la sintomatología postraumática.

Asimismo, aquellos que incluyeron la TCC-FT, subrayaron sus efectos superiores a otras formas de terapia cognitivo-conductual (Black, Woodworth, Tremblay, y Carpenter, 2012; Connor, Ford, Arnsten, y Greene, 2014; Dorsey, Briggs, y Woods, 2011; Dowd y McGuire, 2011; Gerson y Rappaport, 2013; Gillies, Taylor, Gray, O'Brien, y D'Abrew, 2013; Keeshin y Strawn, 2014; Leenarts et al., 2013; Silverman et al., 2008).

En esta línea, Silverman et al. (2008), revisaron 21 artículos centrados en tratamientos psicológicos de menores expuestos a eventos traumáticos, entre los que se encuentran diferentes modalidades de maltrato. Los resultados metaanalíticos mostraron que los grupos de tratamientos en comparación con los grupos control o condiciones de control activas, en promedio, encontraron efectos moderados en la reducción de síntomas de estrés postraumático, depresión, ansiedad y problemas externalizantes. El TCC-FT cumplió con los criterios para ser considerado como un tratamiento “bien establecido” según los criterios de Nathan y Gorman (2002) y los criterios de Chambless et al. (1996); el Tratamiento Cognitivo Conductual para el Trauma en la Escuela (TCC-TE; Cognitive-Behavioral Intervention for Trauma in Schools, CBITS) cumplía los criterios para “probablemente eficaz”. De igual modo, estos dos modelos de tratamiento cognitivo conductual centrados en el trauma, fueron destacados por Dorsey et al. (2011) en su revisión sistemática.

Leenarts, et al. (2013) realizaron una revisión sistemática en la última década sobre estudios centrados en tratamientos con buen diseño experimental, dirigidos a infancia maltratada con estrés postraumático y otra sintomatología asociada. Incluyeron 33 investigaciones que empleaban tratamientos y técnicas cognitivo-conductuales. Destacaron tres de los cinco estudios seleccionados con TCC-FT como los estudios con mayor calidad experimental, y concluyeron, al igual que los hallazgos previos, que este modelo terapéutico es el que mayor evidencia empírica presenta para el tratamiento de la sintomatología postraumática en niños y adolescentes maltratados.

En 2012, Cary y McMillen, realizaron una relevante revisión metaanalítica, por ser la primera, centrada específicamente en el TCC-FC y su eficacia para la reducción de TEPT principalmente, depresión y problemas de conducta. Se incluyeron 10 estudios, de los cuales, tres empleaban el modelo de TCC-FT desarrollado por Cohen et al. (2006); dos usaban versiones del modelo que incluían cinco componentes fundamentales de la terapia (psicoeducación, exposición al trauma, reestructuración cognitiva, manejo del estrés e intervención parental), seleccionados por los propios autores como los componentes esenciales (Cohen, Mannarino, Berliner, y Deblinger, 2000); y los cinco últimos empleaban versiones con al menos cuatro de los cinco componentes básicos. Las comparaciones entre los grupos de tratamiento basados en TF-CBT y los grupos de tratamiento alternativos/control mostraron tamaños del efecto globales moderados para la reducción del TEPT, y pequeños en depresión y problemas del comportamiento. Los tamaños del efecto a los 12 meses de seguimiento fueron bajos mostrando similitud en los síntomas de ambas condiciones de tratamiento. Los autores observaron que los niños que recibieron el TCC-FT reducían los síntomas postraumáticos, depresión y dificultades del comportamiento antes en el tiempo que los niños de las condiciones de comparación, no obstante en el seguimiento se igualaban. La conclusión de los autores fue que la TF-TCC es efectiva para el tratamiento del TEPT en niños, y puede acelerar la recuperación de la depresión y los problemas del comportamiento inmediatamente después del tratamiento.

2.1.1.6.2. Revisión sistemática de Estudios basados en la TCC-FT

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de los estudios basados en la Terapia Cognitivo Conductual Focalizada en el Trauma (TCC-FT) para el tratamiento del estrés postraumático, los síntomas depresivos y/o la psicopatología general (síntomas internalizantes y externalizantes) en muestras de niños, niñas y/o adolescentes que han sufrido maltrato intrafamiliar.

Para la localización de los estudios se han utilizado varias estrategias de búsqueda. En primer lugar, se realizó una búsqueda en las bases electrónicas *PsycInfo* y *Medline/Pubmed*, en abril de 2015, de trabajos publicados hasta la fecha. A tal efecto se combinaron las palabras clave presentadas en la Tabla 8.

Tabla 8. Términos de búsqueda de artículos sobre la TCC-FT en inglés

Categorías de Búsqueda	Términos de búsqueda
1: Tipo de tratamiento (TCC; CBT)	"Trauma focused cognitive behavioral therapy" or "trauma focused cognitive behavioral treatment" or "trauma focused behavioral tx" or "trauma focused cognitive behavioral" or "trauma-focused cognitive behavioral" or "TF-CBT" or "cognitive behavioral" or "cognitive behavioral therapy" or "cognitive behavioral treatment" or "cognitive therapy" or "cognitive treatment" or "CBT"
2: Dirigido a	"child" or "youth" or "adolescent" or "childhood"
3: Tipo de estudio	"intervent" or "treatment" or "control trial"
4: Tipo de población	"maltreated" or "abused" or "exposed to violence"
5: Tipo de sintomatología	"PTSD" or "posttraumatic stress" and "internalizing" and "externalizing" and "behavior problems" and "depression" or "affective problems" and "dysphoria" and "self-esteem"

En segundo lugar, para la búsqueda de trabajos realizados en castellano se emplearon las bases de datos *Psicodoc* y *Dialnet*, con el uso de los mismos términos en

castellano, no obstante no se encontraron estudios relevantes. En tercer lugar, se amplió la búsqueda en Internet empleando el buscador de google especializado en artículos de revistas científicas (*Google scholar* o *Google académico*), haciendo uso de las mismas palabras clave tanto en inglés como en castellano. Por último, se revisaron las referencias de los estudios metaanalíticos encontrados y en las páginas web de referencia (www.musc.edu/tfcbt; <http://www.cebc4cw.org>; y <http://nrepp.samhsa.gov>).

Para ser seleccionado, el estudio debía cumplir con los siguientes criterios de inclusión:

1. Estar basado en un Tratamiento Cognitivo Conductual Focalizado en el Trauma, por lo que se excluyeron otras modalidades de tratamiento psicológico.
2. Dirigido a niños y/o adolescentes entre 3 y 18 años que han sufrido alguno o varios tipos de maltrato intrafamiliar (negligencia, físico, emocional, sexual y/o testigos de violencia de género). Estudios basados en traumas resultantes de eventos únicos fueron descartados.
3. Centrado en el menor, ya sea solo a él, o a la díada hijo-padre/cuidador no agresor. Se eliminaron los estudios centrados en el tratamiento de padres agresores o de grupos familiares.
4. Inicialmente se consideró incluir sólo estudios experimentales o no experimentales con calidad metodológica. No obstante, dada la escasez de estudios en maltrato físico y en España, se han incluido estudios de caso único.

5. Debe evaluar estrés postraumático, sintomatología general (síntomas internalizantes y externalizantes), y/o síntomas depresivos (autoestima y disforia).
6. Estar escrito en inglés o en castellano.

La búsqueda bibliográfica generó un total de 2.527 referencias entre los diferentes medios. Posteriormente los estudios duplicados se descartaron, así como aquellos estudios que no cumplían con los criterios de selección establecidos (Ver Figura 6). El resultado del proceso de búsqueda ha permitido seleccionar 20 estudios.

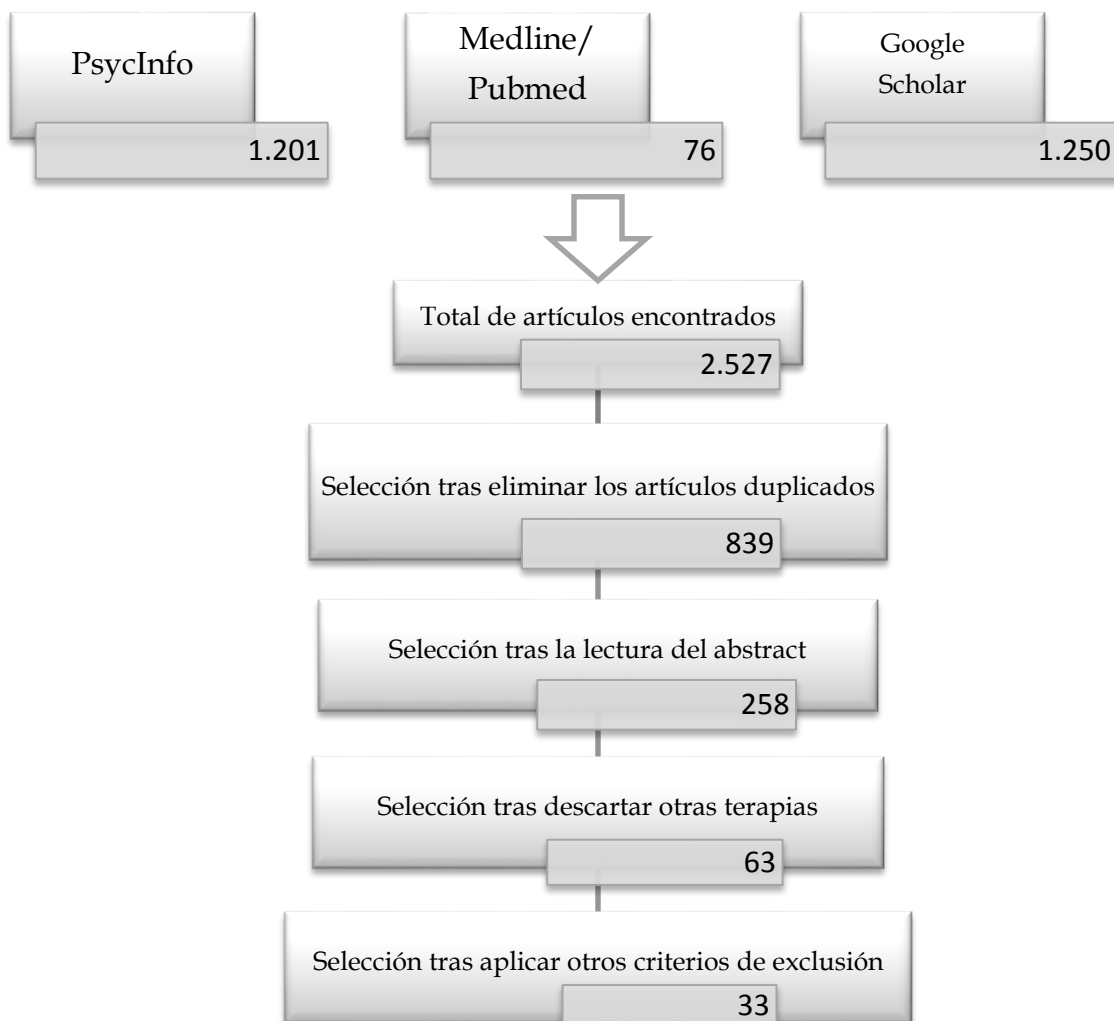


Figura 6. Proceso de búsqueda y selección de artículos sobre la TCC-FT

2.1.1.6.2.1. Estudios preliminares de la TCC-FT

Las investigaciones iniciales se centraron en el *abuso sexual*. En 1990, Deblinger, McLeer y Henry presentaron por primera vez los resultados de una investigación piloto que examinaba la efectividad del modelo inicial basado en la exposición al trauma para niños de entre 3 y 16 años que habían sufrido abuso sexual y que cumplían con los criterios del DSM-III-R para el TEPT. Los resultados mostraron mejoras significativas en las medidas estandarizadas de TEPT, ansiedad, depresión, y problemas de conducta en el post-tratamiento. Sin embargo, se observó que en el post-tratamiento, una proporción significativa de los niños tratados continuaba exhibiendo síntomas depresivos leves. Este hallazgo llevó a los investigadores a combinar las intervenciones basadas en la exposición al trauma, con técnicas de terapia cognitiva que podrían ayudar a mejorar con mayor eficacia los síntomas depresivos.

Basándose en los datos preliminares, los autores realizaron un ensayo controlado para evaluar la eficacia relativa del modelo de TCC-FT con el componente de intervención parental (Deblinger et al., 1996). Los niños de entre 7 y 13 años de edad y los padres no abusadores, fueron asignados al azar a cuatro condiciones de tratamiento; (1) intervención TCC combinada padre-hijo, (2) intervención TCC sólo para el niño, (3) intervención TCC sólo para el padre, o (4) tratamiento usual de la comunidad. En la condición de tratamiento sólo-padre, los terapeutas no trabajaron directamente con los niños y niñas, la intervención se centró en el desarrollo de habilidades en los padres no abusadores que sirvieron como agentes terapéuticos para sus hijos. En la condición de padre-hijo combinada, los terapeutas utilizaron las mismas intervenciones de la TCC individual para niños y padres de forma

conjunta. Los resultados mostraron mejoras estadísticamente significativas en las prácticas de crianza, síntomas externalizantes y depresivos, cuando los padres participaron en las intervenciones (es decir, sólo los padres y las condiciones entre padres e hijos). Por otra parte, los síntomas de TEPT de los niños y niñas mejoraron de manera estadísticamente significativa cuando los menores recibían el tratamiento directamente con el terapeuta (es decir, en las condiciones hijo sólo o padre-niño). Por último, las mejoras significativas en los síntomas de TEPT, depresión, y problemas de comportamiento externalizante se mantuvieron después del tratamiento en un período de seguimiento de 2 años (Deblinger, Steer, y Lippman, 1999).

Varias investigaciones documentaron la eficacia de este modelo de TCC en entornos de *terapia de grupo* (Stauffer y Deblinger, 1996; Deblinger et al., 2001). Deblinger et al. (2001), evaluaron la eficacia de dos terapias grupales (Terapia de apoyo tradicional y la TCC-Grupal) para niños y niñas abusadas sexualmente (edades 2-8) y sus madres no ofensoras. La TCC-Grupal (TCC-G) se basa en el modelo de terapia grupal para padres no ofensoras desarrollado en 1996 por Deblinger y Heflin, este tratamiento consta de 11 sesiones y está dividido en 3 fases; una primera, en la que se trabajan aspectos educativos y de afrontamiento; otra segunda, basada en las habilidades de comunicación, modelado y exposición gradual; y una final, en la que se trabaja el manejo del comportamiento infantil. En la investigación, asignaron a las madres y menores a grupos de TCC-G (n21) y a grupos que recibieron terapia de apoyo tradicional (n23). Los resultados mostraron mayores tamaños del efecto para los participantes del grupo de TCC-G frente al grupo de apoyo, aunque éstos fueron de magnitud media o baja. Sólo se encontraron tamaños del efecto medios en la

psicopatología global (*d*.66) en el CBCL para el grupo TCC-G y medios en los síntomas TEPT (*d*. 74 y *d*.73) para ambos grupos; no hallándose diferencias significativas en las diferentes condiciones, esto puede ser debido al hecho de que las intervenciones de exposición y procesamiento graduales no se utilizaron en el grupo de TCC con los niños y niñas debido a su corta edad y al formato de grupal.

Tabla 9. Estudios Deblinger y colaboradores (Modelo TCC individual y grupal)

Año	Estudio	N Edad	Tipo Abuso	TT (Comp.)	Grupo TT	Escalas	Resultados
1990	Deblinger et al.	N 19 3-16 años	Abuso sexual	TCC con Exposición	Grupo1: TCC	Criterios TEPT CBCL CDI STAIC	Mejoras significativas en todas las medidas de TEPT, depresión, CBCL y ansiedad
1996	Deblinger, et al.	N100 7-13 años	Abuso sexual	TCC con/sin componente parental	G1: TCC+NP G2: TCC-N G3: TCC-P G4: TU	K-SADS CBCL CDI	Mejoras estadísticamente significativas para los grupos CBT+CP y CBT-N en TEPT, externalizantes y depresión; se mantienen en el seguimiento.
1999	Deblinger et al. (Seguimiento)						
2001	Deblinger et al.	N 44 2-8 años	Abuso sexual	TCC-G	G1: TCC-G G2: TAG	K-SADS CBCL IES SSQ	Tamaños del efecto medios en psicopatología global (CBCL) para el TCC-G y medios en TEPT para ambos grupos.

TCC: Tratamiento Cognitivo-Conductual; TCC-NP: TCC- Niños y Padres; TCC-P: TCC-Padres; TCC-N: TCC-Niños; TCC-G: TCC-grupal; TU: Tratamiento Usual; CBCL: Child Behavior Checklist (Achenbach y Rescorla, 2001); CDI: Children's Depression Inventory (Kovacs, 1978); STAI-C: State-Trait Anxiety Inventory for Children (Spielberger y Edwards, 1973); K-SADS: Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version; Kaufman et al., 1997); IES: Impact Event Scale (Weiss y Marmar, 1997); SSQ: Social Support Questionnaire (Zich y Temoshok, 1987).

Simultáneamente con el trabajo de Deblinger y sus colegas, Cohen y Mannarino desarrollaron y probaron un enfoque muy similar de TCC, que también incluía un componente individual de los padres. Las primeras investigaciones fueron las realizadas por Cohen y Mannarino (1996a, 1996b) quienes evaluaron la eficacia de

la TCC-PAS (Terapia Cognitivo-Conductual para Preescolares Abusados Sexualmente (SAP-CBT, Sexually Abused Preschool children-Cognitive Behavioral Therapy; Cohen y Mannarino, 1993) en comparación con la terapia de apoyo no directiva (TAN), con los niños y niñas en edad preescolar y sus padres/madres no abusadores. Los resultados mostraron la eficacia superior de la TCC-PAS sobre el modelo TAN, ya que se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a los problemas de comportamiento general, internalizantes y externalizantes (CBCL), problemas de conducta sexual y dificultades emocionales relacionados con el trauma. Estas diferencias se mantuvieron tras un año de seguimiento (Cohen y Mannarino, 1997).

En 1998, Cohen y Mannarino emplearon un estudio aleatorizado controlado para evaluar la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual-Específica para niños y niñas abusados sexualmente (SAS-CBT, Sexually Abused-Specific Cognitive Behavioral Therapy) frente a la TAN con menores en edad escolar. Este estudio también demostró la superioridad efectiva de la TCC sobre el enfoque no directivo en la reducción de los síntomas depresivos y en la mejora de la competencia social. Los resultados al año de concluir la terapia revelaron una mejora superior en el TEPT y en los síntomas disociativos en aquellos menores que habían completado la TCC focalizada en el trauma frente a la TAN. Además, los resultados del análisis por intención de tratar mostraron a los 12 meses de seguimiento mejorías en depresión, ansiedad-estado y rasgo, y en las preocupaciones sexuales entre los niños y niñas asignados a la TCC (Cohen, Mannarino, y Knudsen, 2005).

Tabla 10. Estudios Cohen y Mannarino (Modelo SAP-CBT o SAS-CBT)

Año	Estudio	N Edad	Tipo Abuso	TT Compon.	Grupos TT	Escalas	Resultados
1996 a,b y 1997	Cohen y Mannarino	N67 3-6 años	Abuso sexual	TCC con componente parental	G1: SAP-CBT G2: TAN	CBCL	La TCC presentó mejoras estadísticamente significativas en problemas internalizantes, externalizantes y total.
1998	Cohen y Mannarino	N92 7-14 años	Abuso sexual	TCC con componente parental	G1: SAS-CBT G2: TAN	CBCL CDI STAIC	Mejoras estadísticamente significativas en el grupo de TCC en síntomas depresivos y competencia social.
2005	Cohen et al.	N82 12-15 años	Abuso sexual	TCC Protocolo Completo	G1: TCC-FT G2: TAN	TSC-C CBCL CDI STAIC	Mejoras estadísticamente significativas para ambos grupos de tratamiento en la mayoría de escalas. A los 12 meses de seguimiento mejoras en depresión, ansiedad-estado y rasgo.
2000	King et al.	N36 5-17 años	Abuso sexual	TCC Con o sin componente parental	G1: TCC-FT-N G2: TCC-FT-P G3: LE	ADIS-IV CBCL CDI RCMAS	Mejoras significativas en ambos grupos (TCC-FT, niños y padres) en ansiedad, miedo y TEPT, frente al G3. En el seguimiento mejoras en depresión para el G1.

TAN: terapia de apoyo no directiva; SAP-CBT: Sexually Abused Preschool children-Cognitive behavioral Therapy; SAS-CBT: Sexually abused-specific; TSC-C: trauma symptom checklist for children (Lanktree y Briere, 1991); LE: Lista de Espera; RCMAS: Revised Children's Manifest Anxiety Scale (Reynold y Richmond, 1985).

En un estudio llevado a cabo en Australia con niños y niñas abusados sexualmente King et al. (2000) emplearon el modelo de la TCC anteriormente descrito. Los resultados fueron superiores en la reducción de los síntomas para los menores asignados a la TCC frente a la condición de control. Compararon dos tipos de intervención basada en la TCC, con o sin la participación del cuidador/a (es decir, TCC-padres vs TCC-niños-sólo) y no encontraron diferencias en el post-tratamiento. Pero tras finalizar el tratamiento (3 meses de seguimiento), los menores que habían participado en la TCC-cuidador informaron de significativamente menos miedo

relacionado con la abuso sexual, en comparación con los que recibieron TCC-niño sólo. En relación a los síntomas, se encontraron diferencias marginalmente significativas en todas las medidas de TEPT (pensamientos intrusivos, evitación, hiperarousal y TEPT total), en ambas condiciones experimentales frente al grupo de control. No fue así, para los síntomas internalizantes, ni externalizantes. Respecto a los síntomas depresivos, no se hallaron cambios estadísticamente significativos en el postratamiento, pero si en el seguimiento para el grupo de TCC-niño sólo.

2.1.1.6.2.2. Estudios experimentales de la TCC-FT

Reconociendo las similitudes de sus modelos de tratamiento, Cohen y Mannarino colaboraron con Deblinger y sus colegas en la creación de un modelo único de TCC-FT (Terapia Cognitivo Conductual-Focalizada en el Trauma; Cohen et al., 2006), aunaron sus modelos previos (Cohen y Mannarino, 1993; Deblinger y Heflin, 1996), e iniciaron estudios de investigación para comprobar su eficacia, implementando el modelo en **abuso sexual**.

Cohen et al. (2004) realizaron la primera investigación con el nuevo modelo, con niños y niñas de 8-14 años de edad y sus madres/padres no infractores, quienes fueron asignados al azar para recibir la TCC-FT o el tratamiento centrado en el cliente. Los resultados de los análisis mostraron que en el postratamiento de los menores asignados a la TCC-FT, en comparación con la terapia centrada en el cliente, mostraron reducciones significativamente mayores en estrés postraumático (reexperimentación, evitación e hiperarousal), depresión, y problemas de

comportamiento. Del mismo modo, los padres que recibieron la TCC-FT, en comparación con el alternativo, exhibieron mejoras estadísticamente significativa en depresión, en angustia emocional relacionada con el abuso, y en la práctica de crianza positiva. Estos resultados se mantuvieron a lo largo de un año de seguimiento (Deblinger et al., 2006).

Deblinger, Mannarino, Cohen, Runyon y Steer (2011) realizaron una importante investigación, mostrando la eficacia general de la TCC-FT en la reducción de sintomatología asociada al abuso sexual. Doscientos diez niños y niñas de edades entre 4-11 años con síntomas de estrés postraumático fueron asignados aleatoriamente a una de las cuatro condiciones de tratamiento: 8 sesiones sin el componente de Narración del Trauma (NT), 8 sesiones con NT, 16 sesiones sin NT, y 16 sesiones con NT. Los resultados de las pruebas "t" pareadas para las 14 variables (entre ellas: evitación, reexperimentación e hiperarousal, depresión, síntomas internalizantes y externalizantes y ansiedad) dentro de los 4 grupos de tratamiento (56 medidas) mostraron tamaños del efecto grandes para todos los grupos y medidas, la media fue $d=.94$. Se hallaron mejoras significativas después del tratamiento con respecto a las 14 medidas de resultado en todas las condiciones de tratamiento, encontrándose algunas diferencias en función del grupo de tratamiento; así en el grupo de 16 sesiones sin NT, los padres/madres informaron de menor sintomatología externalizante en sus hijos/as; y en el grupo de 8 sesiones con NT encontraron, tanto en los padres/madres como en los menores, menor angustia y temor relacionado con el abuso. Los autores concluyeron que la TCC-FT, independientemente del número de sesiones o la inclusión del componente de narración del trauma, es eficaz en la reducción de la

sintomatología, así como en la mejora de las habilidades de crianza y en las habilidades de seguridad personal en los niños. Los resultados se mantuvieron a los 6 y 12 meses después del tratamiento para las cuatro condiciones de tratamiento, encontrando mejorías en la ansiedad de los niños y niñas y en la angustia de los padres/madres. Los niveles altos de síntomas internalizantes y depresivos en las medidas de pretratamiento fueron predictivos del pequeño grupo que siguió reuniendo los síntomas para el TEPT a los 12 meses de la intervención (Mannarino, Deblinger, Cohen, Runyon y Steer, 2012).

En relación con el **maltrato físico infantil**, existen muy pocos estudios que se centren en la intervención específica en los síntomas de los menores que han sufrido este tipo de maltrato. Encontramos el llevado a cabo por Swenson y Brown (1999). Swenson diseñó una intervención basada en los modelos de intervención previos (Berliner y Saunders, 1996; Deblinger y Heflin, 1996) para la atención en el abuso físico. El modelo resultó en un programa de tratamiento grupal que constaba de 3 módulos centrados en: el trabajo específico del trauma, el manejo de la ira, y el entrenamiento en habilidades sociales. Este modelo de intervención fue aplicado por Swenson y Brown, (1999) a un grupo de 5 niños y niñas entre 8 y 12 años que habían sido maltratados físicamente. Los resultados mostraron una reducción en los síntomas entre el pre y el post tratamiento de los 5 menores a nivel de ansiedad, disociación, ira y TEPT, aunque no se encontraron mejoras en los síntomas depresivos, ni en los internalizantes, ni externalizantes.

Años más tarde, Waldrop y de Arellano (2004), realizaron una réplica del estudio anterior, en el caso de un niño y su padre. En las medidas postratamiento y

seguimiento se observaron mejoras en los síntomas internalizantes (síntomas de ansiedad y depresión y retraimiento) del menor, leves mejorías en disociación y TEPT, pero no para los síntomas externalizantes, ni para las quejas somáticas. Ambos estudios no muestran datos de correlación de las medidas pre y post.

Grasso, Joselow, Marquez y Webb (2011) presentaron los resultados de un estudio de caso, relativo a un niño de 11 años víctima de maltrato físico por parte de su padre y testigo de violencia de género hacia su madre. El niño y su madre recibieron la TCC-FT (Cohen et al., 2006). Tras la intervención y el seguimiento posterior (6 y 12 meses) el menor ya no presentó los criterios diagnósticos para el TEPT según la K-SADS (Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime versión; Kaufman et al., 1997), y las puntuaciones en todas las subescalas del CBCL se mantuvieron en el rango sin sintomatología clínica. Para comprobar el tamaño del efecto, los autores compararon los resultados con una muestra de 65 menores que habían recibido una intervención usual de la comunidad. Los resultados mostraron tamaños del efecto moderados en evitación y medio-bajos en hiperarousal (d_s .89 y d_s .48), y muy bajos para la reexperimentación (d_s .08), para el menor tratado con TCC-FT. Las puntuaciones "t" en sintomatología internalizantes a los 6, 9, y 12 meses de seguimiento fueron discretamente inferiores a las puntuaciones de la muestra más grande (d_s .24-.36), mientras que las puntuaciones en comportamiento externalizante fueron significativamente menores (d_s .62 - .88) para la TCC-FT.

Hasta la década pasada, la literatura disponible referente a la **violencia doméstica** está centrada casi exclusivamente en intervenciones basadas en la

intervención con las mujeres maltratadas o con los maltratadores (Cohen, Berliner, y Mannarino, 2000). No obstante en los últimos años ha existido un mayor interés por el abordaje de las secuelas de la violencia machista en los niños y niñas. Cohen, Mannarino e Iyengar (2011) aplicaron la TCC-FT y un Tratamiento Usual de la Comunidad (TU) a una muestra de 124 niños y niñas de 7 a 14 años testigos de violencia y a sus madres. Los menores que recibieron la TCC-FT presentaron una mejora marginalmente significativas en las puntuaciones totales del TEPT en el K-SADS-PL frente al grupo de TU, en hiperactivación y en ansiedad. Así como mejoras estadísticamente significativas en las puntuaciones totales de TEPT medidas por la University of California at Los Angeles PTSD Reaction Index (UCLA-PTSD-RI; Steinberg, Brymer, Decker, y Pynoos, 2004). Aunque se observaron mejoras en las puntuaciones totales sobre el comportamiento del CBCL y de depresión del CDI (Children's Depression Inventory; Kovacs, 1978), no tienen una significación estadística. Los autores concluyeron que la TCC-FT muestra su eficacia para la reducción de la sintomatología TEPT y de ansiedad en menores testigos de violencia de género.

El resto de investigación documentada en maltrato físico y testigos de violencia de género se ha basado en modelos de intervención apoyados en terapias que incluyen al padre/madre maltratador como foco de tratamiento (CPP, PCIT, CPC-CBT), como se comentó anteriormente. En este sentido, las intervenciones dirigidas exclusivamente a los padres pueden ser útiles en la reducción del riesgo del maltrato y en el manejo conductual de los síntomas externalizantes, pero no para abordar plenamente la multitud de síntomas resultantes de maltratos intrafamiliares crónicos

en los niños, niñas y adolescentes (Swenson y Brown, 1999). A este hecho se suma la dificultad de aplicación en poblaciones en el que el trabajo con la familia que ejerce el maltrato sobre el menor no es viable.

En relación a los estudios que contemplan la exposición a **traumas complejos**, encontramos uno reciente, patrocinado por la Administración de Salud Mental (SAMHA) y el Instituto de Salud Mental (NIMH) de los Estados Unidos. Webb, Hayes, Grasso, Laurenceau y Deblinger (2014) examinaron la eficacia de la TF-CBT en el tratamiento del TEPT en entornos comunitarios. Setenta y dos jóvenes, de edades comprendidas, entre 7 y 16 años, con una historia de trauma complejo (abuso físico o sexual, pérdida traumática, violencia doméstica o de la comunidad) recibieron la TF-CBT con una media de 10 sesiones. Se evaluaron los síntomas de TEPT (UCLA-PTSD-RI), los problemas de comportamiento internalizantes y externalizantes (CBCL) a los 3, 6, 9, y 12 meses tras el tratamiento. Los resultados revelaron una reducción significativa de los síntomas de TEPT y un gran tamaño del efecto, del mismo modo se obtuvieron reducciones significativas en problemas de internalización desde los 3 hasta los 12 meses, con un tamaño del efecto medio. Respecto a los síntomas externalizantes, se hallaron disminuciones significativas hasta los 9 meses, a los 12 meses no fueron significativas y el tamaño del efecto fue bajo. Los autores concluyen que la TCC-FT, tal y como muestran las investigaciones previas, se puede implementar de manera efectiva en entornos comunitarios, ya que su aplicación provoca mejoras en los síntomas de TEPT y en los problemas internalizantes y externalizantes, incluso al año de seguimiento, aunque los cambios en la externalización síntomas parecen ser menos estables.

Otro proyecto que contribuye a conocer la aplicación de esta terapia en la exposición al trauma crónico es el realizado por el Estado de California a través del Instituto de Salud Mental de California (CIMH). Desde 2005, sesenta y dos agencias ofrecen programas de intervención basados en la TCC-FT en niños y adolescentes que viven en comunidades peligrosas con exposición continua a eventos traumáticos. En el último informe presentado (CIMH, 2014) se mostraron resultados de 7.780 niños, niñas y adolescentes atendidos (media de edad 11 años). Menores y padres informaron sobre síntomas TEPT (UCLA-PTSD) y la sintomatología global de los menores a través del Youth Outcome Questionnaire (YOQ/YOQ-SR; Wells, Burlingame, Lambert, Hoag, y Hope, 1996). Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en ambas medidas, tanto en lo informado por los menores como por los padres, y tamaños del efecto medios ($d .62$) y grandes ($d .80$) en los síntomas de TEPT notificados por los menores. El 52.2 % de los padres y el 49.3% de los menores informaron de cambios positivos tras la TCC-FT en el funcionamiento global; el 21.4% de los padres y el 40.1% de los niños y niñas destacaron cambios positivos en los síntomas TEPT. Los resultados son muy similares a los presentados en los informes semestrales en los años previos.

Scheeringa y Weems (2014), presentaron la aplicación de una versión de su modelo de intervención para preescolares (Preschool PTSD Treatment, PPT), basado en los modelos iniciales de Cohen y Mannarino (SAP-CBT; 1993, 1996a y b) y el modelo diseñado por March et al. (1998); en esta ocasión, para niños y adolescentes (Youth PTSD Treatment, YPT). Lo implementaron en una muestra de 39 menores entre 7 y 14 años expuestos a diversos traumas. El objetivo de la investigación fue comprobar la

eficacia del YPT con o sin el efecto de la D-cicloserina (DCS), un ácido N-metil-D-aspartico (NMDA) agonista parcial, que ha sugerido que puede mejorar los efectos de las terapias basadas en la exposición en los trastornos de ansiedad. Para ello los menores fueron asignados a dos grupos de tratamiento; YPT más DCS, y otro grupo YPT más placebo. Los resultados muestran tamaños del efecto grandes en estrés postraumático (d 1.5 y d 1.9) y en depresión (d 1.0 y d 1.5), entre otros síntomas, para ambos grupos de tratamiento. No se encontraron diferencias significativas entre ellos. Por lo que la administración de la DCS no parece aumentar los efectos de la TCC en la reducción del estrés postraumático y los síntomas depresivos en menores expuestos a traumas complejos.

Además de la evidencia general de la TCC-FT, se ha encontrado eficacia en menores tutelados, en medidas de **acogimiento familiar** y **residencial**. Diversos estudios basados en la TCC-FT han incluido a niños y niñas tutelados, y varios de ellos, han encontrado que la TCC-FT ha sido efectiva específicamente en esta población (Dorsey, Cox, Conover, y Berliner, 2011; Dorsey et al., 2014; Lyons, Weiner, y Schneider, 2006; Weiner, Schneider, y Lyons, 2009).

En el estudio realizado por Weiner et al. (2009), implementaron tres terapias basadas en la evidencia para el tratamiento de los síntomas del TEPT en un programa protección de menores de entre 3 y 18 años (N 133) de diversas razas y culturas en Illinois (Americianos/Africanos, biraciales y blancos). Las tres intervenciones fueron; la TCC-FT, la Psicoterapia Padre-Niño (Child-Parent Psychotherapy, CPP), y la psicoterapia estructurada para Adolescentes Respondiendo al Estrés Crónico (Structured Psychotherapy for Adolescents Responding to Chronic Stress, SPARCS;

DeRosa et al., 2006). Se realizaron adaptaciones y modificaciones atendiendo a las culturas, para mejorar la efectividad del tratamiento. No se evidenciaron diferencias en los resultados entre los jóvenes de las distintas minorías, todos los tratamientos fueron efectivos para reducir los síntomas y mejorar el funcionamiento global. En relación a la TCC-FT se encontraron tamaños del efecto medios para las variables medidas (TEPT, fortalezas, funcionamiento global, conductas de riesgo y necesidades emocionales y conductuales).

Lyons, et al. (2006) presentaron resultados de un estudio cuasi-experimental con niños y niñas tutelados, no sólo documentaron los beneficios de la TCC-FT en la reducción de los síntomas de estrés postraumático, sino que demostraron la superioridad de la TCC-FT en comparación con los sistemas estándar de protección en la mejora de la estabilidad en los recursos de acogida y en la reducción de los intentos de fuga de los menores tutelados.

En un ensayo aleatorio controlado, realizado en una muestra de 29 menores (6 a 15 años) víctimas de diferentes tipos de maltrato intrafamiliar y sus padres de acogida, se administraron dos versiones de la TCC-FT; la versión estándar, y una versión de la TCC-FT al que se añadieron estrategias para facilitar la aceptación y el compromiso en el acogimiento familiar (TCC-FT *plus*). Los resultados mostraron que ambas condiciones de tratamiento fueron efectivas para reducir significativamente los síntomas de TEPT. En la condición de TCC-FT *plus* se dieron un número menor de abandonos durante el tratamiento, revelando la importancia de complementar el tratamiento mediante estrategias que atiendan a las necesidades del acogimiento (Dorsey et al., 2011).

En un posterior llevado a cabo por los mismos autores (Dorsey et al., 2014), administraron la TCC-FT en una muestra de 47 menores (6 a 15 años) en situación de acogimiento familiar. Los menores y sus acogedores fueron asignados a las dos condiciones previas de tratamiento (TCC-FT estándar y TCC-FT *plus*). Los resultados apoyaron lo encontrado en el estudio preliminar, no existen diferencias significativas entre las diferentes condiciones de estudio, pero los análisis exploratorios sugirieron que el empleo de estrategias específicas dirigidas a favorecer el acogimiento aumenta la probabilidad de la finalización del tratamiento. Para la muestra completa, con ambos grupos de tratamiento, los resultados revelan mejoras en la reducción de los síntomas en general, éstos fueron estadísticamente significativos para la disminución de los síntomas TEPT, y para los problemas internalizantes, pero no para los síntomas externalizantes, ni depresivos.

Jensen et al. (2014), han querido mostrar la superioridad de la TCC-FT frente al tratamiento usual (TU) empleando este modelo de tratamiento, en las clínicas comunitarias de Noruega, en una muestra de menores de 10 a 18 años con síntomas del TEPT expuestos a diversos traumas (abuso sexual, maltrato físico, testigos de violencia de género, víctimas de asaltos, entre otros). El análisis por intención de tratar utilizando modelos de efectos mixtos mostraron que los jóvenes que reciben la TCC-FT informan de niveles significativamente menores en los síntomas de estrés postraumático, depresión y síntomas generales de salud mental, en comparación con los jóvenes en el grupo de TU. Aunque la misma tendencia se ha encontrado para la reducción de la ansiedad, esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

En Alemania, un estudio piloto mostró el beneficio de incluir a los acogedores y/o educadores de las casas de acogida en el tratamiento (Kirsch, Fegert, Seitz, y Goldbeck, 2011). Aplicaron la TCC-FT en una muestra de 12 menores que habían sufrido maltrato intrafamiliar. Incluyeron al tratamiento conjuntamente a profesionales de protección de menores y a los padres biológicos no abusadores. Los resultados muestran mejoras significativas y tamaños del efecto grandes para todos los grupos sintomáticos del TEPT (evitación, reexperimentación e hiperactivación).

Al mismo tiempo, el interés por la TCC-FT ha llevado a diversos investigadores a desarrollar adaptaciones para su implementación en países en desarrollo, caracterizados por la presencia de bajos recursos económicos, en situaciones de riesgo psicosocial y con sistemas limitados de salud mental. Este ha sido el caso de países como Zambia, Tanzania, República Democrática del Congo y Camboya. De esta manera, el proyecto en Zambia demostró una mejora significativa en el TEPT y sobre la vergüenza entre una muestra de 58 menores de entre 5 y 18 años, que habían experimentado la exposición a la violencia doméstica, el abuso sexual y otros tipos de traumas (Murray et al., 2013).

En nuestro país, la investigación y la puesta en marcha de terapias psicológicas basadas en la evidencia para la reducción del TEPT, se ha centrado casi exclusivamente en adultos. Es de destacar en este sentido, los trabajos realizados por dos grupos de investigación; por un lado, el realizado por el equipo de Cristina Botella y Rosa Baños en Valencia, que han aplicado las técnicas de exposición en el tratamiento del TEPT y del trastorno adaptativo, incorporando técnicas de realidad virtual en el mismo (Baños et al., 2008; Botella et al., 2005; Botella, García-Palacios, y

Baños, 2007; Botella, García-Palacios, Guillén, Baños, Quero, y Alcañiz, 2010; Botella, García-Palacios, Quero, Baños, y Bretón-López, 2006; García-Palacios, Hoffman, Kwong See, Tsai, y Botella, 2001); así como el trabajo de investigación realizado por el equipo de Echeburúa en el País Vasco, que centraron sus estudios en el abuso sexual, principalmente en mujeres adultas (Echeburúa, Sarasua, Zubizarreta, y de Corral, 2013; Sarasúa, Zubizarreta, Corral, y Echeburúa, 2013), aunque también han descrito intervenciones psicológicas focalizadas en niñas víctimas de abusos sexuales (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2011).

En este sentido, la investigación sobre el tratamiento psicológico de niños, niñas y adolescentes expuestos a trauma complejo (maltrato intrafamiliar grave) en nuestro país, ha venido de la mano de los estudios realizados por Grupo Universitario de Investigación en Infancia y Adolescencia-Psicología Clínica (GUIIA-PC) de la Universidad de Murcia, conducido por la Dra. Concepción López-Soler. Este grupo diseñó un protocolo de tratamiento basado en la TCC-FT, adaptado para menores tutelados por la Comunidad en situación de acogimiento residencial o familiar (López-Soler, Martínez, Garriga et al., 2007; Martínez et al., 2008), posteriormente ha ido realizando estudios pilotos, que se detallan a continuación, que han mostrado la eficacia de la TCC-FT para la reducción de la sintomatología postraumática en esta población (Alcántara y López-Soler, 2008; López-Soler, Castro, y Fontcuberta, 2012; López-Soler, Castro, y Parreño, 2012; López-Soler et al., 2011).

Es el caso del estudio inicial, llevado a cabo por Alcántara y López-Soler (2008), quienes estudiaron la eficacia de la aplicación del protocolo de tratamiento PEDIMET (Proyecto de Evaluación, Diagnóstico e Intervención en Menores Tutelados) basado la

TCC-FT en un grupo de 8 menores tutelados, de entre 11 y 16 años, que habían sufrido maltrato intrafamiliar crónico (maltrato físico, emocional y negligencia). Los resultados indicaron diferencias estadísticamente significativas en la conducta anti-normativa y en la sensibilidad a la ansiedad de los menores, y marginalmente significativas en los síntomas del TEPT, depresión y ansiedad rasgo. Se encontraron tamaños del efecto medio para TEPT, moderados para ansiedad y depresión, y grandes para comportamiento anti-normativo y disforia.

En 2011, López-Soler et al., presentaron un estudio de caso sobre un niño de 13 años que había sufrido maltrato físico y emocional por parte de su padre. El menor había sido tratado con la TCC-FT, empleando técnicas de realidad virtual. Los resultados mostraron una disminución en todos los indicadores clínicos; sintomatología inter y externalizante, ansiedad, depresión, estrés postraumático y adaptación. Además, mejoró la motivación y la disposición del menor a participar en la terapia, debido a la incorporación de la realidad virtual.

En 2012, se llevaron a cabo dos estudios paralelos por nuestro grupo de investigación en la aplicación del protocolo de tratamiento PEDIMET en menores con la misma problemática. Así López-Soler, Castro y Parreño (2012) analizaron la eficacia de este modelo en la reducción de la sintomatología de estrés postraumático y ansiedad en un grupo de 7 menores de entre 9 y 13 años, encontraron mejoras estadísticamente significativas en ansiedad-rasgo con un tamaño del efecto grande, y diferencias marginalmente significativas entre el pre y el postratamiento en estrés postraumático, con tamaños del efecto grandes. Por su parte, López-Soler, Castro y Fontcuberta (2012), analizaron la eficacia del modelo en la reducción de la depresión

e ira, en un grupo de 10 menores entre 9 y 15 años. Hallaron mejoras estadísticamente significativas en depresión (autoestima, disforia y total), con tamaños del efecto moderado (disforia) y grandes (total y autoestima), así como en Ira Rasgo y Control de la Ira, con tamaños del efecto moderados.

En suma, somos testigos de la proliferación de estudios a nivel internacional que están mostrando la eficacia de la TCC, especialmente la TCC-FT, en la intervención psicológica en menores que han sido víctimas de maltrato intrafamiliar. Sin embargo, a pesar de esto y al margen de los estudios pilotos realizados por el grupo de investigación de López-Soler, que nosotros tengamos noticias no existe hasta la fecha en nuestro país un estudio experimental que analice la eficacia de los modelos de terapia basados en la TCC y la TCC-FT. El objetivo del presente trabajo es precisamente comprobar la eficacia de estos modelos de intervención psicológica en menores maltratados en situación de acogimiento residencial o familiar que presentan alteraciones adaptativas, emocionales y/o conductuales graves.

Tabla 11. Estudios experimentales basados en la TCC-FT (Modelo Cohen, Mannarino y Deblinger, 2006).

Tipo Maltrato	Año	Estudio	N Edad	Tratamiento (Componen.)	Grupos de TT	Escalas	Resultados y conclusiones
Abuso sexual+ otros tipos de maltrato	2004	Cohen et al.	N 183 8-14 años	TCC-FT Protocolo Completo	G1: TCC-FT G2:TU	K-SADS CDI CBCL STAIC	Mejoras estadísticamente significativas para el grupo TCC-FT frente al TU en TEPT (reexperimentación, evitación e hiperarousal), depresión (total CDI) y problemas de comportamiento (Total CBCL).
	2006	Deblinger et al. (Seguim.)					
Abuso sexual	2007	Cohen et al.	N 24 10-17 años	TCC-FT Con o sin TT Farmacológico o (Sertralina)	G1: TCC-FT G2: TCC-FT +Sertralina	K-SADS SCARED CBCL CGAS MFQ	En ambos grupos experimentaron, mejoras significativas en TEPT, depresión y problemas de comportamiento (tamaños del efecto bajos). No hay diferencias entre los grupos, excepto en el funcionamiento global (tamaño del efecto medio) del grupo TCC-TF+ sertralina.
Abuso sexual	2011	Deblinger et al.	N 210 4-11 años	TCC-FT -Con o sin Narración del Trauma (NT)	G1: TCC-FT+NT 8sesiones G2: TCC-FT-Sin NT 8s G3:	K-SADS CBCL CDI MASC	Tamaños del efecto de moderados a grandes en todos los síntomas, para todas las condiciones de tratamiento. Se hallan algunas diferencias, en el G4 los padres refieren menores problemas externalizantes en sus hijos. En el G1, los niños relatan menos miedo relacionado con el abuso. En el seguimiento, mejoran los niveles de ansiedad.
	2012	Mannarino et al. (Seguim.)		- Con 8 o 16 sesiones)	TCC-FT+NT 16 G4: TCC-FT-Sin NT 16		
Maltrato físico	1999	Swenson y Brown	N 5 8-12 años	Versión TCC-FT 3 módulos	G1: TCC-FT Grupal	TSCC CBCL CDI	Reducción en los síntomas entre el pre y el post tratamiento de los 5 niños a nivel de ansiedad, disociación, ira y TEPT, aunque no se encontraron mejorías en los síntomas depresivos, ni en los internalizantes, ni externalizantes.
Maltrato físico+ Emocional	2004	Waldrop y de Arellano	N 1 5 años	Versión TCC-FT 3 módulos	TCC-FT	TSCYC CBCL SCI~90-R ISEL	Mejoras en los síntomas internalizantes (retraimiento, ansiedad, depresión, problemas de pensamiento), aumentan los externalizantes (problemas de atención y comportamiento) y quejas somáticas. También se observan mejoras en los síntomas disociativos, de ansiedad y leves en el TEPT.

Tabla 11. Estudios experimentales basados en la TCC-FT (Modelo Cohen, Mannarino y Deblinger, 2006) (continuación).

Maltrato físico+ TVG	2011	Grasso et al.	N 11 años	TCC-FT Protocolo Completo	TCC-FT	K-SADS-PL CBCL	En el postratamiento el menor no cumplió con los criterios diagnósticos del TEPT y las escalas del CBCL se mantuvieron en el rango sin sintomatología. Comparan con una muestra de 65 menores y encuentran tamaños del efecto moderados para evitación, medios-bajos en hiperactivación y muy bajos en reexperimentación. Tamaño del efecto moderado para los síntomas externalizantes y bajos para internalizantes.
TVG	2011	Cohen et al.	N 124 7-14 años	TCC-FT Protocolo Completo	G1: TCC-FT G2: TU	K-SADS SCARED CDI CBCL	Mejoras estadísticamente significativas en TEPT y ansiedad, no en las puntuaciones del CBCL, ni en depresión (CDI).
Traumas Complejos	2014	Webb et al.	N 72 7-16 años	TCC-FT Protocolo completo	G1: TCC-FT	UCLA - PTSD CBCL	Reducciones estadísticamente significativas en TEPT e internalizantes, con tamaños del efecto grandes y medios respectivamente. En los síntomas externalizantes encuentran mejoras estadísticamente significativas hasta los 9 meses, con un tamaño del efecto bajo.
Traumas Complejos	2014	CIMH	7.187	TCC-FT Protocolo completo	G1: TCC-FT	UCLA- PTSD YOQ	Reducciones estadísticamente significativas en sintomatología global y TEPT, con tamaños del efecto medios y grandes (según los menores) respectivamente.
Traumas Complejos	2014	Scheeringa y Weems	N 39 7-14 años	YPT (Versión TCC-FT)	G1: YPT+DCS G2: YPT +Placebo	DISC-IV, CPSS, SCARED CDI	Grandes tamaños del efecto para ambos grupos de tratamiento en TEPT, depresión e inatención. No existen diferencias en los efectos de ambos grupos (con o sin fármaco).
Traumas Complejos -Tutelados	2009	Weiner et al.	N 133 3-18 años	TCC-FT Protocolo Completo 11 o +sesiones	G1: TCC-FT (N35) G2: CPP (N65) G3: SPARCS (N33)	CANS	Los tres modelos de terapia fueron efectivos para la reducción de la sintomatología. La TCC-FT obtuvo tamaños del efecto medios en TEPT, resiliencia, funcionamiento global, necesidades emocionales y conductuales, y conductas de riesgo.

Tabla 11. Estudios experimentales basados en la TCC-FT (Modelo Cohen, Mannarino y Deblinger, 2006) (continuación).

Traumas Complejos (Acog. Familiar)	2011	Dorsey et al.	N 29 6-15 años	TCC-FT <i>plus</i> (Acogimiento) 11 o +sesiones	G1: TCC-FT G2: TCC-FT <i>plus</i>	--	Ambas condiciones de tratamiento fueron efectivas en la reducción de los síntomas TEPT.
Traumas Complejos (Acog. Familiar)	2014	Dorsey et al.	N 47 6-15 años	TCC-FT <i>plus</i> (Acogimiento) 11 o +sesiones	G1: TCC-FT G2: TCC-FT <i>plus</i>	UCLA-PTSD CBCL CDI BERS	Para la muestra completa, mejoras estadísticamente significativas para la disminución de los síntomas TEPT, y para los problemas internalizantes, pero no para los síntomas externalizantes, ni depresivos.
Traumas Complejos (Noruega)	2014	Jensen et al.	N 156 10-18 años	TCC-FT Protocolo Completo	G1: TCC-FT G2: TU	CAPS-CA MFQ SCARED SDQ	Mejoras estadísticamente en los síntomas TEPT, depresión y síntomas generales de salud mental, en el G1 frente al G2. No fue significativas para la ansiedad.
Traumas Complejos (Alemania)	2011	Kirsch et al.	N 12 --	TCC-FT Protocolo Completo	G1:TCC-FT	UCLA-PTSD	Mejoras significativas en los síntomas TEPT (evitación, reexperimentación e hiperarousal), con tamaños del efecto grandes.
Traumas Complejos (Zambia)	2011	Murray et al.	N 58 5-18 años	Versión TCC-FT	G1: TCC-FT	PTSD-RI SHAME	Mejoras estadísticamente significativas para los síntomas TEPT y la vergüenza relacionada con el abuso y el maltrato.
Traumas Complejos-Tutelados (España)	2008	Alcántara y López-Soler	N9	Versión TCC-FT	G1: TCC-FT	CITES-R CBCL CDI CASI STAIC STAXI TAMAI	Mejoras estadísticamente significativas en la conducta anti-normativa y la sensibilidad a la ansiedad, y marginalmente significativas en TEPT, depresión y ansiedad rasgo. Tamaños del efecto medio para TEPT, moderados para ansiedad y depresión, y grandes para comportamiento anti-normativo y disforia.

Tabla 11. Estudios experimentales basados en la TCC-FT (Modelo Cohen, Mannarino y Deblinger, 2006) (continuación).

Traumas Complejos -Tutelados (España)	2011	López-Soler et al.	N 13 años	Versión TCC-FT+ Realidad Virtual	TCC-FT+RV	SCARED IES CBCL CDI STAIC TAMAI	Mejoras en todos los indicadores clínicos en el postratamiento: TEPT, sintomatología internalizante, externalizante, depresión, ansiedad y adaptación.
Traumas Complejos -Tutelados (España)	2012	López-Soler, Castro y Parreño.	N 7 9-13 años	Versión TCC-FT	G1: TCC-FT	CPSS STAIC	Mejoras estadísticamente significativas en ansiedad rasgo, con un tamaño del efecto grande. En los síntomas del TEPT se encuentran mejoras marginalmente significativas con tamaños del efecto grandes.
Traumas Complejos -Tutelados (España)	2012	López-Soler, Castro y Fontcuberta	N 10 9-15 años	Versión TCC-FT	G1: TCC-FT	CDI STAXI	Mejoras estadísticamente significativas en depresión (autoestima, disforia y total) con tamaños del efecto moderado (disforia) y grandes (total y autoestima). Mejoras estadísticamente significativas en Ira Rasgo y Control de la Ira, con tamaños del efecto moderados.

TVG (Testigo de Violencia de Género); YPT: Youth PTSD Treatment; DCS: D-cicloserina; SCARED: Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (Birmaher, et al., 1999); CGAS: Children's Global Assessment Scale (Shaffer et al., 1983); MFQ: Moods and Feelings Questionnaire (Angold et al., 1995); MASC: Multidimensional Anxiety Scale for Children (March, Parker, Sullivan, Stallings y Connors, 1997); TSCC: Trauma Symptom Checklist for Children (Briere, 1996) TSCYC: Trauma Symptom Checklist for Young Children (Briere et al., 2001); SCI-90-R: Symptom Checklist-90-Revised (Derogatis, 1992); ISEL: Interpersonal Support Evaluation List (Cohen, Mermelstein, Kamarck, y Hoberman, 1985); UCLA PTSD-RI: UCLA Posttraumatic Stress Disorder-Reaction Index (Steinberg, Brymer, Decker, y Pynoos, 2004); YOQ: Youth Outcome Questionnaire (Wells, Burlingame, Lambert, Hoag, y Hope, 1996); DISC-IV: NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan., y Schwab-Stone, 2000); CPSS: The Child PTSD Symptom Scale (Foa, Johnson, Feeny, y Treadwell, 2001); CANS: Child and Adolescent Needs and Strengths (Lyons, Weiner, y Lyons, 2004); BERS: The Behavioral and Emotional Rating Scale-2 (Buckley y Epstein, 2004); CAPS-CA: Clinician-administered PTSD scale for children and adolescents (Nader et al., 1996); SDQ: the Strengths and Difficulties Questionnaire (Goodman, 2001); PTSD-RI symptom scale (Frederick, Pynoos, y Nader, 1992); The SHAME Measure (Feiring y Taska, 2005); CITES-R: Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised (Chaffin y Shultz, 2001); CASI: Índice de Sensibilidad a la Ansiedad para Niños (Sandín, Chorot, Santed, y Valiente, 2002); STAXI-NA: Inventario de expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes (Del Barrio, Spielberger, y Aluja, 2005); TAMAI: Test Evaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (Hernández, 1983).

MARCO EXPERIMENTAL

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3.1. OBJETIVO GENERAL

El objetivo fundamental del presente trabajo es poner a prueba la eficacia de tres condiciones de tratamiento basadas en el modelo de Terapia Cognitivo Conductual (TCC) para el tratamiento del estrés postraumático y la sintomatología asociada, en una muestra de menores que han sufrido maltrato intrafamiliar crónico. El protocolo de tratamiento completo, denominado PEDIMET-*Focalizado en el Trauma* (PEDIMET-FT), basado en la TCC-FT incorpora 7 módulos de intervención, el protocolo de tratamiento PEDIMET-FT-*Abreviado* (PEDIMET-FT-ABR) incluye 5 módulos de los 7 módulos y el protocolo PEDIMET-*Focalizado en Emociones* (PEDIMET-FE), 4 de ellos.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los objetivos específicos planteados se definen a continuación:

1. Analizar la eficacia de los protocolos de tratamiento PEDIMET (FT, FT-ABR y FE) para la reducción del estrés postraumático en los niños y niñas maltratados.
2. Analizar la eficacia de los protocolos de tratamiento PEDIMET (FT, FT-ABR y FE) para la reducción de la *sintomatología depresiva* en infancia maltratada.

3. Analizar la eficacia de los protocolos de tratamiento PEDIMET (FT, FT-ABR y FE) para la reducción de los *problemas del comportamiento internalizante y externalizante*.

3.3. HIPÓTESIS

Basándonos en los objetivos que se describieron anteriormente, se postularon las siguientes hipótesis:

1. Las tres condiciones de tratamiento aplicadas (PEDIMET-FT, PEDIMET-FT-ABR y PEDIMET-FE) serán eficaces y darán lugar a cambios estadísticamente significativos entre el pre y postratamiento en la sintomatología de *estrés postraumático* de los niños y niñas.
2. Las tres condiciones de tratamiento aplicadas serán eficaces y darán lugar a cambios estadísticamente significativos entre el pre y postratamiento en la sintomatología *depresiva* de los menores.
3. Las tres condiciones de tratamiento aplicadas darán lugar a cambios estadísticamente significativos entre el pre y postratamiento en los *problemas del comportamiento*.

4. MÉTODO

4.1. DERIVACIÓN Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

En primer lugar, indicar explícitamente que este estudio y los miembros del equipo de investigación han atendido a todos y cada uno de los principios éticos y recomendaciones que se indican en la “Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial” (64^a Asamblea General; AMM, 2013). La preocupación por el bienestar y la salud de los participantes en este proyecto ha tenido primacía sobre los intereses científicos.

Los niños, niñas y adolescentes participantes en el presente estudio son menores que habían sufrido maltrato intrafamiliar grave, que se encontraban en situación de desprotección infantil y fueron tutelados por la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Todos ellos fueron derivados por el Servicio de Protección de Menores de dicha Comunidad al Proyecto de Evaluación, Diagnóstico e Intervención Psicológica para Menores Tutelados (PEDIMET), mediante convenio entre la Dirección General de Familia y Políticas Sociales y la Universidad de Murcia, desde 2007.

A lo largo de los años de implementación del Proyecto PEDIMET, éste ha presentado una serie de interrupciones en su desarrollo, debido a los cambios en las condiciones de relación entre los organismos referidos. Coincidiendo con las diferentes fases del programa y en las condiciones de tutela y psicosociales de los menores, se han aplicado diferentes modelos del protocolo de tratamiento. En las

primeras fases del Proyecto, se administró el protocolo de tratamiento PEDIMET-FT, como resultado de la elaboración y adaptación del protocolo de terapia focalizada en el trauma para la población a la que atendíamos. Posteriormente, por dificultades en la estabilidad del Convenio y la disminución drástica en los recursos fue preciso disminuir los componentes del protocolo, para ello se reelaboró el programa de tratamiento, eliminando aquellos componentes que en la práctica clínica mostraban unas mejoras menos evidentes en la reducción de la sintomatología y en el bienestar general de los niños y niñas, resultado así el modelo de PEDIMET-FT-ABR. Finalmente, guiados nuevamente por la experiencia clínica, y observando las dificultades que los menores presentaban en la elaboración del trauma y en la imposibilidad de estabilizar las condiciones de vida y afectos durante la fase de elaboración del trauma, y la negativa y resistencia de algunos menores a realizarla, en una tercera fase del Proyecto se decidió poner en práctica un protocolo basado en las emociones que prescindiera de este módulo específicamente (PEDIMET-FE).

Para la selección de los participantes se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

- a. Ser derivado al Proyecto PEDIMET.
- b. Tener entre 6 y 18 años.
- c. Haber experimentado maltrato intrafamiliar grave y crónico.
- d. Presentar alteraciones graves de adaptación y/o alteraciones emocionales y/o comportamentales.

Criterios de exclusión

- a. Ser menor de 6 años o mayor de 18 años.
- b. Presentar discapacidad intelectual.
- c. Presentar alteraciones psicológicas muy graves (p. ej. trastornos generalizados del desarrollo o trastornos psicóticos).

El primer criterio se debe a que el objetivo del proyecto PEDIMET es para menores de edades comprendidas entre los 6 y 18 años, aunque excepcionalmente se han admitido menores y mayores de ese rango de edad. Los otros dos criterios se establecieron para esta investigación porque las condiciones psicológicas específicas pueden incidir considerablemente en la valoración de eficacia de los tratamientos.

4.2. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

En la Figura 7, se puede observar el **flujo de participantes** a lo largo de todos los momentos de ejecución del Proyecto.

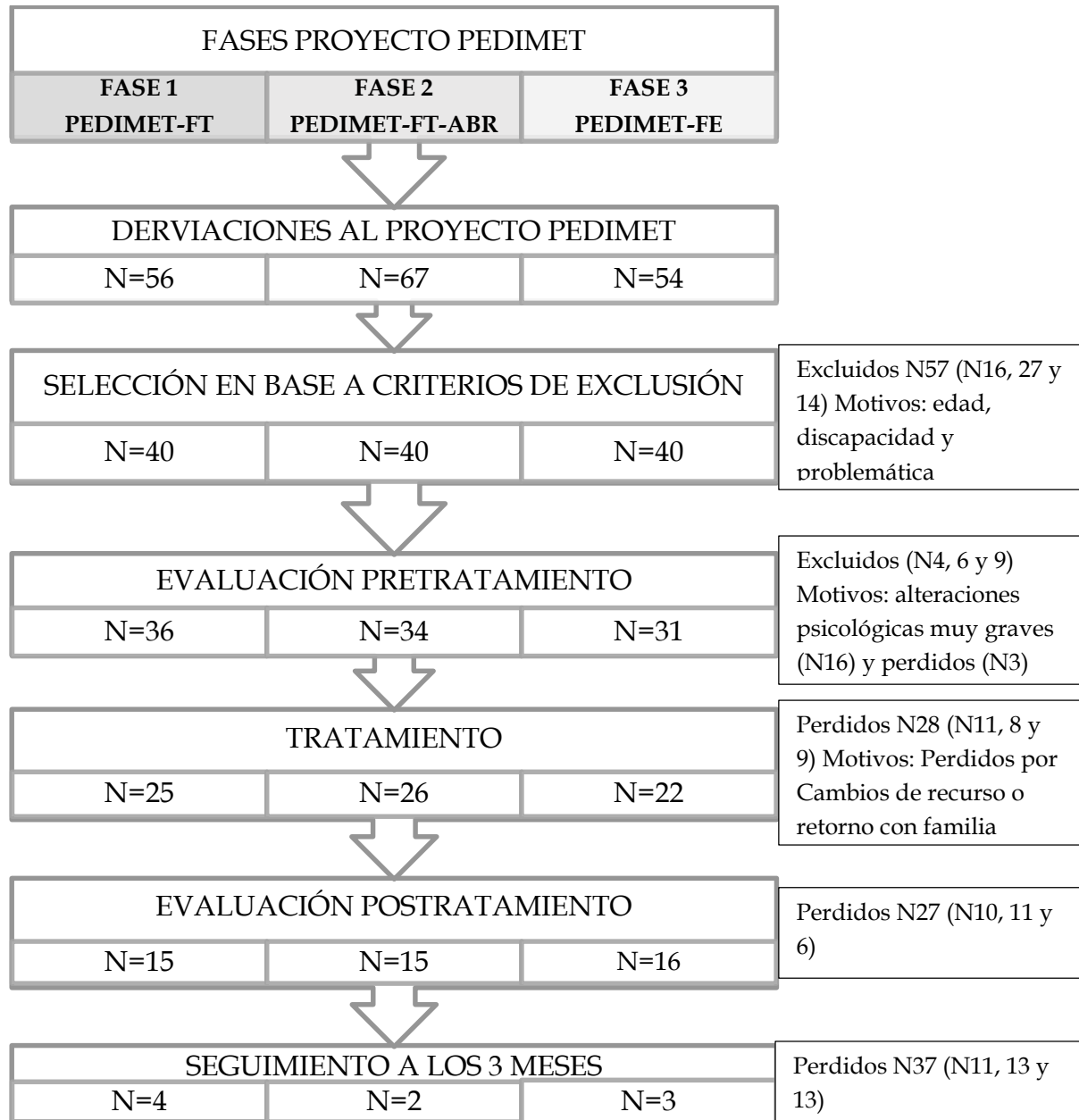


Figura 7. Diagrama de flujo de los participantes y las tasas de abandono

Como se muestra en la figura, inicialmente fueron un total de 177 niños, niñas y adolescentes derivados al Proyecto PEDIMET, en sus diferentes fases de implementación (PEDIMET-FT, N56; PEDIMET-FT-ABR, N67; y PEDIMET-FE, N54). Pero de todos ellos, fueron descartados un total de 57 participantes por no cumplir con los criterios de inclusión y exclusión. En este sentido, 17 no cumplieron con el criterio edad, 22 presentaban discapacidad intelectual y 18 trastornos psicológicos graves que requerían otros recursos asistenciales.

Tras la evaluación pretratamiento se descartaron 16 menores por presentar alteraciones psicológicas muy graves (trastornos psicóticos, trastornos generalizados del desarrollo y alteraciones comportamentales muy graves). Los menores excluidos recibieron un tratamiento centrado en las dificultades específicas.

De esta manera iniciaron el tratamiento psicológico un total de 73 menores (PEDIMET-FT, N25; PEDIMET-FT-ABR, N26 y PEDIMET-FE, N22). No obstante, por cambios en las situaciones de los niños y niñas; tales como retornos con la familia biológica, salidas en acogimiento preadoptivo o en acogimiento con familia ajena, salidas en acogimiento con familia extensa, cambios de centro residencial de acogida, cambios de residencia a otras Comunidades o países de origen, dejaron el tratamiento 28 menores. Por los mismos motivos, durante la evaluación postratamiento, se produjo una pérdida de 27 menores.

La **muestra final** estuvo compuesta por 46 menores quienes completaron el tratamiento y la evaluación post-intervención; en una primera fase, 15 concluyeron el protocolo de PEDIMET-FT; en un segundo momento, 15 finalizaron el protocolo

PEDIMET-FT-ABR; y en la última fase 16 menores pudieron beneficiarse del formato PEDIMET-FE.

Tras la aplicación del tratamiento, se diseñó la realización de tres evaluaciones de **seguimiento** a los 3, 6 y 9 meses; no obstante, debido a los motivos de pérdida muestral tan elevados reseñados anteriormente, tan sólo 9 menores fueron localizados y pudieron completar la evaluación a los 3 meses de los 46 que componían la muestra, por lo que no hemos podido contar con dicha información para nuestro estudio.

Respecto a las **características de la muestra**, encontramos que en relación al sexo 24 participantes (52.2%) fueron niños y 22 (47.8%) niñas, en un rango de edad entre 6 y 16 años, con una media de 11 años (DT 2.35), y de nacionalidad española en su mayoría (76.1%). Respecto a la situación de su tutela, observamos que 31 (67.4%) de los 46 menores, se encontraban en situación de acogimiento residencial en centros de protección de menores, 11 del total (23.9%) en acogimiento con familia extensa (abuelos o tíos), 3 en acogimiento con familias ajenas y 1 en adopción. Finalmente, en cuanto al maltrato, encontramos que la mayoría de los menores habían sufrido negligencia (97.8%) y maltrato emocional (95.7%), más de la mitad maltrato físico (58.7%) y habían sido testigos de violencia de género (54.3%), y una proporción muy pequeña 3 de los 46 menores (6.5%) habían sido abusados sexualmente. En la tabla 12 se presenta esta información con mayor detalle, tanto para la muestra total como para cada una de las condiciones de tratamiento.

Tabla 12. Variables sociodemográficas de la muestra total y de cada grupo de tratamiento PEDIMET.

	TOTAL	PEDIMET- FT	PEDIMET- FT-ABR	PEDIMET-FE
SEXO				
Varones	24 (52.2%)	8 (53.3%)	6 (40%)	10 (62.5%)
Mujeres	22 (47.8%)	7 (46.7%)	9 (60%)	6 (37.5%)
EDAD				
Rango	6-16 años	6-15 años	8-16 años	6-15 años
M (DT)	11.07 (2.35)	11.33 (2.61)	11.33 (2.12)	10.56 (2.36)
NACIONALIDAD				
Española	35 (76.1%)	10 (66.7%)	11 (73.3%)	14 (87.5)
Extranjera	11 (23.9%)	5 (33.3%)	4 (26.7%)	2 (12.5%)
TIPO TUTELA				
Acog. Residencial	31 (67.4%)	11 (73.3%)	9 (60%)	11 (68.8%)
Acog. Fam. Extensa	11 (23.9%)	2 (13.3%)	5 (33.3%)	4 (25%)
Acog. Fam. Ajena	3 (6.5%)	1 (6.7%)	1 (6.7%)	1 (6.3%)
Adopción	1 (2.2%)	1 (6.7%)	0 (0%)	0 (0%)
TIPO MALTRATO				
Negligencia	46 (97.8%)	15 (100%)	14 (93.3%)	16 (100%)
Emocional	44 (95.7%)	15 (100%)	14 (93.3%)	15 (93%)
Físico	27 (58.7%)	10 (67%)	6 (40%)	11 (68%)
MEVG	25 (54.3%)	6 (40%)	10 (66.7%)	9 (56.3%)
Abuso Sexual	3 (6.5%)	2 (13.3%)	1 (6.7%)	0 (0%)

MEVG: Menores Expuestos a Violencia de Género

4.3. INSTRUMENTOS Y MEDIDAS DE EVALUACIÓN

Como se señaló en el apartado de *consecuencias del maltrato infantil*, las secuelas a nivel psicológico que con más frecuencia vienen asociadas a las experiencias de maltrato infantil son el estrés postraumático, así como otra sintomatología concomitante de tipo de depresivo y del comportamiento, tanto internalizante como externalizante.

A lo largo del año 2007, nuestro equipo de investigación realizó una revisión exhaustiva de la literatura científica y consultó a clínicos e investigadores expertos, en referencia a los instrumentos de evaluación para Estrés Postraumático, la depresión y los problemas del comportamiento en población infantil y adolescente. Por ello, se seleccionaron para el estudio los instrumentos de evaluación que cuentan con mejores propiedades psicométricas.

A continuación se describen las características de estos instrumentos de evaluación empleados, que pueden encontrarse en el apartado final de *Anexos*.

4.3.1. MEDIDA DE EVALUACIÓN DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

4.3.1.1. Child PTSD Symptoms Scale (CPSS)

El CPSS (Foa et al., 2001) es la versión infantil del Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS; Foa, Cashman, Jaycox, y Perry, 1997). Fue desarrollado como una medida de autoinforme para valorar la severidad de los síntomas de estrés postraumático, en la

línea de los criterios diagnósticos descritos en el manual de la APA (4ª ed., DSM-IV, 1994). Está diseñado para evaluar el TEPT y la gravedad de los síntomas en niños de 8 a 18 años que han sufrido algún evento traumático.

Basándose en los criterios diagnósticos del DSM-IV, los dos primeros ítems evalúan el criterio A que explora el evento que más le ha hecho sufrir, los 17 ítems restantes evalúan los criterios B, C y D, a través de tres subescalas; *Reexperimentación* (5 ítems), *Evitación* (7 ítems) e *Hiperarousal* (5 ítems). Éstos tienen un formato de respuesta tipo likert referidos a la frecuencia de manifestación de los síntomas (0= “nada o solo un momento”; 1= “una vez a la semana o menos/de vez en cuando”; 2= “2 o 4 veces a la semana/mitad del tiempo” y 3= “5 o más veces por semana/casi siempre”). Los 7 últimos ítems, evalúan el criterio F y miden el funcionamiento diario y deterioro funcional a través de una escala dicotómica (si/no).

En cuanto a la administración de la escala, ésta se realizó de manera individual y sin límite de tiempo, tardando aproximadamente unos 10-15 minutos por participante. Es importante resaltar que la evaluación del área de estrés postraumático se realiza cuando ya se ha establecido una adecuada alianza con el niño o niña, con el fin de disminuir en lo posible la resistencia de los menores a la hora de relatar, en un entorno no familiar, un suceso que les provoca malestar. Esto puede suponer que se lleve a cabo en la primera o en las sesiones sucesivas de evaluación psicológica.

Si el niño o niña presenta dificultades en lectura, comprensión lectora o se encuentra muy embotado a nivel emocional, se usó la escala como entrevista. Si no es así, se ofrece la posibilidad al menor de que sea el profesional quien lea las preguntas

o que sea él mismo quien cumplimente la escala como un autoinforme, aclarándole las dudas que puedan surgir a la hora de entender los ítems.

El proceso seguido es el siguiente:

- El niño o niña tiene que elegir de todas sus experiencias vitales cuál ha sido la que mayor malestar le ha producido. En este sentido, los/as menores que han recibido maltrato crónico tienen dificultades a la hora de seleccionar sólo un evento traumático.

- A continuación, el menor refiere el tiempo transcurrido desde que ocurrió el acontecimiento. Esto también supone una complicación en este tipo de menores, que sufren maltrato de manera reiterada en el tiempo.

- A partir de aquí, contestan los 17 ítems de la primera parte de la escala, en referencia a la sintomatología presentada desde hace dos semanas y que se inició tras el evento que ha seleccionado como el más estresante en su vida.

- Por último, se contestan a los 7 ítems de la segunda parte de la CPSS, referidos a la afectación que la sintomatología ha provocado en diferentes ámbitos de su vida.

Una vez que los menores han acabado de rellenar el instrumento, se valora si éstos presentan indicadores de malestar significativo, con el objetivo de usar estrategias adecuadas para disminuirlo (relajación, respiración, distracción, etc.).

Esta prueba tiene adecuadas propiedades psicométricas, según los resultados de diversos estudios. Así, el estudio original del CPSS (Foa et al., 2001) fue llevado a cabo en una muestra de 75 menores, de edades comprendidas entre los 8 y 15 años, que habían vivido un terremoto hacía dos años. Esta prueba ha mostrado una buena consistencia interna (.89) para las puntuaciones de la escala total, (.80) para la

subescala de reexperimentación, (.73) para la de evitación, y (.70) para la subescala de hiperactivación (Foa et al., 2001; Jaycox et al., 2002; Kataoka et al., 2003; Mullett-Hume, Anshel, Guevara, y Cloitre, 2008); informaron de una alta consistencia interna para la puntuación total del CPSS. También ha mostrado buena fiabilidad test-retest (.84 para la escala total, .85 para la subescala de reexperimentación; .63 para evitación y .76 para hiperactivación) (Foa et al., 2001).

El CPSS se ha comparado con otras medidas de autoinforme como el Child Posttraumatic Stress Reaction Index (CPTSD-RI; Pynoos et al., 1987), encontrando una alta correlación entre ambos ($r = .80$) (Rachamim, Helpman, Foa, Aderka y Gilboa-Schechtman, 2011).

Nixon et al. (2013) emplearon dos grupos para evaluar la fiabilidad test-retest. Un grupo (grupo 1) estuvo formado por 185 menores de 6 a 17 años que habían sufrido un evento traumático y tenían diagnóstico de TEPT, y otro grupo (grupo 2) estuvo formado por 68 menores de 6 a 17 años que acudían a tratamiento y presentaban diagnóstico de TEPT. En el grupo 1 se evaluaron a los menores a los 3 y a los 6 meses después del evento traumático, y la fiabilidad test-retest fue de .95 para las puntuaciones totales, .50 para la subescalas de reexperimentación, .62 para la subescala de evitación, y .70 para la subescala de hiperactivación. La consistencia interna en este mismo grupo para las puntuaciones totales fue de .90, para la subescala de reexperimentación fue de .84, para subescala de evitación fue de .78 y para la subescala de hiperactivación fue .79). En el segundo grupo, la consistencia interna se mantuvo dentro de los límites aceptables (puntuación total .83; reexperimentación .78;

evitación .65; e hiperactivación .67). Por último, la subescala de deterioro mostró una consistencia interna aceptable en ambos grupos (grupo 1 = .80, y grupo 2 = .75).

Gilliham, Aderka, Conklin, Capaldi, y Foa (2013) realizaron un estudio sobre las propiedades psicométricas del CPSS en un grupo de 91 de adolescentes (13-18 años) víctimas de agresión sexual. Todas las participantes fueron diagnosticadas de TEPT de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV. Se administró el CPSS-I (Child Posttraumatic Symptom Scale-Interview, Foa et al., 2001) para determinar la gravedad de los síntomas TEPT, el K-SADS (Kaufman et al., 1997) con el fin de evaluar diagnósticos psicológicos, y la escala Trauma History Interview (THI) para evaluar con precisión la presencia de la exposición al trauma (Criterio A, DSM-IV). Las participantes también completaron el CPSS-SR (Child Posttraumatic Symptom Scale-Self-Report; Foa et al., 2001), entre otras pruebas que no son relevantes para la información actual. La CPSS-SR demostró una elevada consistencia interna (.83). Para las subescalas, los coeficientes alfa fueron de .74 para reexperimentación, .71 para evitación, y .58 para hiperactivación. El CPSS-I también demostró alta consistencia interna (.81). Para las subescalas, la consistencia interna fue de .74, .67, y .50, respectivamente.

Con respecto a la fiabilidad test-retest, las puntuaciones del CPSS-SR se correlacionaron con la evaluación en las dos primeras sesiones de tratamiento. Los coeficientes para el total de la escala y las subescalas fueron elevados: .86 ($p < .001$) para la escala total, .83 ($p < .001$) para reexperimentación, .81 ($p < .001$), para evitación ($p < .001$) y .77 ($p < .001$) para hiperactivación. La consistencia interna del CPSS-I no fue analizada ya que se utilizó en evaluaciones posteriores a lo largo del tratamiento.

La validez concurrente fue analizada con el BDI (Beck Depression Inventory; Beck, Ward, Mendelsohn, Mock, y Erbaugh, 1961), encontrando correlaciones moderadas entre esta prueba y el CPSS-SR y el CPSSI. Para examinar la validez convergente de las puntuaciones del CPSS, los investigadores utilizaron los diagnósticos del K-SADS, para 51 participantes después de 3, 6 y 12 meses después del tratamiento. De acuerdo con la K-SADS, 20 de 51 adolescentes (39.2%) fueron clasificadas de TEPT en el seguimiento. De acuerdo con el CPSS-SR y el CPSS-I, 21 (41.2%) y 20 (39.2%) adolescentes respectivamente, se diagnosticaron con TEPT en el seguimiento. El acuerdo entre la K-SADS y los diagnósticos CPSS-SR y CPSS-I fue de 74.5% y 76.5%, respectivamente. La concordancia entre el CPSS-SR y el CPSS-I fue del 94.1%. Las puntuaciones del CPSS también mostraron una buena validez divergente en relación al State-Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2; Spielberger, Sydeman, Owen y Marsh, 1999). Sobre la escala de deterioro funcional, los autores encontraron que a mayor gravedad de los síntomas TEPT mayor deterioro funcional. Los ítems de la escala de deterioro funcional presentan una consistencia interna moderada, tanto para el CPSS-SR (.73) como para el CPSS-I (.69).

El equipo de investigación de la Dra. Rincón en Chile, solicitó la versión del CPSS en español a los autores originales de la escala. Esta profesora facilitó el cuestionario al nuestro grupo de investigación GUIIA-PC en 2007. Así en 2008, Castro y López-Soler, llevaron a cabo una investigación con una muestra de menores tutelados, en la que se analizaron los resultados obtenidos con varias escalas de evaluación del estrés postraumático: CPSS (Foa et al., 2001), CITES-R (Wolfe, Gentile, Michienzi, Sas, y Wolfe, 1991), SCARED-R (Muris, 1997) e IES (Horowitz, Wilner, y Álvarez, 1979). Los

datos obtenidos reflejaron una baja convergencia en la medida entre los diferentes tests utilizados para medir el TEPT. Frente a las demás escalas, el CPSS presentó la mayor correlación con las otras escalas y la mayor consistencia interna, tanto para la escala total (.91) como para las subescalas Evitación (.81) e Hiperarousal (.79). Se encontró a su favor la mayor correlación entre las subescalas Pensamientos Intrusivos y Evitación (.678) a un nivel de significación del 0.01, así como la correlación en la subescala Evitación con la misma subescala del test CITES-R (.567). Por otra parte, su elaboración incorporó los criterios para el diagnóstico del TEPT en el manual del DSM.

En una investigación más reciente, Fernández y López-Soler (2014), han aplicado el CPSS en una muestra de menores tutelados, encontrando adecuadas consistencias internas para la escala total (.880); en su parte primera (.823); para las subescalas de Reexperimentación (.788), Evitación (.731), e Hiperarousal (.687); así como en la segunda parte de deterioro (.740).

Por tanto, la escala CPSS ha mostrado unas adecuadas propiedades psicométricas, evalúa la presencia o ausencia de sintomatología TEPT, así como la severidad de la misma, y su aplicación es rápida y fácil. Además, incluye la evaluación de 7 áreas de deterioro funcional. Todo ello hizo pensar que esta escala podía ser la prueba más adecuada para evaluar TEPT en la infancia.

4.3.2. MEDIDA DE EVALUACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

4.3.2.1. Children's Depression Inventory (CDI)

El *Cuestionario de Depresión Infantil* (Kovacs, 1992), es uno de los instrumentos de autoinforme más utilizado en niños, niñas y adolescentes para evaluar sintomatología depresiva. La edad de aplicación es entre 7 y 17 años. Esta escala se creó a partir del Beck Depresión Inventory (Beck, 1967) que se aplica en población adulta. Antes de la publicación definitiva en 1977, Kovacs realizó dos versiones preliminares en 1975 y 1976, en las cuales modificó la redacción de los ítems, el contenido, y modo de puntuación. El manual del test se publicó en 1992, incluyéndose tanto los datos de los estudios psicométricos realizados por la propia autora, como las revisiones de estudios de otros autores mostrando los resultados más relevantes. En el año 2004 apareció la versión española realizada por Del Barrio y Carrasco (2004), publicada por TEA Ediciones. En esta versión se incluían las revisiones de estudios realizados en nuestro país, así como los resultados de los mismos.

El CDI valora un amplio rango de síntomas depresivos como el estado de ánimo deprimido, problemas interpersonales, sentimientos de incapacidad, anhedonia, los cuales se integran en de dos índices: *Disforia* y *Autoestima negativa*, cuya suma aporta un índice de *Depresión Total*. El cuestionario permite distinguir entre depresión mayor o distimia, otros trastornos psicopatológicos, y muestra comunitaria. Es una prueba sensible a los cambios de la sintomatología depresiva a través del tiempo. El CDI consta de 27 ítems con tres opciones de respuesta que varían en función

de la intensidad de la sintomatología, y se puntúan con 0, 1 ó 2, dependiendo de la gravedad del síntoma, de tal modo que a mayor puntuación mayor severidad, siendo la correspondencia: 0=ausencia de sintomatología, 1=sintomatología leve, y 2=sintomatología grave. La puntuación total oscila entre 0 y 54 puntos. El CDI sin ser un instrumento diagnóstico, sus ítems se corresponden con los síntomas que aparecen en el DSM-IV-TR (APA, 2000) y DSM-5 (APA, 2013).

Se han realizado diversos estudios con este instrumento, recogiendo datos normativos, sobre fiabilidad, validez y estructura factorial del mismo. En los diferentes estudios las puntuaciones se recogen dentro del intervalo 5,30 y 17,40 en muestras comunitarias, y 5,92 y 19,20 en muestras clínicas, siendo las más elevadas las que proceden de muestras clínicas y psiquiátricas (Hepperlin, Stewart y Rey, 1990; Saylor, Finch, Spirito, y Bennet, 1984; Weiss y Weisz, 1988), y las más bajas las que proceden de muestras no anglosajonas (Ghareeb y Beshai, 1989; Steinsmeier, 1987).

En uno de los estudios realizado por Kovacs (1992) evaluó a 1.266 participantes (592 chicos de entre 7 y 15 años y 674 chicas de entre 7 y 16 años), que fueron divididos en grupos 7 a 12 años y de 13 a 16. La autora encontró una media de 9,8 (DT =7,3), para los mayores de 13 años, y de 10,5 (DT = 7,3) para los menores de 12 años. Los estudios revisados que aparecen en el manual de la adaptación española recogen medias comprendidas entre 9,98 y 12,19 (Mestre, García-Ros, Frías, y Moreno, 1992; Del Barrio y Mestre, 1989; Del Barrio, Frías y Mestre, 1994). Otros estudios realizados en población española han encontrado medias superiores a las de Kovacs (1992), así, Monreal (1988) en una muestra de 907 niños de entre 9 y 12 años encontró una media

de 12,18 (DT=8,44) aplicando este instrumento. En otro estudio con una muestra de 413 participantes (180 chicos y 233 chicas) entre 12 y 18 años, se obtuvo una media de 11,67 (DT= 6,01) (Figueras, Amador y Cano, 2001). Del Barrio et al. (2004), en la adaptación española de la prueba, evaluaron 7.759 participantes de edades entre 7 y 15 años y obtuvieron una media de 10 (DT= 5,92).

Kovacs (1992), realizó una revisión de los estudios que han analizado la fiabilidad del CDI, tanto en referencia a la consistencia interna, como a la fiabilidad test-retest o la fiabilidad de dos mitades, en este sentido la mayoría de estudios han encontrado coeficientes alfa que oscilan entre .71 y .94, indicando una buena consistencia interna del instrumento. Debido a que el CDI mide un estado más que un rasgo, el intervalo para evaluar la fiabilidad en retest se recomienda que se realice entre 2 y 4 semanas (Kovacs, 1992; Sitanerios y Kovacs, 1999), en este sentido los diferentes estudios indican que en intervalos de tiempo comprendidos entre 1 semana y 1 año, la fiabilidad retest oscila entre .38 y .88; y la fiabilidad de dos mitades entre un .57 y un .84.

Se han realizado diversos estudios en muestras españolas indicando la buena validez de este instrumento. Del Barrio y Mestre (1989), llevaron a cabo uno de ellos en una muestra de 1.286 niños entre 8 y 12 años, los resultados mostraron correlaciones bajas y significativas entre el CDI y el síndrome de banda estrecha de ansiedad/depresión del CBCL ($r = .27$). Con respecto a la escala ESDM (Escala de depresión para maestros; Doménech, 1986) medias y significativas ($r = .42$); si bien, no se encontraron correlaciones significativas entre el CDI y la escala PNID (Lefkowitz y

Tesiny, 1980). Estos autores utilizaron una submuestra de este estudio de 223 participantes, y analizaron las correlaciones entre el CDI y el CDRS (Children's Depression Rating Scale; Poznanski et al., 1984) encontrando una $r = .13$ ($p = .05$).

Con respecto a las correlaciones entre el CDI y autoestima y otros indicadores, también se han realizado numerosas investigaciones. Del Barrio et al. (1990) en una muestra comunitaria de 1.286 participantes entre los 9 y los 11 años, obtuvo correlaciones entre el CDI y autoestima ($r = .58$), popularidad ($r = .59$), y ansiedad ($r = .59$). En una muestra de 400 niños entre 8 y 14 años, Martorell y Miranda (1987) obtuvieron correlaciones significativas entre las puntuaciones del CDI y autoestima, locus de control y rendimiento escolar. Del Barrio, Colondrón, de Pablo, y Roa (1996), encontraron correlaciones significativas entre CDI y RADS ($r = .78$) y RCDS ($r = .73$). Mestre et al. (1992), estudiaron la validez convergente del CDI a través de medidas de ansiedad, locus de control y autoconcepto, encontrando correlaciones significativas con todas las medidas (valores entre .40 y .61). La adaptación española (Del Barrio et al., 2004) recoge las correlaciones del CDI con diversas medidas del temperamento, personalidad, autoeficacia, ira y agresividad, mostrando correlaciones negativas y significativas con las escalas de temperamento, personalidad y autoeficacia, entre -.11 y -.50, y correlaciones significativas y positivas para las medidas de ira y agresividad, de entre .25 y .41.

Con respecto a la estructura factorial existen diversos resultados, así, Kovacs (1992) encontró cinco factores: humor negativo, problemas interpersonales, inutilidad, anhedonia y autoestima negativa. Del Barrio et al., (2004) en la adaptación española

propone dos factores: disforia y autoestima. Monreal (1988) encontró ocho factores, Saylor et al., (1984) siete factores; Craighead, Smucker, Craighead, e Ilardi (1998), al igual que la autora de la prueba (Kovacs, 1992) cinco factores; Weiss y Weisz (1988) tres factores, y Weiss et al. (1992) un factor. Algunos autores han encontrado diferencias en función de la edad en la distribución factorial, los resultados de Craighead et al. (1998) en participantes de 13 a 17 años, encontró cinco factores eran (externalización, disforia, autodesprecio, problemas escolares y problemas sociales), y mostraba un sexto factor relacionado con las alteraciones biológicas asociadas a la depresión como pérdida de apetito, trastornos del sueño y fatiga.

4.3.3. MEDIDA DE EVALUACIÓN DE LOS PROBLEMAS DEL COMPORTAMIENTO

4.3.3.1. Child Behavior Checklist (CBCL)

El *CBCL* fue la primera prueba de evaluación desarrollada por Achenbach (Achenbach y Edelbrock, 1983) para registrar problemas comportamentales y competencias sociales de niños y adolescentes con edades comprendidas entre 4 y 18 años. Fue elaborada desde el enfoque psicométrico-dimensional, y los diferentes ítems han sido sometidos a análisis de componentes principales con el fin de identificar grupos de problemas que tienden a coexistir, siendo ocho los síndromes resultantes.

El *CBCL* es una escala de valoración dirigida a los cuidadores con dos formatos de aplicación, uno para niños y niñas de edades comprendidas entre 1 año y medio y 5 años, y otro para menores de edades entre 6 y 18 años. Su construcción se basó en la implementación de técnicas de estadística multivariante para el análisis de los datos.

Se pudo identificar un conjunto de dimensiones que fueron descritas como síndromes y cada una de ellas conforman un continuo en el que es posible ubicar a todos los individuos según la severidad con la que se manifiesta la sintomatología (Cervone et al., 2003). Permite la evaluación de los problemas comportamentales y emocionales de los niños y adolescentes, desde un enfoque dimensional del diagnóstico psicopatológico (Samaniego, 2008). Las revisiones posteriores discriminaron formas distintas para niños y niñas de edad preescolar (1^{1/2}-5 años) y de edad escolar (6-18 años).

Para la interpretación, los autores han derivado, de una muestra normal, percentiles y puntuaciones T que ayudan a establecer los límites entre la normalidad, las conductas límites y la patología. La baremación está en función del sexo y de la edad.

El CBCL (6-18 años) también evalúa los problemas conductuales y emocionales, así como las competencias psicosociales de niños y niñas a través del informe de los cuidadores. Al igual que el anterior, consta de dos partes, la primera referida a competencias psicosociales de los menores, y la segunda formada por 118 ítems (Achenbach y Rescorla, 2001). Las escalas de problemas del CBCL se agrupan en dos niveles del mismo modo que el CBCL de 1^{1/2}-5 años; los síndromes de primer orden son: *Ansiedad/Depresión*, *Retraimiento*, *Problemas Somáticos*, *Problemas sociales*, *Problemas de Pensamiento*, *Problemas de Atención*, *Conducta Disruptiva*, y *Conducta Agresiva*; y los de segundo orden son: *internalizantes* (*Ansiedad/Depresión*, *Retraimiento/Depresión*, *Quejas somáticas*), y *externalizantes* (*Conducta Disruptiva*, *Comportamiento Agresivo*).

Achenbach, Phares, Howell, Rauh, y Nurcombe (1990) realizaron un estudio en una muestra de 141 participantes de edades entre los 6 y los 8 años, las evaluaciones posteriores se realizaron al año y 2 años, con el fin de observar la estabilidad del instrumento. La correlación media al cabo de 1 año fue de .62 para las escalas de competencia, y de .75 para las escalas de problemas de comportamiento. A los dos 2 años, la correlación media para las escalas de competencia fue de .56, y de .71 para las escalas de problemas de comportamiento. Achenbach (1991a) llevó a cabo una evaluación en un grupo de 80 madres de hijos/as de entre 4 y 16 años, tras una semana obtuvo una correlación media para las escalas de competencia de .87 y para las escalas de problemas de comportamiento de .89. Todas las correlaciones oscilaron entre .80 y .90, excepto el aislamiento en chicos ($r = .75$) y los problemas de pensamiento en las chicas ($r = .63$). Por otra parte, Clarke, Lewinsohn, Hops y Seeley (1992) evaluaron a 619 madres y a 366 padres de adolescentes con una media de edad de 16.8, y estos autores obtuvieron una consistencia interna de .81 para las madres y de .76 para los padres.

Con respecto a la validez concurrente, Achenbach (1991a) analizó las relaciones del CBCL con las escalas de Conners para padres (Conners, 1973) y las escalas de Quay-Peterson (1987) sobre una muestra clínica de 60 menores de 6 a 11 años de edad, evaluados con los tres instrumentos. Los autores encontraron correlaciones entre el CBCL y las escalas de Conners de entre .59 entre la escala de problemas de atención del CBCL y la de impulsividad-hiperactividad de Conners, hasta .86 entre las escalas de agresividad del CBCL y la de conductas problema de Conners. Las correlaciones con la escala Quay-Peterson oscilaron de .59 entre la escala de delincuencia del CBCL

y la de agresividad socializada de las Quay-Peterson hasta .88 entre la escala de agresividad del CBCL y la de alteración de la conducta de las Quay-Peterson.

El estudio de la relación con otros instrumentos dimensionales, como las Conners' Rating Scales-Revised (Conners, 1997) y la Behavior Assessment System for Children (BASC, Reynolds y Kamphaus, 1992) han aportado también evidencia a la validez de constructo (Achenbach y Rescorla, 2001).

En cuanto a la validez de criterio, estudios mediante regresión múltiple, análisis de covarianza, odds ratios y otros análisis obtuvieron puntuaciones más elevadas para muestras clínicas que para muestras de población general (Achenbach, 1991b; Achenbach y Rescorla, 2001, 2007).

Clarke et al. (1992) evaluaron a padres y adolescentes con el CBCL y el YSR, y encontraron grados de acuerdo moderados entre madres y adolescentes ($r = .43$, $n = 631$), madres y padres ($r = .53$, $n = 316$), y bajos entre padres y adolescentes ($r = .29$, $n = 369$). La fiabilidad informada por Achenbach (1991b) y Achenbach y Rescorla (2001) para la población americana en estudios originales fue de .78 y .79, respectivamente.

En población española, concretamente en una muestra de 91 menores de entre 6 y 17 años expuestos a violencia de género, la consistencia interna de la prueba fue de .87 (Alcántara, López-Soler, Castro y López, 2013). En un estudio posterior, Fernández y López-Soler (2014), en una muestra de 86 menores de entre 6 y 17 años que habían sufrido maltrato intrafamiliar crónico, encontraron consistencias internas aceptables (valores entre .713 y .928), únicamente dos coeficientes se encontraron por

debajo de lo que se considera aceptable, concretamente los referidos al síndrome Ansiedad/Depresión y Quejas Somáticas (.548 y .638, respectivamente).

4.4. DISEÑO Y CONDICIONES DE TRATAMIENTO

En la realización de este estudio se han empleado 3 condiciones de tratamiento: *PEDIMET-FT*, *PEDIMET-FT-ABR* y *PEDIMET-FE*.

La asignación de los menores a cada uno de los protocolos de tratamiento se realizó en base a las condiciones del desarrollo del Proyecto PEDIMET. Como se describió anteriormente; en un primer momento, todos los niños, niñas y adolescentes derivados al Proyecto que cumplían con los criterios de inclusión recibieron el PEDIMET-FT; en una etapa posterior, los menores derivados fueron tratados con el PEDIMET-FT-ABR; y en un tercer momento del programa, los menores recibieron el PEDIMET-FE.

A continuación se describen las tres condiciones de tratamiento:

1. **Condición PEDIMET-FT:** el tratamiento aplicado consistió en una adaptación del modelo original de TCC-FT (Cohen et al., 2006), sin el componente de trabajo parental, al que se añadió un módulo basado en la reconstrucción de la identidad personal. Incluye 7 módulos: *psicoeducación, relajación, reconocimiento y expresión emocional, crecimiento personal, reconstrucción de la identidad personal, reestructuración cognitiva y elaboración del trauma (desensibilización sistemática y exposición en vivo)*.
2. **Condición PEDIMET-FT-ABR:** esta versión del tratamiento incluye 5 de los 7 componentes del modelo de PEDIMET-FT, también basado en la TCC-FT pero sin la inclusión de los padres, los componentes son: *psicoeducación, relajación,*

reconocimiento y expresión emocional, reestructuración cognitiva y elaboración del trauma.

- 3. Condición PEDIMET-FE:** se basa en el TCC y es el formato de tratamiento más reducido, ya que incluye sólo 3 de los 7 componentes, estos son: *psicoeducación, relajación y reconocimiento y expresión emocional.*

Además, en todos los modelos de tratamiento PEDIMET se han empleado la *Realidad Virtual* y la técnica del *libro de la vida*, que serán descritas en el apartado siguiente más detalladamente.

En todas las condiciones de tratamiento los menores han recibido entre 16 y 22 sesiones, de acuerdo con lo que los autores recomiendan para poblaciones que han sufrido traumas crónicos y que se describió en el apartado de *fases de la TCC-FT para el maltrato crónico* (Cohen, Mannarino, y Navarro, 2012; Kliethermes y Wamser, 2012; Rosa-Alcaráz et al., 2010).

4.5. LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO PEDIMET

Los protocolos de tratamiento elaborados desde 2006 por el equipo de investigación GUIIA-PC (E069-03) de la Universidad de Murcia, son fruto de un trabajo de investigación basado en la revisión bibliográfica de tratamientos psicológicos eficaces en trauma infantil, en la reelaboración y adaptación de estos tratamientos a la población objeto a la que atendemos, así como a la formación y especialización de los terapeutas con expertos en el tema.

Como es ya sabido, los protocolos han sido diseñados para atender a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato intrafamiliar crónico (negligencia, maltrato emocional, físico, testigos de violencia de género y abuso sexual) de entre 6 y 18 años que se encuentran tutelados por la Comunidad Autónoma en situación de acogimiento residencial o familiar. Todo ello enmarcado en el Proyecto de Evaluación, Diagnóstico e Intervención Psicológica en Menores Tutelados (PEDIMET), y gracias al convenio establecido con la Dirección General de Familia y Políticas Sociales y la Universidad de Murcia.

Los tres protocolos de tratamiento PEDIMET pertenecen al enfoque cognitivo-conductual (TCC). Uno de ellos, está *focalizado en las emociones* (PEDIMET-FE), aunque incorpora una técnica basada en la narración del trauma (*Libro de la Vida*); y dos de ellos, *focalizados en el trauma* (PEDIMET-FT y PEDIMET-FT-ABR), de acuerdo al modelo de Terapia Cognitivo Conductual Focalizada en el Trauma (TCC-FT) desarrollada por Cohen, Deblinger, y Mannarino (2006). Ésta ha sido adaptada a nuestra población objeto, por lo que algunos componentes del modelo original han

sido excluidos y adaptados o incorporado otros. En la Figura 8 se recogen los módulos de los tres protocolos de tratamiento PEDIMET.

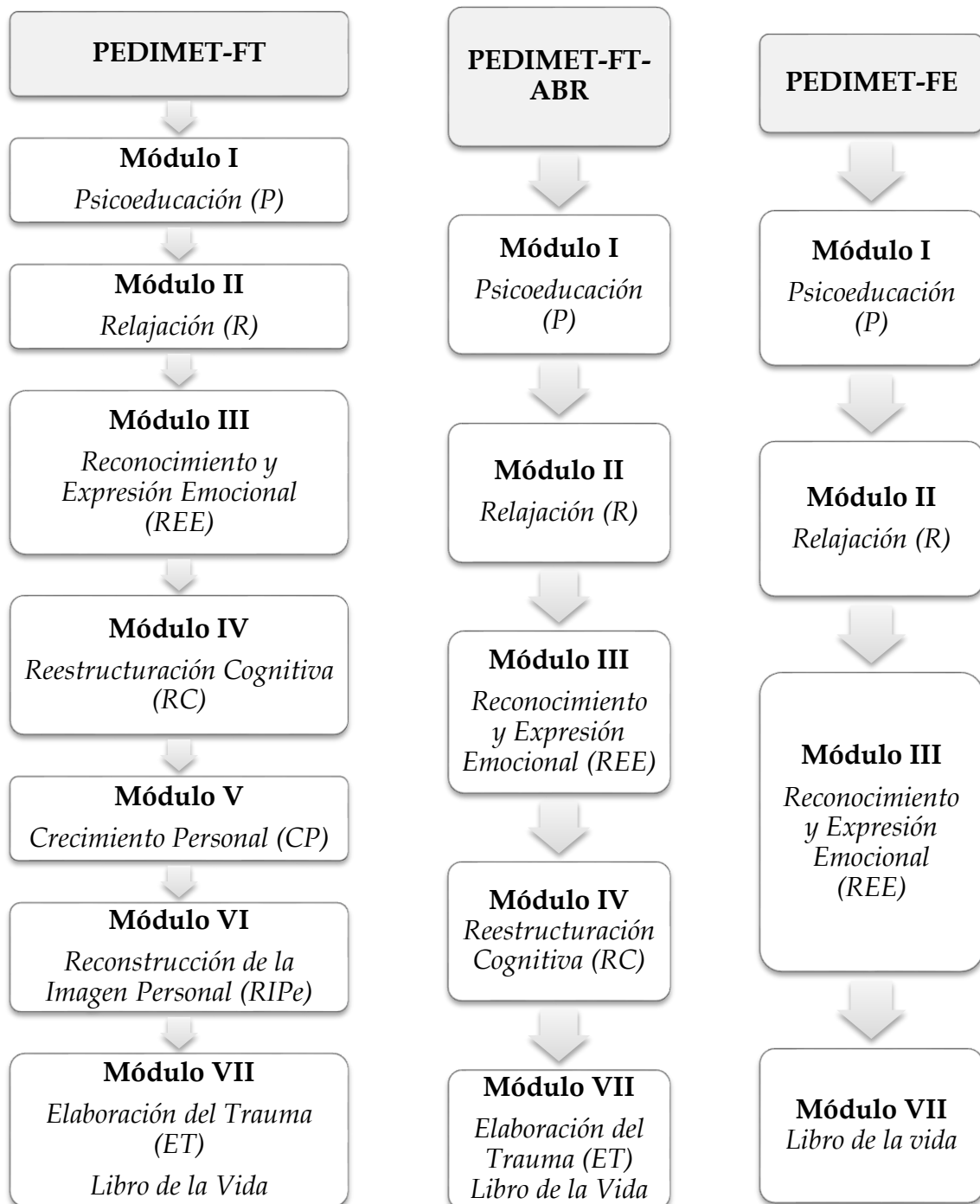


Figura 8. Módulos de las versiones de la terapia PEDIMET.

En este sentido, los componentes originales de la TCC-FT que incorporan la figura del padre/madre no abusador han sido excluidos en los tres protocolos. Ya que la mayoría de estos menores se encuentran en casas de acogida dónde los contactos con sus padres biológicos se reducen a visitas puntuales o no hay ningún contacto entre ellos, dependiendo de la gravedad del maltrato. Si bien, es cierto que durante la intervención se han destinado sesiones de orientación y apoyo, psicoeducación sobre las reacciones postraumáticas en la infancia/adolescencia y entrenamiento en habilidades educativas para los educadores/cuidadores y familiares de acogida, no se ha diseñado un módulo exclusivo para ellos como en la versión original de la TCC-FT.

En sentido inverso, se vio la necesidad de incorporar un módulo específico, no incluido de forma explícita en el modelo original de Cohen et al. (2006), destinado a la *Reconstrucción de la imagen personal*, ya que estos menores presentan muchos conflictos con su identidad personal, así como una autoimagen y autoestima negativas. Éste ha sido incluido en el modelo completo PEDIMET-FT.

Los protocolos de tratamiento, al igual que el modelo original, siguen un orden secuencial en la implementación de sus módulos, ya que se persigue trabajar en una primera fase, el establecimiento de la alianza terapéutica y la estabilización emocional, tal y como recomendaba (Herman, 1992a); en una segunda etapa, el fortalecimiento personal, que permita al menor desarrollar sus capacidades y estrategias personales para, en una última fase, trabajar la exposición a los eventos traumáticos.

Se sigue la secuenciación de los módulos, de forma que los componentes van incorporándose progresivamente, combinándose así el trabajo en diferentes áreas en una misma sesión. En la Figura 9, puede apreciarse la distribución de los diferentes componentes en el protocolo PEDIMET-FT en las diferentes sesiones del programa.

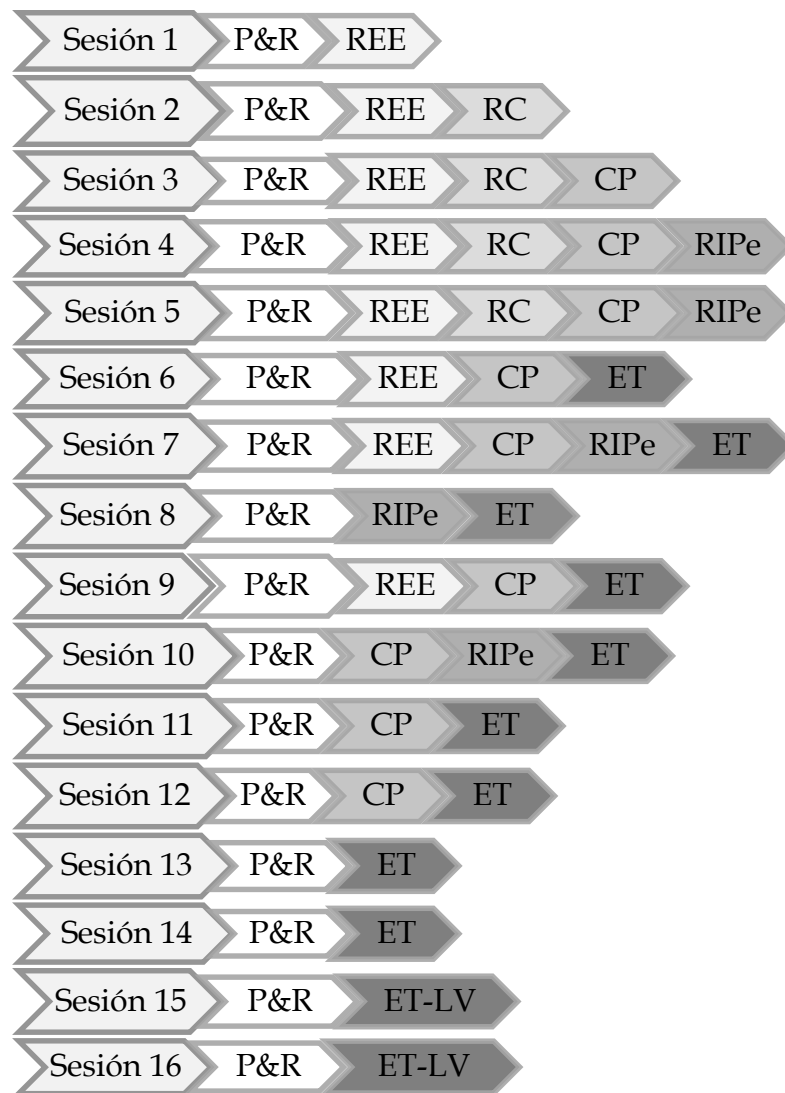


Figura 9. Distribución de los módulos del protocolo de tratamiento PEDIMET-FT por sesión.

Se han diseñado un total de 16 sesiones. No obstante, las sesiones se pueden alargar hasta 25 o más, siempre que el trabajo con el niño, niña o adolescente lo

requiera, tal y como recomiendan los especialistas en el trabajo con esta población (Cohen, Mannarino, y Navarro, 2012; Kliethermes y Wamser, 2012). Es fundamental comprobar que los objetivos terapéuticos están cumplidos para continuar con las siguientes metas terapéuticas. Las sesiones tienen una duración aproximada de 90 minutos y periodicidad semanal. El tiempo real de aplicación ha oscilado entre 6 y 9 meses, es decir entre 24 y 36 semanas.

Teniendo en cuenta la edad, se han elaborado dos versiones en función del tramo de edad al que pertenezcan los menores, de 6 a 11 años o de 12 a 16 años. Los objetivos de intervención son los mismos, pero el lenguaje, los ejemplos y las actividades han sido adaptados para facilitar la comprensión y aprendizaje de los niños y adolescentes. Todo el protocolo de tratamiento, está escrito por módulos y por sesiones, de forma que todo el equipo pueda aplicar el tratamiento de forma equivalente, esta tarea se realizó en 2007-2008 por el equipo PEDIMET. Todos los tratamientos son supervisados por especialistas en Psicología Clínica.

A continuación se describen de manera pormenorizada las características y los objetivos terapéuticos de cada módulo de intervención.

4.5.1. MÓDULOS DE TRATAMIENTO PEDIMET

4.5.1.1. MÓDULO I: Psicoeducación (P)

Como primer objetivo en la terapia está la *legitimación del sufrimiento* del niño, niña o adolescente. Con la *psicoeducación*, se informa al menor sobre las reacciones habituales ante las experiencias negativas y se legitima el sufrimiento experimentado

en las situaciones de maltrato y desprotección vividas. Esta parte es muy importante y establece el marco comprensivo desde el cual se desarrolla la terapia.

Se explica al menor qué es el miedo y la ansiedad, sus características, funciones y manifestaciones psicológicas, posteriormente se legitima el sufrimiento que genera cuando un cuidador ejerce “daño” sobre un menor. Se le explica que es el maltrato, haciendo mención de las responsabilidades que tienen los padres en el cuidado, protección y afecto de sus hijos.

Al mismo tiempo, la psicoeducación provee una justificación del tratamiento. El terapeuta explica el proceso de adquisición de habilidades y la exposición gradual a los recuerdos del trauma, mediante un discurso apropiado a la edad y características del niño o adolescente, proporcionando información no técnica para facilitar su comprensión. El objetivo final es inculcar expectativas positivas respecto a la intervención y la confianza en la idoneidad y eficacia del modelo de terapia.

Es de importancia principal en esta primera fase de la intervención el establecimiento de la *alianza terapéutica* entre el menor y el terapeuta, fundamental para el desarrollo positivo de la terapia, ya que como es conocido estos menores presentan muchas dificultades en sus relaciones, especialmente con adultos de referencia, donde la confianza está dañada, y la suspicacia y defensividad son sus mecanismos de protección.

Aunque la *psicoeducación* se lleva a cabo fundamentalmente en la primera sesión, a lo largo de la terapia se va informando al menor sobre sus reacciones

emocionales y sobre el proceso terapéutico, además de que cada módulo incorpora aspectos psicoeducativos específicos.

4.5.1.2. MÓDULO II: Relajación (R)

Otro de los aspectos trabajados en esta terapia son las *técnicas de relajación*, junto con la psicoeducación, son los dos componentes que se trabajarán desde el inicio hasta el final de la terapia, en todas las sesiones.

Son dos técnicas las empleadas principalmente, la *respiración profunda* y una adaptación para la infancia de *la relajación muscular progresiva* (Jacobson, 1987; Bernstein y Borkovec, 1973).

La *relajación muscular progresiva* ha sido adaptada para la infancia a través de una fantasía guiada, en la que se van tensando y destensando los diferentes grupos musculares: manos/brazos, brazos/hombros, hombros/cuello, mandíbula, cara/nariz, estómago, y piernas/pies. El menor va realizando los ejercicios mediante un relato guiado por el terapeuta imaginado que es una tortuga, un gato, entre otras. Cada grupo muscular tiene asociada una actividad como puede apreciarse en la Figura 10.



Figura 10. Adaptación para infancia de la Relajación muscular Progresiva

Las tareas se inician identificando las situaciones que generan estrés y tensión corporal y las zonas más comunes de tensión corporal de cada menor, para posteriormente iniciar el entrenamiento en relajación muscular progresiva y respiración profunda. La relajación se realiza al finalizar cada sesión y se pide que se realice en casa al menos 3 momentos al día durante la terapia, facilitando así su aprendizaje. Se implica al cuidador/a principal para que en los entrenamientos iniciales facilite su desarrollo.

Como veremos, en el módulo de *elaboración del trauma* se incorporan también otras técnicas de meditación y relajación conocidas como *mindfulness* (Linehan, 1993), que facilitan el proceso de exposición y elaboración del trauma.

4.5.1.3. MÓDULO III: Reconocimiento y Expresión Emocional (REE)

Este módulo tiene como objetivo ayuda a los menores a identificar, expresar y manejar sus sentimientos de manera más efectiva. Los terapeutas ayudan a los a reconocer e identificar las diferentes emociones y sentimientos que experimentan, ya que a menudo, presentan dificultades para discriminar sobre lo que están sintiendo y lo que les ocurre emocionalmente.

Además de ello, se ayuda a los niños y niñas a expresar sus emociones y sentimientos relacionados con las experiencias vividas, facilitando así su descarga emocional. Las emociones y sentimientos trabajados en este módulo y su distribución en las sesiones pueden apreciarse en la Figura 11.

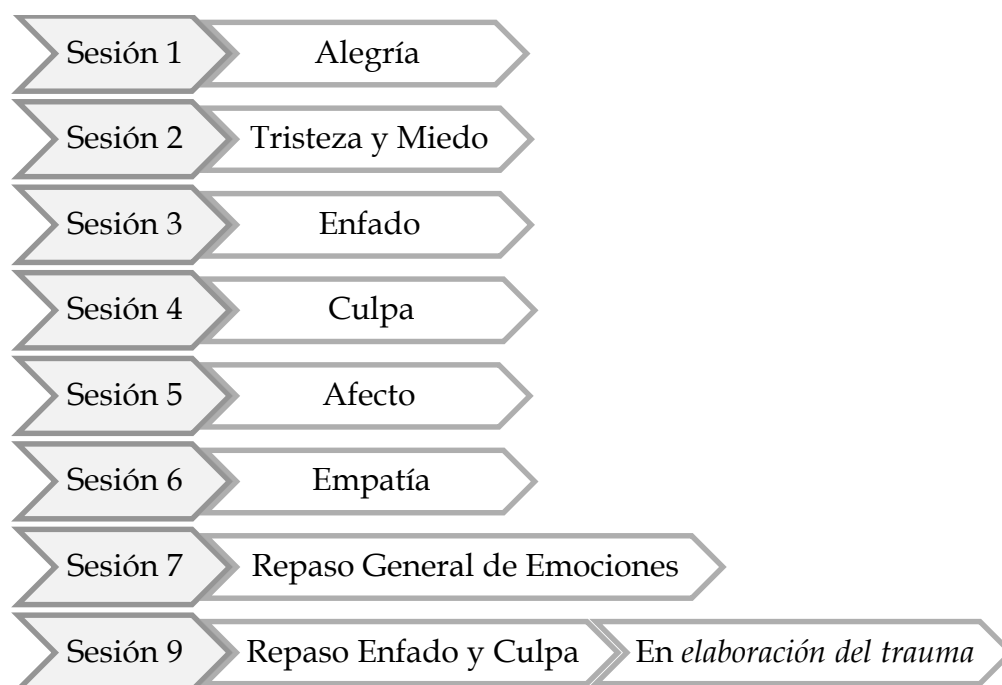


Figura 11. Distribución por sesión de las emociones trabajadas en el módulo de REE.

Las diferentes emociones son trabajadas mediante actividades, dinámicas y juegos que facilitan el aprendizaje y la implicación de los niños y niñas. Las actividades que se empleadas se exponen a continuación:

- a. Búsqueda en el diccionario de la definición de emociones
- b. Ejemplos de situaciones que pueden provocar emociones.
- c. Expresión corporal y facial.
- d. Identificación de emociones en expresiones faciales mediante fotos.
- e. Sopas de letras.
- f. Cuentos específicos de cada emoción con reflexiones relacionadas.
- g. Dibujos y expresión artística.
- h. Asociación de frases con estados de ánimo.
- i. Dado de las emociones
- j. Empleo del juego: *Bingo de las emociones*.

4.5.1.4. **MÓDULO IV: Reestructuración Cognitiva (RC)**

Como es bien sabido, como resultado de las experiencias de maltrato y desprotección vividas por estas niñas y niños, los menores desarrollan una serie de creencias irracionales y pensamientos automáticos relacionados con ellos y su vida, que afectan directamente al concepto de sí mismos y a su comportamiento.

Se ha desarrollado este módulo para ayudar a identificar los pensamientos automáticos negativos (PAN) y las creencias irracionales, enseñar a los menores a refutarlos y a sustituirlos por pensamientos racionales positivos.

Inicialmente se explica la relación entre *emoción, pensamiento y conducta* a través de la triada cognitiva, mediante ejemplos simples e idiosincrásicos del menor que faciliten su comprensión. Posteriormente se le explican que son los *PANs* y se le ayuda a identificar, a través de un listado de pensamientos distorsionados, aquellos pensamientos que suele presentar. Finalmente se le encomienda como tarea para casa la identificación de las situaciones que le provocan malestar y de los pensamientos distorsionados asociados a ellos.

Tras la identificación de sus *PANs*, se le enseña los diferentes tipos de *errores de pensamiento*, ayudándole a identificar los que presenta y enseñándole a refutar los pensamientos negativos. A través de la analogía entre pensamientos oruga (pensamientos negativos) y pensamientos mariposa (pensamientos positivos), se instruye a los menores en la sustitución de unos pensamientos por otros. En la Figura 12 se pueden observar los contenidos de éste módulo distribuidos por sesión.

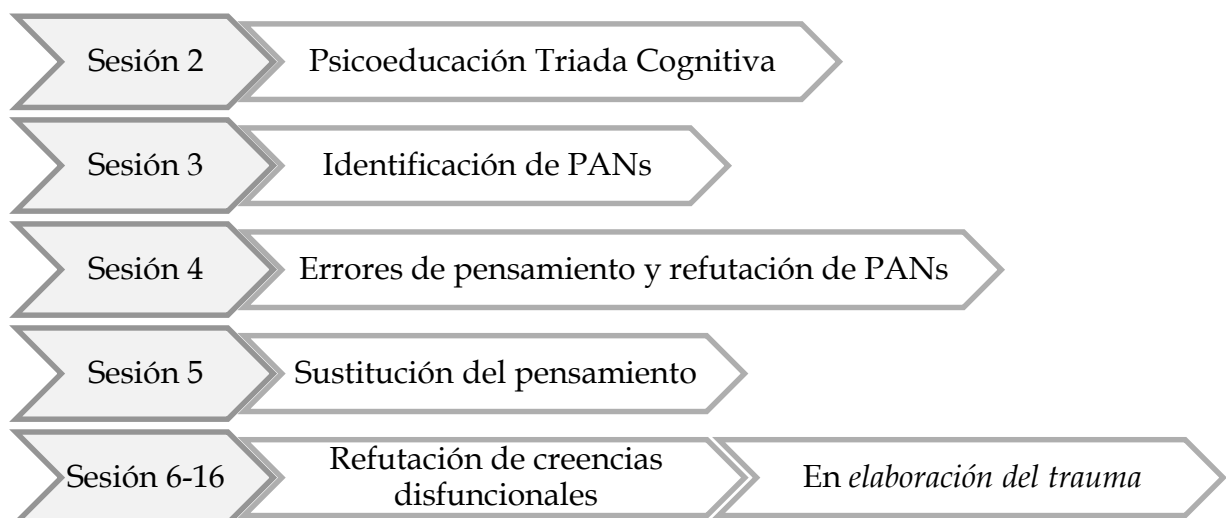


Figura 12. Distribución por sesión de los contenidos trabajados en el módulo de RC.

4.5.1.5. **MÓDULO V: Crecimiento Personal (CP)**

La carencia de habilidades sociales que estos menores presentan en sus relaciones interpersonales, tanto en el contexto familiar, como en el escolar y social, justifica la creación de un módulo destinado a la adquisición de habilidades que fomenten relaciones sociales positivas. Los objetivos de éste módulo son:

- Profundización en el conocimiento de sí mismo y su comportamiento.
- Desarrollo habilidades para mejorar la comunicación y relación social.
- Aprendizaje técnicas para la solución de problemas.
- Adquisición de técnicas de autocontrol.

Las sesiones son de carácter individual e incluyen diferentes tipos de actividades en función de la edad, se hace uso del *role playing* y del empleo de juegos para facilitar sus aprendizaje.

El contenido de las sesiones aparece recogido en la Figura 13 y su distribución en cada sesión.

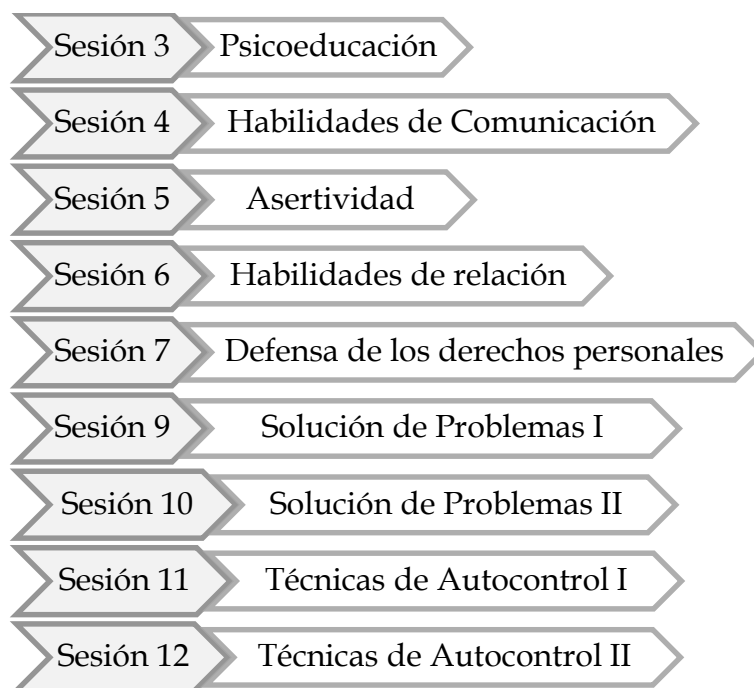


Figura 13. Distribución de los contenidos del módulo de CP por sesión.

4.5.1.6. MÓDULO VI: Reconstrucción de la Identidad Personal (RIPe)

Las situaciones de abandono, rechazo y agresión a las que han estado expuestos estos niños, niñas y adolescentes, principalmente de la mano de sus figuras de referencia y protección, generan en los mismos un autoconcepto y una autoestima negativas. Por ello, se consideró de necesidad trabajar estos aspectos que favorecieran la reconstrucción de una identidad personal más positiva en el niño o adolescente.

En este módulo se trabaja, en primer lugar, la psicoeducación de los conceptos de *autoconcepto* y *autoestima*. A través de actividades, juegos y tareas para casa, en la que participan personas de su entorno, se fomenta una imagen más positiva del menor. Posteriormente, se trabaja la *autoeficacia* personal a través de objetivos y metas que el

propio menor propone y que se van realizando durante la terapia. Finalmente, se destina una sesión a trabajar el vínculo y la identidad personal a través de sus figuras de referencia. En la Figura 13 puede apreciarse la distribución de los contenidos de este módulo trabajados en cada sesión.

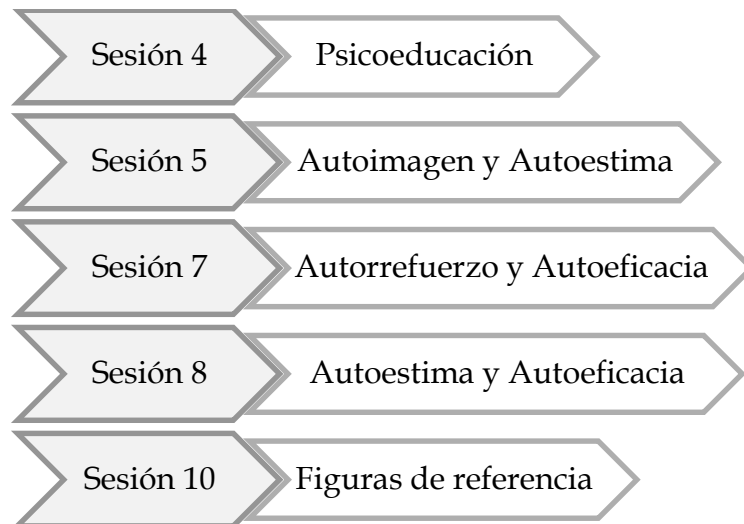


Figura 14. Distribución por sesión de los contenidos trabajados en el módulo de RIPE.

4.5.1.7. MÓDULO VII: Elaboración del Trauma (ET)

La creación de una narrativa del trauma, también conocida como *exposición gradual*, como se señaló en la descripción de la TCC-FI, tiene como objetivo descondicionar la asociación entre los pensamientos y recuerdos del evento(s) traumático(s), con las emociones negativas dolorosas como el terror, la frustración, la vergüenza, la culpa o la rabia.

Durante la narración del trauma, se trabajan otros aspectos ya trabajados en módulos previos como la *expresión emocional* o la *reestructuración cognitiva* de creencias

disfuncionales asociadas al trauma. Así este módulo incorpora diversas técnicas psicológicas que favorecen la elaboración de las experiencias traumáticas (ver Figura 15).



Figura 15. Técnicas empleadas en el módulo de ET en la PEDIMET-FT.

Antes de iniciar las sesiones de la *exposición gradual*, se introduce la base teórica de esta intervención, destinando un tiempo a la psicoeducación en este sentido.

A lo largo de varias sesiones, se acompaña a los niños y niñas a que describan cada vez con más detalle lo ocurrido, durante y tras el episodio(s) traumático(s), así como sus pensamientos y sentimientos experimentados. Se realiza sobre una base jerárquica de pasos progresivos de exposición a los eventos traumáticos, de menor a mayor gravedad e impacto emocional. Se alienta al niño o niña, en pasos progresivos, a hablar, escribir o dibujar sobre aspectos cada vez más intensos del evento traumático.

Dentro de este módulo, también incluyen el empleo de técnicas de *mindfulness*, cuyos orígenes se encuentran en las filosofías budistas y los principios de la meditación. Mediante la práctica de las técnicas de *mindfulness*, se enseña a observar y aceptar los pensamientos, las sensaciones y las emociones que se presentan sin hacer nada por tratar de modificarlas, cambiarlas o alterarlas. De esta forma, el niño o adolescente toma conciencia de sus pensamientos, sentimientos y emociones, y de los automatismos que conllevan, de tal forma que puede actuar independientemente de su contenido, no dando automáticamente por cierto lo que piensa y lo que siente.

Al mismo tiempo, las *técnicas de mindfulness* provocan el desarrollo de la atención plena. Este entrenamiento permite a su vez, promover el reconocimiento de las primeras señales de aparición de la situación estresante y de la respuesta de estrés, de tal forma que mediante la aplicación de las habilidades que su práctica desarrolla (aceptación y ecuanimidad), hay más posibilidades de ser eficaz en el afrontamiento de la situación estresante (Linehan, 1993).

Una técnica empleada en los tres protocolos de tratamiento, destinada a facilitar la narración de los acontecimientos traumáticos, es la elaboración del *libro de la vida*. El niño o niña protagonista de esta historia, ayudado por el terapeuta, va narrando su vida en diferentes capítulos que representan el pasado que contiene las experiencias traumáticas; el presente y el futuro. Se pueden utilizar dibujos o incluir fotografías así como referencias a canciones o a cualquier material que el menor quiera emplear. En este sentido, no sólo se ayuda a los menores en la elaboración de las experiencias traumáticas vividas en el pasado, sino que apoya la integración de esta experiencia en su vida y favorece la creación de expectativas de futuro positivas.

El proceso final en la narración del trauma, contempla un espacio destinado a reflexionar con el niño o la niña sobre lo aprendido en el transcurso del tratamiento, en relación a la imagen de sí mismo, de lo ocurrido, de sus relaciones con otros, de la visión del mundo y sobre su proyección de su futuro.

4.5.2. FORMATO DE LAS SESIONES EN EL TRATAMIENTO PEDIMET

Todas las sesiones mantienen un formato común, que se resume y describe a continuación:

- Se realiza una evaluación inicial donde se recogen la frecuencia de emociones durante la semana, pensamientos automáticos negativos, nivel de satisfacción semanal en los diferentes contextos (familiar, escolar, social y personal), así como preocupaciones que han tenido. Esta información permite adecuar los contenidos de las sesiones en función de los acontecimientos y sentimientos vividos por los menores.
- Las sesiones se inician recordando los aspectos más significativos trabajados en la sesión anterior.
- Los contenidos de la sesión son explicados al niño o niña, realizando la *psicoeducación* oportuna, para a continuación a través del juego y actividades se trabajen los contenidos.
- Al concluir la sesión se realiza un *resumen* de lo trabajado durante la misma.
- Se organizan *tareas para casa*, con el objetivo de poner en práctica las técnicas aprendidas durante la sesión.

- Todas las sesiones, concluyen practicando las técnicas de *relajación y respiración*.

4.5.3. EMPLEO DE LA REALIDAD VIRTUAL

En el tratamiento *PEDIMET* se ha hecho uso del sistema de Realidad Virtual (RV) EMMA (Enganging Media for Mental Health Applications), adaptado a la infancia y adolescencia EMMA-Infancia mediante el convenio «Aplicación de técnicas basadas en nuevas tecnologías de la sociedad de la información a terapias de integración en menores tutelados» (Plan Avanza, Región de Murcia y Ministerio de Industria, 2007).

Esta tecnología se basa en la creación de ambientes tridimensionales que permiten al niño, niña o adolescente sentirse e interactuar en ese ambiente en tiempo real. De esta manera, por un lado, la RV simula la realidad con un alto grado de realismo y, por tanto, ayuda a los pacientes a aumentar la experimentación emocional. Por otro lado, y más importante, la RV posibilita el control completo y riguroso a la hora de presentar los estímulos temidos o las situaciones traumáticas. Esto ayudaría a impedir que se produjera la evitación cognitiva y, por tanto, incrementaría la implicación emocional, un aspecto esencial en la eficacia de la técnica de exposición. Por otro lado, la RV también puede proporcionar un espacio atemporal, un ambiente seguro y protector que le ayuda a recuperarse y a continuar con su vida. Por último, puede que la RV permita a los menores explorar sus emociones y traumas de forma menos aversiva, con facetas lúdicas que pueden ser aceptadas con mayor agrado en este tipo de tratamientos.

Éste es el acercamiento que ha utilizado el grupo de Botella, de la Universidad de Jaume I, co-creadores y pioneros en el uso de EMMA (Alcañiz, Baños, Botella y Rey, 2003; Andreu-Mateu et al., 2012; Baños et al., 2008, 2009; Botella et al., 2004, 2005; Botella et al., 2010), quienes diseñaron y desarrollaron un sistema de RV con el fin de abordar desde un punto de vista terapéutico las emociones relacionadas con algunas situaciones traumáticas. La eficacia de este sistema ha sido estudiada en personas que habían experimentado pérdidas de personas significativas en sus vidas (trastorno adaptativo y duelo) y en personas que habían experimentado alguna situación traumática, por ejemplo, accidentes, violaciones, víctimas de delitos, etc. (Baños et al., 2008, 2009, 2011; Botella et al., 2010; Castellano et al., 2012). La experiencia obtenida hasta el momento sugiere que esta aplicación podría ser muy útil para el tratamiento de los menores víctimas de maltrato (López-Soler et al., 2011).

El uso de la RV EMMA ha sido implementada en los módulos de *relajación, reconocimiento y expresión emocional, elaboración del trauma*, así como en la actividad relacionada con el *libro de la vida*.

4.6. PROCEDIMIENTO

Como ha sido mencionado con anterioridad, el Servicio de Protección de Menores derivaba al Proyecto PEDIMET gestionado por Grupo Universitario de Investigación en Infancia y Adolescencia–Psicología Clínica (GUIIA-PC) (E069-03), a aquellos niños y niñas con alteraciones psicológicas que se encuentran tutelados por la Comunidad Autónoma.

Los datos relativos al expediente del menor son enviados al equipo para su consideración en la historia del/la menor. El documento informa sobre las situaciones de maltrato que ha sufrido el niño o la niña, los motivos de la retirada de la tutela a los padres biológicos, las visitas que actualmente tiene con su familia de origen, así como los antecedentes médicos y escolares más destacados. También aportan informes del centro de protección donde se encuentra el menor, del centro escolar donde está escolarizado, informes médicos, psiquiátricos y/o psicológicos).

Una vez registrada la recepción del expediente, se comunica con cita telefónica, al centro o familia de acogida donde reside el menor, la fecha y hora de la primera visita. Cuando el niño o niña llega a la unidad de psicología infanto-juvenil, acompañado de un educador del centro o de los acogedores, se procede a realizar la evaluación psicológica, por parte del equipo PEDIMET formado por especialistas en Psicología Clínica y expertos en Psicología Infanto-Juvenil con acreditación sanitaria. El procedimiento es el siguiente (ver Figura 16):

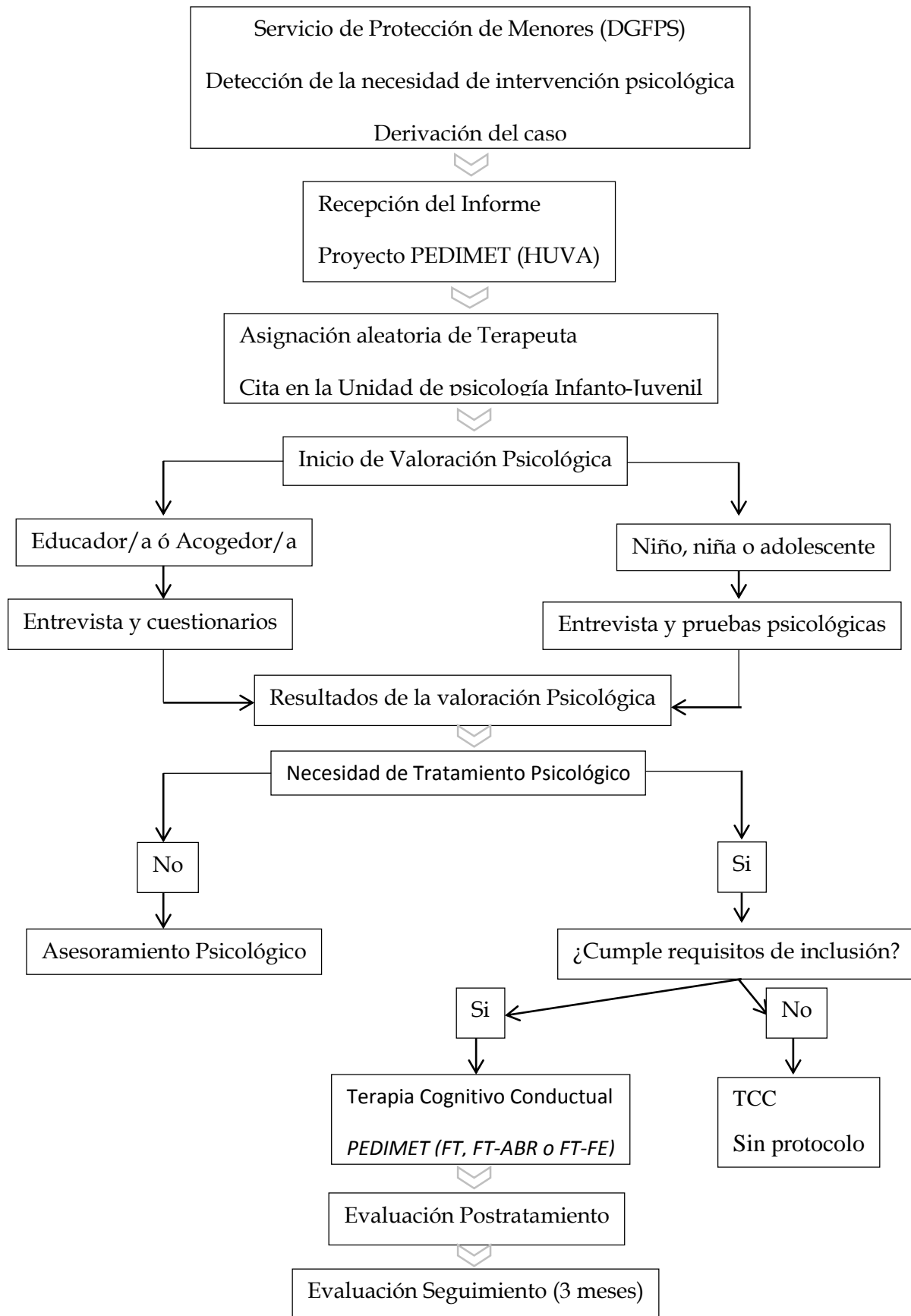


Figura 16. Procedimiento de Valoración e Intervención en el Proyecto PEDIMET.

1. Se realiza una entrevista con el cuidador principal, con el fin de recoger información acerca del problema actual que presenta el menor, el nivel de adaptación en todos los ámbitos y los motivos de derivación al servicio.
2. Tras finalizar la entrevista, el cuidador cumplimenta una serie de cuestionarios referidos al comportamiento y estado emocional del niño, niña o adolescente.
3. El psicólogo o psicóloga entrevista al menor para concretar el grado de percepción que tiene sobre su situación y valorar indicadores clínicos.
4. Se aplica un protocolo de evaluación psicológico elaborado por el equipo PEDIMET en 2007 para menores que han sufrido maltrato.
5. Finalizado el proceso de evaluación, que supone varias sesiones, el profesional que atiende el caso corrige los diferentes tests y cuestionarios y elabora los datos recogidos de la evaluación psicométrica, de la información proporcionada por la Dirección General, así como los datos relativos a la observación clínica del/la menor.
6. Finalmente, se elabora un informe psicológico con el psicodiagnóstico clínico. Dicho informe es presentado a la persona responsable del proyecto en la Dirección General.
7. De acuerdo con los resultados de la evaluación psicológica se inicia la fase de intervención. Aquellos menores que cumplen con los criterios de inclusión son incluidos en el protocolo de tratamiento *PEDIMET*. En aquellos casos en los que no se precisa intervención, se lleva a cabo asesoramiento psicológico.
8. Una vez finaliza la intervención psicológica, se procede a realizar la valoración postratamiento. Aunque inicialmente se consideró beneficioso para la

investigación que la evaluación postratamiento la realizara otro psicólogo o psicóloga del equipo diferente al que realiza la terapia, la práctica nos orientó a declinar esta opción, ya que podría afectar negativamente al estado emocional del niño o adolescente, por ello la valoración postratamiento fue realizada por el mismo terapeuta que realizó el tratamiento.

4.7. PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los análisis fueron realizados mediante el uso del paquete estadístico SPSS 19.0 con el fin de someter a prueba las hipótesis planteadas en el presente estudio. Para la realización de los mismos se aplicaron diferentes pruebas estadísticas que se detallan a continuación:

En primer lugar, con el fin de comprobar si los grupos de tratamiento diferían significativamente en la sintomatología clínica global antes del tratamiento se llevó a cabo un ANOVA de un factor.

En segundo lugar, la prueba “t” de Student fue utilizada para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas entre las medidas pre y postratamiento de las diferentes variables psicológicas en cada condición de tratamiento.

Finalmente, para comprobar la eficacia de cada grupo de tratamiento en cada una de las variables estudiadas, se ha empleado el índice del tamaño del efecto de la diferencia media tipificada (d) a partir de la puntuación “t” (Hedges y Olkin, 1985; Sánchez-Meca y Ato, 1989). Para los diseños pretest-postest de un solo grupo, el índice d se definió como la diferencia entre la media del pretest y la media del postest dividida por la desviación típica intra-grupo conjunta. Siguiendo las directrices recomendadas por Cohen (1988), se considera que alcanzar valores aproximados a $d=0.2$ señala tamaños del efecto pequeños, valores alrededor de $d=0.5$ tamaños del efecto moderados y, finalmente, valores superiores a $d=0.8$ tamaños del efecto grandes.

5. RESULTADOS

En primer lugar, se describirán los resultados obtenidos a partir del análisis de las variables psicológicas globales antes del tratamiento con el fin de determinar si existían diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes condiciones de tratamiento (PEDIMET-FT, PEDIMET-FT-ABR y PEDIMET-FE).

En segundo lugar, se analizará la eficacia de cada condición de tratamiento en la reducción de la sintomatología clínica evaluada.

5.1. DIFERENCIAS ENTRE LAS VARIABLES CLÍNICAS DE LOS TRES PROTOCOLOS PEDIMET ANTES DEL TRATAMIENTO

Las variables evaluadas están relacionadas con la sintomatología de estrés postraumático, los síntomas depresivos y los problemas del comportamiento, inter y externalizantes. Las puntuaciones medias (M) y desviaciones típicas (DT) de los indicadores clínicos globales en la evaluación pretratamiento aparecen en la Tabla 13.

Los síntomas de *estrés postraumático* fueron evaluados a través de la prueba CPSS (Foa et al., 2001). En la comparación entre las tres condiciones de tratamiento (PEDIMET-FT, PEDIMET-FT-ABR y PEDIMET-FE) en la medida de TEPT total, el ANOVA no reveló diferencias estadísticamente significativas en esta variable ($f=2.088$, $gl=2$, $p=.140$).

Tabla 13. Medias y desviaciones típicas de los indicadores de TEPT, depresión y problemas del comportamiento en el pretratamiento en los tres protocolos de tratamiento PEDIMET.

	PEDIMET-FT		PEDIMET-FT-ABR		PEDIMET-FE	
	PRE		PRE		PRE	
	M	DT	M	DT	M	DT
TEPT Total (CPSS)	12.56	11.87	18.62	11.8	22.50	15.42
Depresión Total (CDI)	11.50	6.64	15.17	6.36	12.46	6.49
C. Internalizante (CBCL)	12.50	6.25	14.93	7.39	15.67	11.36
C. Externalizante (CBCL)	22.79	14.43	24.07	13.64	19.25	11.14
Comportamiento Total (CBCL)	59.29	32.40	67.40	32.85	62.33	31.40

En relación a los *síntomas depresivos*, evaluados a través del CDI (Kovacs, 1992), tampoco se detectaron diferencias entre los tres protocolos de tratamiento PEDIMET en la mediana global de depresión ($f=.908$, $gl=2$, $p=.412$).

Siguiendo la misma línea, en cuanto a los *problemas del comportamiento*, medidos a través del cuestionario CBCL (Achenbach y Edelbrock, 1983), tampoco se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones totales en el pretratamiento entre los diferentes grupos de tratamiento ($f=.578$, $gl=2$, $p=.565$). Asimismo se compararon las puntuaciones pretratamiento en las subescala de problemas del *comportamiento internalizante* y *externalizante*, no evidenciándose nuevamente diferencias estadísticamente significativas entre las tres condiciones de tratamiento [internalizantes ($f=.496$, $gl=2$, $p=.612$); externalizantes ($f=1.162$, $gl=2$, $p=.322$)].

5.2. EFICACIA DE LAS DIFERENTES CONDICIONES DE TRATAMIENTO

5.2.1. INDICADORES DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Las variables clínicas relacionadas con el TEPT (CPSS; Foa et al., 2001), fueron la *reexperimentación*, la *evitación*, el *hiperarousal*; así como una medida global de *estrés postraumático*.

En primer lugar, en la Tabla 14 se presentan las medias (M) y desviaciones típicas (DT) que se han obtenido en las variables relacionadas con el estrés postraumático en cada condición de tratamiento, antes y después del tratamiento.

Tabla 14. Medias y desviaciones típicas de los indicadores de TEPT en el pre y postratamiento en cada condición de tratamiento PEDIMET.

	PEDIMET-FT				PEDIMET-FT-ABR				PEDIMET-FE			
	PRE		POST		PRE		POST		PRE		POST	
CPSS	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
<i>Reexperim.</i>	4.44	3.75	1.44	2.13	5.77	4.28	1.38	1.80	7.70	4.99	3.50	4.01
<i>Evitación</i>	5.44	6.02	1.22	2.64	7.15	5.43	1.69	2.32	7.80	6.03	3.90	5.04
<i>Híperarousal</i>	2.67	3.12	1.33	2.65	5.69	4.25	1.77	2.13	7.00	5.18	3.50	4.50
<i>TEPT Total</i>	12.56	11.87	4.00	7.21	18.62	11.8	4.85	4.70	22.50	15.42	10.90	12.99

Como puede observarse, hay un descenso en todas las medias de los indicadores de *estrés postraumático* tras el tratamiento, en los diferentes grupos de PEDIMET.

Los análisis de prueba “t” realizados dieron como resultado los datos que se muestran en la Tabla 15. Como puede apreciarse, existieron diferencias estadísticamente significativas en todas las medidas de estrés postraumático (reexperimentación, evitación, hiperarousal y TEPT total) y se obtuvieron tamaños del efecto grandes, en todos los protocolos de tratamiento PEDIMET. A excepción únicamente de la variable *hiperarousal* en el protocolo *PEDIMET-FT*, en las que no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas y el tamaño del efecto fue bajo.

Tabla 15. Significación estadística y tamaño del efecto en los indicadores TEPT en cada condición de tratamiento PEDIMET.

	<i>PEDIMET-FT</i>				<i>PEDIMET-FT-ABR</i>				<i>PEDIMET-FE</i>			
	<i>t</i>	gl	p	<i>d</i>	<i>t</i>	gl	p	<i>d</i>	<i>t</i>	gl	p	<i>d</i>
CPSS												
<i>Reexperim.</i>	2.55	8	.034*	.85	3.73	12	.003**	1.04	4.26	9	.002**	1.35
<i>Evitación</i>	2.60	8	.032*	.87	3.24	12	.007**	.89	2.99	9	.015*	.95
<i>Hiperarousal</i>	1.08	8	.312	.35	4.46	12	.001***	1.24	3.53	9	.006**	1.12
<i>TEPT Total</i>	2.38	8	.044*	.79	4.53	12	.001***	1.26	4.19	9	.002**	1.32

Nota: nivel de significación estadística *<.05; **<.01; ***<.001

La evolución de los indicadores de *estrés postraumático* en los diferentes grupos de tratamiento fue muy positiva (Figura 17).

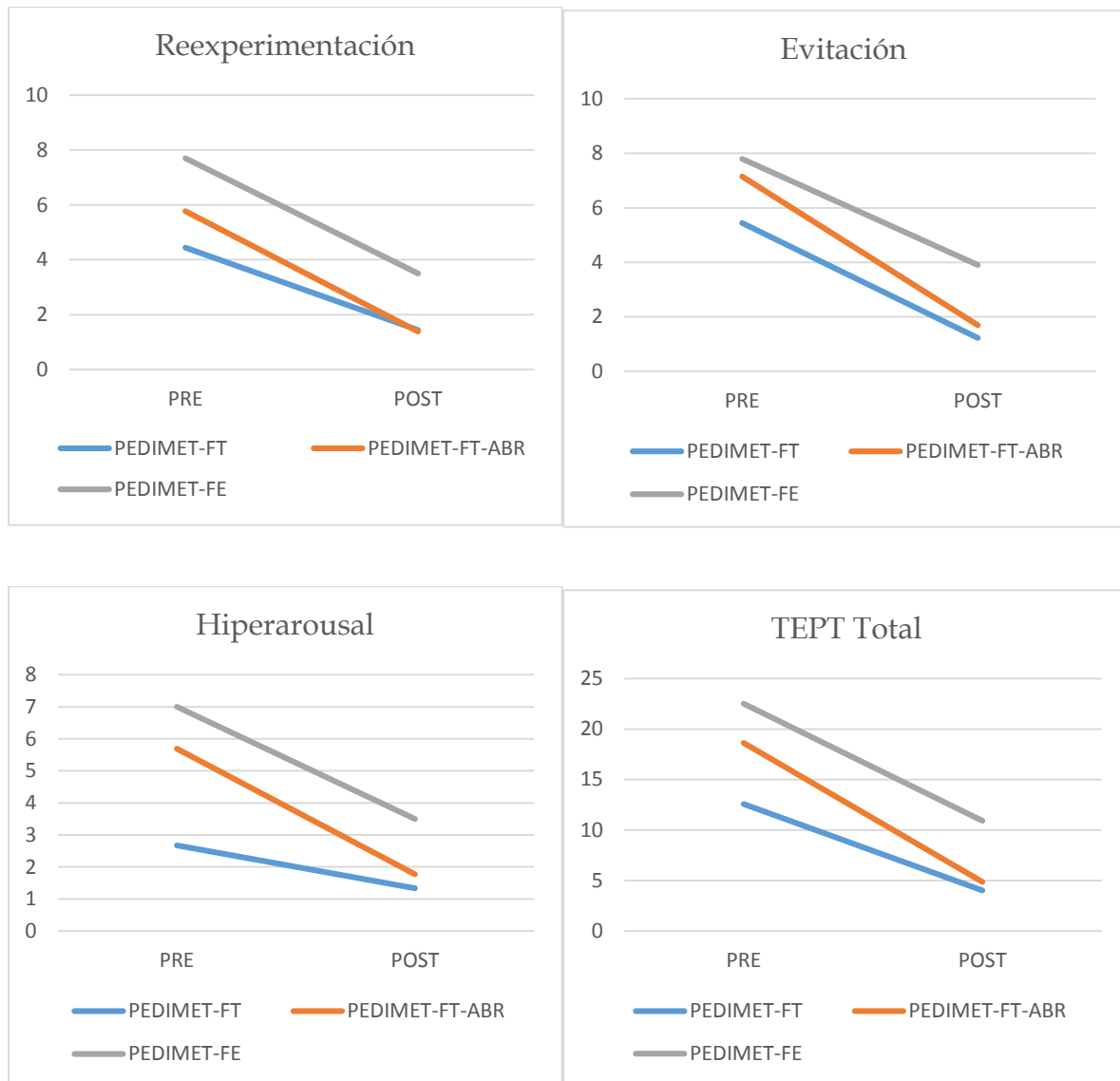


Figura 17. Evolución de las puntuaciones en TEPT en los diferentes grupos de tratamiento PEDIMET.

5.2.2. INDICADORES DE DEPRESIÓN

Las variables relacionadas con la Depresión (CDI; Kovacs, 1992) fueron la *autoestima* y la *disforia*; así como una medida global de *depresión*.

En la Tabla 16 se presentan las medias (M) y desviaciones típicas (DT) que se han obtenido en estas variables relacionadas con la depresión. Como puede

observarse, hay un descenso en todas las medias de los indicadores de *depresión* después del tratamiento, en los diferentes grupos de tratamiento PEDIMET.

Tabla 16. Medias y desviaciones típicas de los indicadores de Depresión en el pre y postratamiento en cada condición de tratamiento PEDIMET.

	PEDIMET-FT				PEDIMET-FT-ABR				PEDIMET-FE			
	PRE		POST		PRE		POST		PRE		POST	
CDI	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
<i>Autoestima</i>	6	3.04	3.36	2.44	8.08	3.06	4.67	2.77	6.31	2.98	5.15	2.85
<i>Disforia</i>	5.57	3.96	3.21	2.58	7.08	3.97	3.25	2.86	6.15	4.45	4	3.61
<i>CDI Total</i>	11.50	6.64	6.57	3.94	15.17	6.36	7.92	4.99	12.46	6.49	9.15	5.43

Los análisis de correlación y la prueba “t” realizados se muestran en la Tabla 17. Como se evidencia, para los grupos de tratamiento con el protocolo *PEDIMET-Focalizado en el Trauma* (PEDIMET-FT y PEDIMET-FT-ABR) existieron diferencias estadísticamente significativas en todas las medidas de *depresión* (*Total*, *Autoestima* y *Disforia*) y se obtuvieron tamaños del efecto grandes y moderado para *disforia* en el grupo PEDIMET-FT. Se mostró un efecto mayor en la reducción de la *autoestima negativa*, en aquellos niños, niñas y adolescentes que recibieron el protocolo *PEDIMET-FT*.

Tabla 17. Significación estadística y tamaño del efecto en indicadores de Depresión en cada condición de tratamiento PEDIMET.

CDI	PEDIMET-FT				PEDIMET-FT-ABR				PEDIMET-FE			
	<i>t</i>	gl	p	<i>d</i>	<i>t</i>	gl	p	<i>d</i>	<i>t</i>	gl	p	<i>d</i>
<i>Autoestima</i>	4.17	13	.001***	1.14	3.43	11	.006**	.99	1.84	12	.091	.51
<i>Disforia</i>	2.74	13	.017*	.73	3.49	11	.005**	1.01	2.12	12	.056*	.59
<i>Depresión</i>	3.82	13	.002**	1.02	3.65	11	.004**	1.05	2.81	12	.016*	.78
Total												

Nota: nivel de significación estadística *<.05; **<.01; ***<.001

Los resultados obtenidos para el grupo de menores que recibieron el protocolo PEDIMET-Focalizado en Emociones, también fueron estadísticamente significativos en la reducción de la *sintomatología depresiva global*, así como marginalmente significativos en *disforia*, con tamaños del efecto moderado. De acuerdo con la experiencia clínica, como era de esperar, en la variable *autoestima* no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas para este grupo de tratamiento, con un tamaño del efecto medio.

Es de destacar, el notable efecto en la reducción de los *sentimientos disfóricos*, *autoestima negativa* y en la medida de *depresión global* en aquellos menores que participaron el grupo de tratamiento PEDIMET-FT-ABR.

La evolución de los indicadores de *depresión* en los diferentes grupos de tratamiento PEDIMET ha sido muy positiva en general (Figura 18).

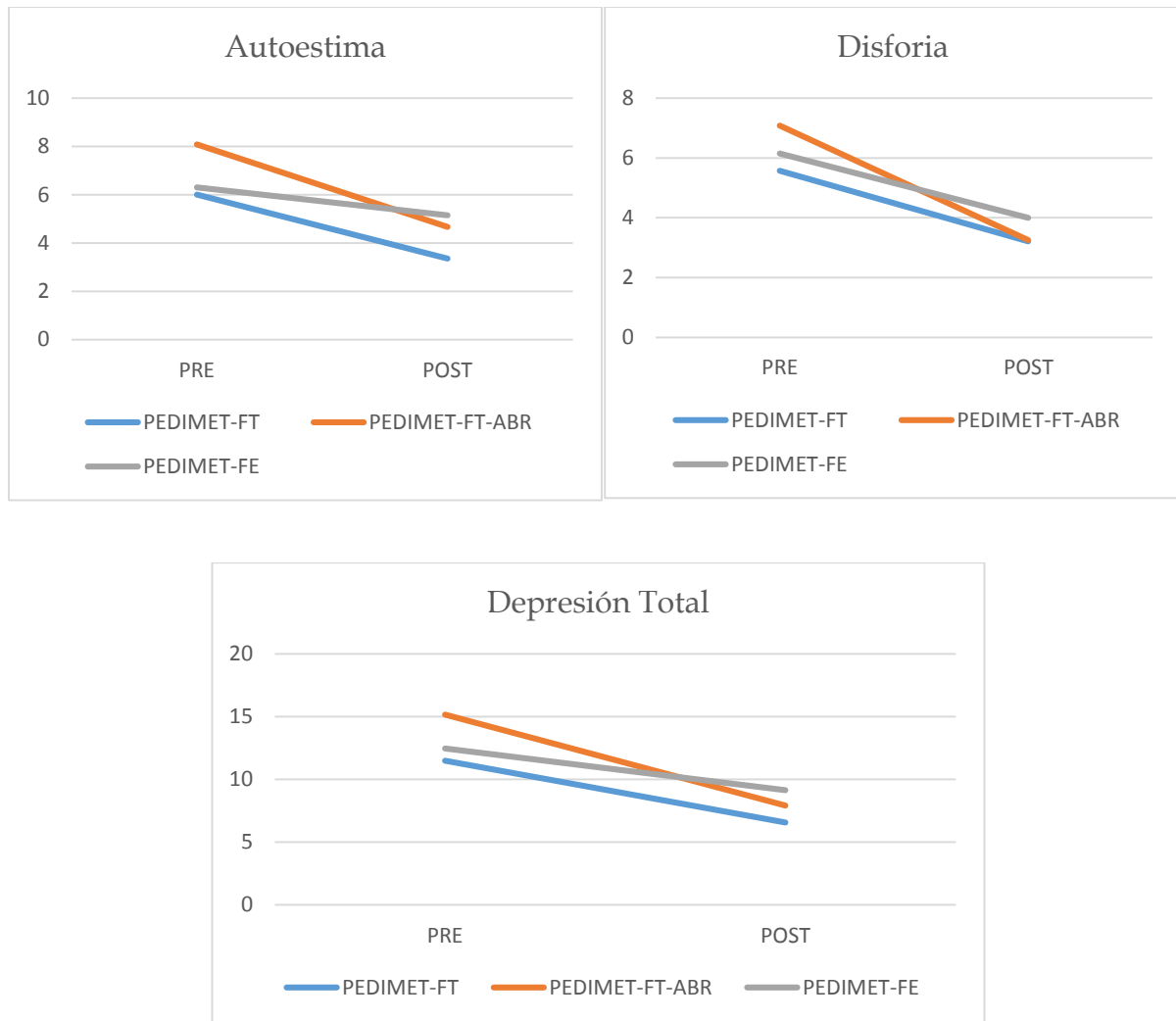


Figura 18. Evolución de las puntuaciones en Depresión en los diferentes grupos de tratamiento PEDIMET.

5.2.3. INDICADORES DE PROBLEMAS DEL COMPORTAMIENTO

A través del cuestionario CBCL se evaluaron 8 indicadores clínicos relacionados con los problemas del comportamiento (*Ansiedad/Depresión, Retraimiento, Problemas Somáticos, Problemas sociales, Problemas de Pensamiento, Problemas de Atención, Conducta Disruptiva, y Conducta Agresiva*); así como dos medidas globales; *internalizantes* (*Ansiedad/Depresión, Retraimiento/Depresión, Quejas somáticas*), y

externalizantes (Conducta Disruptiva, Comportamiento Agresivo); y una medida total de *problemas del comportamiento*.

En la Tabla 18 se presentan las medias (M) y desviaciones típicas (DT) que se han obtenido en estas variables. Como puede observarse, hay un descenso en todos los indicadores de problemas del comportamiento tras la aplicación de los diferentes grupos de tratamiento PEDIMET.

Tabla 18. Medias y desviaciones típicas de los indicadores de Problemas del Comportamiento en cada condición de tratamiento PEDIMET.

	PEDIMET-FT				PEDIMET-FT-ABR				PEDIMET-FE			
	PRE		POST		PRE		POST		PRE		POST	
CBCL	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
<i>Ansiedad/ Depresión</i>	4.79	3.12	2.21	1.53	6.73	3.60	3.53	2.75	6.75	5.23	4.00	2.49
<i>Retraim.</i>	5.64	3.18	3.07	2.67	6.07	3.39	2.93	2.81	5.42	3.99	4.08	2.31
<i>Quejas Somáticas</i>	2.07	2.06	1.07	1.38	2.13	2.20	1.87	2.72	3.50	3.87	2.08	4.03
<i>Problemas Sociales</i>	5.36	4.58	3.43	3.11	7.33	4.15	3.73	3.95	6.17	4.26	4.58	3.55
<i>Problemas Pensam.</i>	4.21	5.82	1.57	1.87	3.87	4.85	1.20	1.57	4.00	4.43	1.83	1.75
<i>Problemas Atención</i>	8.64	4.80	5.64	4.29	9.33	5.14	5.60	3.46	9.92	4.50	6.58	4.34
<i>Comp. Antinorm.</i>	7.71	5.38	3.36	3.15	7.33	5.60	3.27	3.99	5.33	3.82	3.42	2.65
<i>Comp. Agresivo</i>	15.07	10.03	8.57	7.08	16.73	9.27	7.33	6.47	13.83	9.28	10.25	7.35
<i>Intern.</i>	12.50	6.25	6.36	3.36	14.93	7.39	8.33	6.55	15.67	11.36	10.17	7.16
<i>Extern.</i>	22.79	14.43	11.93	9.11	24.07	13.64	10.60	9.61	19.25	11.14	13.25	9.61
<i>Total</i>	59.29	32.40	32.36	21.1	67.40	32.85	33.47	23.05	62.33	31.40	41.58	25.38

En los tres protocolos de tratamiento PEDIMET existieron diferencias estadísticamente significativas en los *problemas del comportamiento global* entre las medidas pre y postratamiento, con tamaños del efecto grandes para los protocolos PEDIMET-Focalizados en el trauma (en sus formatos completo y abreviado) y moderados para el PEDIMET-Focalizado en Emociones (Tabla 19).

Tabla 19. Significación estadística y tamaño del efecto en los indicadores de Problemas del Comportamiento en cada condición de tratamiento PEDIMET.

	PEDIMET-FT				PEDIMET-FT-ABR				PEDIMET-FE			
	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
<i>CPSS</i>												
<i>Ansiedad/Depresión</i>	3.23	14	.007**	.86	3.69	14	.002**	.96	2.15	12	.055*	.62
<i>Retraim.</i>	2.84	14	.014*	.76	3.53	14	.003**	.92	1.12	12	.286	.32
<i>Quejas Somáticas</i>	1.53	14	.151	.41	.37	14	.714	.10	.95	12	.360	.28
<i>Problemas Sociales</i>	2.33	14	.037*	.62	3.03	14	.009**	.79	1.48	12	.167	.43
<i>Problemas Pensam.</i>	2.07	14	.059*	.55	1.91	14	.077	.50	2.11	12	.059*	.61
<i>Problemas Atención</i>	3.89	14	.002**	1.04	2.79	14	.015*	.73	2.52	12	.028*	.73
<i>Comp. Disruptivo</i>	2.71	14	.018*	.73	2.79	14	.014*	.73	1.56	12	.147	.45
<i>Comp. Agresivo</i>	3.60	14	.003**	.96	3.69	14	.002**	.97	2.25	12	.046*	.65
<i>Intern.</i>	3.08	14	.009**	.82	3.37	14	.005**	.88	1.58	12	.143	.46
<i>Extern.</i>	3.41	14	.005**	.91	3.58	14	.003**	.94	2.46	12	.032*	.71
<i>Total</i>	3.63	14	.003**	.97	3.50	14	.004**	.92	2.56	12	.027*	.74

Nota: nivel de significación estadística *<.05; **<.01; ***<.001

Los resultados reflejan cambios estadísticamente significativos en los indicadores de *problemas internalizantes y externalizantes* para los protocolos PEDIMET-FT y PEDIMET-FT-ABR, con grandes tamaños del efecto. En el caso del protocolo PEDIMET-FE encontramos que los cambios son estadísticamente significativos y con tamaños del efecto moderados en los *problemas externalizantes*. En relación a los problemas internalizantes, los cambios no son significativos, con un tamaño del efecto es bajo-medio.

En relación a los factores específicos, encontramos que en *ansiedad/depresión, problemas de atención y comportamiento agresivo* existió un efecto positivo significativo estadísticamente en los tres protocolos de tratamiento.

Respecto a *ansiedad/depresión*, existieron diferencias estadísticamente significativas en los protocolos de tratamiento PEDIMET-FT y PEDIMET-FT-ABR ($p < .01$), con tamaños del efecto moderado y grande respectivamente. En el caso del protocolo PEDIMET-FE las diferencias son marginalmente significativas ($p < .055$) y el tamaño del efecto moderado.

En los *problemas de atención*, se dieron diferencias estadísticamente significativas en los tres protocolos (PEDIMET-FT, $p < .01$; PEDIMET-FT-ABR, $p < .05$; PEDIMET-FE, $p < .05$) y los tamaños del efecto grandes para el protocolo completo y moderados en las otras versiones reducidas.

En *comportamiento agresivo*, existieron diferencias estadísticamente significativas en los tres protocolos de tratamiento (PEDIMET-FT, $p < .01$; PEDIMET-FT-ABR, $p < .01$; PEDIMET-FE, $p < .05$), con tamaños del efecto grandes para las

condiciones de tratamiento *focalizadas en el trauma* y moderado en el caso de la condición *focalizada en emociones*.

En cuanto las variables de *retraimiento* y *problemas sociales*, existieron diferencias estadísticamente significativas para ambas condiciones de tratamiento que incluyen los componentes de *focalización en el trauma* (PEDIMET-FT, $p < .05$; PEDIMET-FT-ABR, $p < .01$), con tamaños del efecto moderados y grandes respectivamente. En el protocolo PEDIMET-FT, las diferencias no fueron estadísticamente significativas con un tamaño del efecto medio.

Los resultados mostraron un efecto similar en la variable de *comportamiento disruptivo*. Existieron diferencias estadísticamente significativas para ambas condiciones de tratamiento que incluyen los componentes de *focalización en el trauma* ($p < .05$), con tamaños del efecto moderados. En el protocolo PEDIMET-FT, las diferencias no fueron estadísticamente significativas y el tamaño del efecto fue medio.

Las medidas de *quejas somáticas* no experimentaron diferencias significativas en ninguno de los protocolos de tratamiento, con tamaños del efecto medios en las condiciones PEDIMET-FT y PEDIMET-FE, aunque esta variable presentó valores muy bajos ya en el pretratamiento. Y en relación a los *problemas de pensamiento*, existieron diferencias marginalmente significativas ($p < .059$) en PEDIMET-FT y PEDIMET-FE, y no significativas en el PEDIMET-FT-ABR. Se encontraron tamaños del efecto moderados en las tres condiciones de tratamiento.

En la Figura 19, puede apreciarse la evolución en los indicadores de *problemas emocionales y del comportamiento* tras la aplicación de los diferentes grupos de tratamiento PEDIMET.

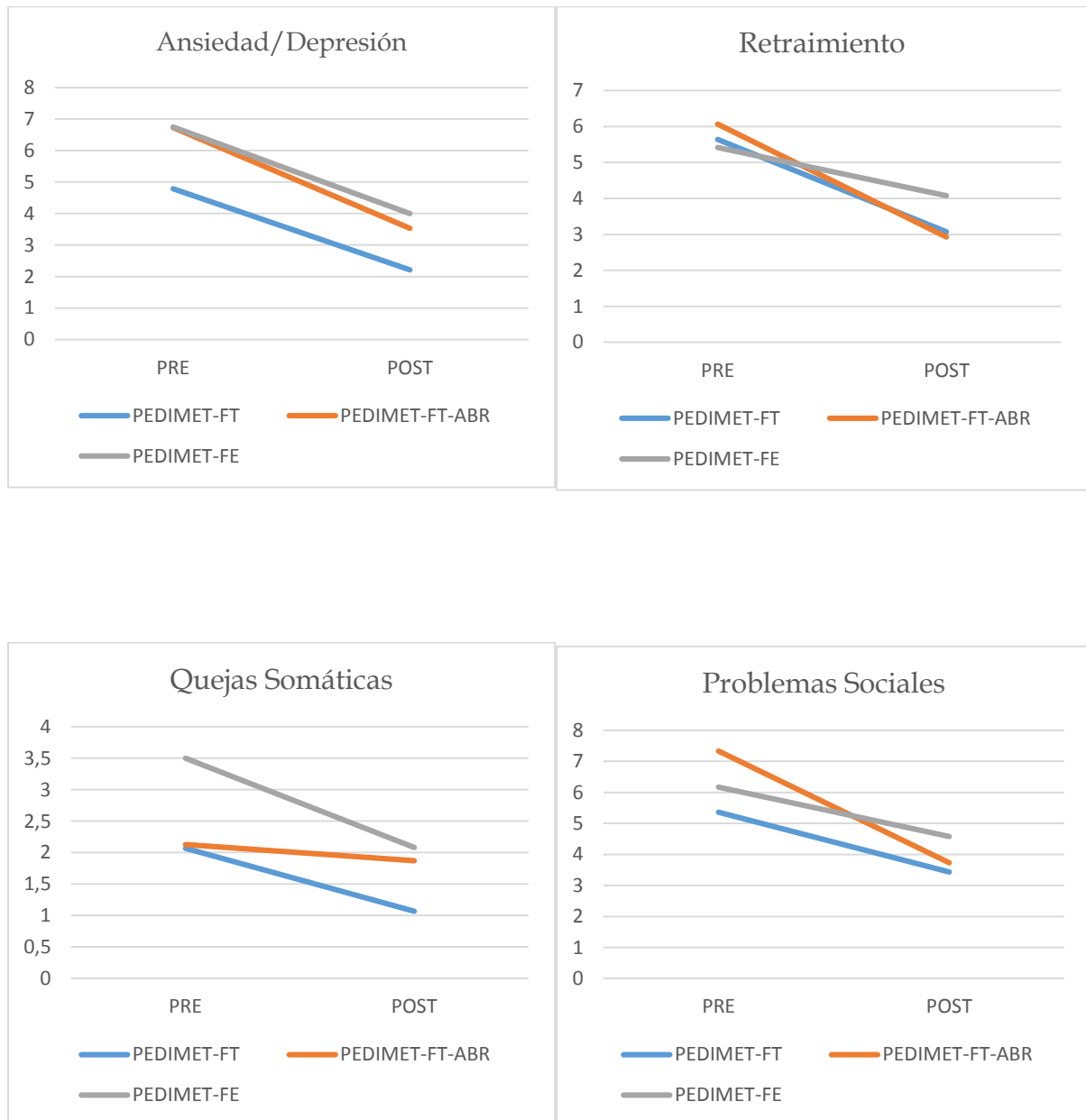


Figura 19. Evolución de las puntuaciones en Problemas del Comportamiento en los diferentes grupos de tratamiento PEDIMET.

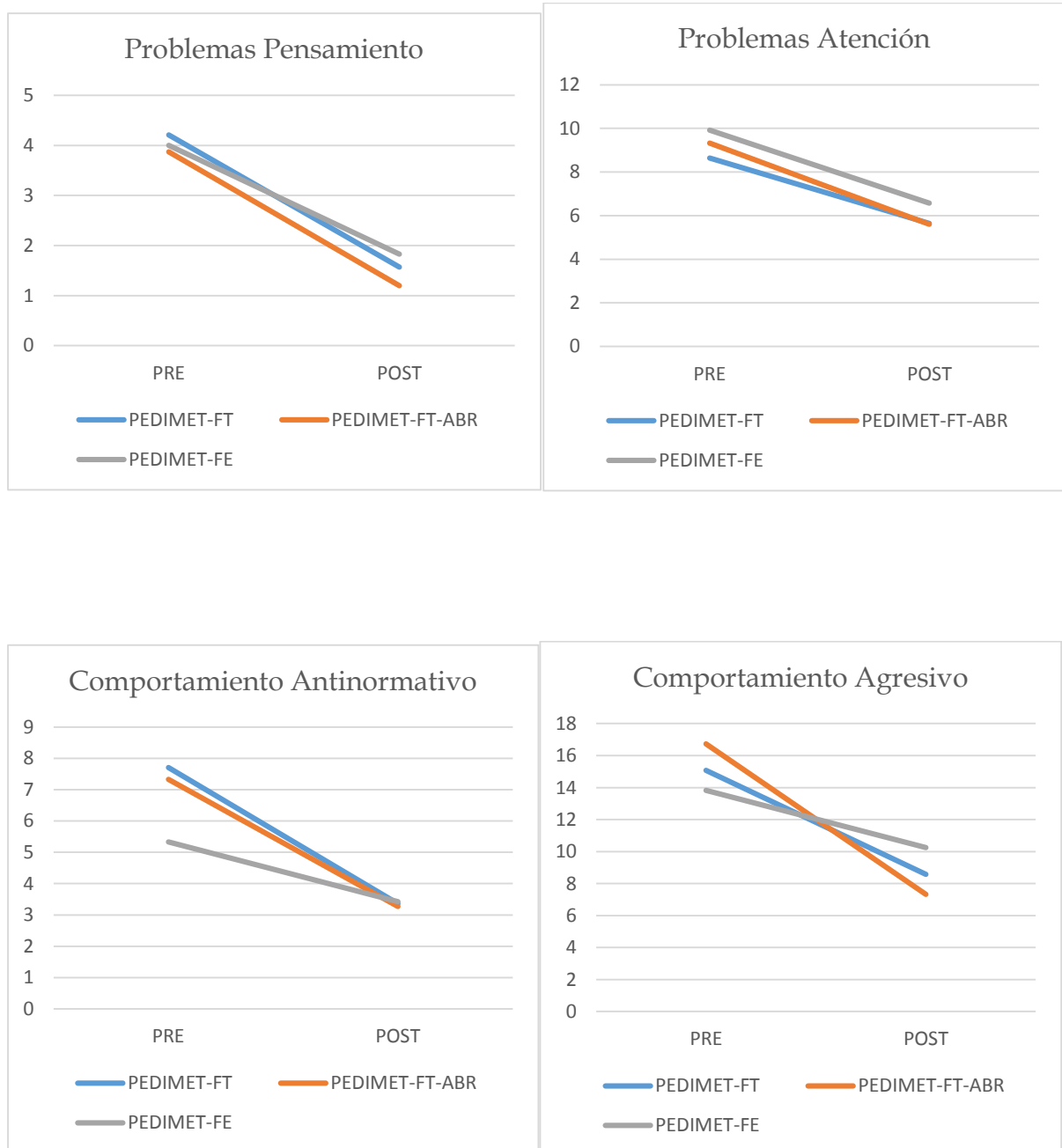


Figura 19. Evolución de las puntuaciones en Problemas del Comportamiento en los diferentes grupos de tratamiento PEDIMET (continuación).

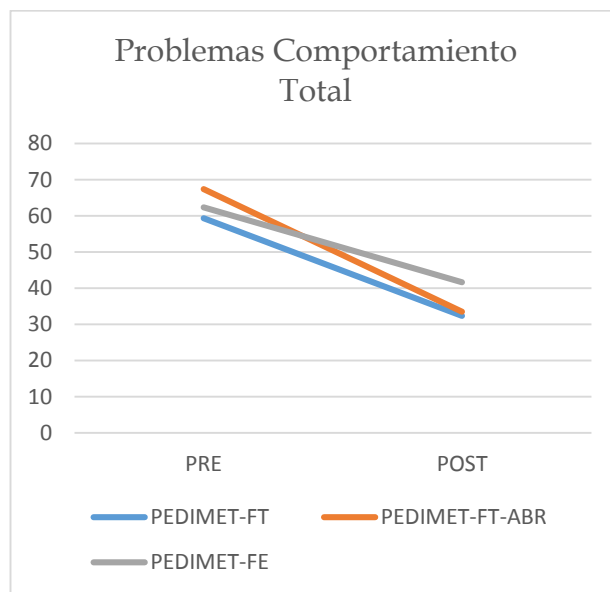
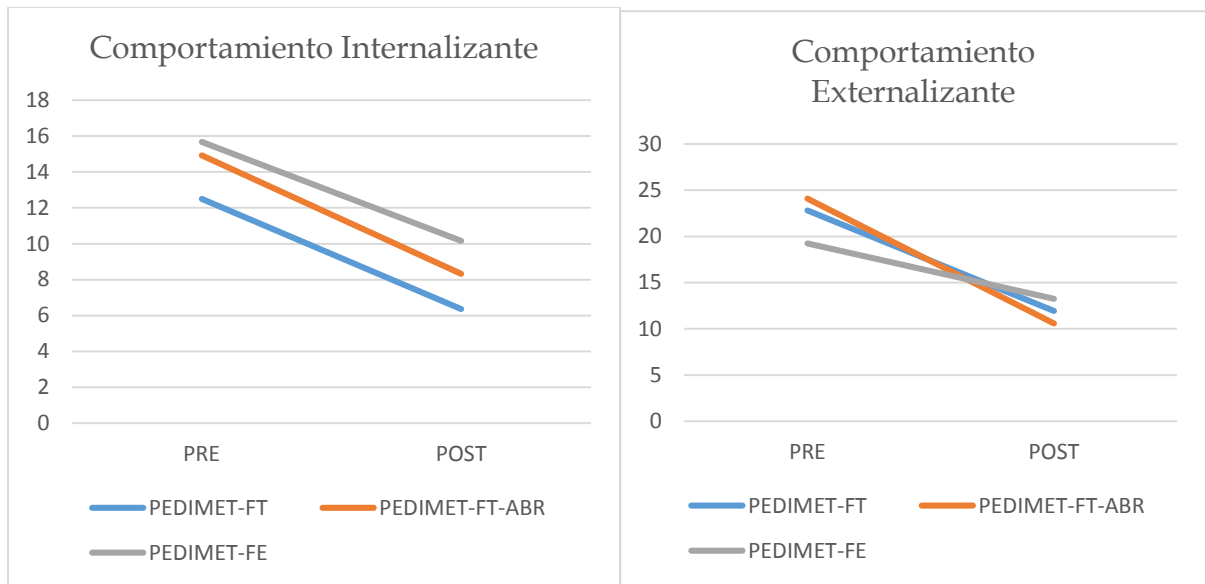


Figura 19. Evolución de las puntuaciones en Problemas del Comportamiento en los diferentes grupos de tratamiento PEDIMET (continuación).

6. DISCUSIÓN

El objetivo fundamental del presente trabajo fue proporcionar evidencia empírica acerca de la eficacia del modelo de Terapia Cognitivo Conductual (TCC) en general y del modelo de TCC-Focalizada en el Trauma (TCC-FT) en particular, para el tratamiento del estrés postraumático y la sintomatología asociada, en niños y adolescentes víctimas de maltrato intrafamiliar crónico en situación de acogimiento residencial o familiar. Para ello se llevó a cabo el análisis de la eficacia de tres protocolos de tratamiento basados en el TCC; uno de ellos, centrado en las emociones (PEDIMET-FE); y otros dos, basados en el modelo TCC-FT en su versión completa y abreviada (PEDIMET-FT y PEDIMET-FT-ABR). Como muestra la literatura, en los últimos años está naciendo un interés internacional por el estudio de la eficacia de la TCC-FT mediante estudios controlados en el tratamiento de menores maltratados, sin embargo no existe ningún estudio empírico sobre el tema realizado en España hasta la fecha, por ello, ésta es la principal aportación del presente trabajo.

A continuación se realizará la discusión acerca de los resultados obtenidos en cada uno de los objetivos que se plantearon al inicio de la investigación, se reflexionará acerca de las ventajas de los modelos de TCC y TCC-FT para el tratamiento psicológico de niños y adolescentes maltratados, se analizarán las limitaciones que se encuentran presentes en este trabajo y finalmente, se plantearán posibles líneas futuras a partir de los resultados obtenidos.

El **primer objetivo** fue analizar la eficacia de los tres protocolos de tratamiento PEDIMET en la reducción de la sintomatología de *estrés postraumático*. Los resultados mostraron que los tres modelos de terapia (PEDIMET-FT, PEDIMET-FT-ABR y PEDIMET-FE) dieron lugar a mejoras estadísticamente significativas en las medidas clínicas relacionadas con el *estrés postraumático*, con tamaños del efecto grandes (según Cohen, 1988), valores superiores a *d*.80. En este sentido podemos afirmar, que tanto el TCC-*focalizado en emociones* (PEDIMET-FE) como los modelos de terapia basados en la TCC-*focalizado en el trauma* (PEDIMET-FT y PEDIMET-FT-ABR), han sido efectivos en la reducción en los indicadores clínicos relacionados con el *estrés postraumático* que experimentan los menores (Reexperimentación, Evitación e Hiperactivación). Estos resultados son acordes a lo informado por la literatura existente que han analizado la eficacia de estos modelos de terapia en menores víctimas de diferentes tipos de maltrato (CIMH, 2014; Cohen et al., 2004; Deblinger et al., 1990, 2011; Dorsey, 2014; Jensen et al., 2014; Kirsch et al., 2012; Scheeringa y Weems, 2014; Webb et al., 2014; Weiner et al., 2009), encontrando mejores resultados respecto a otras investigaciones (Cohen et al., 2011; Deblinger et al., 2001; King et al., 2000; Swenson y Brown, 1999; Waldrop y de Arellano, 2004).

Un dato excepcional en los resultados, que cabe analizar es el encontrado en relación a los síntomas de *hiperactivación o hiperarousal* característicos del TEPT hallados en el protocolo de tratamiento PEDIMET-FT. En este grupo de tratamiento, aunque los menores mostraron reducciones en los síntomas de *hiperactivación* antes *versus* después del tratamiento, los cambios no fueron estadísticamente significativos con un tamaño del efecto bajo. En este sentido, advertimos que tres aspectos pueden

estar en la explicación de los resultados. Por un lado, las puntuaciones medias obtenidas por el resto de participantes de este grupo en el pretest en los síntomas de hiperactivación fueron bajos, por lo que es posible, que aunque se hayan producido mejoras, éstas no hayan sido significativas debido al bajo margen entre las puntuaciones medias pretest-postest. Por otro lado, analizando los estudios previos encontramos que en los síntomas generales de TEPT, y en concreto en los síntomas de hiperactivación, algunas investigaciones no encuentran cambios significativos en el postratamiento (Deblinger et al., 2011), o muestran cambios significativos tiempo después de concluir el tratamiento (Grasso et al., 2011). Un tercer hecho que explicaría estos resultados, podría estar relacionado con el hecho de que, en muchos casos, las situaciones estresantes siguen presentes en la vida de algunos de los menores, ya que mantienen visitas con sus padres maltratadores, son informados de procesos judiciales o separados de sus hermanos por presentar diferentes alternativas de vida, entre otras. En cualquier caso, son aspectos que pretendemos estudiar en futuras investigaciones.

En relación a los estudios preliminares realizados por nuestro equipo de investigación (Alcántara y López-Soler, 2008; López-Soler et al., 2011; López-Soler, Castro y Fontcuberta, 2012; López-Soler, Castro y Parreño, 2012), podemos afirmar que los resultados encontrados avalan los resultados positivos encontrados previamente, mostrando si cabe datos más positivos en la reducción de los síntomas de *estrés postraumático*.

Es de destacar, como el protocolo PEDIMET-FE, basado en el modelo de TCC (SAS-CBT; Cohen y Mannarino, 1998), que recordamos está *centrado en la expresión*

emocional, y que no incorpora implícitamente la elaboración del trauma a través de la exposición al evento(s) traumático(s), aunque sí la narración del trauma a través del *libro de la vida*, ha mostrado ser eficaz en la reducción de todos los síntomas de estrés posttraumático (reexperimentación, evitación e hiperactivación). Esto va en la línea de lo encontrado por autores como Cohen y Mannarino (1998) y King et al. (2000). Además, Deblinger et al. (2011), llevaron a cabo un estudio relevante en el que, como se describió en el apartado de estudios experimentales de la TCC-FT, comprobaron la eficacia de esta terapia con o sin el componente de Narración al Trauma (aunque en la terapia sin este componente si se hizo mención al acontecimiento traumático sin una exposición directa), mostraron que con el componente de Narración del Trauma (NT) los síntomas se reducían más rápidamente, pero que los menores que recibieron la TCC sin NT igualmente redujeron sus síntomas de TEPT de manera significativa, así como la sintomatología asociada. Explicaron este hecho basándose en lo descrito por Hayes, LaBar, Petty, McCarthy, y Morey (2009), quienes concluyeron que los procesos de cambio positivos asociados con la aplicación de TCC-FT están relacionados con el "procesamiento" que tiene lugar en los relatos y en la comprensión de los aspectos relacionados con el trauma, por lo que el modelo de TCC-FT puede ser importante para mejorar la comprensión de los menores sobre el evento traumático y optimizar los resultados, pero tal enfoque no requiere necesariamente una exposición al trauma explícita para lograr la recuperación de los síntomas TEPT, como es el caso del modelo TCC-FE.

Años más tarde, los mismos autores, han concluido que en el tratamiento de niños y adolescentes víctimas de múltiples eventos estresantes como son las

situaciones de maltrato intrafamiliar crónico, en las que hay tantos estresores o estos son difícilmente identificables por parte de los menores, la terapia sin el componente de elaboración del trauma puede estar más indicada en el tratamiento de éstos (Mannarino et al., 2014).

Teniendo en cuenta estos resultados, podemos concluir que la **primera hipótesis** referida a que las tres condiciones de tratamiento PEDIMET (PEDIMET-FT, PEDIMET-FT-ABR, y PEDIMET-FE) serían eficaces y darían lugar a cambios estadísticamente significativos en la sintomatología de *estrés postraumático*, entre el pre y postratamiento en las medidas clínicas utilizadas, se ha cumplido satisfactoriamente.

Respecto al **segundo de los objetivos**, nos planteamos comprobar la eficacia de los tres protocolos de tratamiento PEDIMET en la reducción de la sintomatología de *depresiva*. Los resultados mostraron que los tres protocolos de tratamiento (PEDIMET-FT, PEDIMET-FT-ABR y PEDIMET-FE) dieron lugar a mejoras estadísticamente significativas en la medida global de *depresión*, con tamaños del efecto grandes para los protocolos *TCC-focalizado en el trauma* (PEDIMET-FT y PEDIMET-FT-ABR) y moderado para el *TCC-focalizado en las emociones* (PEDIMET-FE). Estos resultados confirman lo encontrado en numerosos estudios experimentales basados en la TCC-FT en niños, niñas y adolescentes maltratados (Cohen et al., 2004, 2007, Deblinger et al., 1990, 2011; Dorsey, 2014; Jensen et al., 2014; Kirsch et al., 2012; López-Soler, Castro y Fontcuberta, 2012; Scheeringa y Weems, 2014; Webb et al., 2014; Weiner et al., 2009), y basados en la TCC (Cohen y Mannarino, 1998; King et al., 2000). En nuestro estudio

se han hallado mejores resultados respecto a las investigaciones previas (Alcántara y López, 2008; Cohen et al., 2011; Swenson y Brown, 1999).

El protocolo PEDIMET-FE ha mostrado ser efectivo en la reducción de los *sentimientos disfóricos*. Lo que parece indicar que el trabajo a nivel psicoeducativo, de reconocimiento y expresión emocional y la narración del trauma a través del libro de la vida ayuda a los menores a reducir los sentimientos relacionados con el humor depresivo, la soledad, la inhabilidad o la irritabilidad.

Es importante reseñar los resultados encontrados en cuanto a la variable de *autoestima negativa* de la escala CDI (Kovacs, 1992) para el grupo de menores que recibieron el modelo de terapia PEDIMET-FT. Como se indicó inicialmente este modelo se basó en la TCC-FT, al que se incluyeron los componentes de *reconstrucción de la identidad personal* y de *crecimiento personal*. Los resultados muestran cambios estadísticamente significativos con un nivel de significación relevante y un tamaño del efecto muy grande. Esto nos hace conjeturar que la incorporación de estos módulos genera beneficios importantes en la percepción y estima personal de los menores, no obstante es una hipótesis que pretendemos confirmar en futuras investigaciones.

En este sentido, teniendo en cuenta los resultados obtenidos, podemos concluir que la **segunda hipótesis**, referida a la eficacia de los tres modelos de terapia PEDIMET en la reducción de *sintomatología depresiva*; se cumple.

El **tercer de los objetivos** que nos planteamos fue comprobar la eficacia de los tres protocolos de terapia PEDIMET para la mejora de los *problemas del comportamiento*. En este sentido encontramos que, todos los menores, independientemente del grupo

de tratamiento, experimentaron cambios estadísticamente significativos en los problemas del comportamiento global, con tamaños del efecto grandes para los protocolos PEDIMET-*Focalizados en el trauma* (en sus formatos completo y abreviado) y moderados para el PEDIMET-*Focalizado en Emociones*. Estos resultados positivos van en la línea de lo encontrado por algunos autores (Cohen et al., 2044, 2007; Deblinger et al., 1990, 2001, 2011; Webb et al., 2014).

En relación a la eficacia de los tres protocolos de terapia PEDIMET para la reducción de los *problemas del comportamiento externalizante e internalizante*; encontramos datos muy significativos y esperanzados en relación al modelo de terapia *focalizado en emociones* (PEDIMET-FE), ya que ha generado reducciones significativas en los *comportamientos externalizantes* de niñas, niños y adolescentes. Se encontraron cambios estadísticamente significativos en estas medidas antes y después del tratamiento, con un tamaño del efecto moderado. Los *problemas de atención y el comportamiento agresivo* de los menores fueron los que encontraron unas mejoras más relevantes en este grupo de menores. Es más, en relación a los *comportamientos internalizantes*, también se hallaron cambios estadísticamente significativos en *ansiedad/depresión*, con un tamaño del efecto moderado.

En relación a los modelos *centrados en el trauma* (PEDIMET-FT y PEDIMET-FT-ABR), encontramos una reducción significativa tanto en *internalizantes* como *externalizantes*; efectivamente los cambios entre el pretest y el postest fueron estadísticamente significativos, y además, presentaron tamaños del efecto grandes. La inclusión de los componentes de *elaboración del trauma y reestructuración cognitiva*, en ambos protocolos; así como los de *crecimiento personal y reconstrucción de la identidad*

personal en el PEDIMET-FT, parecen proporcionar una mejora importante en la reducción de la sintomatología de *retraimiento, problemas sociales y comportamiento disruptivo*, además de los síntomas de *ansiedad y depresivos, de retraimiento, de dificultades atenciones y agresivos* de los menores maltratados.

Todos estos resultados, son similares a los encontrados por algunos autores en relación a la eficacia de la TCC-FT en la reducción de problemas del comportamiento en menores maltratados (Cohen et al., 2004, 2007; Cohen y Mannarino, 1996a, b, 1997; Deblinger et al., 2011; Webb et al., 2014) y al TCC (Deblinger et al., 1996). Los resultados de nuestra investigación ofrecen datos más esperanzadores a los hallados por otros estudios empíricos los cuales; o bien, no encuentran mejoras en los problemas del comportamiento en general (Cohen et al., 2011; King et al., 2000; Swenson y Brown, 1999), o tan sólo encuentran beneficios en el comportamiento internalizante, pero no en problemas de índole externalizante (Deblinger et al., 1998; Dorsey et al., 2014; Waldrop y de Arellano, 2004).

Por todo ello, podemos concluir que la **tercera hipótesis**, referida a la eficacia de los tres modelos de terapia PEDIMET-*focalizados en el trauma* en la reducción de *los problemas del comportamiento*, se ha confirmado. Además de ello, se han encontrado beneficios relevantes en la sintomatología externalizantes en aquellos menores que recibieron la terapia PEDIMET-FE.

En suma, a partir de todos los datos aportados hasta el momento por este estudio podemos afirmar que los protocolos PEDIMET diseñados para el tratamiento de los menores víctimas de maltrato intrafamiliar crónico se han mostrado eficaces a

la hora de mejorar la situación clínica de los menores tratados con los mismos. En relación a la eficacia de las tres modalidades de tratamiento, encontramos que los dos protocolos *focalizados en el trauma (TCC-FT)*, se han mostrado eficaces en la reducción de toda la sintomatología de estrés postraumático, depresión y problemas del comportamiento tanto externalizante como internalizante; el protocolo *focalizado en emociones (TCC-FE)* ha mostrado la misma eficacia en la reducción del TEPT, la depresión y los problemas del comportamiento, y en mayor medida en el comportamiento externalizante, aunque también en indicadores internalizantes. En este sentido es de destacar los beneficios insignes encontrados en la reducción de toda la sintomatología clínica evaluada en los menores que participaron en el protocolo PEDIMET-FT-ABR.

Por lo que se refiere al protocolo de tratamiento, nos gustaría comentar algunas cuestiones que consideramos relevantes en relación a sus componentes y recursos. Como hemos visto, los resultados son favorables con la inclusión de todos los componentes de la terapia y sólo con alguno de ellos.

Una de las estrategias o recursos utilizados en los tres protocolos PEDIMET fue el *libro de la vida*. Esta herramienta resultó especialmente útil en la tarea de ayudar al niño o niña a reflexionar y poner orden en los diferentes sucesos y aspectos relacionados con sus experiencias adversas. En cuanto al proceso de la terapia, contar con un recurso lúdico que pudiera ayudar en la expresión emocional de los acontecimientos vividos, al tiempo que dar un sentido y orden en los acontecimientos, y una visión positiva del futuro, fue muy efectivo y gratificante para los menores. Este trabajo se vio favorecido por la condición EMMA debido al componente de realidad

y atractivo que aporta a los menores. Además, el libro de la vida les permitió guardar toda esa información para poder consultarla y utilizarla como constatación de que el cambio es posible y como ayuda para afrontar futuras dificultades. Estos resultados avalan la teoría de que la escritura emocional ha mostrado ser una herramienta eficaz en el trabajo terapéutico (Andreu-Mateu, 2011; Pennebaker, 2002). Por lo tanto, tener en cuenta esta tarea como parte del trabajo de elaboración es un componente esencial en los tratamientos.

Otro punto destacado del presente estudio, como ya se ha señalado, ha sido la utilización de la RV, en concreto la adaptación a la infancia del sistema denominado el "Mundo de EMMA". Este enfoque constituye en la actualidad uno de los ámbitos más novedosos y prometedores en cuanto al abordaje terapéutico de los trastornos psicológicos. Como se explicó en el procedimiento, diversos autores han puesto de manifiesto, que la RV es una tecnología que ha demostrado contar con importantes ventajas a la hora de llevar a cabo el tratamiento de los pacientes adultos (Andreu-Mateu, 2011; Andreu-Mateu et al., 2012; Baños et al., 2009, 2011; Baños, Botella, Guillén et al., 2008; Botella et al., 2010; Castellano et al., 2012; Riva, 2005; Wiederhold y Wiederhold, 1998; Zimand et al., 2003).

Entre dichas ventajas destacan el hecho de que la RV proporciona un contexto en el que vivenciar, comprender y superar las dificultades sin los inconvenientes de la vida real, pudiendo practicar sin límites y arriesgarse sin temer las posibles consecuencias, ello puede facilitar que el paciente esté más dispuesto a abordar su problema. Además, el ambiente virtual posibilita el control de todos los elementos presentes, el ajuste de los mismos para maximizar la eficacia y la seguridad de la

intervención y brinda la oportunidad al clínico de observar los cambios que se van produciendo de forma directa. Por último, la RV, en el contexto con niños y adolescentes, se convierte en un importante motivador para la implicación en la terapia, dado su contenido lúdico. Ahora bien, también es cierto que presenta ciertas desventajas como una mayor inversión al tener que adquirir determinados recursos tecnológicos, una necesidad de entrenar al terapeuta para poder aplicar esta tecnología y una carga adicional de trabajo en el proceso de llevar a cabo la terapia.

En cuanto al sistema de RV utilizado en el presente estudio, "El Mundo de EMMA", cabe señalar que añade nuevas e importantes posibilidades al tratamiento. En primer lugar, constituye un dispositivo adaptable, lo cual significa que ajusta su presentación y las acciones llevadas a cabo a los objetivos inmediatos y a las necesidades del menor en tiempo real. Esta adaptación se lleva a cabo, fundamentalmente, en relación a las manifestaciones afectivas que el niño o adolescente expresa en cada momento dando lugar a la creación de un ambiente clínicamente significativo y personalizado, lo cual, favorece la inmersión en el relato y el trabajo de elaboración y asimilación de los sucesos o traumas vividos en profundidad. En segundo lugar, el sistema utiliza símbolos, paisajes y otros elementos personalizados para crear un contexto que "represente o simbolice" la situación, pero no intenta copiarla ni reproducirla con realismo. Este enfoque innovador permite que el sistema no sólo pueda ser utilizado en el tratamiento de una gran variedad de trastornos sino que, además, puede ajustarse de forma personalizada a las características de cada problema y de cada individuo en particular. La gran capacidad de adaptación y la gran flexibilidad del sistema han sido comprobadas en diversos

trabajos que el equipo de la Universidad Jaume I y la Universidad de Valencia han llevado a cabo con problemas en adultos tan diversos como: el TEPT (Baños et al., 2009; Botella, García-Palacios et al., 2005, 2010; Botella, Baños, García-Palacios et al., 2006; Botella, Quero, Lasso de la Vega et al., 2006), el DC (Baños et al., 2005; Botella, Baños et al., 2005; Botella, Osma, García-Palacios, Guillén, y Baños, 2008), los TA (Andreu-Mateu, 2011; Andreu-Mateu et al., en 2012; Baños, Botella, y Botella et al., 2008), la fobia a las tormentas (Botella, Baños, Guerrero et al., 2006), la fobia a la oscuridad (Botella, Lasso de la Vega, et al., 2007) y, por nuestro equipo de la Universidad de Murcia, en el ámbito del tratamiento de niños y niñas víctimas de maltrato físico y psicológico (López-Soler et al., 2009).

En el caso particular de la aplicación del sistema en relación a la *exposición al trauma*, encontramos que favorece la aceptación de los menores, reduciendo sus resistencias y los síntomas evitativos al/a los estímulo(s) fóbico(s). Al tiempo que favorece la intensidad y el realismo en la vivencia, beneficiando la inmersión. En nuestra experiencia clínica, este módulo en concreto genera resistencia en muchos niños y adolescentes, e incluso, como comentábamos antes, en algunos casos de menores con experiencias de episodios traumáticos difíciles de identificar por el menor por su corta edad o por multitud de experiencias de maltrato, no parece indicada para ellos. La conveniencia de la inclusión o no de este componente, es una de las cuestiones que nuestro equipo está comenzando a investigar.

A la vista de los resultados obtenidos, entre las **ventajas** que consideramos que el presente estudio aporta está el mejorar el conocimiento y los recursos disponibles para el tratamiento de las consecuencias psicológicas del maltrato infantil. Asimismo,

han confirmado y, si cabe, mejorado los resultados iniciales hallados por los estudios pilotos que nuestro equipo de investigación ha desarrollado sobre el protocolo de tratamiento PEDIMET en menores maltratados. Por otro lado, este trabajo ha ofrecido manuales estructurados y protocolarizados en español, que permiten abordar el tratamiento de la sintomatología asociada al maltrato infantil que no contaba más que con algunas guías generales de actuación y que puede ayudar al clínico en la tarea de evaluar y tratar a estos niños, niñas y adolescentes. De este modo, se convierte en un material de formación y apoyo en los tratamientos que realizan psicólogos y educadores que atienden a esta población de menores, que puede favorecer la especialización de los centros de acogida en la línea de fomentar el *tratamiento terapéutico residencial* (Whittaker, Del Valle, y Holmes, 2014).

Entre las principales **limitaciones** de este estudio se encuentran por un lado, el pequeño tamaño de las muestras que limita en gran medida la generalización de los resultados encontrados. Por otro lado, está la dificultad para realizar una asignación aleatoria propiamente dicha que, como ya indicamos, no se pudo llevar a cabo por las interrupciones en el desarrollo del Proyecto PEDIMET, provocado por los cambios en las condiciones de relación entre los organismos contratantes. Y, finalmente, está la imposibilidad de ofrecer información sobre la evolución de los síntomas de los menores, por la insuficiencia de los datos de seguimiento debido a la pérdida muestral que, como comentamos en el apartado de procedimiento, se debe a la dificultad para contactar con los menores debido al cambio en su situación administrativa (retorno con familia biológica, salidas en adopción o acogimiento, cambios de comunidad o país, así como de recursos).

En cuanto a las **líneas futuras** que nos hemos planteado a raíz de los resultados obtenidos en el presente trabajo se encuentra el realizar una comparación controlada entre los diferentes protocolos de tratamiento PEDIMET, que nos permita dilucidar que protocolo es el que encuentra mayor eficacia diferencial o si para cada grupo sintomático es más aconsejable un modelo de terapia específico, como el estudio reseñado, llevado a cabo por Deblinger et al. (2011). Así como avanzar en el estudio y comprensión de qué componentes específicos de la terapia están produciendo las mejoras en la sintomatología asociada al maltrato infantil. Otras de las propuestas de futuro, es analizar la influencia de las variables sociodemográficas (edad, sexo, tipo de maltrato, situación de acogimiento residencial vs familiar, tiempo de tutela, fracasos de acogimiento o retorno, visitas con la familia biológica) en la eficacia del tratamiento. Finalmente, continuar con un nuevo proyecto que se está empezando en estos momentos cuyo objetivo es comprobar el efecto de la inclusión de la RV en la eficacia de la TCC-FT.

7. CONCLUSIONES

A continuación se exponen las principales conclusiones extraídas del presente trabajo:

1. Es el primer estudio empírico en España que examina la eficacia de las terapia TCC-FT y TCC-FE en el tratamiento psicológicos de niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato infantil.
2. Las tres condiciones de tratamiento aplicadas (PEDIMET-FT, PEDIMET-FT-ABR y PEDIMET-FE) han sido eficaces en la reducción de la sintomatología de *estrés postraumático* de los niños y niñas.
3. Las tres condiciones de tratamiento aplicadas han sido eficaces en la mejora de la sintomatología *depresiva* global de los menores.
4. El protocolo de tratamiento PEDIMET-FT ha provocado cambios muy significativos en la reducción de la *autoestima negativa* de los menores.
5. Las tres condiciones de tratamiento aplicadas han sido eficaces en la reducción de los *problemas del comportamiento* global.
6. Los protocolos de tratamiento *Focalizados en el Trauma* (PEDIMET-FT y PEDIMET-FT-ABR) han sido eficaces en la mejora de los problemas del comportamiento *internalizantes* y *externalizantes*. El modelo de tratamiento PEDIMET-FE ha generado cambios significativos en los problemas del comportamiento *externalizantes*, aunque también en algunos de índole *internalizante*.

En suma, consideramos que se ha cumplido el objetivo general planteado en la presente investigación, esto es, poner a prueba los protocolos de tratamiento PEDIMET dirigidos a mejorar la situación clínica de los menores víctimas de maltrato intrafamiliar en situación de acogimiento residencial o familiar, y conseguir aumentar en ellos su capacidad de hacer frente a la adversidad, construyendo un futuro en positivo para nuestros niños y niñas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AACAP Official Action (1998). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 4-26.
- AACAP Official Action (2010). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(4), 414- 430.
- Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for the Child Behavior Checklist and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, Vermont: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991c). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*. Burlington, Vermont: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., y Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington, VT: University Associates in Psychiatry.
- Achenbach, T. M., Phares, V., Howell, C. T., Rauh, V. A., y Nurcombe, B. (1990). "Seven-Year Outcome of the Vermont Intervention Program for Low- Birth-Weight Infants". *Child Development*, 61, 1672-1681.
- Achenbach, T. M., y Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms y Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.
- Achenbach, T. M., y Rescorla, L. A. (2007). *Multicultural Supplement to the Manual for the ASEBA School-Age Forms y Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Adams, C. M. (2006). The Consequences of Witnessing Family Violence on Children and Implications for Family Counsellors. *The Family Journal: Counselling and Therapy for Couples and Families*, 14(4), 334-341.

- Alcántara, M.V., y López-Soler, C. (2008). *Eficacia de un tratamiento psicológico cognitivo-emocional-comportamental focalizado en el trauma en infancia maltratada* (Tesina predoctoral). Universidad de Murcia, Murcia.
- Alcántara, M.V., y López-Soler, C. (2010). *“Las Víctimas Invisibles”*. *Afectación psicológica en menores expuestos a violencia de género* (Tesis doctoral). Universidad de Murcia, Murcia.
- Alcántara, M. V., López-Soler, C., Castro, M., y López, J. J. (2013). Alteraciones psicológicas en menores expuestos a violencia de género: Prevalencia y diferencias de género y edad. *Anales de Psicología*, 29(3), 741-747.
- Alcañiz, M., Baños, R., Botella, C., y Rey, B. (2003). The EMMA Project: Emotions as a determinant of presence. *PsychNology Journal*, 1(2), 141-150.
- Allen, B., y Armstrong, N. (2014). Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy (TF-CBT). En B. Allen y M. Kronenberg. (Eds.), *Treating Traumatized Children: A Casebook of Evidence-based Therapies* (pp. 47-63). New York, USA: Guilford Publications.
- Allen, B., Gharangozloo, L., y Johnson, J. C. (2012) Clinician knowledge and utilization of empirically-supported treatments for maltreated children. *Child Maltreatment*, 17, 11-21.
- Allen, B., y Kronenberg, M. (Eds.). (2014). *Treating Traumatized Children: A Casebook of Evidence-Based Therapies*. Guilford Publications.
- Allen, B., Oseni, A., y Allen, K. E. (2012). The evidence-based treatment of chronic posttraumatic stress disorder and traumatic grief in an adolescent: A case study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4 (6), 631.
- Allin, H., Wathen, C. N., y MacMillan, H. (2005). Treatment of child neglect: A systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(8), 497.

- Amand, A. S., Bard, D. E., y Silovsky, J. F. (2008). Meta-analysis of treatment for child sexual behavior problems: Practice elements and outcomes. *Child Maltreatment*, 13(2), 145-166.
- Amaya-Jackson, L., y DeRosa, R. R. (2007). Treatment considerations for clinicians in applying evidence-based practice to complex presentations in child trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 20(4), 379-390.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed.). Washington, DC: American psychiatric association, 143-7.
- American Psychiatric Association (APA) (1995). *Template for developing guidelines: Interventions for mental disorders and psychosocial aspects of physical disorders*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed. rev.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Pub.
- AMM (octubre de 2013). *Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos* (64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil). Recuperado de <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
- Andreu-Mateu, S. (2011). *Un protocolo de tratamiento psicológico para los Trastornos Adaptativos apoyado por un sistema de Realidad Virtual: análisis de su eficacia a través de un estudio controlado* (Tesis doctoral). Universidad de Jaume I, Castellón.
- Andreu-Mateu, S., Botella, C., Quero, S., Guillén, V., y Baños, R. M. (2012). La utilización de la realidad virtual y estrategias de psicología positiva en el tratamiento de los trastornos adaptativos. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 20(2), 323-348.

- Angold, A., Costello, E. J., Messer, S. C., Pickles, A., Winder, F., y Silver, D. (1995). Development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, (5), 237-249.
- Baer, R. A. (2003), Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice* 10(2):125-143.
- Bal, S., Crombez, G., Van Oost, P., y De Bourdeadhuij, I. (2003). The role of social support in well-being and coping with the self-reported stressful events in adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1377-1395.
- Banyard, V.L., Williams, L.M. y Siegel, J.A. (2001). The long-term mental health consequences of child sexual abuse: an exploratory study of the impact of multiple traumas in a sample of women. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 697-715.
- Baños, R. M., Botella, V., Botella, C., García-Palacios, A., Jorquera, M., y Quero, S. (2008). Un programa de tratamiento para los trastornos adaptativos. Un estudio de caso. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 303-316.
- Baños, R. M., Botella, C., García-Palacios, A., Quero, S., Alcañiz, M., y Guillen, V. (2008). Behandlung psychischer Probleme im virtuellen Raum. En S. Bauer, y H. Kordy (Hrsg.) *E-Mental-Health: Neue Medien in der psychosozilen Versorgung*. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Baños, R. M., Botella, C., Garcia-Palacios, A., Quero, S., Osma, J., Lasso de la Vega, N., y Osma, J. (Junio 2005,). *Using "traditional" strategies in a "virtual World" for the treatment of pathological grief*. Trabajo presentado en Cybertherapy, Basel, Switzwerland.
- Baños, R. M., Botella, C., Guillén, V., García-Palacios, A., Quero, S., Bretón-López, J., y Alcañiz, M. (2009). An adaptive display to treat stress-related disorders: EMMA's World', *British Journal of Guidance & Counselling*, 37, 347-356.

- Baños, R. M., Guillen, V., Quero, S., García-Palacios, A., Alcañiz, M., y Botella, C. (2011). A virtual reality system for the treatment of stress-related disorders: A preliminary analysis of efficacy compared to a standard cognitive behavioural program. *International Journal of Human-Computer Studies*, 69, 602-613.
- Barlow, D. H. (1996). Health Care Policy, Psychotherapy Research, and the Future of Psychotherapy. *American Psychologist*, 51, 1050-1058.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press (Trad. esp. en Bilbao: Desclée de Brower, 1983).
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelsohn, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, J. S. (1979). *Cognitive therapy*. John Wiley & Sons, Inc.
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., da Costa, G., A., Akman, D., y Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 16, 101-118.
- Berliner, L., y Saunders, B. E. (1996). Treating fear and anxiety in sexually abused children: Results of a controlled 2-year follow-up study. *Child Maltreatment*, 1(4), 294-309.
- Bernstein, D. A., y Borkovec, T. D. (1973). *Progressive relaxation training: A manual for the helping professions*.
- Birmaher, B., Brent, D. A., Chiappetta, L., Bridge, J., Monga, S., y Baugher, M. (1999). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): a replication study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1230-1236.
- Black, P. J., Woodworth, M., Tremblay, M., y Carpenter, T. (2012). A review of trauma-informed treatment for adolescents. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 53(3), 192.

- Bogart, G. A., DeJonghe, E., Levendosky, A. A., Davidson, W. S., y von Eye, A. (2006). Trauma symptoms among infants exposed to intimate partner violence. *Child Abuse & Neglect*, 30(2), 109-125.
- Botella, C., Baños, R. M., Guerrero, B., García-Palacios, A., Quero, S., y Alcañiz, M. (2006). Using a flexible Virtual Environment for Treating a Storm Phobia. *PsychNology Journal*, 4, 129-144.
- Botella, C., Baños, R.M., Perpiñá, C., Guillén, V., Quero, S., Lasso de la Vega, N., y Osma, J. (Junio 2005). En Bullinger (Presidencia), *The treatment of emotions in a virtual World. Application in a case of posttraumatic stress disorder*. Trabajo presentado en CyberTherapy, Basel, Switzerland.
- Botella, C, Baños, R. M., Rey, B., Alcañiz, M., Guillén, V. Quero, S., y García-Palacios, A. (2006). Using an Adaptive Display for the Treatment of Emocional Disorders: A preliminary análisis of effectiveness. *Work-In-Progress CHI 2006*, 586-591.
- Botella, C., García-Palacios, A., y Baños, R. (2007). Realidad virtual y tratamientos psicológicos. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (82), 17-31.
- Botella, C. García-Palacios, A., Baños, R., Guillén, V. Quero, S., Lasso de la Vega, N., y Osma, J. (2005). The treatment of emotions in a virtual world: Application in a case of posttraumatic stress disorder. *Cyberpsychology & Behavior*, 8(4), 305-305.
- Botella, C., García-Palacios, A., Guillén, V., Baños, R. M., Quero, S., y Alcañiz, M. (2010). An adaptive display for the treatment of diverse trauma PTSD victims. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(1), 67-71.
- Botella, C., García-Palacios, A., Quero, S., Baños, R. M., y Bretón-López, J. M. (2006). Título: Realidad Virtual y tratamientos psicológicos: Una revisión. *Psicología Conductual*, (3), 491-510.

- Botella, C., Osma, J., García-Palacios, A., Guillén, V., y Baños, R. M. (2008). Treatment of complicated grief using virtual reality. A case report. *Death Studies*, 32, 674-692.
- Botella, C., Quero, S., Baños, R., Perpiñá, C., García-Palacios, A. y Riva, G. (2004). Virtual Reality and Psychotherapy. En G. Riva, C. Botella, P. Legeron, G. Optale (Eds.), *Cybertherapy, Internet and Virtual Reality as Assessment and Rehabilitation Tools for Clinical Psychology and Neuroscience* (pp. 37-54). Amsterdam: IOSS Press.
- Botella, C., Quero, S., Lasso de la Vega, N., Baños, R.M., Guillén, V., García-Palacios, A. y Castilla, D. (2006). Clinical issues in the application of virtual reality to the treatment of PTSD. En M. Roy (Ed.), *New Approaches to the Diagnosis and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder*. NATO Security Through Science Series, 6. Amsterdam: IOSS Press.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona: Paidós.
- Boxer, P., y Terranova, A. M. (2008). Effects of multiple maltreatment experiences among psychiatrically hospitalized youth. *Child abuse & neglect*, 32(6), 637-647.
- Breslau, N., Chilcoat, H. D., Kessler, R. C., Peterson, E. L., y Lucia, V. C. (1999). Vulnerability to assaultive violence: Further specification of the sex difference in post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 29, 813-821.
- Briere, J. (1987). Post-sexual abuse trauma: Data and implications for clinical practice. *Journal of Interpersonal Violence*, 2, 367-379.
- Briere, J. (1992). *Child abuse trauma: theory and treatment of the lasting effects*. Newbury Park, CA: Sage.
- Briere, J. (1996). Trauma symptom checklist for children. *Odessa, FL: Psychological Assessment Resources*, 00253-8.

- Briere, J. (2002). Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: Further development of an integrative model. En J. E. B. Meyers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, T. Reid, y C. Jenny (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (2nd ed., pp. 175–202). Newbury Park, CA: Sage.
- Briere, J., Johnson, K., Bissada, A., Damon, L., Crouch, J., Gil, E., ... y Ernst, V. (2001). The Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC): Reliability and association with abuse exposure in a multi-site study. *Child abuse & neglect*, 25(8), 1001-1014.
- Briere, J., y Scott, C. (2006). What percentage of persons exposed to mass casualties go on to develop psychiatric symptoms? Who is most at risk? [Reader Forum: Questions for the experts]. *Psychiatric Issues in Emergency Care Settings*, 5(4), 32.
- Briere, J., y Spinazzola, J. (2005). Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *Journal of traumatic stress*, 18(5), 401-412.
- Buckley, J. A., y Epstein, M. H. (2004). The Behavioral and Emotional Rating Scale-2 (BERS-2): Providing a comprehensive approach to strength-based assessment. *The California School Psychologist*, 9, 21–27.
- Burke, C. R. (1994). *Survivors journey*. Indianapolis: Kidsright.
- Cahill, S. P., y Foa, E. B. (2007). Psychological theories of PTSD. *Handbook of PTSD: Science and practice*, 55-77.
- California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (2011). Rating of trauma focused cognitive behavioral therapy. Recuperado de <http://www.cebc4cw.org/program/trauma-focused-cognitive-behavioral-therapy/detailed>
- Cary, C. E., y McMillen, J. C. (2012). The data behind the dissemination: A systematic review of trauma-focused cognitive behavioral therapy for use with children and youth. *Children and Youth Services Review*, 34(4), 748-757.

- Castellano, S. Q., Botella, C., Guillén, V., Moles, M., Nebot, S., Palacios, A. G., & Rivera, R. M. B. (2012). La realidad virtual para el tratamiento de los trastornos emocionales: una revisión. *Anuario de psicología clínica y de la salud= Annuary of Clinical and Health Psychology*, (8), 7-21.
- Castro, M., y López-Soler, C. (2008). *Estrés postraumático en menores maltratados* (Tesina de Investigación doctoral). Universidad de Murcia, Murcia.
- Castro, M., y López-Soler, C. (2011). *Trastorno por Estrés Postraumático en menores que han sufrido maltrato familiar: directo y exposición a violencia de género* (Tesis doctoral). Universidad de Murcia, Murcia.
- Cats Consortium. (2007). Implementing CBT for traumatized children and adolescents after September 11: Lessons learned from the Child and Adolescent Trauma Treatments and Services (CATS) Project. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(4), 581-592.
- Cautela, J. R., y Groden, J. (1985). *Técnicas de relajación*. Barcelona: Martínez Roca.
- Cavett, A. M., y Drewes, A. A. (2012). Play applications and trauma-specific components. *Trauma-focused CBT for children and adolescents: Treatment applications*, 124-148.
- Cebolla, A. y Miró, M. T. (2006). Eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la depresión. *Revista de Psicoterapia*, 17(66- 67), 133-155.
- Cebrián, D., Mingote, J.C., Isla, I., Ruiz, F. y Jurado, R. (2009). El TEPT crónico como enfermedad sistémica relacionada con el estrés. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 91, 7-18.
- Centro Reina Sofía (2011). *Maltrato infantil en la familia en España*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Recuperado de http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/productos/pdf/malt2011_v4_total_100_acces.pdf

- Cerezo, M. A. (1995). El impacto psicológico del maltrato: primera infancia y edad escolar. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 135-157.
- Cervone, N., Samaniego, V. C., Luzzi, A. M., Slapak, S., Padawer, M., y Frylinstein, C. (2003). Enfoque epidemiológico en una población clínica de niños escolarizados. *Memorias de las Jornadas de Investigación en Psicología, Volumen X*, 2, 25-28.
- Chadwick Center for Children and Families (2004). *Closing the Quality Chasm in Child Abuse Treatment: Identifying and Disseminating Best Practices. The Findings of the Kauffman Best Practices Project to Help Children Heal From Child Abuse*. San Diego, CA: Children's Hospital-San Diego. Recuperado de <http://www.chadwickcenter.org/Documents/Kaufman%20Report/ChildHosp-NCTAbrochure.pdf>
- Chaffin, M., y Friedrich, B. (2004). Evidence-based treatments in child abuse and neglect. *Children and youth services review*, 26(11), 1097-1113.
- Chaffin, M., y Shultz, S. K. (2001). Psychometric evaluation of the Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised. *Child abuse & neglect*, 25(3), 401-411.
- Chaffin, M., Silovsky, J. F., Funderburk, B., Valle, L. A., Brestan, E. V., Balachova, T., ... y Bonner, B. L. (2004). Parent-child interaction therapy with physically abusive parents: efficacy for reducing future abuse reports. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(3), 500.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., ... y Woody, S. R. (1998). Update on empirically validated therapies, II. The clinical psychologist, 51(1), 3-16.
- Chambless, D. L., y Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(1), 7.

- Chambless, D. L., y Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual review of psychology*, 52(1), 685-716.
- Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, V., Johnson, S. B., Pope, K. S., Crits-Christoph, P.,... y McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49, 5-18
- Cicchetti, D., Rogosch, F. y Sturge-Apple, M. (2007). Interactions of child maltreatment and serotonin transporter and monoamine oxidase a polymorphisms: depressive symptomatology among adolescents from low socioeconomic status backgrounds. *Development and Psychopathology*, 19, 1161-180.
- CIMH (2014). Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy Program Performance Report. Recuperado de <http://dmhoma.pbworks.com/w/file/fetch/86755879/TFCBTAggregateLAPEIEvaluationReport.thruJan2014.pdf>
- Clarke, G. N., Lewinsohn, P. M., Hops, H., y Seeley, J. R. (1992). A self-and parent report measure of adolescent depression: The Child Behavior Checklist Depression Scale (CBCL-D). *Behavioral Assessment*, 14(3-4), 443-463.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, J. A. (2003). Treating acute posttraumatic reactions in children and adolescents. *Biological Psychiatry*, 53(9), 827-833.
- Cohen, J. A., Berliner, L., y Mannarino, A. P. (2000). Treating Traumatized Children A Research Review and Synthesis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1(1), 29-46.
- Cohen, J. A., Berliner, L., y Mannarino, A. (2010). Trauma focused CBT for children with co-occurring trauma and behavior problems. *Child Abuse & Neglect*, 34(4), 215-224.

- Cohen, J. A., Bukstein, O., Walter, H., Benson, R. S., Christman, A., y Farchione, T. R. (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 414-430.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., y Steer, R. (2004). A multisite randomized controlled trial for multiply traumatized children with sexual abuse-related PTSD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(4), 393-402.
- Cohen, J. A. y Mannarino, A. P. (1988). Psychological symptoms in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect*, 12, 571-577.
- Cohen, J. A., y Mannarino, A. P. (1993). A treatment model for sexually abused preschoolers. *Journal of Interpersonal Violence*, 8(1), 115-131.
- Cohen, J. A., y Mannarino, A. P. (1996a). A treatment outcome study for sexually abused preschool children: Initial findings. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(1), 42-50. Doi: 10.1097/00004583-199601000-00011.
- Cohen, J. A., y Mannarino, A. P. (1996b). Factors that mediate treatment outcome of sexually abused preschool children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(10), 1402-1410.
- Cohen, J. A., y Mannarino, A. P. (1997). A treatment study for sexually abused preschool children: Outcome during a one-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(9), 1228-1235.
- Cohen, J. A., y Mannarino, A. P. (1998). Interventions for sexually abused children: Initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment*, 3(1), 17-26. Doi: 10.1177/1077559598003001002.
- Cohen, J. A., y Mannarino, A. P. (2000). Predictors of treatment outcome in sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 24(7), 983-994.

- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Berliner, L., y Deblinger, E. (2000). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents an empirical update. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(11), 1202-1223.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., y Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. Guilford Press.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., y Deblinger, E. (Eds.). (2012). *Trauma-focused CBT for children and adolescents: Treatment applications*. Guilford Press.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., e Iyengar, S. (2011). Community treatment of posttraumatic stress disorder for children exposed to intimate partner violence: a randomized controlled trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165(1), 16-21.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Kliethermes, M., y Murray, L. A. (2012). Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. *Child abuse & neglect*, 36(6), 528-541.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., y Knudsen, K. (2004). Treating childhood traumatic grief: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(10), 1225-1233.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., y Knudsen, K. (2005). Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect*, 29(2), 135-145.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., y Murray, L. K. (2011). Trauma-focused CBT for youth who experience ongoing traumas. *Child abuse & neglect*, 35(8), 637-646.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., y Navarro, D. (2012). Residential treatment. *Trauma-focused CBT for children and adolescent: Treatment applications*, 73-104.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., y Staron, V. R. (2006). A pilot study of modified cognitive-behavioral therapy for childhood traumatic grief (CBT-CTG). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(12), 1465-1473.

- Cohen, S., Mermelstein, R., Kamarck, T., y Hoberman, H. M. (1985). Measuring the functional components of social support. En *Social support: Theory, research and applications* (pp. 73-94). Springer Netherlands.
- Colmenares, J. C., Martínez, O., y Quiles, I. (2007). *Perfil psicológico de quince hijos de mujeres víctimas del maltrato doméstico*. 80 Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis.
- Conners, C. K. (1973). Rating scales for use in drug studies with children (Especial issue). *Psychopharmacological Bulletin*, 24-48.
- Conners, C. K. (1997). *Conners' Rating Scales-Revised technical manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health systems.
- Connor, D. F., Ford, J. D., Arnsten, A. F., y Greene, C. A. (2014). An Update on Posttraumatic Stress Disorder in Children and Adolescents. *Clinical pediatrics*, 0009922814540793.
- Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J., y van der Kolk, B. (2003). *Complex trauma in children and adolescents*. White paper. National Child Traumatic Stress Network. Recuperado de <http://www.NCTSN.org/>
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Landtree, Ch., Blaustein, M., Cloitre, M., ... van der Kolk, B. (2005). Complex Trauma in Children and Adolescent. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398.
- Courtois, C. A. (1988). *Healing the incest wound: Adult survivors in therapy*. New York: Norton & Co.
- Courtois, C. A. (1999). *Recollections of sexual abuse: Treatment principles and guidelines*. New York: Norton & Co.
- Courtois, C. A. (2004). Complex Trauma, Complex Reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training*, 41, 412-425
- Courtois, C. A., y Ford, J. D. (2009). *Treating complex traumatic stress disorders*. New York: Guilford Press.

- Craighead, W. E., Smucker, M. R., Craighead, L. W., e Ilardi, S. (1998). Factor analysis of the Children's Depression Inventory in a community sample. *Psychological Assessment, 10*, 156- 165.
- Cunningham, C. (1992). *All kinds of Separation*. Indianapolis: Kidsrights.
- De Arellano, M. A., Ko, S. J., Danielson, C. K., y Sprague, C. M. (2008). *Trauma-informed interventions: Clinical and research evidence and culture-specific information project*. Los Angeles, CA y Durham, NC: National Center for Child Traumatic Stress. Recuperado en http://nctsn.org/nctsn_assets/pdfs/CCG_Book.pdf
- De Paúl, J., y Arruabarrena, M. I. (1995). [Behavior problems in school-aged physically abused and neglected children in Spain](#). *Child Abuse & Neglect, 19*(4), 409-418.
- Deblinger, E., y Heflin, A. H. (1996). *Treating sexually abused children and their nonoffending parents: A cognitive behavioral approach*. Sage Publications, Inc.
- Deblinger, E., Lippmann, J., y Steer, R. (1996). Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: Initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment, 1*(4), 310-321. Doi: 10.1177/1077559596001004003.
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Runyon, M. K., y Steer, R. A. (2011). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: impact of the trauma narrative and treatment length. *Depression and anxiety, 28*(1), 67-75.
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., y Steer, R. A. (2006). A follow-up study of a multisite, randomized, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 45*(12), 1474-1484.
- Deblinger, E., McLeer, S. V., Atkins, M., Ralph, D., y Foa, E. (1989). Post-traumatic stress in sexually abused children: Physically abused and non-abused children. *International Journal of Child Abuse and Neglect, 13*, 403-408. doi: 10.1016/0145-2134(89)90080-X

- Deblinger, E., Mcleer, S. V., y Henry, D. (1990). Cognitive behavioral treatment for sexually abused children suffering post-traumatic stress: Preliminary findings. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29(5), 747-752. Doi: 10.1097/00004583-199009000-00012.
- Deblinger, E., Neubauer, F., Runyon, M., y Baker, D., (2006). *What do You Know?* New Jersey: Cares Institute SAMHSA & NCTSI.
- Deblinger, E., Stauffer, L. B., y Steer, R. A. (2001). Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers. *Child Maltreatment*, 6(4), 332-343. Doi: 10.1177/1077559501006004006.
- Deblinger, E., Steer, R. A., y Lippmann, J. (1999). Two-year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 23(12), 1371-1378.
- Del Barrio, V., Aluja, A., y Spielberger, C. (2004). Evaluación de la Ira: Propiedades Psicométricas de una versión del STAXI para niños y Adolescentes. *Personality and Individual Differences*, 37 (2), 227-244.
- Del Barrio, V., y Carrasco, M. A. (2004). *CDI. Inventario de depresión infantil*. Madrid: TEA Ediciones S. A.
- Del Barrio, Colondrón, de Pablo, y Roa (1996). Primera adaptación de las escalas de depresión de Reynolds RCDS Y RADS a población española. *RIDEP*, 2, 75-100.
- Del Barrio, V., Frías, D., y Mestre, V. (1994). Autoestima y depresión en niños. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47, 471-476.
- Del Barrio, V., y Mestre, V. (1989). *Epidemiología de la Depresión Infantil*. Valencia. Conselleria de Sanitat y Consum.
- Del Barrio, V., Spielberger, C. D., y Aluja, A. (2005). *STAXI-NA: Inventario de expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes*. TEA Ediciones.

- Del Valle, J. F. (2002) *Estudio de los problemas de conducta en una muestra de menores en acogimiento residencial*. Universidad de Oviedo. Informe no publicado.
- Del Valle, J. F. (2013) *La atención a los problemas de salud mental de los niños, niñas y jóvenes en acogimiento residencial. Prevalencia de trastornos, cobertura y eficacia de los servicios terapéuticos*. Proyecto Financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad, mediante el Plan Nacional de I+D+i. Resultados de la 3º fase del proyecto. Recuperado de <http://www.gifi.es/anio.php>
- Del Valle, J. F., Sainero, A., y Bravo, A. (2014) Need and Characteristics of High-Resurce using children and youth in Spain. En J. K. Whittaker, J. F. Del Valle y L. Holmes (Eds.), *Therapeutic Residential Care For Children and Youth: Developing Evidence.-based international practice*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Derogatis, L. R. (1992). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual for the Revised version and other instruments of the psychopathology rating scale series*. Clinical Psychometric Research.
- DeRosa, R., Habib, M., Pelcovitz, D., Rathus, J., Sonnenklar, J., Ford, J., ... y Kaplan, S. (2006). Structured psychotherapy for adolescents responding to chronic stress. *Unpublished manual*.
- Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia (2013). *Boletín de Datos Estadísticos de Medidas de Protección a la Infancia, 14*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/adopciones/pdf/Boletin_Infancia_14.pdf
- Domènech, E. (1986). *Escala de depresión para maestros*. Departamento de Psicología de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Dorsey, S., Briggs, E. C., y Woods, B. A. (2011). Cognitive-behavioral treatment for posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America, 20*(2), 255-269.

- Dorsey, S., Cox, J. R., Conover, K. L., y Berliner, L. (2011). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents in foster care. *Children, Youth, and Family News*.
- Dorsey, S., Pullmann, M. D., Berliner, L., Koschmann, E., McKay, M., y Deblinger, E. (2014). Engaging foster parents in treatment: A randomized trial of supplementing Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy with evidence-based engagement strategies. *Child abuse & neglect*, 38(9), 1508-1520.
- Dowd, H., y McGuire, B. E. (2011). Psychological treatment of PTSD in children: an evidence-based review. *The Irish Journal of Psychology*, 32(1-2), 25-39.
- Drewes, A. A., y Cavett, A. M. (2012). Play applications and skills components. *Trauma-focused CBT for children and adolescents: Treatment applications*, 105-123.
- Duarte, V.A. (2007). *Sintomatologia de pós-stress traumático em menores expostos a violência interparental*. Dissertacao apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciencias da Educacao da Universidade do Porto, para obtencao do grau de Mestre em Psicologia da Saude.
- Dubner, A.E., y Motta, R.W. (1999). Sexually and physically abused foster care children and posttraumatic stress disorder. *Journal Consult of Clinical Psychology*, 67, 367-373.
- Echeburúa, E., y Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué? *Psicología Conductual*, 15(3), 373-387.
- Echeburúa, E., De Corral, P., y Amor, P. J. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 14(Suplemento), 139-146.
- Echeburúa, E., y Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 19, 469-486.

- Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I., y de Corral, P. (2013). Tratamiento psicológico de mujeres víctimas de agresiones sexuales recientes y no recientes en la vida adulta. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 21, 249-269.
- Edelson, J. L. (1999). Children's witnessing of adult domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 839-870.
- Famularo, R., Fenton, T., Kinscherff, R., y Augustyn, M. (1996). Psychiatric comorbidity in childhood post traumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect*, 20, 953-961.
- Fantuzzo, J. (1990). Behavioral treatment of the victims of child abused and neglect. *Behavior Modification*, 14, 316-339.
- Fantuzzo, J. W., y Lindquist, C. U. (1989). The effects of observing conjugal violence on children: A review and analysis of research methodology. *Journal of Family Violence*, 1, 77-94.
- Feeny, N. C., Foa, E. B., Treadwell, K. R., y March, J. (2004). Posttraumatic Stress Disorder in Youth: A Critical Review of the Cognitive and Behavioral Treatment Outcome Literature. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(5), 466.
- Feiring, C., y Cleland, C. (2007). Childhood sexual abuse and abuse-specific attributions of blame over 6 years following discovery. *Child Abuse & Neglect*, 31(11), 1169-1186.
- Feiring, C., y Taska, L. S. (2005). The persistence of shame following sexual abuse: A longitudinal look at risk and recovery. *Child Maltreatment*, 10(4), 337-349.
- Fernández, M. V., y López-Soler, C. (2014). *Maltrato infantil: Un estudio empírico sobre variables psicopatológicas en menores tutelados* (Tesis doctoral). Universidad de Murcia, Murcia.

- Fernández-Molina, M., Del Valle, J., Fuentes, M. J., Bernedo, I. M., y Bravo, A. (2011). Problemas de conducta de los adolescentes en acogimiento preadoptivo, residencial y con familia extensa. *Psicothema*, 23(1), 1-6.
- Figueras, A., Amador, J. A., y Cano, L. (2001). Assessment of depressive symptoms in adolescents with the RADS and the CDI. In *Póster presentado en la 6th EAPA Conference. Aachen (Alemania)*.
- Foa, E B., Cashman, L., Jaycox, L., y Perry, K. (1997). The Validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9(4), 445- 451.
- Foa, E. B., Johnson, K., Feeny, N. C., y Treadwell, K. R. T. (2001). The Child PTSD Symptom Scale (CPSS): Preliminary psychometrics of a measure for children with PTSD. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(3), 376-384.
- Foa, E. B., y Meadows, E. A. (1998). Psychosocial Treatments. *Psychological trauma*, 179.
- Foa, E. B., Molnar, C., y Cashman, L. (1995). Change in rape narratives during exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress*, 8(4), 675-690.
- Ford, J. D., y Cloitre, M. (2009). Best practices in psychotherapy for children and adolescents. *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*, 59-81.
- Ford, J. D., Courtois, C. A., Steele, K., van der Hart, O., y Nijenhuis, E. R. (2005). Treatment of complex posttraumatic self-dysregulation. *Journal of traumatic stress*, 18(5), 437-447.
- Ford, J. D., Racusin, R., Ellis, C., Davis, W., Reiser, J., Fleischer, A. y Thomas, J. (2000). Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. *Child Maltreatment*, 5, 205-217.

- Forman-Hoffman, V., Knauer, S., McKeeman, J., Zolotor, A., Blanco, R., Lloyd, S.,... y Viswanathan, M. (2013). Child and adolescent exposure to trauma: comparative effectiveness of interventions addressing trauma other than maltreatment or family violence. *Comparative Effectiveness Review*, (107).
- Frederick, C., Pynoos, R., y Nader, K. (1992). Childhood PTSD reaction index. *Unpublished manuscript*.
- García-Montalvo, C., López-Soler, C., Garriga, V., Fernández, M. V., Prieto, M., y Puerto, J. C. (Septiembre 2008). Evaluación psicológica del TEPT y del trauma complejo en menores maltratados. En A. Cano (Presidencia), *Estrés postraumático y malos tratos*. Comunicación libre llevada a cabo en el VII Congreso Internacional de SEAS, Bernidorm.
- García-Palacios, A., Hoffman, H. G., Kwong See, S., Tsai, A. y Botella, C. (2001). Redefining Therapeutic Success with virtual reality exposure therapy. *Cyberpsychology and Behavior*, 4, 341-348.
- Gerson, R., y Rappaport, N. (2013). Traumatic stress and posttraumatic stress disorder in youth: Recent research findings on clinical impact, assessment, and treatment. *Journal of Adolescent Health*, 52(2), 137-143.
- Ghareeb, G., y Beshai, J. (1989) Arabic version of the Children's Depression. Inventory: reliability and validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18, 323-6.
- Gidron, Y., Peri, T., Connolly, J. F., y Shalev, A. Y. (1996). Written Disclosure in Posttraumatic Stress Disorder: Is It Beneficial for the Patient. *The Journal of nervous and mental disease*, 184(8), 505-506.
- Gillies, D., Taylor, F., Gray, C., O'Brien, L., y D'Abrew, N. (2013). Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents (Review). *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 8(3), 1004-1116.

- Gilliam, S. J., Aderka, I. M., Conklin, P. H., Capaldi, S. y Foa, E. B. (2013). The Child PTSD Symptom Scale: Psychometric Properties in Female Adolescent Sexual Assault Survivors. *Psychological Assessment, 25*(1), 23-31.
- Goenjian, A. K., Karayan, I., Pynoos, R. S., Minassian, D., Najarian, L. M., Steinberg, A. M., y Fairbanks, L. A. (1997). Outcome of psychotherapy among early adolescents after trauma. *American Journal of Psychiatry, 154*(4), 536-542.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40*(11), 1337-1345.
- Grasso, D. J., Joselow, B., Marquez, Y., y Webb, C. (2011). Trauma-focused cognitive behavioral therapy of a child with posttraumatic stress disorder. *Psychotherapy, 48*(2), 188.
- Harper, K., Stalker, C. A., Palmer, S., y Gadbois, S. (2007). Adults traumatized by child abuse: What survivors need from community-based mental health professionals. *Journal of Mental Health, 17*(4), 361-374.
- Harvey, S. T., y Taylor, J. E. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with sexually abused children and adolescents. *Clinical Psychology Review, 30*(5), 517-53.
- Hayes, J. P., LaBar, K. S., Petty, C. M., McCarthy, G., y Morey, R. A. (2009). Alterations in the neural circuitry for emotion and attention associated with posttraumatic stress symptomatology. *Psychiatry Research: Neuroimaging, 172*(1), 7-15.
- Hazen, A. L., Connelly, C. D., Roesch, S. C., Hough, R. L., y Landsverk, J. A. (2009). Child maltreatment profiles and adjustment problems in high-risk adolescents. *Journal of Interpersonal Violence, 24*(2), 361-378.
- Hedges, L. V. y Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. Orlando, FL: Academic Press.

- Hembree-Kigin, T. L., y McNeil, C. (1995). *Parent-child interaction therapy*. New York: Plenum.
- Hepperlin, C. M., Stewart, C. W., y Rey, J. M. (1990). Extraction of depression scores in adolescents from a general-purpose behaviour checklist. *Journal of Affective Disorders, 18* 105-112.
- Herman, J. L. (1992a). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5*, 377-391.
- Herman, J. L. (1992b). *Trauma and recovery: The aftermath of violence-From domestic to political terror*. New York: Basic Books.
- Hernández, P. (1983). TAMAI: Test Evaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil. *Madrid: TEA*.
- Herrera, V. M., y McCloskey, L. A. (2003). Sexual abuse, family violence, and female delinquency: findings from a longitudinal study. *Violence and Victims, 18*, 319-334.
- Higgins, D. J., y McCabe, M. P. (2003). Maltreatment and family dysfunction in childhood and the subsequent adjustment of children and adults. *Journal of Family Violence, 18*(2), 107-120.
- Holt, S., Buckley, H., y Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: a review of the literature. *Child Abuse & Neglect, 32*(8), 797-810.
- Horowitz, M., Wilner, N., y Álvarez, W. (1979). Impact of Event Scale Measure of Subjective Stress. *Psychosomatic Medicine, 41*(3), 209-218.
- Hulette, A. C., Freyd, J.J., Pears, K.C., Kim, H.K., Fisher, P.A. y Becker-Blease, K.A. (2008). Dissociation and Posttraumatic Symptoms in Maltreated Preschool Children. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 1*, 93-108.
- Jacobson, E. (1987). Progressive relaxation. *The American Journal of Psychology, 522-537*.

- Jaycox, L. H., Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Walker, D. W., Langley, A. K., Gegenheimer, K. L., ... y Schonlau, M. (2010). Children's mental health care following Hurricane Katrina: A field trial of trauma-focused psychotherapies. *Journal of Traumatic Stress, 23*(2), 223-231.
- Jaycox, L. H., Stein, B. D., Katoaka, S. H., Wong, M., Fink, A., Escudero, P. y Zaragoza, C. (2002). Violence exposure, posttraumatic stress disorder and depressive symptoms among recent immigrant schoolchildren. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry, 41*(9), PP.1104-1110.
- Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L. C., ... y Wentzel-Larsen, T. (2014). A randomized effectiveness study comparing trauma-focused cognitive behavioral therapy with therapy as usual for youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 43*(3), 356-369.
- Jessie (1991). *Please Tell! A Child's Story About Sexual Abuse*. Center City, Maryland, Hazelden.
- Jiménez, Martínez y Mata (2010). Guía para trabajar la historia de vida con niños y niñas. Acogimiento familiar o residencial. Consejería para la igualdad y el bienestar social. Junta de Andalucía.
- Jonson-Reid, M., Presnall, N., Drake, B., Fox, L., Bierut, L., Reich,... Constantino, J. Kane. (2010). The effects of child maltreatment and inherited liability on antisocial development: an official records study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 49*, 321-431.
- Kabat-Zinn, J. (2007). *La práctica de la atención plena*. Barcelona: Kairós
- Kaplow, J. B., Dodge, K. A., Amaya-Jackson, L., y Saxe, G. N. (2005). Pathways to PTSD, part II: Sexually abused children. *American Journal of Psychiatry, 162*, 1305-1310.
- Kaplow, J. B., y Widom, C. S. (2007). Age of onset of child maltreatment predicts long-term mental health outcomes. *Journal of abnormal Psychology, 116*(1), 176.

- Kataoka, S. H., Stein, B. D., Jaycox, L. H., Wong, M., Escudero, P., Tu, W., . . . Fink, A. (2003). A school-based mental health program for traumatized Latino immigrant children. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry, 42*, 311-318.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U. M. A., Flynn, C., Moreci, P., ... y Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*(7), 980-988.
- Keeshin, B. R., y Strawn, J. R. (2014). Psychological and pharmacologic treatment of youth with posttraumatic stress disorder: an evidence-based review. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America, 23*(2), 399-411.
- King, N. J., Tonge, B. J., Mullen, P., Myerson, N., Heyne, D., Rollings, S., ... y Ollendick, T. H. (2000). Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: A randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39*(11), 1347-1355.
- Kirsch, V., Fegert, J. M., Seitz, D., y Goldbeck, L. (2011). Trauma-focused cognitive behavioral therapy (Tf-CBT) for children and adolescents after abuse and maltreatment: Results of a pilot study. *Kindheit und Entwicklung, 20*(2), 95-102.
- Klein, I., y Janoff-Bulman, R. (1996). Trauma history and personal narratives: Some clues to coping among survivors of child abuse. *Child abuse & neglect, 20*(1), 45-54.
- Kliethermes, M., y Wamser, R. (2012). Adolescents with complex trauma. *Trauma-Focused CBT for children and adolescents: Treatment Applications, 175-196*.
- Kolbo, J. R., Blakely, E. H., y Engleman, D. (1996). Children who witness domestic violence: A review of empirical literature. *Journal of Interpersonal Violence, 11*, 281-293.

- Kolko, D. J. (1996). Individual cognitive behavioral treatment and family therapy for physically abused children and their offending parents: A comparison of clinical outcomes. *Child Maltreatment*, 1(4), 322-342.
- Kolko, D. J., Hurlburt, M. S., Zhang, J., Barth, R. P., Leslie, L. K., y Burns, B. (2009). *Posttraumatic stress symptoms in children and adolescents referred for child welfare investigation: A national sample of in-home and out-of-home care*. *Child Maltreatment*, OnlineFirst.
- Kolko, D. J., y Swenson, C. C. (2002). *Assessing and treating physically abused children and their families: A cognitive-behavioral approach*. Sage Publications.
- Kovacs, M. (1978). *Children's Depression Inventory (CDI)*. Unpublished manuscript, University of Pittsburgh.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory*. North Tonawanda: Multihealth Systems.
- Labrador, F. J., y Crespo, M. (Eds.). (2012). *Psicología clínica basada en la evidencia*. Ed. Pirámide.
- La Greca, A. M., y Prinstein, M. J. (2002). Hurricanes and earthquakes. En A. M. La Greca, W. K. Silverman, E. M. Vernberg y M. C. Roberts. (Eds.), *Helping children cope with disasters and terrorism*. Washington: American Psychological Association.
- Lamb-Shapiro, J. (2000). *The hyena who lost her laugh: A story about changing your negative thinking*. Childsworld/Childsplay.
- Landsford, J. E., Dodge, K. A., Pettit, G. S., Bates, J. E., Crozier, J. y Kaplow, J. (2002). A 12-year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment of psychological, behavioural, and academic problems in adolescence. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156, 824-830.

- Lanktree, C. B., Briere, J., Godbout, N., Hodges, M., Chen, K., Trimm, L., ... y Freed, W. (2012). Treating multitraumatized, socially marginalized children: Results of a naturalistic treatment outcome study. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21(8), 813-828.
- Leenarts, L. E., Diehle, J., Doreleijers, T. A., Jansma, E. P., y Lindauer, R. J. (2013). Evidence-based treatments for children with trauma-related psychopathology as a result of childhood maltreatment: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*, 22(5), 269-283.
- Lefkowitz M. M., y Tesiny E. P. (1980). Assessment of childhood depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 48 (1), 43-50.
- Lieberman, A. F., Van Horn, P., y Ippen, C. G. (2005). Toward evidence-based treatment: Child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(12), 1241-1248.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press
- López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(3), 159-174.
- López-Soler, C., Castro, M., Alcántara, M., y Botella, C. (2011). Sistema de realidad virtual EMMA-infancia en el tratamiento psicológico de un menor con estrés postraumático. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16 (3), 189-206.
- López-Soler, C., Castro, M., Alcántara, M. Fernández, V., Prieto, M., Puerto, J.C. y García-Montalvo, C. (Julio 2010). Evaluación del estrés postraumático mediante el CPSS, en hijos e hijas de mujeres maltratadas por su pareja. En F. Santolaya (Presidencia), *La Psicología como motor de futuro en un mundo globalizado*.

Comunicación libre llevada a cabo en el VI Congreso Iberoamericano de Psicología, Oviedo.

López-Soler, C., Castro, M., Daset, L., Alcántara, M., Fernández, V., Prieto, M., y Puerto, J. C. (2008). Consecuencias del maltrato grave en la infancia: conceptualización y diagnóstico de las reacciones postraumáticas complejas. *Revista Ciencias Psicológicas*, II(2), 103-118.

López-Soler, C., Castro, M., y Fontcuberta, M. (2012). *Eficacia en depresión e ira de un tratamiento cognitivo-conductual para menores maltratados tutelados* (Trabajo fin de máster). Universidad de Murcia, Murcia.

López-Soler, C., Castro, M., García-Montalvo, C., Garriga, A., Alcántara, M. y Fernández, V. (Noviembre 2008). Perfil postraumático en menores maltratados: evaluación psicológica del estrés traumático (TEPT y TEPTC). En A. Belloch (Presidencia), *Estudios sobre psicopatología infantil*. Simposio llevado a cabo en el VI Congreso Nacional de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología, Huelva.

López-Soler, C., Castro, M., y Parreño, C. (2012). *Ansiedad y estrés postraumático en maltrato infantil: evaluación de un programa de intervención empleando realidad virtual*. (Trabajo fin de máster). Universidad de Murcia, Murcia.

López-Soler, C., Fernández, M.V., Prieto, M., Alcántara M.V., Castro, M. y López-Pina, J.A. (2012). Prevalencia de las alteraciones emocionales en una muestra de menores maltratados. *Anales de psicología*, 28(3), 780-788.

López-Soler, C., Martín, J., y Garriga, A. (2012). La aplicación de los tratamientos eficaces en servicios públicos de salud mental. En F. Labrador y M. Crespo (Coords.), *Psicología clínica basada en la evidencia*, (pp. 185-211). Madrid: Pirámide.

López-Soler, C., Martínez, A., García-Montalvo, C., Garriga, V., Alcántara, M. V., Fernández, M. V., Castro, M.,..., y Puerto, J. C. (Mayo 2007). Evaluación

- psicológica de menores maltratados. En A. Fernández (Presidencia). Comunicación libre llevada a cabo en el XLII Reunión de la AEPIJ, Bilbao.
- López-Soler, C., Martínez, A., Garriga, V., Fernández, M. V., Castro, M., Alcántara, M. V., García-Montalvo, C.,..., y Puerto, J. C. (Mayo 2007). Apuntes para el tratamiento psicológico de menores que han sufrido estrés crónico y grave. En A. Fernández (Presidencia). Comunicación libre llevada a cabo en el XLII Reunión de la AEPIJ, Bilbao.
- López-Soler, C., Prieto, M., Alcántara, M., Castro, M., López-Pina, J. A., y Puerto, J. C. (2008). Alteraciones internalizantes y externalizantes en menores maltratados. En A. Belloch (Presidencia), *Estudios sobre psicopatología infantil*. Comunicación libre llevada a cabo en el VI Congreso Nacional de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología, Huelva.
- Lyons, J. S., Weiner, D. A., y Lyons, M. B. (2004). Measurement as communication in outcomes management: The child and adolescent needs and strengths (CANS). *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment. Volume 2: Instruments for Children and Adolescents*.
- Lyons, J. S., Weiner, D. A., y Schneider, A. (2006). *A field trial of three evidence-based practices for trauma with children in state custody* (Report to Illinois Department of Children and Family Services) Evanston, IL: Mental Health Resources Services and Policy Program, Northwestern University.
- Maas, C., Herrenkohl, T. I., y Sousa, C. (2008). Review of research on child maltreatment and violence in youth. *Trauma Violence*, 9(1), 56-67.
- Mannarino, A. P., y Cohen, J. A. (1986). A clinical-demographic study of sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 10(1), 17-23. Doi:10.1016/0145-2134(86)90027-X

- Mannarino, A. P., y Cohen, J. A. (1996). A follow-up study of factors that mediate the development of psychological symptomatology in sexually abused girls. *Child Maltreatment*, 1(3), 246-260.
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., y Deblinger, E. (2014). Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy. En S. Timmer y A. Urquiza. (Eds.), *Evidence-Based Approaches for the Treatment of Maltreated Children* (pp. 165-185). Cleveland, USA: Netherlands.
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Deblinger, E., Runyon, M. K., y Steer, R. A. (2012). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children sustained impact of treatment 6 and 12 months later. *Child maltreatment*, 17(3), 231-241.
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., y Gregor, M. (1989). Emotional and behavioral difficulties in sexually abused girls. *Journal of Interpersonal Violence*, 4(4), 437-451. Doi:10.1177/088626089004004004.
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Smith, J. A., y Moore-Motily, S. (1991). Six-and twelve-month follow-up of sexually abused girls. *Journal of Interpersonal Violence*, 6(4), 494-511.
- March, J. S., Amaya-Jackson, L., Murray, M. C., y Schulte, A. (1998). Cognitive-Behavioral Psychotherapy for Children and Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder After a Single-Incident Stressor. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(6), 585-593.
- March, J. S., Parker, J. D., Sullivan, K., Stallings, P., y Conners, C. K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(4), 554-565.
- Margolin, G. (1998). Effects of domestic violence on children. En P. Trickett y C. Shellenbach. (Eds.), *Violence against children in the family and the community* (pp. 57-101). Washington, DC: American Psychological Association.

- Martin, G., Bergen, H. A., Richardson, A. S., Roeger, L., y Allison, S. (2004). Sexual abuse and suicidality: gender differences in a large community sample of adolescents. *Child abuse & neglect*, 28(5), 491-503.
- Martínez, A., López-Soler, C., Fernández, M. V., Alcántara, M. V., y Castro, M. (Septiembre 2008). Tratamiento psicológico de menores tutelados que ha sufrido reacciones postraumáticas graves en la infancia y adolescencia. En A. Cano (Presidencia), *Estrés postraumático y malos tratos*. Comunicación libre llevada a cabo en el VII Congreso Internacional de SEAS, Bernidorm.
- Martorell, M. C., y Miranda, A. (Septiembre 1987). Depresión infantil, autoconcepto, locus de control y rendimiento escolar. Comunicación presentada en el II Congreso de Evaluación Psicológica.
- McKay, M. M., Hibbert, R., Hoagwood, K., Rodriguez, J., Murray, L., Legerski, J., y Fernández, D. (2004). Integrating evidence-based engagement interventions into "real world" child mental health settings. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4(2), 177.
- McLeer, S. V., Deblinger, E., Atkins, M. S., Foa, E. B., y Ralph, D. L. (1988). Post-traumatic stress disorder in sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27(5), 650-654.
- Mennen, F. E. (2004). PTSD symptoms in abused Latino children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 21 (5), 477-493.
- Mersky, J. P., y Reynolds, A. J. (2007). Child maltreatment and violent delinquency: Disentangling main effects and subgroup effects. *Child maltreatment*, 12(3), 246-258.
- Mestre, V., García-Ros, R., Frías, D., y Moreno, C. (1992). La depresión en la adolescencia auto y heteroevaluada en el ámbito escolar. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 19 (5), 210-219.

- Monreal, P. (1988). *Estudio de la sintomatología depresiva infantil en la provincia de Gerona: Análisis de algunos factores individuales y psicosociales* (Tesis Doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona.
- Moretti, M. M., Obsuth, I., Odgers, C. L., y Reebye, P. (2006). Exposure to maternal vs. paternal partner violence, PTSD, and aggression in adolescent girls and boys. *Aggressive Behavior*, 32, 385-395.
- Mullett-Hume, E., Anshel, D., Guevara, V. y Cloitre, M. (2008). Cumulative trauma and posttraumatic stress disorder among children exposed to the 9/11 World Trade Center attack. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78, 103-108.
- Muris, P. (1997). *The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (revised version)*. Maastricht: Maastricht University, Department of Psychology.
- Murray, L. K., Cohen, J. A., y Mannarino, A. P. (2013). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for youth who experience continuous traumatic exposure. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 19(2), 180.
- Murray, L. K., Familiar, I., Skavenski, S., Jere, E., Cohen, J., Imasiku, M., ... y Bolton, P. (2013). An evaluation of trauma focused cognitive behavioral therapy for children in Zambia. *Child abuse & neglect*, 37(12), 1175-1185.
- Mustaca, A. (2004). Tratamientos psicológicos eficaces y ciencia básica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(1), 11-20.
- Nader, K. O. (1997). Assessing traumatic experiences in children. En J. Wilson y T. M. Keane. (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (pp. 291-348). New York: Guilford Press.
- Nader, K. O., Kriegler, J. A., Blake, D. D., Pynoos, R. S., Newman, E., y Weathers, F. W. (1996). Clinician-administered PTSD scale for children and adolescents. *National Center for PTSD*.
- Nathan, P. E., y Gorman, J. M. (2002). *A guide to treatments that work*. Oxford University Press.

- National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2005). *Clinical Guideline 26: Post-traumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. Londres: NICE. Recuperado en <http://www.nice.org.uk/>
- Navarro, M. D. F., y Llobell, J. P. (2003). Psicología clínica basada en pruebas: efecto del tratamiento. *Papeles del psicólogo*, (85), 2.
- Navarro, M. D. F., Llobell, J. P., y Bort, H. M. (2004). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *Papeles del psicólogo*, (87), 1.
- NCTSN (2005). *Empirically Supported Treatments and Promising Practices*. Recuperado de <http://www.nctsn.org/>
- Nixon, R. D. V., Meiser-Stedman, R., Dalgleish, T., Yule, W., Clark, D. M., Perrin, S., y Smith, P. (2013). The Child PTSD Symptom Scale: An Update and Replication of Its Psychometric Properties. *Psychological Assessment*. Doi:10.1037/a0033324.
- O'Connor, K. (1983). The color-your-life technique. *Handbook of play therapy*, 2, 251-258.
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Maltrato infantil*. Centro de prensa: nota descriptiva, n° 150. Recuperado de <http://www.who.int/>
- Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Wentzel-Larsen, T., y Shirk, S. R. (2014). The therapeutic alliance in treatment of traumatized youths: Relation to outcome in a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(1), 52.
- Overlien C. (2010). Children Exposed to Domestic Violence. Conclusions from the Literature and Challenges Ahead. *Journal of Social Work*, 10(1), 80-97.
- Patrón, R., y Limiñana, R. M. (2005). Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales de psicología*, 21(1), 11-17.
- Pedreira, J. L. (2003). La infancia en la familia con violencia: Factores de riesgo y contenidos psicopatológicos. *Psiquiatria.com.*, 7 (4). Recuperado en

http://www.psiquiatria.com/trastornos_infantiles/la-infancia-en-la-familia-con-violencia-factores-de-riesgo-y-contenidos-psicopatologicos/

- Pelcovitz, D., van der Kolk, B. A., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., y Resick, P. (1997). Development of a criteria set a structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress, 10*, 3-15.
- Pennebaker, J. W. (1993). Putting stress into words: Health, linguistic, and therapeutic implications. *Behaviour research and therapy, 31*(6), 539-548.
- Pennebaker, J. W. (2002). Writing, social processes, and psychoterapy: From past to future. En S. J. Lepore y J. M. Smyth (Eds.) *The writing cure. How expressive writing promotes health and emotional well-being* (pp. 279-293). Washington DC: American Psychological Association.
- Piper, W., Hauman, G., y Hauman, D. (2012). *The Little Engine That Could*. Platt & Munk Classics.
- Poznanski, E. O., Grossman, J. A., Buchsbaum, Y., Banegas, M., Freeman, L., y Gibbons, R. (1984). Preliminary studies of the reliability and validity of the Children's Depression Rating Scale. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 23*(2), 191-197.
- Prieto, M., y López-Soler, C. (2008). *Alteraciones internalizantes y externalizantes en menores maltratados*. (Tesina predoctoral). Universidad de Murcia, Murcia.
- Pynoos, R. S., Frederick, C., Nader, K., Arroyo, W., Steinberg, A., Eth, S., . . . Fairbanks, L. (1987). Life threat and posttraumatic stress in school aged children. *Archives of General Psychiatry, 44*, 1057-1063.
- Pynoos, R. S., y Nader, K. (1988). Psychological first aid and treatment approach to children exposed to community violence: Research implications. *Journal of Traumatic stress, 1*(4), 445-473.

- Quay, H. C., y Petterson, D. R. (1987). *Manual for the Revised Behavior Problem checklist*. University of Miami (unpublished).
- Quero, S., Botella, C., Guillén, V., Moles, M., Nebot, S., García-Palacios, A., y Rivera, R. M. B. (2012). La realidad virtual para el tratamiento de los trastornos emocionales: una revisión. *Anuario de psicología clínica y de la salud= Annuary of Clinical and Health Psychology*, (8), 7-21.
- Rachamim, L., Helpman, L., Foa, E. B., Aderka, I. M., y Gilboa-Schechtman, E. (2011). Validation of the Child Posttraumatic Symptom Scale in a sample of treatment-seeking Israeli youth. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 356-360.
- Resick, P. A., Bovin, M. J., Calloway, A. L., Dick, A. M., King, M. W., Mitchell, K. S., ... y Wolf, E. J. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of traumatic stress*, 25(3), 241-251.
- Reynolds, C. R., y Kamphaus, R.W. (1992). *Behavior assessment system for children (BASC)*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Riva, G. (2005). Virtual Reality in Psychotherapy: Review. *CyberPsychology and Behavior*, 8, 220-230.
- Rogers, C. R., Tubert, S., y Carmichael, L. (1981). *Psicoterapia centrada en el cliente: práctica, implicaciones y teoría*. Barcelona: Paidós.
- Rolfsnes, E. S., y Idsoe, T. (2011). School-based intervention programs for PTSD symptoms: A review and meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 24(2), 155-165.
- Rosa-Alcázar, A. I., Sánchez-Meca, J., y López-Soler, C. (2010). Tratamiento psicológico del maltrato físico y la negligencia en niños y adolescentes: un meta-análisis. *Psicothema*, 22(4), 627-633.

- Runyon, M. K., y Deblinger, E. (2013). *Combined Parent-Child Cognitive Behavioral Therapy: An Approach to Empower Families At-Risk for Child Physical Abuse*. Oxford University Press.
- Runyon, M. K., y Kenny, M. C. (2002). Relationship of attributional style, depression, and posttrauma distress among children who suffered physical or sexual abuse. *Child Maltreatment*, 7(3), 254-264.
- Saakvitne, K. W., Gamble, S., Pearlman, L. A., y Tabor, L. B. (2000). *Risking connection: A training curriculum for working with survivors of childhood abuse*. Lutherville, MD: Sidran Institute.
- Sainero, A., del Valle, J. F., y Bravo, A. (2015). Detección de problemas de salud mental en un grupo especialmente vulnerable: niños y adolescentes en acogimiento residencial. *Anales de psicología*, 31(2), 472-480.
- Sainero, A., Bravo, A., y del Valle, J. F. (2014). Examining Needs and Referrals to Mental Health Services for Children in Residential Care in Spain An Empirical Study in an Autonomous Community. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 22(1), 16-26.
- Samaniego, V. C. (2008). El Child Behavior Checklist: su estandarización en población urbana argentina. *Revista de Psicología UCA*, 4(8), 113-130.
- SAMHSA (2008). *Review of trauma-focused cognitive behavioral therapy*. Recuperado de <http://nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=135>.
- Sánchez-Meca, J. y Ato, M. (1989). Meta-análisis: Una alternativa metodológica a las revisiones tradicionales de la investigación. En J. Arnau y H. Carpintero (Coords.), *Tratado de Psicología General I: Historia, Teoría y Método* (pp. 617-669). Madrid: Alhambra.
- Sánchez-Meca, J., Marín-Martínez, F., y López-López, J. A. (2011). Meta-análisis e Intervención Psicosocial Basada en la Evidencia Meta-analysis and Evidence-Based Psychosocial Intervention. *Psychosocial Intervention*, 20, 95-107.

- Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A. I., y López-Soler, C. (2011). The psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: A meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), 67-93.
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M. A., y Valiente, R. M. (2002). Análisis factorial confirmatorio del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad para Niños. *Psicothema*, 14(2), 333-339.
- Sarasúa, B., Zubizarreta, I., Corral, P. D., y Echeburúa, E. (2013). Tratamiento psicológico de mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia: resultados a largo plazo. *Anales de psicología*, 29(1), 29-37.
- Saunders, B. E., Berliner, L., y Hanson, R. F. (Eds.). (2004). *Child Physical and Sexual Abuse: Guidelines for Treatment (Revised Report: April 26, 2004)*. Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center. Recuperado de <http://www.musc.edu/cvc/>
- Save The Children (2011). *Agenda de infancia 2012-2015. Propuestas de Save The Children para la X Legislatura*. Ed.: Save The Children España. Recuperado de <http://www.savethechildren.es/>
- Saylor, C., Fich, A., Spirito, A., y Bennett, B. (1984). The children's depression inventory: A systematic evaluation of psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 955-967.
- Scheeringa, M. S., Myers, L., Putnam, F. W., y Zeanah, C. H. (2012). Diagnosing PTSD in early childhood: An empirical assessment of four approaches. *Journal of traumatic stress*, 25(4), 359-367.
- Scheeringa, M. S., y Weems, C. F. (2014). Randomized placebo-controlled D-Cycloserine with cognitive behavior therapy for pediatric posttraumatic stress. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 24(2), 69-77.
- Scheeringa, M. S., Weems, C. F., Cohen, J. A., Amaya-Jackson, L., y Guthrie, D. (2011). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder

- in three-through six year-old children: a randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(8), 853-860.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Drell, M. J. y Larrieu, J. A. (1995). Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 191-200.
- Schorr, H. (2002). *A place of Starr: A Story of Hope for Children Experiencing Family Violence*. Indianapolis: Kidsrights.
- Seligman, M. E. (1996). Science as an ally of practice. *American Psychologist*, 51(10), 1072.
- Seligman, M. E. (1998). *Learned optimism: How to change your mind and your life* (2nd ed.). New York: Knopf.
- Seligman, M. E., Reivich, K., Jaycox, L., Gillham, J., y Kidman, A. D. (1995). *The optimistic child*. New York: Houghton Mifflin.
- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C. P., Dulcan, M. K., y Schwab-Stone, M. E. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(1), 28-38.
- Shaffer, D., Gould, M. S., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P., Bird, H., y Aluwahlia, S. (1983). A children's global assessment scale (CGAS). *Archives of General psychiatry*, 40(11), 1228-1231.
- Shapiro, D. A. (1996). "Validated" treatments and evidence-based psychological services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 256-259.
- Silverman, W. K., Ortiz, C. D., Viswesvaran, C., Burns, B. J., Kolko, D. J., Putnam, F. W., y Amaya-Jackson, L. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 156-183.

- Sitanerios, G., y Kovacs, M. (1999). *Use of the Children's Depression Inventory*. En M. E. Maruish (Ed.). *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (pp. 267- 298) (2nd Edition). Mahuia, NJ. USA: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Skowron, E., y Reinemann, D. H. (2005). Effectiveness of Psychological Interventions for Child Maltreatment: A Meta-Analysis. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 42(1), 52.
- Spielberger, C. D., y Edwards, C. D. (1973). *STAIC preliminary manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children ("How I feel questionnaire")*. Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., Sydeman, S. J., Owen, A. E., y Marsh, B. J. (1999). Measuring anxiety and anger with the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI). En M. E. Maruish (Ed.). *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (2nd Ed.) (pp. 993-1021). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Sroufe, L. A., Carlson, E. A., Levy, A. K., y Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 11, 1-13.
- Stauffer, L. B., y Deblinger, E. (1996). Cognitive behavioral groups for nonoffending mothers and their young sexually abused children: A preliminary treatment outcome study. *Child Maltreatment*, 1(1), 65-76.
- Steinberg, A. M., Brymer, M. J., Decker, K. B., Pynoos, R. S. (2004). The University of California at Los Angeles Post-traumatic Stress Disorder Reaction Index. *Curr Psychiatry Rep*, 6(2), 96-100.
- Steinsmeier, J. (1987). *Die Erfassung von Depression bei Kindern: Eine deutsche Version des Children's Depression Inventory (CDI)*. Bielefeld, Germany: Universitat Bielefeld.

- Stoddard, F. J., Ronfeldt, H., Kagan, J., Drake, J. E., Snidman, N., Murphy, J. M., ..., y Sheridan, R.L. (2006). Young burned children: the course of acute stress and physiological and behavioral responses. *American Journal of Psychiatry*, 163(6), 1084-1090.
- Swenson, C. C., y Brown, E. J. (1999). Cognitive behavioral group treatment for physically abused children. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6(3), 212-220.
- Task Force on Research Diagnostic Criteria: Infancy and Preschool (2003). Research diagnostic criteria for infants and preschool children: The process and empirical support. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1504-1512.
- Taylor, M., Gilbert, A., Mann, G., y Ryan, B. (2008). *Assessment-based treatment for traumatized children: A trauma assessment pathway model (TAP)*. Unpublished manuscript, Chadwick Center, San Diego, CA.
- Terr, L. C. (1996). Acute responses to external events and posttraumatic stress disorder. En M. Lewis. (Ed.), *Child and Adolescent Psychiatry: a Comprehensive Text book* (pp. 753-763). Baltimore: Williams and Wilkins.
- Thompson, M., y Gauntlett-Gilbert, J. (2008). Mindfulness with children and adolescents: Effective clinical application. *Clinical child psychology and psychiatry*, 13(3), 395-407
- Tolin, D.F., y Foa, E.B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder; a quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132(6), 959-992.
- Toth, S.L., y Cicchetti, D. (2010). *El Maltrato Infantil y su Impacto en el Desarrollo Psicosocial del Niño*. Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia. Centre of Excellence for Early Childhood Development.
- UNICEF (2012). *La infancia en España 2012-2013*. Madrid: UNICEF España. Recuperado de <http://www.unicef.org/spanish/>

- Urquiza, A. J., y McNeil, C. B. (1996). Parent-child interaction therapy: An intensive dyadic intervention for physically abusive families. *Child Maltreatment*, 1(2), 134-144.
- Valle, L. A., y Silovsky, J. F. (2002). Attributions and adjustment following child sexual and physical abuse. *Child Maltreatment*, 7(1), 9-24.
- Van der Kolk, B. A. (2005). Child Abuse y Victimization. *Psychiatric Annals*, 35(3), 374-378.
- Vázquez, C., y Nieto, M. (2003). Psicología (clínica) basada en la evidencia (PBE): Una revisión conceptual y metodológica. En J. L. Romero (Ed.), *Psicópolis: Paradigmas actuales y alternativos en la psicología contemporánea*. Barcelona: Kairós.
- Vickerman, K. A., y Margolin, G. (2007). Posttraumatic stress in children and adolescents exposed to family violence: II. Treatment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(6), 620.
- Waldrop, A. E., y de Arellano, M. A. (2004). Manualized cognitive behavioral treatment for physical abuse-related PTSD in an African American child: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11(4), 343-352.
- Webb, C., Hayes, A. M., Grasso, D., Laurenceau, J. P., y 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.
- Webb, M., Heisler, D., Call, S., Chickering, S. A., y Colburn, T. A. (2007). Shame, guilt, symptoms of depression, and reported history of psychological maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 31(11), 1143-1153.
- Weiner, D. A., Schneider, A., y Lyons, J. S. (2009). Evidence-based treatments for trauma among culturally diverse foster care youth: Treatment retention and outcomes. *Children and Youth Services Review*, 31(11), 1199-1205.

- Weiss, D. S., y Marmar, C. R. (1997). The impact of event scale-revised. *Assessing psychological trauma and PTSD*, 2, 168-189.
- Weiss, B. y Weisz, J. R. (1988). Factor structure of self-reported depression: Clinic-referred children versus adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 492-495.
- Weiss, B., Weisz, J. R., Politano, M., Carey, M., Nelson, W. M., y Finch, A. J. (1992). Relations among self-reported depressive symptoms in clinic-referred children versus adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(3), 391.
- Wells, M. G., Burlingame, G. M., Lambert, M. J., Hoag, M. J., y Hope, C. A. (1996). Conceptualization and measurement of patient change during psychotherapy: Development of the Outcome Questionnaire and Youth Outcome Questionnaire. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 33(2), 275.'
- Weschler, A. R. (2009). *Child neglect and trauma: The additive traumatic effects of neglect on maltreated adolescents*. Doctoral Thesis. University of Nevada, Las Vegas, 175 pages.
- Wethington, H. R., Hahn, R. A., Fuqua-Whitley, D. S., Sipe, T. A., Crosby, A. E., Johnson, R. L., ... y Task Force on Community Preventive Services. (2008). The effectiveness of interventions to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(3), 287-313.
- Whiffen, V., y Macintosh, H. (2005). Mediators of the link between childhood sexual abuse and emotional distress: a critical review. *Trauma Violence Abuse*, 6, 24-39.
- Wiederhold, B. K., y Wiederhold, M. D. (1998). A Review of Virtual Reality as a Psychotherapeutic Tool. *CyberPsychology and Behavior*, 1, 45-52.
- Whittaker, J. K., Del Valle, J. F., y Holmes, L. (2014). *Therapeutic Residential Care For Children and Youth: Developing Evidence.-based international practice*. London: Jessica Kingsley Publishers.

- Wolfe, D. A., Crooks, C. V., Lee, V., McIntyre-Smith, A., y Jaffe, P. G. (2003). The effects of children's exposure to domestic violence: A meta-analysis and critique. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6, 171-187.
- Wolfe, V. V., Gentile, C., Michienzi, T., Sas, L., y Wolfe, D. A. (1991). The Children's Impact of Traumatic Events Scale: A measure of post-sexual abuse PTSD symptoms. *Behavioral Assessment*, 13, 359-383.
- Wolfe, D. A., Scott, K., Wekerle, C., y Pittman, A. (2001). Child maltreatment: risk of adjustment problems and dating violence in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 282-289.
- Woody, S. R., Weisz, J., y McLean, C. (2005). Empirically supported treatments: 10 years later. *The Clinical Psychologist*, 58, 5-11.
- Worden, J. W. (1996). *Children and grief: When a parent dies*. Guilford Press.
- Zich, J., y Temoshok, L. (1987). Perceptions of social support in men with AIDS and ARC: Relationships with distress and hardiness. *Journal of Applied Social Psychology*, 17, 193-215.
- Zimand, E., Rothbaum, B., Tannenbaum, L., Ferrer, M., y Hodges, L. F. (2003). Technology meets psychology: Integrating virtual reality into clinical practice, *The Clinical Psychologist*, 56, 5-11.

ANEXOS

ANEXO 1: ESCALA INFANTIL DE SÍNTOMAS DE TEPT (CPSS)

I. ANEXO 1: PARTE - 1

Debajo hay una lista de los problemas que los niños y jóvenes tienen a veces después de la experimentación de un evento traumático. Lee cada uno con cuidado y rodea el número (0/3) que mejor describe con qué frecuencia ese problema te ha molestado EN LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS

Por favor escribe abajo el acontecimiento estresante que más te entristece:

Tiempo desde que sucedió el acontecimiento: _____

	0	1	2	3
1. Has tenido pensamientos o imágenes acerca del evento, que vienen a tu mente aunque tú no has querido.	0 Nada o sólo un momento	1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	3 5 o más veces por semana/casi siempre
2. Has tenido sueño malos o pesadillas	0 Nada o sólo un momento	1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	3 5 o más veces por semana/casi siempre
3. Has actuado o has tenido sentimientos como si el evento estuviera pasado de nuevo (Al escuchar algo o ver una imagen relacionada con el evento traumático te han sentido como si estuvieras ahí otra vez).	0 Nada o sólo un momento	1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	3 5 o más veces por semana/casi siempre
4. Te has sentido mal cuando piensas acerca de eso o escuchas hablar acerca del evento (por ejemplo, sintiéndose asustado, enojado, triste, culpable, etc.).	0 Nada o sólo un momento	1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	3 5 o más veces por semana/casi siempre
5. Has tenido sensaciones en tu cuerpo cuando piensas o escuchar acerca del evento (por ejemplo, transpirando repentinamente o latiéndote muy rápido el corazón).	0 Nada o sólo un momento	1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	3 5 o más veces por semana/casi siempre
6. Has tratado de no pensar, hablar o tener sentimiento acerca del evento.	0 Nada o sólo un momento	1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	3 5 o más veces por semana/casi siempre
7. Has tratado de evitar actividades, personas o lugares que te recuerden del evento traumático.	0 Nada o sólo un momento	1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	3 5 o más veces por semana/casi siempre
8. Has sido incapaz de recordar una parte importante del evento traumático.	0 Nada o sólo un momento	1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	3 5 o más veces por semana/casi siempre

9. Has tenido mucho menos interés en hacer cosas que solías hacer.	0 Nada o sólo un momento	1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	3 5 o más veces por semana/casi siempre
10. Has tenido dificultad en sentirte cercano a las personas que te rodean.	0 Nada o sólo un momento	1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	3 5 o más veces por semana/casi siempre
11. Has sido incapaz de tener sentimientos fuertes (por ejemplo, incapacidad para llorar o sentirte feliz).	0 Nada o sólo un momento	1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	3 5 o más veces por semana/casi siempre
12. Has sentido que tus planes futuros o tus esperanzas no se harán realidad (por ejemplo, no tendrás trabajo, no te casarás o no tendrás hijos).	0 Nada o sólo un momento	1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	3 5 o más veces por semana/casi siempre
13. Has tenido problemas para quedarte o permanecer dormido.	0 Nada o sólo un momento	1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	3 5 o más veces por semana/casi siempre
14. Te has sentido irritable o has tenido ataques de rabia.	0 Nada o sólo un momento	1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	3 5 o más veces por semana/casi siempre
15. Has tenido dificultad para concentrarte (por ejemplo, perdiendo la pista a una historia en la televisión, olvidando lo que leías, no poniendo atención en clases).	0 Nada o sólo un momento	1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	3 5 o más veces por semana/casi siempre
16. Has estado demasiado preocupado (por ejemplo, revisando quién está alrededor tuyo y qué está alrededor tuyo).	0 Nada o sólo un momento	1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	3 5 o más veces por semana/casi siempre
17. Has estado asustado o te has sobresaltado fácilmente (por ejemplo, cuando alguien se acerca detrás de ti).	0 Nada o sólo un momento	1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando	2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo	3 5 o más veces por semana/casi siempre

Escala Infantil de Síntomas de TEP (CPSS) Parte-2

Indica abajo si los problemas que tú marcaste en la parte 1 te han afectado en cualquiera de las siguientes áreas de tu vida **DURANTE** las **ÚLTIMAS 2 SEMANAS**.

		SI	NO
18.	Al hacer tus oraciones o rezos.	S	N
19.	Al hacer tus tareas de la casa.	S	N
20.	En tus relaciones de amistad.	S	N
21.	En tus pasatiempos o actividades de entretenimiento.	S	N
22.	Al hacer tus tareas escolares.	S	N
23.	En tus relaciones con tu familia.	S	N
24.	En tu felicidad general con tu vida.	S	N

ANEXO 2: CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL (CDI)

CDI N°:	Nombre y apellidos:
Sexo: Varón _____ Mujer _____	Edad: _____ Años: _____ Fecha / /
Centro _____	Examinador: _____

CDI

INSTRUCCIONES

Los chicos y las chicas como tú tiene diferentes sentimientos e ideas. En este cuestionario se recogen esos sentimientos e ideas agrupados. De cada grupo, tienen que señalar una frase que sea **LA QUE MEJOR DESCRIBA** cómo te has sentido durante las **DOS ÚLTIMAS SEMANAS**. Una vez que hayas terminado con un grupo de frases, pasa al siguiente.

No hay contestaciones correctas o incorrectas. Únicamente tienes que señalar la frase que describa mejor **CÓMO TE HAS ENCONTRADO** últimamente. Pon un aspa (x) en el cuadro que hay junto a tu respuesta.

Hagamos un ejemplo. Pon un aspa junto a la frase que **MEJOR** te describa:

EJEMPLO:	<input type="checkbox"/>	Leo libros muy a menudo
	<input type="checkbox"/>	Leo libros de vez en cuando
	<input type="checkbox"/>	Nunca leo libros

RECUERDA QUE DEBES SEÑALAR LAS FRASES QUE MEJOR DESCRIBAN TUS SENTIMIENTOS O TUS IDEAS EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS.

DE LAS TRES FRASES QUE COMPONEN CADA PREGUNTA ESCOGE SÓLO UNA, LA QUE MÁS SE ACERQUE A CÓMO ERES O TE SIENTES.

Marca con un aspa (X) el cuadro de la frase que describa mejor **cómo te has encontrado** últimamente:

1	<input type="checkbox"/> Estoy triste de vez en cuando <input type="checkbox"/> Estoy triste muchas veces <input type="checkbox"/> Estoy triste siempre	11	<input type="checkbox"/> Las cosas me preocupan siempre <input type="checkbox"/> Las cosas me preocupan muchas veces <input type="checkbox"/> Las cosas me preocupan de vez en cuando
2	<input type="checkbox"/> Nunca me saldrá nada bien <input type="checkbox"/> No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien <input type="checkbox"/> Las cosas me saldrán bien	12	<input type="checkbox"/> Me gusta estar con la gente <input type="checkbox"/> Muy a menudo me gusta estar con la gente <input type="checkbox"/> No quiero en absoluto estar con la gente
3	<input type="checkbox"/> Hago bien la mayoría de cosas <input type="checkbox"/> Hago mal muchas cosas <input type="checkbox"/> Todo lo hago mal	13	<input type="checkbox"/> No puedo decidirme <input type="checkbox"/> Me cuesta decidirme <input type="checkbox"/> Me decido fácilmente
4	<input type="checkbox"/> Me divierten muchas cosas <input type="checkbox"/> Me divierten algunas cosas <input type="checkbox"/> Nada me divierte	14	<input type="checkbox"/> Tengo buen aspecto <input type="checkbox"/> Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan <input type="checkbox"/> Soy feo o fea
5	<input type="checkbox"/> Soy malo siempre <input type="checkbox"/> Soy malo muchas veces <input type="checkbox"/> Soy malo algunas veces	15	<input type="checkbox"/> Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes <input type="checkbox"/> Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes <input type="checkbox"/> No me cuesta ponerme a hacer los deberes
6	<input type="checkbox"/> A veces pienso que me ocurrirán cosas malas. <input type="checkbox"/> Me preocupa que me ocurran cosas malas. <input type="checkbox"/> Estoy seguro de que van a ocurrir cosas terribles	16	<input type="checkbox"/> Todas las noches me cuesta dormir <input type="checkbox"/> Muchas veces me cuesta dormir <input type="checkbox"/> Duermo muy bien
7	<input type="checkbox"/> Me odio <input type="checkbox"/> No me gusta como soy <input type="checkbox"/> Me gusta como soy	17	<input type="checkbox"/> Estoy cansado de vez en cuando <input type="checkbox"/> Estoy cansado muchos días <input type="checkbox"/> Estoy cansado siempre
8	<input type="checkbox"/> Todas las cosas malas son culpa mía <input type="checkbox"/> Muchas cosas malas son culpa mía <input type="checkbox"/> Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.	18	<input type="checkbox"/> La mayoría de días no tengo ganas de comer <input type="checkbox"/> Muchos días no tengo ganas de comer <input type="checkbox"/> Como muy bien
9	<input type="checkbox"/> No pienso en matarme <input type="checkbox"/> Pienso en matarme, pero no lo haría <input type="checkbox"/> Quiero matarme	19	<input type="checkbox"/> No me preocupa el dolor ni la enfermedad <input type="checkbox"/> Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad <input type="checkbox"/> Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad
10	<input type="checkbox"/> Tengo ganas de llorar todos los días <input type="checkbox"/> Tengo ganas de llorar muchos días <input type="checkbox"/> Tengo ganas de llorar de vez en cuando	20	<input type="checkbox"/> Nunca me siento solo <input type="checkbox"/> Me siento solo muchas veces <input type="checkbox"/> Me siento solo siempre

21	<input type="checkbox"/> Nunca me divierto en el colegio <input type="checkbox"/> Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando <input type="checkbox"/> Me divierto en el colegio muchas veces	25	<input type="checkbox"/> Nadie me quiere <input type="checkbox"/> No estoy seguro de que alguien me quiera <input type="checkbox"/> Estoy seguro de que alguien me quiere
22	<input type="checkbox"/> Tengo muchos amigos <input type="checkbox"/> Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más <input type="checkbox"/> No tengo amigos	26	<input type="checkbox"/> Generalmente hago lo que me dicen <input type="checkbox"/> Muchas veces no hago lo que me dicen <input type="checkbox"/> Nunca hago lo que me dicen
23	<input type="checkbox"/> Mi trabajo en el colegio es bueno <input type="checkbox"/> Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes <input type="checkbox"/> Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba muy bien	27	<input type="checkbox"/> Me llevo bien con la gente <input type="checkbox"/> Me peleo muchas veces <input type="checkbox"/> Me peleo siempre
24	<input type="checkbox"/> Nunca podré ser tan bueno como los otros niños <input type="checkbox"/> Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños <input type="checkbox"/> Soy tan bueno como otros niños		

ANEXO 3: INVENTARIO DEL COMPORTAMIENTO DE NIÑOS/AS DE 6-18 AÑOS PARA PADRES (CBCL/6-18)

NOMBRE DEL NIÑO	Nombre Apellido Apellido	TRABAJO HABITUAL DE LOS PADRES, Incluso si ahora no están trabajando (por favor especifique-por ejemplo: mecánico, jardinero, maestro de escuela, ama de casa, obrero, zapatero, sargento del ejército).	
SEXO DEL NIÑO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	EDAD	RAZA O GRUPO ETNICO	TRABAJO PADRE _____ TRABAJO MADRE _____
FECHA DE HOY Día ___ Mes ___ Año ___		FECHA NACIMIENTO Día ___ Mes ___ Año ___	ESTE CUESTIONARIO FUE CONTESTADO POR (escriba su nombre completo):
Curso Escolar	Por favor complete este cuestionario con su opinión sobre el comportamiento de su hijo/a, incluso aunque piense que otras persona personas no están de acuerdo con usted. Si lo cree necesario anote comentarios adicionales al final de cada frase y en el espacio que se proporciona en la página 2		Sexo del informante: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
No va a la escuela <input type="checkbox"/>			Relación con el niño: <input type="checkbox"/> Padre/Madre biológica <input type="checkbox"/> Padrastro/madrastra <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Otro _____
1. ¿Cuáles son las actividades deportivas en las que más le gusta participar a su hijo/a? Por ejemplo: natación, fútbol, básquet, montar en bicicleta, monopatín, pescar, etc. <input type="checkbox"/> Ninguna • _____ • _____ • _____		En comparación con otros/as niños/as de su edad, ¿Cuánto tiempo le dedica a cada uno de esos deportes? N o sé <input type="checkbox"/> Menos que los demás <input type="checkbox"/> Igual que los demás <input type="checkbox"/> Más que los demás <input type="checkbox"/>	En comparación con otros/as niños/as de su edad, ¿Cómo hace cada uno de estos deportes? No lo sé <input type="checkbox"/> Menos que los demás <input type="checkbox"/> Igual que los demás <input type="checkbox"/> Más que los demás <input type="checkbox"/>
2. ¿Cuáles son las actividades, juegos o pasatiempos favoritos de su hijo/a? (No incluya deportes) Por ejemplo: coleccionar sellos, jugar con muñecas, leer, tocar el piano, artesanía, coches, cantar, etc. (no incluya ve TV o escuchar radio) <input type="checkbox"/> Ninguna • _____ • _____ • _____		En comparación con otros/as niños/as de su edad, ¿Cuánto tiempo le dedica a cada uno de estas actividades? N o lo sé <input type="checkbox"/> Menos que los demás <input type="checkbox"/> Igual que los demás <input type="checkbox"/> Más que los demás <input type="checkbox"/>	En comparación con otros/as niños/as de su edad, ¿Cómo hace estas actividades? No lo sé <input type="checkbox"/> Menos que los demás <input type="checkbox"/> Igual que los demás <input type="checkbox"/> Más que los demás <input type="checkbox"/>
3. ¿A qué organizaciones, clubes, equipos u otros grupos perteneces su hijo/a? (No incluya deportes) <input type="checkbox"/> Ninguna • _____ • _____ • _____		En comparación con otros/as niños/as de su edad, ¿En qué grado se implica en cada uno de estos grupos No lo sé <input type="checkbox"/> Menos que los demás <input type="checkbox"/> Igual que los demás <input type="checkbox"/> Más que los demás <input type="checkbox"/>	
4. ¿Qué trabajos o tareas hace de su hijo/a? Por ejemplo: cuidar a niños, hacer la cama, dar clases particulares, tirar la basura, repartir pizzas, etc. (incluya tanto trabajos o tareas pagados como no pagados) <input type="checkbox"/> Ninguna • _____ • _____ • _____		En comparación con otros/as niños/as de su edad, ¿Cómo lleva a cabo estas tareas? No lo sé <input type="checkbox"/> Menos que los demás <input type="checkbox"/> Igual que los demás <input type="checkbox"/> Más que los demás <input type="checkbox"/>	

<p>5. 1 ¿Cuántos amigos o amigas íntimos tiene s su hijo/a? (No incluya a sus hermanos/as)</p> <p>2 Sin contar las horas que está en la escuela, ¿Cuántas veces a la semana participa en actividades con sus amigos? (No incluya a sus hermanos/as)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ó 3 <input type="checkbox"/> 4 o más</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de 1 <input type="checkbox"/> 1 ó 2 <input type="checkbox"/> 3 o más</p>			
<p>6. En comparación con otros niños de la misma edad, ¿Cómo...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se lleva con sus hermanos y hermanas? • Se lleva con otros niños/as o jóvenes? • Se comporta con sus padres? • Juega solo/a y hace sus tareas solo/a 	<p>Peor que los demás</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Igual que los demás</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Mejor que los demás</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> No tiene hermanos ni hermanas</p>
<p>7. A. Rendimiento Escolar</p>	<p><input type="checkbox"/> No va al cole porque _____</p>			
<p>Marque una cruz en cada asignatura indicando el rendimiento de su hijo/a</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lectura, idiomas nacionales. Literatura, Gramática • Historia, Ciencias Sociales • Matemáticas • Ciencias (física, química, biología) • _____ • _____ • _____ <p>Nota: otras asignaturas como tecnología, informática, inglés, francés, etc. NO incluya religión, gimnasia o música</p>	<p>Suspense (0-3)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Por debajo del promedio (4)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Promedio (5-6)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Por encima del promedio (7-10)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>B. ¿Recibe su hijo/a algún tipo de educación especial, está en una clase o en un colegio especial?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí- Especifique en qué tipo de clase o escuela especial está:</p>			
<p>C. ¿Ha repetido su hijo/a algún curso?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí- ¿Qué cursos repitió y por qué?</p>			
<p>D. ¿Ha tenido su hijo/a algún problema académico o de otro tipo en el colegio?</p> <p>¿Cuándo empezaron estos problemas?:</p> <p>¿Han terminado estos problemas</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí- Por favor, descríbalos:</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí- ¿Cuándo?</p>			
<p>¿Tiene su hijo/a alguna enfermedad o incapacidad (física o mental)?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí- Por favor, descríbala:</p>			
<p>¿Qué es lo que más le preocupa sobre su hijo/a?</p>				
<p>Por favor, describa los aspectos más positivos del niño/a</p>				

Ha continuación a una lista de frases que describen a los/as niños/as. Para cada frase que describe a su hijo/a ahora o durante los últimos seis meses haga un círculo en el número 2 si la frase describe a su hijo/a muy a menudo o bastante a menudo . Haga un círculo en el número 1 si la frase describe a su hijo/a muy a menudo o bastante a menudo . Haga un círculo en el 0 si la descripción con respecto a su hijo/a no es cierta . Por favor conteste las frases de la mejor manera posible incluso si algunas de ellas parecen no describir a su hijo/a. Por favor escriba en letra de imprenta. Asegúrese de contestar todas las preguntas. 0= No es cierto 1= Algo, algunas veces es cierto 2= Cierto muy a menudo o bastante a menudo			
0 1 2	1. Se comporta como si fuera más pequeño	0 1 2	33. Cree o se queja de que nadie lo quiere
0 1 2	2. Bebe alcohol sin permiso de los padres	0 1 2	34. Cree que los demás le quieren perjudicar
0 1 2	3. Discute mucho		
0 1 2	4. No termina las cosas que empieza	0 1 2	35. Se siente inferior o cree que no vale nada
0 1 2	5. Hay muy pocas cosas que le hacen disfrutar		
0 1 2	6. Hace sus necesidades fuera del váter	0 1 2	36. Se hace daño con mucha frecuencia
0 1 2	7. Es presumido/a engreído/a	0 1 2	37. Se mete en muchas peleas
0 1 2	8. No puede concentrarse o prestar atención durante mucho tiempo	0 1 2	38. Los demás se burlan de él/ella a menudo
0 1 2	9. No puede quitarse de la mente ciertos pensamientos; está obsesionado/a (describa):_____	0 1 2	39. Va con niños/as o jóvenes que se meten en problemas
0 1 2	10. No puede estar quieto/a sentado/a, es movido/a o hiperactivo/a	0 1 2	40. Oye sonidos o voces que no existen (describa):_____
0 1 2	11. Es demasiado dependiente o apegado/a a los adultos	0 1 2	41. Impulsivo/a; actúa sin pensar
0 1 2	12. Se queja de que se siente solo/a	0 1 2	42. Prefiere estar solo/a
0 1 2	13. Está confundido/a o parece como si estuviera en las nubes	0 1 2	43. Mentiroso/a o tramposo/a
0 1 2	14. Lloro mucho	0 1 2	44. Se muerde las uñas
		0 1 2	45. Nervioso/a, ansioso/a o miedoso/a
0 1 2	15. Es cruel con los animales	0 1 2	46. Movimientos nerviosos o tics (describa):_____
0 1 2	16. Es agresivo/a, cruel o malo/a con los demás	0 1 2	47. Pesadillas
		0 1 2	48. No cae bien a otros niños/as
0 1 2	17. Sueña despierto/a; se pierde en sus propios pensamientos	0 1 2	49. Padece estreñimiento
		0 1 2	50. Demasiado ansioso/a o miedoso/a
0 1 2	18. Se hace daño a sí mismo/a deliberadamente o ha intentado suicidarse	0 1 2	51. Se siente mareado/a
		0 1 2	52. Se siente culpable por cualquier cosa
0 1 2	19. Exige mucha atención	0 1 2	53. Come demasiado
0 1 2	20. Rompe sus propias cosas	0 1 2	54. Se cansa demasiado
0 1 2	21. Rompe las cosas de sus familiares o de otras personas	0 1 2	55. Tiene sobrepeso
0 1 2	22. Desobedece en casa	0 1 2	56. Problemas físicos <i>sin causa médica</i> :
0 1 2	23. Desobedece en la escuela	0 1 2	Dolores o molestias (no incluya dolor de cabeza o de estómago)
0 1 2	24. No come bien	0 1 2	Dolores de cabeza
		0 1 2	Náuseas, se siente mal
0 1 2	25. No se lleva bien con otros niños/as o jóvenes	0 1 2	Problemas con los ojos (valórelo como 0 si usa gafas):_____
		0 1 2	Erupciones u otros problemas en la piel
0 1 2	26. No parece sentirse culpable después de portarse mal	0 1 2	Dolores de estómago
		0 1 2	Vómitos
0 1 2	27. Se pone celoso/a fácilmente	0 1 2	Otros:_____
0 1 2	28. Se salta las normas en casa, en la escuela y en otros lugares	0 1 2	57. Ataca a otras personas físicamente
		0 1 2	58. Se mete el dedo en la nariz, se araña la piel u otras partes del cuerpo: _____
0 1 2	29. Tiene miedo a ciertas situaciones, animales o lugares diferentes de la escuela (describa):_____	0 1 2	59. Juega con sus órganos sexuales en público
0 1 2	30. Le da miedo ir a la escuela	0 1 2	60. Juega demasiado con sus órganos sexuales
0 1 2	31. Tiene miedo de que pueda pensar o hacer algo malo		
0 1 2	32. Cree que tiene que ser perfecto/a		
VERIFIQUE QUE HA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS. SUBRAYE LAS QUE MÁS LE PREOCUPEN			

Por favor escriba en letra de imprenta. Asegúrese de contestar todas las preguntas.

0= No es cierto		1= Algo, algunas veces es cierto		2= Cierto muy a menudo o bastante a menudo	
0 1 2	61. Trabajo deficiente en la escuela	0 1 2	87. Cambios repentinos de humor o sentimientos		
0 1 2	62. Mala coordinación o torpeza	0 1 2	88. Malhumorado/a, pone mala cara		
0 1 2	63. Prefiere estar con niños/as o jóvenes mayores que él o ella	0 1 2	89. Desconfiado/a, receloso/a		
0 1 2	63. Prefiere estar con niños/as o jóvenes mayores que él o ella	0 1 2	90. Dice groserías, usa lenguaje obsceno		
0 1 2	64. Prefiere estar con niños/as o jóvenes menores que él o ella	0 1 2	91. Habla de querer matarse		
0 1 2	65. Se niega a hablar	0 1 2	92. Habla o camina cuando está dormido/a: _____		
0 1 2	66. Repite ciertas acciones una y otra vez, compulsiones (describa): _____	0 1 2	93. Habla demasiado		
0 1 2	67. Se fuga de casa	0 1 2	94. Se burla de los demás o molesta mucho		
0 1 2	68. Grita mucho	0 1 2	95. Tiene rabietas o mal genio		
0 1 2	69. Muy reservado; se calla todo	0 1 2	96. Piensa demasiado sobre temas sexuales		
0 1 2	70. Ve cosas que no existen: _____	0 1 2	97. Amenaza a otros		
0 1 2	71. Se avergüenza con facilidad tiene mucho sentido del ridículo	0 1 2	98. Se chupa el dedo		
0 1 2	72. Prende fuegos	0 1 2	99. Fuma tabaco		
0 1 2	73. Problemas sexuales: _____	0 1 2	100. No duerme bien (describa): _____		
0 1 2	74. Le gusta llamar la atención o hacerse el gracioso/a	0 1 2	101. Hace novillos, falta a la escuela sin motivo		
0 1 2	75. Muy tímido	0 1 2	102. Poco activo/a, lento/a, o le falta energía		
0 1 2	76. Duerme menos que la mayoría de los demás niños/as o jóvenes	0 1 2	103. Infeliz, triste o deprimido/a		
0 1 2	77. Duerme más que la mayoría de los demás niños/as o jóvenes durante el día y/o la noche	0 1 2	104. Más ruidoso de lo común		
0 1 2	78. Desatento/a, se distrae fácilmente	0 1 2	105. Toma alcohol o drogas (describa): _____		
0 1 2	79. Problemas para hablar (describa): _____	0 1 2	106. Comete actos de vandalismo, como romper ventanas u otras cosas		
0 1 2	80. Se queda mirando al vacío	0 1 2	107. Se orina en la ropa durante el día		
0 1 2	81. Roba en casa	0 1 2	108. Se orina en la cama		
0 1 2	82. Roba fuera de casa	0 1 2	109. Se queja mucho		
0 1 2	83. Almacena cosas que no necesita (describa): _____	0 1 2	110. Desea ser del sexo opuesto		
0 1 2	84. Comportamiento raro (describa): _____	0 1 2	111. Se aísla, no se relaciona con los demás		
0 1 2	85. Ideas raras (describa): _____	0 1 2	112. Se preocupa mucho		
0 1 2	86. Tozudo/a, malhumorado/a, irritable	0 1 2	113. Por favor, anote cualquier otro comportamiento que tenga su hijo/a y que no esté incluido en esta lista: _____		
<p>POR FAVOR, VERIFIQUE QUE HA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS. SUBRAYE LAS QUE MÁS LE PREOCUPEN</p>					

