



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2022-2023

Trabajo de Fin de Máster



El uso de la entrevista en terapia familiar en casos de trauma infantil: Una revisión sistemática

Autora: Sara Gutiérrez Sánchez

Tutora: María Virtudes Pérez Jover

Código de la Oficina de Investigación Responsable: TFM.MPG.MVPJ.SGS.221129

Convocatoria: junio de 2023

Resumen

La experimentación de situaciones traumáticas en la infancia y adolescencia es un problema de salud que concierne a una significativa parte de la población y que puede dar lugar al desarrollo de síntomas postraumáticos que afectan notablemente a la vida de las víctimas. La realización de una fase de evaluación adecuada, junto con un enfoque terapéutico familiar han mostrado resultados positivos en contextos de trauma. El propósito de este estudio es determinar cuáles son las entrevistas usadas en la fase de evaluación en terapia familiar en situaciones de trauma vividas por menores. Se realizó un proceso de revisión a través de las bases de datos *Scopus*, *Web of Science*, *PsycInfo* y *PsicoDoc*. Siguiendo la propuesta PRISMA para la realización de revisiones sistemáticas, cinco artículos fueron seleccionados y analizados, contando con unos adecuados niveles de calidad. Se encontró que la mayoría de los participantes pertenecían a comunidades con situaciones socioeconómicas precarias, en cuyas evaluaciones se dio un limitado uso de entrevistas específicas y en las que se centraron en la valoración de sintomatología postraumática, sintomatología depresiva, situaciones vitales estresantes y funcionamiento familiar, tanto a través de entrevista como de pruebas objetivas específicas. Esta revisión permite señalar la limitada investigación sobre este tema, así como la necesidad del desarrollo de un protocolo de evaluación estandarizado para situaciones traumáticas en la familia, detallando las áreas a valorar y con el objetivo de mejorar la delimitación del problema de cara al inicio de un tratamiento psicológico con la familia.

Palabras clave: Evaluación psicológica, entrevista, terapia familiar, trauma infantil, revisión sistemática

Abstract

Experiencing traumatic situations during childhood and adolescence is a significant health problem that can lead to the development of posttraumatic symptoms, which can significantly affect the victims' lives. Adequate assessment and a family therapeutic approach have shown positive results in trauma contexts. The purpose of this study is to determine which interviews are used in the assessment phase of family therapy in situations of trauma experienced by minors. A review process was carried out through the *Scopus*, *Web of Science*, *PsycInfo*, and *PsicoDoc* databases. Following the PRISMA proposal for conducting systematic reviews, five articles were selected and analyzed, with appropriate levels of quality. It was found that most participants belonged to communities with poor socioeconomic situations, with limited use of specific interviews in their evaluations, focusing on the assessment of posttraumatic symptomatology, depressive symptomatology, stressful life situations, and family functioning, both through interviews and specific objective tests. This review highlights the limited research on this topic and the need for the development of a standardized assessment protocol for traumatic situations in the family, detailing the areas to be assessed and aiming to improve the delimitation of the problem for the start of psychological treatment with the family.

Keywords: Psychological Assessment, Interview, Family Therapy, Child Trauma, Systematic Review

Al hablar de trauma se hace referencia a las consecuencias de una exposición a situaciones que suponen una amenaza al propio bienestar y supervivencia. De esta forma, son diversos los estresores causantes de una reacción traumática. Autores como Allen et al. (2008) propusieron una clasificación según etiología e implicación personal de cada uno de los estresores traumáticos. Los autores señalaron diferencias entre los estresores impersonales, como podría ser una catástrofe natural; estresores interpersonales, relativos a la acción intencional de terceras personas (e.g. un accidente de tráfico); y estresores con origen en las relaciones de apego. Estos últimos hacen mención aquellas situaciones de negligencia, violencia o descuido reiterado en el cuidado primario de los menores por parte de sus progenitores (Allen et al., 2008). Así, el periodo infantil y la adolescencia son fases especialmente vulnerables en tanto en cuanto a la vivencia de una experiencia traumática y sus consecuencias.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) señala que unos 300 millones de niños entre 2 y 4 años sufren con regularidad castigos corporales o violencia psicológica por parte de sus padres o cuidadores. A su vez esta organización indica como una de cada 5 mujeres, así como uno de cada 13 hombres señala haber sufrido abuso sexual en la infancia (OMS, 2022).

Estos datos resultan similares a nivel nacional como se presenta a continuación. De esta forma, el Boletín de Datos Estadísticos de Medidas de Protección a la Infancia informó de un total de 19.773 notificaciones por riesgo de maltrato infantil en el año 2019 (Observatorio de la Infancia, 2020). Esta cifra abarcó situaciones de maltrato físico, emocional, abuso sexual y negligencia, encontrado tasas de hasta el 44.27% en este último tipo de maltrato, seguido de las denuncias por maltrato emocional (Observatorio de la Infancia, 2020).

A estas estadísticas se le suman los datos objetivados en un estudio observacional realizado por Solís-García y colaboradores (2018) donde se evidenciaron altas tasas de maltrato infantil en pacientes menores de 16 años (n=404) que acudieron a urgencias pediátricas entre 2008 y 2017. Así, estos autores registraron una prevalencia de hasta el 40.6% de maltrato físico en los menores ingresados, seguida de negligencia (35.1%), abuso sexual infantil (25.5%) y abuso emocional (7.4%) (Solís-García et al., 2019).

De este modo, se ha visto que el trauma infantil se ha asociado a dificultades vitales a largo plazo como poca expectativa de mejora, dificultades educativas y laborales, desarrollo de psicopatología y resistencia al tratamiento (Jaffee et al., 2018; Schaefer et al., 2018; Nanni et al., 2012). La vivencia de niños y adolescentes de una situación traumática se ha relacionado con el riesgo de desarrollar Trastorno de estrés Postraumático (TEPT), así como otras consecuencias a nivel conductual, emocional o cognitivo.

En esta línea, en un metaanálisis realizado por Fletcher (2003) se observó una prevalencia de sintomatología postraumática en adolescentes y niños de hasta un 36%. Asimismo, se ha objetivado que esta afectación puede variar por los diferentes factores y circunstancias a los que está expuesto el menor, como pueden ser el tipo de trauma, frecuencia y severidad de la exposición desde la sucesión del evento traumático (Carr, 2004; Donnelly, 2002). A su vez, diferentes autores han evidenciado el empeoramiento en las relaciones familiares tras la vivencia de un trauma, baja satisfacción con las relaciones, pobre ajuste relacional, violencia familiar, desarrollo de psicopatología en el resto de los miembros de la familia (Galovski, 2004; Goff, 2007; Glenn, 2002; Jordan, 1992).

Uno de los mayores desafíos para el terapeuta de la víctima de una situación traumática es determinar cuales, en efecto, han sido los problemas que envuelven las reacciones estresantes (Frueh et al., 2012). La evaluación psicológica inicial es esencial para la conceptualización del caso, la selección y posterior implementación de la intervención, así como para el seguimiento del progreso de los pacientes (Scott y Lewis, 2015). Así se ha visto que la intervención en salud basada en medidas estandarizadas ha proporcionado resultados positivos en terapias con adultos (Lewis et al., 2015, 2018; Oslin et al. 2014), no obstante, la evidencia sobre la implementación de esta metodología en niños es mucho menor (Elmquist et al., 2010).

En este sentido, existen diversas entrevistas y herramientas especialmente diseñadas para la valoración del TEPT en la infancia (Frueh et al., 2012). La evidencia destaca herramientas como el *Trauma Symptom Checklist for Young Children* (TSCYC, Briere, 2005), así como entrevistas especialmente diseñadas para este propósito como la *Traumatic Events Screening Inventory* (TESI-C; Daviss et al., 2000; Ford et al.; 2000), aunque autores han señalado el uso de la entrevista clínica o entrevista semiestructurada junto con pruebas psicológicas específicas como adecuadas para la valoración de TEPT en niños (Frueh et al.; 2012)

Por su parte, se ha comprobado que el tratamiento del TEPT y sus síntomas en niños puede realizarse de diferentes maneras; el uso de la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma (Cohen et al., 2006) ha recibido un sustancial apoyo empírico, aunque una revisión sistemática reciente (Gillies et al., 2016) señala el uso de otros tratamientos psicológicos tales como terapia familiar, psicoeducación, entrenamiento de habilidades, EMDR o terapias de exposición.

Sobre el uso de la terapia familiar para la intervención en trauma infantil, se ha mostrado como la segunda intervención más utilizada después de la terapia cognitivo

conductual (Gillies et al., 2016). En este tipo de casos la terapia psicológica enfocada al trabajo familiar tiene como objetivo el tratamiento de los síntomas o del TEPT asociado a esta experiencia (Forman-Hoffman, 2013). De esta forma, la inclusión de los padres ha dado lugar a unos mejores resultados terapéuticos, optimizando la efectividad de la terapia mediante la mejora del reconocimiento de los síntomas traumáticos de los niños y adolescentes por parte de los progenitores (Cohen, 2010). Asimismo, el trabajo familiar de traumas infantiles ha probado una mayor habilidad de los padres para manejar las alteraciones emocionales de sus hijos, además de lidiar de forma adaptativa con los posibles problemas conductuales asociados (Cohen, 2010).

Los resultados positivos de la terapia familiar en situaciones traumáticas de menores, así como la necesidad imperante de realizar un mayor énfasis en la evaluación psicológica del trauma en menores, son los que incrementan el interés en las herramientas utilizadas para este propósito, además de la relación de las mismas con el resultado del proceso terapéutico.

Por ello, el **objetivo general** de esta revisión sistemática es examinar la literatura científica en busca de las diferentes entrevistas utilizadas en terapia familiar en situaciones traumáticas vivenciadas por niños y adolescentes

Método

La estrategia de búsqueda y proceso de cribado desarrollado en esta revisión sistemática se ha realizado según la declaración PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*) (Moher et al., 2015).

El protocolo utilizado en esta revisión ha sido aprobado por el Comité de Ética e Integridad en la Investigación de la Universidad Miguel Hernández (Código de

Investigación Responsable: TFM.MPG.MVPJ.SGS.221129) a fecha de 29 de noviembre de 2022.

Criterios de elegibilidad

Para la realización de esta revisión sistemática se realizó una búsqueda inicial con términos directamente relacionados con el tema principal (e.g. entrevista en terapia familiar, trauma infantil y familia, etc.), tras la cual se delimitaron como criterios de inclusión para los artículos seleccionados: 1) Artículos en los que se realice terapia familiar; 2) artículos en los que se realice una entrevista como método de evaluación; 3) artículos en los que se trabaje con pacientes con trauma infantil; 4) artículos científicos y 5) ensayos clínicos.

Por su parte, se establecieron como criterios de exclusión: 1) Intervenciones con la familia, aunque no en un contexto relacionado con el trauma infantil; 2) uso de la entrevista en intervenciones de trauma infantil que no involucren a la familia; 3) uso de la entrevista de forma posterior a la terapia familiar (e.g. valoración cualitativa de la intervención) y 4) revisiones sistemáticas o metaanálisis.

Fuentes de información y estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda se realizó entre septiembre de 2022 y noviembre de 2022. Para el desarrollo de la búsqueda se incluyeron aquellos términos incluidos en el título-resumen-palabras clave (*title-abstract-keywords*). Las bases de datos utilizadas fueron *Scopus*, *Web of Science*, *PsychInfo* y *PsicoDoc*. Dada la escasa cantidad de resultados, se concluyó no incluir términos *Mesh* en la búsqueda. Las búsquedas en las bases de datos se realizaron con los filtros 1) artículos publicados desde el año 2012 hasta el año 2022, 2) artículos en inglés y 3) artículos en castellano.

Las ecuaciones de búsqueda utilizadas en las bases de datos y las palabras clave seleccionadas se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1
Ecuaciones de búsqueda utilizadas en las bases de datos

Base de datos	Ecuación de búsqueda
Scopus	(TITLE-ABS-KEY ("therapy" OR "intervention") AND TITLE-ABS-KEY ("family" OR "child parent relation") AND TITLE-ABS-KEY ("interview") AND TITLE-ABS-KEY ("trauma")) (TITLE-ABS-KEY ("therapy" OR "intervention") AND TITLE-ABS-KEY ("family") AND TITLE-ABS-KEY ("interview") AND TITLE-ABS-KEY ("traumatic stress" OR "PTSD")) (TITLE-ABS-KEY ("therapy" OR "intervention") AND TITLE-ABS-KEY ("attachment") AND TITLE-ABS-KEY ("interview") AND TITLE-ABS-KEY ("trauma")) (TITLE-ABS-KEY ("narrati*") AND TITLE-ABS-KEY ("family") AND TITLE-ABS-KEY ("interview") AND TITLE-ABS-KEY ("trauma"))
Web of Science	((AB=("therapy" OR "intervention")) AND AB=(family OR "child parent relation")) AND AB=(interview) AND AB=(trauma) (((AB=("therapy" OR "intervention")) AND AB=(family)) AND AB=(interview) AND AB=("traumatic stress" OR "PTSD")) (((AB=("therapy" OR "intervention")) AND AB=("attachment")) AND AB=(interview) AND AB=("trauma")) (((AB=("narrati*")) AND AB=("family")) AND AB=(interview) AND AB=("trauma"))
PsychInfo	AB ("therapy" OR "intervention") AND AB ("family" OR "child parent relation") AND AB ("interview") AND AB trauma AB ("therapy" OR "intervention") AND AB ("family") AND AB ("interview") AND AB ("traumatic stress" OR "PTSD") AB ("therapy" OR "intervention") AND AB "attachment" AND AB ("interview") AND AB "trauma" 'AB ("therapy" OR "intervention") AND AB ("family") AND AB "narrati*" AND AB "trauma"
PsicoDoc	AB (terapia OR intervención) AND AB (familia OR "relación padre hijo") AND AB "entrevista" AND AB "trauma" AB (terapia OR intervención) AND AB (familia OR "relación padre hijo") AND AB "entrevista" AND AB ("estrés postraumático" OR TEPT) AB (terapia OR intervención) AND AB apego AND AB entrevista AND AB trauma AB (terapia OR intervención) AND AB familia AND AB narra* AND AB trauma

Proceso de selección de estudios

Tras la obtención de todos los artículos y trabajos académicos, la selección bibliográfica se realizó usando el gestor bibliográfico Mendeley Desktop 1.19.8.

Mediante esta herramienta se eliminaron los duplicados de los trabajos y se elaboró la selección de artículos de cara al vaciado de resultados.

Se elaboró un primer cribado tras lectura de título y palabras clave. Tras la eliminación de los artículos no relacionados, se realizó un segundo cribado mediante la lectura de los resúmenes de los artículos restantes. Finalmente, se ejecutó una lectura completa del contenido de los artículos restantes, substrayendo los trabajos que se incluyen en la presente revisión.

El proceso detallado de selección de los estudios de esta revisión sistemática de muestra en la Figura 1.

Proceso de extracción de datos

La organización de los datos se elaboró utilizando el programa Excel. Las categorías seleccionadas para la extracción de datos fueron: nombre de los autores, año de publicación del estudio, diseño del estudio, nombre de la entrevista utilizada, características principales de la entrevista, uso adicional de pruebas psicométricas/estandarizadas y tipo de trauma evaluado.

Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios individuales

La evaluación del riesgo de sesgo se realizó a través del "Study Quality Assessment Tools" del the National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI, 2019). El objetivo de esta herramienta es ayudar a los revisores a valorar la validez interna de, en este caso, las revisiones sistemáticas. Entre los criterios de validez de la herramienta se plantea la adecuación de la pregunta de investigación o el uso de una estrategia de búsqueda sistematizada, entre otros. De este modo, se valoró la validez y riesgo de sesgo del presente trabajo, así como la calidad de cada uno de los artículos seleccionados para su revisión.

Los estudios se valoraron según el cumplimiento de los 12-14 criterios de la herramienta según el tipo de estudio. Así, se consideraron como estudios de baja calidad aquellos que cumpliesen 3 o menos criterios, de calidad moderada aquellos que cumpliesen de 4 a 8 criterios y de alta calidad aquellos con 9 o más criterios cumplidos. Aquellos estudios considerados de baja calidad fueron excluidos del proceso de revisión.

Resultados

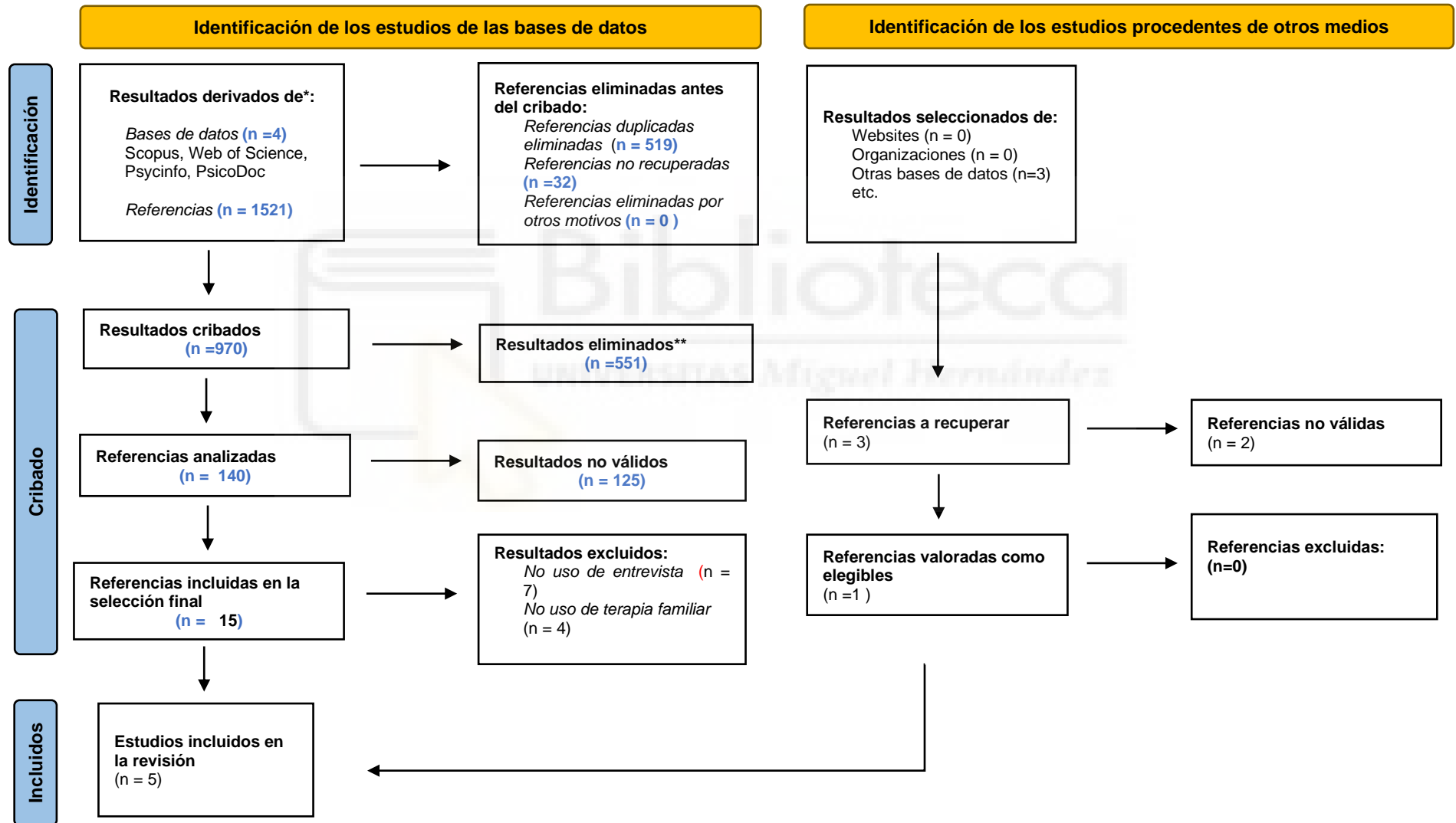
Selección de los estudios

Tras la búsqueda sistematizada a través de las bases de datos se obtuvieron un total de 1521 resultados. A través del gestor bibliográfico se eliminaron un total de 519 referencias duplicadas, así como 32 referencias no recuperables. Se consideraron como no recuperables aquellas referencias sin título o con títulos encriptados. Posteriormente, se comenzó la revisión de los estudios por título, resumen y palabras clave, de la que se descartaron 675 referencias al no encontrarse relacionadas con el objetivo de la revisión o al no ser posible su recuperación (imposibilidad de acceder a través de la Institución educativa u otros medios).

Así, tras este primer cribado se consideraron 15 artículos para la valoración completa, de los cuales se incluyeron como artículos para la revisión un total de 4. A través de otras bases de datos se incluyó un artículo, siendo el número final de artículos incluidos en la presente revisión sistemática de 5. El proceso completo de selección de los estudios se muestra en la Figura 1.

Figura 1

Diagrama de flujo del proceso de selección de los estudios



Características de los estudios

Detalles y objetivos de los artículos seleccionados

Tras el cribado de las referencias obtenidas, los artículos seleccionados dataron de los años 2015, 2017, 2018 y 2022. En este sentido, no se han revisado artículos con fecha de publicación anterior que cumpliesen con los criterios de inclusión para esta revisión. De este modo, el 40% de los estudios con uso de entrevista en terapias con todos los miembros de la familia fueron estudios de caso (Obasaju y LiVecchi, 2018; Veronese et al., 2015). Salloum et al., (2022) realizaron la intervención familiar mediante un ensayo clínico aleatorizado, mientras que Hagan et al., (2017) realizaron un análisis prospectivo de cohortes. Por último, Collins et al., (2015) diseñaron la intervención en el contexto traumático mediante un estudio piloto de un tratamiento específico con familias.

Respecto a los objetivos de los estudios seleccionados, en primer lugar, Salloum et al. (2022) realizaron una comparación de los resultados secundarios tras la intervención con familias con tratamiento cognitivo-conductual centrado y no centrado en el trauma, respectivamente. Por otro lado, Hagan et al. (2017) investigaron el efecto de las características de cuidadores, hijos y tipo de tratamiento en la sintomatología de padres y menores en intervenciones padre-hijo. El resto de los estudios analizados, de naturaleza descriptiva, se centraron en ilustrar propuestas terapéuticas en familias expuestas a situaciones traumáticas de cara a mejorar su situación clínica (Obasaju y LiVecchi, 2018; Veronese et al., 2015); o bien con el propósito de reducir o paliar los factores de riesgo asociados al malestar de las familias (Collins et al., 2015), promocionando así un aumento de bienestar.

Características de las familias

La muestra en la que se centraron los estudios fue de familias expuestas a situaciones traumáticas. Así, Salloum et al., (2022) trabajó con un total de 61 familias (n=183), incluyendo en su estudio ambos progenitores y un hijo. Hagan et al., (2017), trabajó con un total de 199 familias (n=398), estando en este caso las unidades familiares formadas por diadas padre-hijo. Collins et al., (2015), por su parte, trabajaron con un total de 36 familias (n=177), trabajando con ambos progenitores y todos los menores de la familia. Por último, en el caso de Veronese et al., (2015) y Obasaju y LiVecchi (2018), estos autores trabajaron con unidades unifamiliares de 2 y 4 miembros respectivamente.

Sobre el nivel socioeconómico de las familias, el 80% de los artículos revisados hacían referencia a muestras con bajos niveles de ingresos, en situaciones de discriminación o pertenecientes a comunidades desfavorecidas (Obasaju y LiVecchi, 2018; Hagan et al., 2017; Collins et al., 2015; Veronese et al., 2015). A nivel clínico, la totalidad de las familias intervenidas sufrían de sintomatología postraumática, tal como hipervigilancia, ansiedad, estrés, hiperactivación o reexperimentación del evento traumático (Salloum et al., 2022; Obasaju y LiVecchi, 2018; Hagan et al., 2017; Collins et al., 2015; Veronese et al., 2015).

Objetivo, identificación y características de las entrevistas

Respecto a las entrevistas usadas como método de valoración de las familias de forma previa al tratamiento, no se ha objetivado un uso generalizado de entrevistas específicamente diseñadas para la valoración de situaciones o sintomatología traumática en menores. Solamente de los estudios de Hagan et al., (2017) y Collins et al., (2015) se desprende la utilización de entrevistas con el objetivo de explorar el historial traumático y exposición de los miembros de la familia a situaciones traumáticas. Sobre estos

estudios, cabe destacar el uso compartido de la herramienta TESI (Ghosh Ippen et al., 2002) como método de valoración de los eventos traumáticos en menores, usando la versión hetero-informada por los padres (TESI-PRR), así como la versión específica para niños (TESI-C) respectivamente.

Entre las particularidades de la TESI-C destacan el análisis de experiencias traumáticas tales como violencia de pareja/comunitaria, desastres, abuso o acoso sexual, hospitalizaciones y daños. Esta herramienta cuenta con una serie de preguntas adicionales a cada ítem que lo compone con el objeto de determinar el nivel de amenaza percibido por el menor (Collins et al., 2015). La entrevista TESI-PRR, por otra parte, está compuesta por un mayor número de ítems que la versión específica de niños (16 ítems), contando con 24 ítems heteroaplicados a los progenitores (Hagan et al., 2017).

Es el estudio de Hagan et al., (2017) el que mayor número de entrevistas realiza como método evaluativo de las familias. Los autores utilizan hasta cuatro herramientas psicológicas específicas en formato de entrevista para el análisis de la situación traumática familiar. De esta forma, se valoró la presencia de síntomas postraumáticos en los menores afectados mediante la TSCYC (Briere et al., 2001), los síntomas postraumáticos en padres y cuidadores mediante la PSSI (Foa et al., 1993), la exposición de los niños a eventos traumáticos a lo largo de su vida a través de la TESI-PRR (Ghosh Ippen et al., 2002), así como la ocurrencia de estresores vitales de los progenitores mediante la LSC-R (Wolfe et al., 1996).

Por otra parte, el uso de entrevistas basadas en los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico DSM (APA 2013; 2015) resulta frecuente en el resto de los estudios analizados. Para la valoración de sintomatología y presencia de posibles trastornos tras la vivencia del evento traumático Veronese et al., (2015) acuden al uso

Tabla 2*Características de los estudios, muestra y contexto traumático de las intervenciones familiares*

Autor, año de publicación	Diseño del estudio	Objetivo del estudio	Número de participantes	Nivel socioeconómico	Síntomas de TEPT en menores	Contexto traumático
Collins et al. (2015)	Estudio piloto	Descripción de intervención con familias	n=177	Bajo	Sí	Menores expuestos a situaciones traumáticas relacionadas con la victimización, violencia u otras situaciones traumáticas en sus hogares y comunidades.
Hagan et al. (2017)	Estudio prospectivo de cohortes	Estudio del efecto de características personales y tratamiento en la salud de las familias	n=398	Bajo	Sí	Familias cuyos hijos habían sido testigos de una situación traumática de tipo interpersonal, tal como violencia comunitaria, violencia doméstica o muerte de un cuidador.
Obasaju y LiVecchi (2018)	Estudio de caso	Descripción de intervención con familias	n=2	Bajo	Sí	Madre e hija con un trauma intergeneracional y una situación de acoso escolar por su condición de inmigrante.
Salloum et al. (2022)	Ensayo clínico aleatorizado	Comparación de tratamientos	n=183	-	Sí	Familias con menores expuestos a trauma
Veronese et al. (2015)	Estudio de caso	Descripción de intervención con familias	n=4	Bajo	Sí	Familias israelíes afectadas por trauma severo tras un ataque por un misil.

Nota: - = No indicado.

de una entrevista clínica-diagnóstica (Gabbard, 1995; APA, 2013), aunque sin especificar la exploración específica de unos síntomas u otros. En esta línea, Salloum et al., (2022) utilizan la entrevista diagnóstica SCID-I (First et al., 2015); ahora bien, los autores en este caso si indican la exploración específica de síntomas asociados al TEPT, diagnóstico de TEPT, así como al Trastorno de Depresión Mayor en la muestra de progenitores de víctimas de situaciones traumáticas.

A diferencia del uso integral de la entrevista diagnóstica del DSM-5 (APA, 2013) para la valoración integral de todos los miembros de la familia en el estudio de Veronese et al., (2015), Salloum et al., (2022) utilizan este método de evaluación de forma exclusiva para los progenitores, sin darse el uso de la entrevista para la valoración de malestar, sintomatología estresante u ocurrencia de estresores vitales, entre otros constructos, para los menores envueltos en la situación de trauma.

En último lugar, Obasaju y LiVecchi (2018) evalúan el contexto que rodea al problema clínico a través de la *Cultural Formulation Interview* (CFI) (APA, 2013), considerando los puntos de vista de todos los miembros de la familia. Otras áreas que explora esta entrevista son identificación de síndromes culturales, trastornos específicos de grupos concretos, idiomas culturales del distrés, maneras culturales específicas de mostrar el distrés y explicaciones culturales de las causas percibidas. De este modo, los autores exploran aspectos relacionados con la identidad cultural del cliente, el uso de la cultura del cliente para conceptualizar sus síntomas y signos de distrés, aspectos culturales y psicosociales del estrés, resiliencia y apoyo, diferencias culturales entre cliente y terapeuta; influencia de la relación terapéutica y como usar la información obtenida para desarrollar un plan de tratamiento (Obasaju y LiVecchi, 2018).

Uso adicional de pruebas psicológicas

Relativo al proceso de evaluación, el 60% de los estudios analizados acudió al uso de herramientas psicológicas adicionales para llevar a cabo la valoración (Salloum et al., 2022; Hagan et al., 2017; Collins et al., 2015).

De este modo, Salloum et al., (2022) valoraron en los menores la presencia de problemas internalizantes y externalizantes, problemas de ira o de sueño. En el caso de los progenitores, los autores evaluaron de forma adicional a la entrevista la posible presencia de sintomatología postraumática, depresión, ansiedad, estrés y estresores vitales (Salloum et al., 2022). Hagan et al., (2017) en la fase inicial de la evaluación valoraron la presencia de sintomatología postraumática, siendo el uso de herramientas psicológicas reducido en este caso. Por último, los constructos medidos a través de pruebas psicológicas en el estudio de Collins et al. (2015) son la mayoría, valorando de esta manera estresores vitales, síntomas postraumáticos y depresivos en cuidadores, así como sintomatología postraumática en menores y funcionamiento familiar general.

Eventos traumáticos y estresantes de las familias

Otro elemento clave en el examen de los estudios seleccionados es el contexto traumático en el que se desarrollaron tanto las evaluaciones como la intervención con las familias. De este modo, todas las familias objeto de intervención en estos estudios contaban, como mínimo, con un hijo que había experimentado al menos una situación traumática a lo largo de todo su recorrido vital. Concretamente, los menores expuestos a tratamiento con sus familias en el trabajo de Salloum et al., (2022) habían experimentado al menos un evento traumático después de los 36 meses de vida, no obstante, los autores no especifican la etiología traumática de estas situaciones.

En línea con esto, se ha comprobado la significativa ocurrencia del uso de la entrevista y terapia familiar en contextos en los que los menores han sido expuestos a

situaciones relacionadas con la victimización, violencia en el hogar, muerte de un cuidador o en la comunidad en la que residen (Collins et al., 2015; Hagan et al., 2017). Otros autores como Obasaju y LiVecchi (2018) exponen una situación de trauma intergeneracional de una niña dominicana que, a su vez, también se encuentra expuesta a una situación de violencia comunitaria, además de ser víctima de acoso escolar por su situación de inmigrante. Por su parte, Veronese et al., (2015) se centraron en la intervención con una familia israelí víctima de un ataque aéreo por un misil a su comunidad durante el conflicto armado de Israel-Líbano en el año 2006.

Los resultados y características de los trabajos académicos valorados se exponen en las Tablas 2 y 3.

Riesgo de sesgo de los estudios individuales

Los resultados tras el análisis del sesgo mostraron que el nivel general de calidad de los estudios seleccionados puede considerarse moderado. Concretamente, al valorar los criterios cumplidos por cada uno de los estudios en sus respectivas categorías dentro de la herramienta de calidad, vemos que los estudios con un mayor número de criterios cumplidos son los estudios de Salloum et al., (2022) y Hagan et al., (2022), con niveles altos de calidad. Por su parte, el resto de los estudios analizados contaron con niveles moderados de calidad (Collins et al., 2015; Obasaju y LiVecchi, 2018; Veronese et al., 2015). Ningún estudio fue descartado debido a niveles bajos de calidad y riesgo de sesgo.

Tabla 3

Características de las entrevistas y pruebas psicológicas usadas en terapia familiar en contexto de trauma infantil

Autor, año de publicación	Nombre de la entrevista	Características y propiedades	Objetivo de la entrevista	Uso adicional de pruebas	Constructos adicionales
Collins et al. (2015)	Traumatic Events Screening Inventory – Children Version (TESI-C) (Ghosh Ippen et al., 2002)	<ul style="list-style-type: none"> La herramienta TESI-C: Compuesta por 16 ítems. Explora la historia y actual exposición de los niños a experiencia traumáticas. 	Evaluar el historial de exposición de los niños a eventos traumáticos.	Sí	Funcionamiento familiar Menores: Estresores vitales, síntomas de TEPT, depresión Padres: Síntomas de TEPT
Hagan et al. (2017)	Posttraumatic Stress Scale from the Traumatic Symptoms Checklist for Young Children (TSCYC) (Briere et al., 2001)	<ul style="list-style-type: none"> La herramienta TSCYC: Evalúa síntomas postraumáticos en niños <p>Cuenta con 30 ítems y tres escalas Alta fiabilidad y validez predictiva Fue usada en forma de entrevista.</p>	TSCYC: evaluar síntomas postraumáticos de los menores.	Sí	Síntomas de TEPT
	Posttraumatic Stress Scale Interview (PSSI) (Foa et al., 1993)	<ul style="list-style-type: none"> La herramienta PSSI: Evalúa síntomas postraumáticos de los cuidadores y la efectividad de la terapia padre-hijo. <p>17 ítems Basada en los criterios TEPT del DSM-IV (APA, 1994).</p>	LSC-R: evaluación de la exposición a eventos traumáticos de los progenitores.		
	Traumatic Events Screening Inventory-Parent Report Form, Revised (TESI-PRR) (Ghosh Ippen et al., 2002)	<p>Usada en forma de entrevista.</p> <ul style="list-style-type: none"> La herramienta TESI-PRR: Inventario de 24 ítems. 	TESI-PR-R: valoración de eventos traumáticos infantiles.		
	Life Stressors Checklist-Revised (LSC-R) (Wolfe et al., 1996)	<p>Evalúa la exposición de los niños a situaciones traumáticas a lo largo de su recorrido vital Usada en forma de entrevista.</p> <ul style="list-style-type: none"> La herramienta LSC-R: 			

		30 ítems Evalúa la ocurrencia de eventos vitales estresantes. Usada en forma de entrevista.			
Obasaju y LiVecchi (2018)	Cultural Formulation Interview (CFI) (American Psychiatric Association, 2013)	Esta entrevista mide las áreas relacionadas con la identidad y diferencias culturales, estrés y posibles usos terapéuticos.	Valorar el entendimiento del problema, influencia del ambiente, percepción de la causa del problema y las estrategias de afrontamiento usadas.	No	-
Salloum et al. (2022)	SCID-I: Research version (First et al., 2015)	Entrevista semiestructurada	Diagnóstico TEPT o de Trastorno de Depresión Mayor.	Sí	Menores: Problemas internalizantes/externalizantes, de ira y sueño Padres: síntomas de TEPT, depresión, ansiedad y estrés
Veronese et al. (2015)	Entrevista clínica-diagnóstica (Gabbard, 1995)	Entrevista basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 2013).	Valoración de los síntomas presentados por cada uno de los miembros de la familia.	No	-

Nota: - = No se indica.

Discusión

Los hallazgos de la presente revisión sistemática han proporcionado un resumen de las entrevistas usadas en la valoración de familias en tratamiento psicológico en contextos de trauma infantil. Estos resultados se han centrado principalmente en aquellas familias incluidas en un contexto desfavorecido, de discriminación o con un nivel socio-económico bajo. Estos datos son congruentes con lo señalado en la literatura científica. Diferentes autores han observado como aquellos menores de clase socioeconómica más baja referían un mayor número y variedad de eventos estresantes (Rodríguez Espinola, 2011; El-Khodary et al., 2020). Y es que pertenecer a un entorno con menores recursos se ha relacionado con una menor atención y consideración con los menores, aumentando la probabilidad de exposición a potenciales sucesos vitales estresantes (Echeburúa, Corral y Amor, 1998).

Estos datos resultan congruentes con el desarrollo de sintomatología postraumática en los menores expuestos a situaciones significativamente estresantes que se ha encontrado en esta revisión. El bajo nivel socioeconómico es un potente factor de riesgo que se ha relacionado con el desarrollo de trastornos del estado de ánimo, trastornos psicóticos y otras afecciones mentales (Kivimäki et al., 2020). Así, un bajo estatus social junto con la vivencia de estresores vitales de importancia, traumas personales o interpersonales se ha relacionado con el desarrollo de síntomas de TEPT en niños (El-Khodary et al., 2020). No obstante, es importante señalar como ninguno de estos factores incrementa tanto el riesgo de forma que se pueda predecir quien desarrollará TEPT (Ozer et al., 2003; Brewin et al., 2000).

La naturaleza del trauma también supone un factor clave en tanto en cuanto a las consecuencias de las víctimas. Los resultados de un metaanálisis realizado por Alisic et al. (2014) señalan como el 25% de menores expuestos a traumas de tipo interpersonal cumplían los criterios para de diagnóstico de TEPT. Aunque un trauma interpersonal no tenga que

suponer una amenaza para la vida de la persona, se ha relacionado con un empeoramiento en el bienestar de estas, en especial si está relacionado con personas cercanas a su entorno (Freyd et al., 2007). Estos datos resultan congruentes con los resultados encontrados, observando la presencia de diversa psicopatología en los estudios, siendo la mayoría de los traumas vivenciados de tipo interpersonal.

Por su parte, los resultados de esta revisión señalaron que la exploración psicopatológica de síntomas postraumáticos se ha realizado tanto a los progenitores como a los menores expuestos al trauma. De esta forma, la dinámica de evaluación va en consonancia con los objetivos de tratamiento enfocados por diversos autores, siendo común el desarrollo de sintomatología traumática en cuidadores, con frecuencia más grave que la de sus propios hijos (Brown et al., 2019). La presencia de síntomas de TEPT o depresión en los progenitores se ha relacionado con el desarrollo y agravamiento de las mismas afecciones en los hijos, estando estas directamente relacionadas con el trauma (Morris et al., 2016; Scheeringa et al., 2015).

Un metaanálisis reciente señala el interés de evaluar estos constructos al ser los padres expuestos a situaciones traumáticas de sus hijos los beneficiarios de prevención y tratamiento de sintomatología o posible diagnóstico de TEPT (Pinquart, 2019). Igualmente, autores señalan la importancia de tratar estos síntomas postraumáticos de forma conjunta con padres e hijos (Brown et al., 2020), acrecentando así la importancia de la valoración previa de los síntomas en cuidadores y progenitores.

Normalmente, en el ámbito clínico enfocado al trauma, la evaluación del historial y sintomatología postraumática de los menores es realizada a través de entrevista y cuestionarios auto o heteroinformados (Frueh et al., 2012), tal y como sucede en el 60% de los estudios analizados. No obstante, esta metodología resulta insuficiente si no se hace

énfasis ya no solo sintomatología e historial traumático, también en las alteraciones de las capacidades de autorregulación del menor. Es la restauración de estas capacidades el objetivo principal del tratamiento (Frueh et al., 2012). En este sentido, solo los estudios de Salloum et al., (2022) y Obasaju y Livecchi., (2013) se centran en la valoración de estas capacidades. Sin embargo, estos autores no valoran el historial y sintomatología traumáticos respectivamente.

En relación con esto, una de las principales fuentes de falsos negativos en el ámbito de la evaluación psicológica es el desconocimiento, tanto por parte del técnico como de los progenitores de los síntomas concretos que sufren los menores (Cohen et al., 2009). Mediante el uso de una entrevista integral, rigurosa y estandarizada, tanto a cuidadores como a los menores suficientemente mayores, el riesgo de caer en falsos positivos y negativos desciende (Cohen et al., 2009). En el caso que nos ocupa, no se desprende el uso de una entrevista con estas características en ninguno de los artículos seleccionados para esta revisión. Solamente en el caso de los estudios de Obasaju y LiVecchi (2018) y Veronese et al., (2015) se utilizan entrevistas en el que se valora de forma integral a progenitores y menores. No obstante, estas entrevistas no son específicas para muestras que han estado en contacto con situaciones traumáticas, resultandos insuficientes y no cumpliendo con los parámetros recomendados para determinar la presencia de síntomas de TEPT y los eventos desencadenantes de estos.

Del mismo modo, en ninguno de los estudios revisados se hace referencia a valoraciones combinadas de lo manifestado por padres e hijos de forma separada. Autores han señalado tasas diagnósticas en menores de hasta el 40% en cuando se combinan ambas valoraciones (Meiser-Stedman et al., 2008; Scheeringa et al., 2006). Estos datos evidencian ciertas limitaciones, no permitiendo delimitar de forma precisa la presencia o ausencia de un posible diagnóstico de TEPT.

Sobre la evaluación clínica en niños, existe debate sobre si los criterios diagnósticos del DSM (APA, 2013) describen adecuadamente la psicopatología en víctimas que han experimentado trauma severo (Briere y Spinazzola, 2005). No obstante, se ha observado que el uso de entrevista clínica, así como de los criterios diagnósticos del DSM (APA, 2013) discriminan adecuadamente sobre la presencia de síntomas del TEPT en menores (Cohen et al., 2009). Este método de evaluación se intuye del estudio de Veronese et al. (2015), aunque la parquedad de detalles sobre el proceso evaluador no ha permitido concluir sobre este punto. Resulta interesante señalar que con la administración de los criterios diagnósticos del DSM (APA, 2013) la especificidad ha resultado notablemente elevada, reduciéndose los diagnósticos de TEPT en menores de forma significativa (Cohen et al., 2009).

A la luz de las evidencias, no se desprende el uso generalizado de un protocolo estandarizado y específico para la valoración del trauma infantil en el ámbito familiar. En este sentido, no se han encontrado artículos o trabajos académicos que describan una metodología estandarizada para la evaluación del trauma infantil en las familias, no sucediendo lo mismo con el tratamiento psicológico (McGuire et al., 2021; Fictorie et al., 2020). De esta forma, se hace evidente la necesidad de investigar sobre este punto de cara a optimizar tanto la conceptualización de los problemas de las familias como a alcanzar unos mejores resultados terapéuticos.

Referencias

- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*.
Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V)*. Madrid, España: Panamericana
- Brewin, C.R., Andrews, B., Valentine, J.D. (2000) Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-66.
- Briere, J. & Spinazzola, J. (2005) Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *Journal of Trauma & Stress*, 18, 401-412
- Briere, J. (2005). *Trauma symptom checklist for young children*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Briggs, E. C., Greeson, J. K., Layne, C. M., Fairbank, J. A., Knoverek, A. M., & Pynoos, R. S. (2012). Trauma exposure, psychosocial functioning, and treatment needs of youth in residential care: Preliminary findings from the NCTSN core data set. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 5, 1–15. doi:10.1080/19361521.2012.646413
- Brown, E.J., Goodman, R.F., Cohen, J.A., Mannarino, A.P. & Chaplin, W.F. (2019). An exploratory trial of cognitive-behavioral vs client-centered therapies for child mother dyads bereaved from terrorism. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 13(1), 113-125. <https://doi.org/10.1007/s40653-019-00264-2>
- Cohen, J. A. (2010). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(4), 414–430. doi: 10.1016/j.jaac.2009.12.020

- Cohen, J. A., Mannarino, A., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press.
- Cohen, J.A., Bukstein, O., Walter H., Benson R.S., Chrisman, A., Farchione, T.R., Hamilton, J., Keable, H., Schoettle, U., Siegel, M., Stock, S. & Medicus, J. (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescent with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(4), 414-30.
- Collins, K. S., Freeman, P. A. C., Strieder, F. H., Reinicker, P., & Baldwin, C. (2015). A Pilot Study Examining the Reduction of Trauma Symptomatology in Families to Prevent Child Abuse And Neglect: Trauma Adapted Family Connections. *Journal of Public Child Welfare*, 9(5), 506–527. doi: 10.1080/15548732.2015.1098582
- Daviss, W. B., Mooney, D., Racusin, R., Ford, J. D., Fleischer, A., & McHugo, G. (2000). Predicting post-traumatic stress after hospitalization for pediatric injury. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 576-583.
- Echeburúa, E., Corral, P., & Amor, P. J. (1998). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y modificación de conducta*, 24(96), 527-556.
- El-Khodary, B., Samara, M., & Askew, C. (2020). Traumatic events and PTSD among Palestinian children and adolescents: the effect of demographic and socioeconomic factors. *Frontiers in psychiatry*, 11, 4.
- Elmquist, J. M., Melton, T. K., Croarkin, P., & McClintock, S. M. (2010). A systematic overview of measurement-based care in the treatment of childhood and adolescent depression. *Journal of Psychiatric Practice*, 16, 217–234. doi: 10.1097/01.pra.0000386908.07160.91

- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., & Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 6*(4), 459–473. doi: 10.1002/jts.2490060405
- Ford, J. D., Racusin, R., Ellis, C., Daviss, W. B., Reiser, J., Fleischer, A., & 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.L., Zolotor, A.J., McKeeman, J.L., Blanco, R., Knauer, S.R., Lloyd, S.W., Goldman Fraser, J. & Viswanathan M. (2013). Comparative effectiveness of interventions for children exposed to nonrelational traumatic events. *Pediatrics, 131*(3), 526-39.
- Freyd, J. J., DePrince, A. P., & Gleaves, D. (2007). The state of betrayal trauma theory: Reply to McNally (2007)—Conceptual issues and future directions. *Memory, 15*, 295–311
- Frueh, C., Grubaugh, A., Elhai, J. D., & Ford, J. D. (2012). *Assessment and treatment planning for PTSD*. New York, NY: Wiley. doi: 10.1002/9781118470138
- Gabbard, G. O. (1995). *Treatments of psychiatric disorders: The DSM (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Galovsky, T. & Lyons J.A. (2004). Psychological sequelae of combat violence: A review of the impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions. *Aggression and Violent Behavior, 9*(5), 477-501.
- Ghosh-Ippen, C., Ford, J., Racusin, R., Acker, M., Bosquet, K., Rogers, C., & Edwards, J. (2002). Trauma events screening inventory-parent report revised. *San Francisco: The*

Child Trauma Research Project of the Early Trauma Network and The National Center for PTSD Dartmouth Child Trauma Research Group.

- Gillies, D., Maiocchi, L., Bhandari, A. P., Taylor, F., Gray, C., & O'Brien, L. (2016). Psychological therapies for children and adolescents exposed to trauma. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *10*(10), doi: 10.1002/14651858.CD012371
- Glenn, D.M., Beckham, J.C., Feldman M.E., Kirby A.C., Hertzberg M.A., & Moore, S.D. (2002) Violence and hostility among families of Vietnam veterans with combat-related posttraumatic stress disorder. *Violence and Victims*, *17*(4), 473-89.
- Goff, B. S. N., Crow, J. R., Reisbig, A. M., & Hamilton, S. (2007). The impact of individual trauma symptoms of deployed soldiers on relationship satisfaction. *Journal of Family Psychology*, *21*(3), 344.
- Hagan, M. J., Browne, D. T., Sulik, M., Ippen, C. G., Bush, N., & Lieberman, A. F. (2017). Parent and Child Trauma Symptoms During Child–Parent Psychotherapy: A Prospective Cohort Study of Dyadic Change. *Journal of Traumatic Stress*, *30*(6), 690–697. doi: 10.1002/jts.22240
- Jaffee, S.R., & Price, T.S. (2018). Gene-environment correlations: A review of the evidence and implications for prevention of mental illness. *Molecular Psychiatry*, *12*, 432–442.
- Jonkman, C., Visser, M., Vandenbosch, M., Steketee, M., Schuengel, C., & Fictorie, V. (2022). Effectiveness of a high-intensive trauma-focused, family-based therapy for youth exposed to family violence: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *23*(1).

- Kessler, R.C., McLaughlin, K.A., Green, J.G., Gruebr, M.J., Sampson, N.A... et al (2010) Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry*, 197, 378–85.
- Kivimäki, M., Batty, G. D., Pentti, J., Shipley, M. J., Sipilä, P. N., Nyberg, S. T., Suominen, S.B., Oksanen, T., Stenholm, S., Vitanen, M., Marmot, M.G., Singh-Manoux, A., Brunner, E.J., Lindbohm, J.V., Ferrie, J.E. & Vahtera, J. (2020). Association between socioeconomic status and the development of mental and physical health conditions in adulthood: a multi-cohort study. *The Lancet Public Health*, 5(3), 140-149.
- Lewis, C. C., Scott, K., Marti, C. N., Marriott, B. R., Kroenke, K., Putz, J. W., Mendel, P. & Rutkowski, D. (2015). Implementing measurement-based care (iMBC) for depression in community mental health: A dynamic cluster randomized trial study protocol. *Implementation Science*, 10(127). doi: 10.1186/s13012-015-0313-2
- Mauritz, M., Goossens, P., Draijer, N. & van Achterberg, T. (2013) Prevalence of interpersonal trauma exposure and trauma-related disorders in severe mental illness. *European Journal of Psychotraumatology*, 4. doi: 10.3402/ejpt.v4i0. 19985
- McGuire, A., Steele, R. G., & Singh, M. N. (2021). Systematic review on the application of trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT) for preschool-aged children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 24, 20-37.
- Meiser-Stedman, R., Smith, P., Glucksman, E., Yule, W. & Dalgleish, T. (2008) The posttraumatic stress disorder diagnosis in preschool and elementary school-age children exposed to motor vehicle accidents. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1326-1337.
- Mersky, J. P., Topitzes, J., & Britz, L. (2019). Promoting evidence-based, trauma-informed social work practice. *Journal of Social Work Education*, 55(4), 645-657.

- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P., & Stewart, L. A.; PRISMA-P Group. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, 4(1), 1. doi: 10.1186/2046-4053-4-1
- Morris, A.T., Gabert-Quillen, C., Friebert, S., Carst, N. & Delahanty, D.L. (2016). The indirect effect of positive parenting on the relationship between parent and sibling bereavement outcomes after the death of a child. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(1), 60–70. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.08.011>
- Nanni, V., Uher, R., & Danese, A. (2012). Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: A meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 169, 141–151.
- National Heart, Lung, and Blood Institute. (2019). *Study Quality Assessment Tools*. <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools>
- Obasaju, M., & LiVecchi, P. (2018). Exploring the Use of an Integrative and Ecological Framework When Treating Children with Trauma. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 17(4), 252–264. doi: 10.1080/15289168.2018.1526023
- Observatorio de la Infancia. (2020). *Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia: Datos del 2019 (No. 12)*. Vicepresidencia Segunda del Gobierno. Ministerio De Derechos Sociales Y Agenda 2030. Centro de Publicaciones Paseo del Prado, 18-20. Madrid.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Datos y cifras sobre el maltrato infantil. Recuperado el 20 de abril de 2023, de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/child-maltreatment>

- Oslin, D. W., Lynch, K. G., Maisto, S. A., Lantinga, L. J., McKay, J. R., Possemato, K., Ingram, E. & Wierzbicki, M. (2014). A randomized clinical trial of alcohol care management delivered in Department of Veterans Affairs primary care clinics versus specialty addiction treatment. *Journal of General Internal Medicine*, 29, 162–168. doi: 10.1007/s11606-013-2625-8
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L. & Weiss, D.S. (2003) Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52-73.
- Pinquart, M. (2019). Posttraumatic stress symptoms and disorders in parents of children and adolescents with chronic physical illnesses: a meta-analysis. *Journal of traumatic stress*, 32(1), 88-96.
- Rodríguez Espinola, S. (2011). *Eventos traumáticos en niños y nivel socioeconómico*. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Salloum, A., Lu, Y., Chen, H., Salomon, K., Scheeringa, M. S., Cohen, J. A., Swaidan, V., & Storch, E. A. (2022). Child and parent secondary outcomes in stepped care versus standard care treatment for childhood trauma. *Journal of Affective Disorders*, 307, 87–96. doi: 10.1016/j.jad.2022.03.049
- Schaefer, J.D., Moffitt, T.E., Arseneault, L., Danese, A., Fisher, H.L., Houts, R., Sheridan, M.A., Wertz, J. & Caspi, A. (2018). Adolescent victimization and early-adult psychopathology: approaching causal inference using a longitudinal twin study to rule out noncausal explanations. *Clinical Psychological Science*, 6, 352–371.

- Scheeringa, M.S., Myers, L., Putnam, F.W. & Zeanah, C.H. (2015) Maternal factors as moderators or mediators of PTSD symptoms in very young children: a two-year prospective study. *Journal of Family Violence*, 30(5), 633–642.
<https://doi.org/10.1007/s10896-015-9695-9>
- Scheeringa, M.S., Wright, M.J., Hunt, M.P. & Zeanah, C.H. (2006) Factors affecting the diagnosis and prediction of posttraumatic stress disorder symptomatology in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 163, 644–651
- Scott, K., & Lewis, C. C. (2015). Using measurement-based care to enhance any treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22, 49–59. doi: 10.1016/j.cbpra.2014.01.010
- Solís-García, G., Marañón, R., Muñoz, M. M., de Lucas Volle, S., García-Morín, M., & García, A. R. (2019). Maltrato infantil en Urgencias: epidemiología, manejo y seguimiento. *Anales de Pediatría*, 91(1), 37-41
- Tarren-Sweeney, M. (2008). The mental health of children in OHC. *Current Opinion in Psychiatry*, 21, 345–349.
- Veronese, G., Said, M. S., & Castiglioni, M. (2014). Family crisis intervention in war contexts: a case study of a traumatised Palestinian family. *British Journal of Guidance and Counselling*, 42(5), 472–486. doi: 10.1080/03069885.2014.907868
- Wolfe, J., Kimerling, R., Brown, P. J., Chrestman, K. R., & Levin, K. (1996). Life Stressor Checklist--Revised. *Journal of Community Psychology*.