



Una revisión sistemática de los metaanálisis de los tratamientos para el trastorno de estrés postraumático en niños y adolescentes

A systematic review of meta-analyses of treatments for posttraumatic stress disorder in children and adolescents

Ana Sanz-García¹  <https://orcid.org/0000-0001-5923-5275>

¹ Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España. E-mail: anasanzgarcia@ucm.es

RESUMEN

ANTECEDENTES: Las principales guías clínicas para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático (TEPT) infantojuvenil se basan en metaanálisis que se han podido quedar obsoletos ante el gran número de publicaciones sobre el tema en los últimos años. **OBJETIVO:** Realizar una revisión sistemática de los metaanálisis más recientes sobre la eficacia de las terapias psicológicas o farmacológicas para el TEPT infantojuvenil. **MÉTODO:** Se realizaron búsquedas de metaanálisis publicados entre 2020-2024 en las bases de datos bibliográficas PsycINFO, PTSDpubs y MEDLINE. **RESULTADOS:** Se encontraron 15 metaanálisis, todos ellos sobre la eficacia de las terapias psicológicas y ninguno sobre las farmacológicas. Sus resultados respecto a las reducciones en sintomatología de estrés postraumático obtenidas con las distintas terapias y su comparación con las obtenidas en las condiciones control de lista de espera o activas (p. ej., tratamiento habitual, psicoeducación), permiten confirmar que existen tratamientos eficaces para el TEPT infantojuvenil y que estos son psicológicos. **CONCLUSIONES:** Actualmente, el tratamiento de primera elección para el TEPT infantojuvenil es la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TCC-CT) en cualquiera de sus versiones, situándose la terapia de EMDR como la mejor alternativa entre los de segunda elección.

Palabras clave: : trastorno de estrés postraumático; eficacia de los tratamientos; niños; adolescentes.

ABSTRACT

BACKGROUND: The main clinical guidelines for the treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) in children and adolescents are based on meta-analyses that may have become obsolete in the face of the large number of publications on the subject in recent years. **OBJECTIVE:** To conduct a systematic review of the most recent meta-analyses on the efficacy of psychological or pharmacological therapies for PTSD in children and adolescents. **METHOD:** We searched the bibliographic databases PsycINFO, PTSDpubs, and MEDLINE for meta-analyses published between 2020 and 2024. **RESULTS:** We found 15 meta-analyses, all of them on the efficacy of psychological therapies and none on pharmacological therapies. Their results regarding the reductions in PTSD symptomatology obtained with the different therapies and their comparison with those obtained in waiting list or active control conditions (e.g., treatment as usual, psychoeducation), allow us to confirm that there are effective treatments for childhood and adolescent PTSD and that these treatments are psychological. **CONCLUSIONS:** Currently, the treatment of first choice for childhood and adolescent PTSD is trauma-focused cognitive-behavioral therapy (TF-CBT) in any of its versions, with EMDR therapy as the best alternative among the second choice treatments.

Keywords: posttraumatic stress disorder; treatment efficacy; children; adolescents.

Recibido: 29 de abril de 2025 – Aceptado: 23 de septiembre de 2025



©2026
Terapia
Psicológica

Introducción

A pesar de que las sociedades contemporáneas priorizan la protección de los niños y adolescentes, estos pueden experimentar o ser testigos de un acontecimiento traumático con mucha más frecuencia de la imaginada. Diversos estudios epidemiológicos realizados en distintos países han encontrado que un 31-68 % de los adolescentes han experimentado un acontecimiento traumático a lo largo de su vida, y, aproximadamente, más de un tercio (33-37 %), múltiples situaciones traumáticas (Lewis et al., 2019; McLaughlin et al., 2013). La mayoría de los niños y adolescentes expuestos a acontecimientos traumáticos no desarrollarán trastornos mentales, pero se estima que un 16 % desarrollarán un trastorno de estrés postraumático (TEPT), siendo este trastorno el más frecuente entre quienes han sufrido esos acontecimientos (Alisic et al., 2014).

Existen diversos tratamientos eficaces para el TEPT en niños y adolescentes. En la Tabla 1 se resumen los tratamientos de primera y segunda elección recomendados por las guías clínicas más actuales sobre el tema elaboradas por instituciones tan prestigiosas como el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Asistencial (NICE) del Reino Unido (National Institute for Health and Care Excellence, 2018), la Sociedad Internacional para los Estudios del Estrés Traumático (ISTSS; Bisson et al., 2020) y la Sociedad de Psicología Clínica del Niño y el Adolescente de la Asociación Americana de Psicología (Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, 2020). Estas tres guías coinciden en señalar que, actualmente, el tratamiento más sólido en cuanto a su eficacia y, por tanto, el de primera elección, es algún tipo de terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TCC-CT).

Tabla 1. Tratamientos de primera y segunda elección recomendados por las principales guías clínicas sobre el tratamiento del TEPT en niños y adolescentes

Guía clínica	Tratamiento de 1. ^a elección	Tratamiento de 2. ^a elección
Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Asistencial del Reino Unido	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TCC-CT individual para niños o adolescentes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ EMDR
Sociedad Internacional para los Estudios del Estrés Traumático	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TCC-CT para niños o adolescentes y sus cuidadores ▪ TCC-CT para niños o adolescentes ▪ EMDR ▪ TCC-CT <ul style="list-style-type: none"> ○ Individual ○ En grupo ○ Individual con participación de los padres 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TCC-CT de grupo (para niños o adolescentes) ▪ Psicoeducación en grupo ▪ Mejora de la relación padres-hijos ▪ TCC-CT en grupo con participación de los padres ▪ EMDR ▪ Terapia integrada individual para el trauma complejo ▪ Programa grupal de habilidades mente-cuerpo
Sociedad de Psicología Clínica del Niño y el Adolescente		

Nota. EMDR: terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares. TCC-CT: terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma.

Con el nombre de TCC-CT se suelen agrupar todas las terapias multicomponentes que tienen como objetivo fundamental cambiar los pensamientos, emociones y conductas de los pacientes, y que incluyen técnicas cognitivas, de exposición y de relajación/manejo del estrés, además de psicoeducación y tareas de casa, aunque la contribución relativa de cada una varía entre las diferentes formas de TCC-CT. De hecho, bajo la etiqueta de TCC-CT se incluyen a veces terapias en las cuales alguno de esos componentes (p. ej., la técnica de exposición) es su componente fundamental como, por ejemplo, la terapia de exposición prolongada o la de exposición narrativa. Sin embargo, en el campo del TEPT infantojuvenil, el nombre de TCC-CT también se refiere a un tipo concreto de TCC-CT desarrollada por Cohen et al. (2017; Sanz Fernández et al., 2025).

De las recomendaciones de las guías clínicas que se presentan en la Tabla 1 también cabría extraer, al menos, otras tres conclusiones. La primera es que hay al menos cinco terapias psicológicas de segunda elección para el TEPT infantojuvenil. La segunda es que la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) todavía no ha demostrado de una forma tan sólida como la TCC-CT que es un tratamiento eficaz para el TEPT en niños y adolescentes. Por consiguiente, la terapia de EMDR debería considerarse actualmente como un tratamiento de segunda elección que, tal y como recomienda la guía del NICE (2018, p. 17), debería utilizarse en niños y adolescentes «solo si no responden o no se involucran en una TCC-CT». La tercera conclusión es que, actualmente, no existen datos suficientes que demuestren la eficacia de los psicofármacos para el TEPT infantojuvenil. Por tanto, la opción terapéutica más prudente es que «no [se] ofrezca[n] tratamientos farmacológicos para la prevención o tratamiento del TEPT en niños o jóvenes menores de 18 años» (NICE, 2018, p. 18).

Las recomendaciones de la Tabla 1 están basadas en revisiones sistemáticas o metaanalíticas de la literatura científica sobre la eficacia de los tratamientos disponibles, pero tales revisiones incluyen como mucho los estudios publicados hasta 2017 o 2019 (Bisson et al., 2020; NICE, 2018; Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, 2020). Sin embargo, esa literatura científica ha crecido en los últimos años de manera espectacular. Por ejemplo, en las bases de datos bibliográficas PsycINFO y MEDLINE se pueden encontrar 1058 trabajos publicados entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de octubre de 2024 cuando tales búsquedas se realizan en los campos de resumen o título de trabajo de dichas bases de datos, se utilizan los filtros correspondientes a poblaciones menores de 18 años y se utilizan las siguientes palabras y sintaxis: (*"posttraumatic stress disorder"* or *ptsd* or *"post traumatic stress disorder"* or *"post-traumatic stress disorder"*) and (*treatment* or *therapy* or *psychotherapy* or *medication* or *pharmacologic**). Es más, entre esos más de mil trabajos publicados entre 2020 y 2024, se pueden encontrar más de una docena de revisiones metaanalíticas que, precisamente, han revisado cuantitativamente la literatura científica más actualizada, así como ensayos clínicos controlados y aleatorizados que examinan la eficacia para el TEPT infantojuvenil de terapias que no aparecen entre las de primera y segunda

elección recomendadas por las guías clínicas anteriormente mencionadas como, por ejemplo, la terapia de claves traumáticas (Espil et al., 2022) o la terapia de familia (Danielson et al., 2020).

Por tanto, aunque hayan pasado solo cinco o seis años desde la publicación de esas guías clínicas, sus recomendaciones corren el riesgo de quedar obsoletas o incompletas dado el ritmo de publicación científica sobre la eficacia de los tratamientos para el TEPT infantojuvenil. En este sentido, el objetivo de este trabajo era realizar una revisión sistemática de las revisiones metaanalíticas más actuales para conocer qué tratamientos psicológicos o farmacológicos son eficaces para el TEPT en niños y adolescentes, y analizar si las recomendaciones de las guías clínicas anteriormente mencionadas se mantienen o deben modificarse en función de los datos más actuales

Método

Identificación de publicaciones

En la Figura 1 se presenta, utilizando el diagrama de flujo del grupo PRISMA (Moher et al., 2009), el proceso seguido de búsqueda, cribado y selección de los metaanálisis sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos y farmacológicos para el TEPT en niños y adolescentes. Para encontrar dichos metaanálisis, se realizaron búsquedas bibliográficas en PsycINFO, PTSDpubs y MEDLINE. Las búsquedas se realizaron en los campos de resumen o título de trabajo de esas tres bases de datos bibliográficas, limitadas a los trabajos publicados entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de octubre de 2024 en cualquier idioma, y con las siguientes palabras y sintaxis: (*"posttraumatic stress disorder" or ptsd or "post traumatic stress disorder" or "post-traumatic stress disorder"*) and (*treatment or therapy or psychotherapy or medication or pharmacologic**) and (*child* or adolescen* or youth*) and *meta-analysis*. Las búsquedas identificaron 151 publicaciones y, tras descartar los duplicados que aparecían en dos o más bases de datos y añadir tres publicaciones diferentes identificadas tras consultar la bibliografía citada en los estudios consultados, se obtuvieron 84 publicaciones.

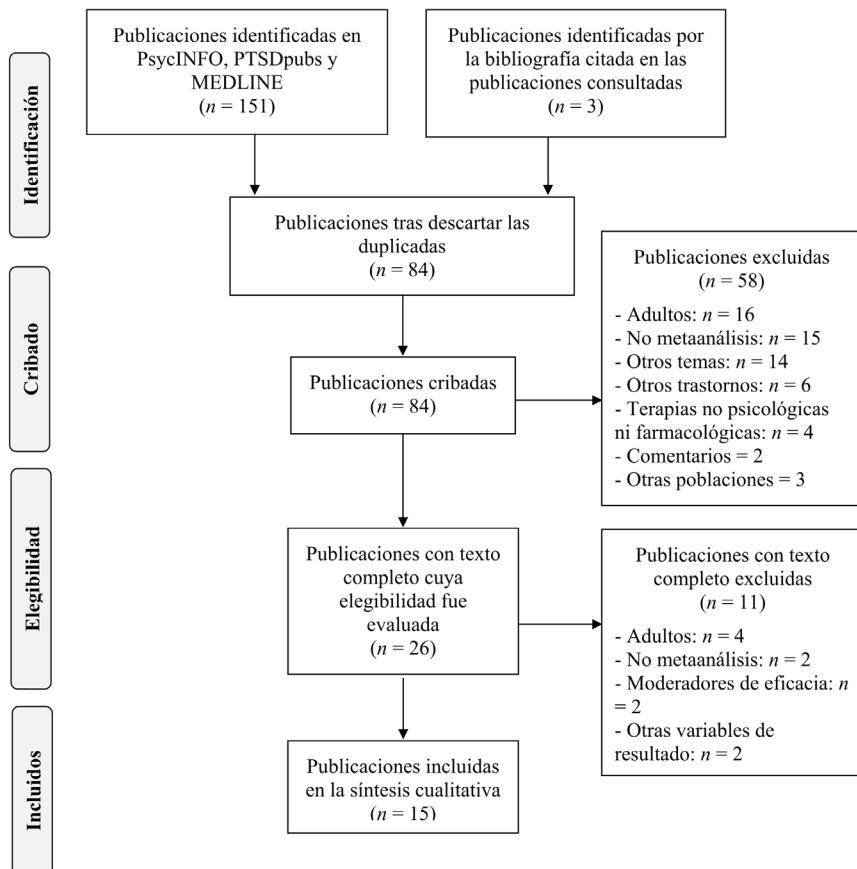


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de búsqueda y selección de los metaanálisis sobre la eficacia de los tratamientos para el TEPT infantojuvenil

Criterios de selección y cribado de las publicaciones

En función de los objetivos del presente trabajo y sobre la base de la lectura de sus títulos, datos bibliográficos básicos y resúmenes, se cribaron las 84 publicaciones inicialmente encontradas en función de si cumplían el siguiente criterio de inclusión: informar de un metaanálisis de estudios sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos o farmacológicos para el TEPT en niños y adolescentes basados en cambios pre-post o pre-seguimiento en medidas de sintomatología de estrés postraumático.

Por tanto, se excluyeron las publicaciones que informaban de estudios sobre adultos (16 publicaciones), otros temas distintos a la eficacia de los tratamientos para el TEPT (14 publicaciones), otros trastornos psicológicos distintos al TEPT (seis publicaciones), terapias que no eran ni psicológicas ni farmacológicas (cuatro publicaciones) u otras poblaciones que no eran exclusivamente de niños o adolescentes (tres publicaciones), y también se excluyeron las publicaciones que presentaban comentarios sobre otros estudios (dos publicaciones). Tras estas exclusiones (véase la Figura 1), la muestra de publicaciones quedó reducida a 26.

Elegibilidad de los estudios

De las 26 publicaciones resultantes de la fase de cribado, se obtuvo su texto completo y, en función de su lectura, se volvieron a evaluar esas publicaciones en cuanto al cumplimiento del criterio de inclusión indicado en el epígrafe anterior. En esta fase se excluyeron cuatro publicaciones que, finalmente, tenían que ver con poblaciones de adultos, dos publicaciones que no eran revisiones metaanalíticas, dos publicaciones que versaban sobre variables moderadoras de la eficacia de los tratamientos, pero no sobre la propia eficacia, y dos publicaciones que se centraban en otras variables de resultado distintas al estrés postraumático (véase la Figura 1 y el Anexo).

Estudios incluidos

Finalmente, tras el proceso de cribado y elegibilidad de las publicaciones inicialmente identificadas, en la presente revisión sistemática se incluyeron 15 artículos publicados entre 2020 y 2024 que informaban de 15 estudios metaanalíticos sobre la eficacia de los tratamientos para el TEPT infantojuvenil.

Extracción de datos

De cada estudio metaanalítico se extrajeron los siguientes datos: las diferencias de medias estandarizadas (DME) conjuntas en sus distintos estimadores (p. ej., d de Cohen, g de Hedges) para la comparación en medidas de sintomatología de estrés postraumático entre los tratamientos y las condiciones de control activas (p. ej., tratamiento habitual, psicoeducación) o entre los tratamientos y la condición de control de lista de espera, y tanto en el postratamiento como, en su caso, en el seguimiento, así como el número de estudios utilizado para calcular esas DME conjuntas en cada uno de esos momentos. Si un estudio informaba de las DME para varios seguimientos, se utilizó la basada en un número mayor de estudios. Puesto que los estimadores de las DME, aunque no son totalmente equivalentes, son prácticamente iguales, especialmente cuando las muestras son mayores de 20 participantes, y, de hecho, para su interpretación, sea cual sea el estimador, se suelen utilizar los mismos valores convencionales que propuso Cohen para el estimador (d) que lleva su nombre (0,20 = pequeño; 0,50 = medio o moderado, y 0,80 = grande), no se utilizó ningún procedimiento para la armonización de los distintos estimadores de las DME.

Riesgo de sesgos y calidad de los estudios

Todos los estudios metaanalíticos incluidos en la revisión se evaluaron respecto a sus riesgos de sesgo y calidad metodológica utilizando AMSTAR 2 (Shea et al., 2017), un instrumento diseñado específicamente para evaluar críticamente los metaanálisis de ensayos clínicos controlados aleatorizados.

Resultados

Características de los metaanálisis

De los 15 estudios metaanalíticos encontrados, ninguno examinaba la eficacia de los tratamientos farmacológicos para el TEPT infantojuvenil, sino que los 15 versaban sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos. Tres metaanálisis examinaban la eficacia de todo tipo de tratamiento psicológico en todo tipo de población infantojuvenil y tras todo tipo de acontecimiento traumático (Hoppen y Morina, 2020; Mavranzouli et al., 2020; Xiang et al., 2021), mientras que tres examinaban la eficacia de los tratamientos psicológicos tras tipos particulares de sucesos traumáticos (abuso sexual: Caro et al., 2023; desastres naturales y humanos: Xie et al., 2024b; sucesos traumáticos únicos vs. múltiples: Hoppen et al., 2023), dos examinaban la eficacia de los tratamientos psicológicos o de la TCC en una población infantojuvenil concreta, la de países de renta baja-media (Singla et al., 2020; Uppendahl et al., 2020), y siete examinaban la eficacia de modalidades o tipos concretos de tratamiento psicológico. De estos últimos, un metaanálisis examinaba la eficacia de los tratamientos psicológicos grupales (Davis et al., 2023); otro, la de los tratamientos psicológicos con o sin participación de los padres (Szota et al., 2023); cuatro, la de la TCC-CT (De Haan et al., 2024; Thielemann et al., 2022; Xian-Yu et al., 2022; Xie et al., 2024a), y el séptimo, la de la terapia de exposición (Huang et al., 2022).

En las Tablas 2 y 3 se presentan las valoraciones de riesgo de sesgo y calidad metodológica de los 15 metaanálisis. Teniendo en cuenta los ítems críticos para la valoración de la confianza en los resultados de una revisión metaanalítica que se proponen en AMSTAR 2 y teniendo en cuenta su esquema para realizar una valoración global de dicha confianza, cuatro metaanálisis presentaban resultados en los que se puede tener una confianza elevada (Caro et al., 2023; Davis et al., 2023; Mavranzouli et al., 2020; Xie et al., 2024a), uno presentaba resultados de una confianza críticamente baja (Xian-Yu et al., 2022) y los diez restantes, resultados de un confianza baja. Estos diez últimos metaanálisis obtuvieron una calificación de confianza baja porque incumplían el ítem crítico 7 de AMSTAR 2 que requiere proporcionar una lista de todos los estudios potencialmente relevantes que se leyeron en forma de texto completo, pero que se excluyeron de la revisión (cumplimiento parcial: “Sí parcial”), y, además, justificar la exclusión de cada uno de ellos (cumplimiento total: “Sí”) (véase la Tabla 2). No obstante, la mayoría de esos estudios podían haber recibido una calificación más alta (confianza moderada o, incluso, elevada), ya que, aunque no cumplieron el ítem crítico 7 de AMSTAR 2, sí proporcionaron el número de estudios leídos en forma de texto completo que compartían cada uno de los motivos de exclusión, tal y como se recomienda en el diagrama de flujo del grupo PRISMA (véase la Figura 1), y, además, cumplían todos los demás ítems críticos de AMSTAR 2 y solo incumplían uno de sus ítems no críticos.

Tabla 2. Evaluación de los metaanálisis (MA) incluidos en esta revisión según los ítems 1 a 8 de valoración de AMSTAR 2 (Shea et al., 2017)

Metaanálisis	1. Las preguntas y criterios incluyen los componentes de PICO	2. Los métodos del MA se establecieron antes de su realización y las desviaciones del protocolo se justifican	3. Se explica la selección de los diseños de los estudios a incluir	4. Estrategia amplia de búsqueda de la literatura	5. Selección de estudios realizada en duplicado	6. Extracción de datos realizada en duplicado	7. Listado y justificación de los estudios excluidos	8. Descripción detallada de los estudios incluidos
Caro et al. (2023)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Davis et al. (2023)	Sí	Sí	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	Sí	Sí
De Haan et al. (2024)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Hoppen y Morina (2020)	Sí	Sí	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	No	Sí
Hoppen et al. (2023)	Sí	Sí	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	No	Sí
Huang et al. (2022)	Sí	Sí	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	No	Sí
Mavranezouli et al. (2020)	Sí	Sí	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	Sí	Sí
Singla et al., (2020)	Sí	Sí	Sí	Sí parcial	No	Sí	No	Sí
Szota et al. (2023)	Sí	Sí	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	No	Sí
Thielemann et al. (2022)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Uppendahl et al. (2020)	Sí	Sí	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	No	Sí parcial
Xiang et al. (2021)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Xian-Yu et al. (2022)	Sí	No	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	No	Sí
Xie et al. (2024a)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Xie et al. (2024b)	Sí	Sí	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	No	Sí

Nota. Los ítems de AMSTAR 2 se valoran como “Sí” o “No”, salvo los siguientes ítems que también se pueden valorar como “Sí parcial”: 2, 4, 7, 8 y 9. Según AMSTAR 2, los ítems críticos para la valoración general de la confianza en los resultados de una revisión metaanalítica son los ítems 2, 4, 7, 9, 11, 13 y 15.

Tabla 3. Evaluación de los metaanálisis (MA) incluidos en esta revisión según los ítems 9 a 16 de valoración de AMSTAR 2 (Shea et al., 2017)

Metaanálisis	9. Técnica adecuada de evaluación del riesgo de sesgo (RdS) de cada estudio incluido	10. Informa de las fuentes de financiación de los estudios incluidos	11. Métodos apropiados para la combinación estadística de resultados	12. Evaluación del RdS en los resultados del MA	13. Se tuvo en cuenta el RdS en la interpretación y discusión de los resultados	14. Explicación y discusión de cualquier heterogeneidad en los resultados	15. Investigación adecuada del RdS y discusión de su impacto en los resultados	16. Informa de potenciales conflictos de intereses y fuentes de financiación
Caro et al. (2023)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Davis et al. (2023)	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
De Haan et al. (2024)	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Hoppen y Morina (2020)	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Hoppen et al. (2023)	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Huang et al. (2022)	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Mavranzouli et al. (2020)	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Singla et al., (2020)	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Szota et al. (2023)	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Thielemann et al. (2022)	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Uppendahl et al. (2020)	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Xiang et al. (2021)	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Xian-Yu et al. (2022)	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Xie et al. (2024a)	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Xie et al. (2024b)	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Nota. Los ítems de AMSTAR 2 se valoran como “Sí” o “No”, salvo los siguientes ítems que también se pueden valorar como “Sí parcial”: 2, 4, 7, 8 y 9. Según AMSTAR 2, los ítems críticos para la valoración general de la confianza en los resultados de una revisión metaanalítica son los ítems 2, 4, 7, 9, 11, 13 y 15.

Eficacia general de los tratamientos psicológicos

Teniendo en cuenta los tratamientos cuyos resultados de eficacia estaban basados en al menos tres estudios, los principales resultados de los tres metaanálisis que examinaban la eficacia de todo tipo de tratamiento psicológico en todo tipo de población infantojuvenil y tras todo tipo de acontecimiento traumático se presentan en las Tablas 4 y 5. De esos tres metaanálisis, uno era un metaanálisis tradicional (Hoppen y Morina, 2020) y, por tanto, solo incluye comparaciones directas del tratamiento psicológico con condiciones control de lista de espera o con condiciones control activas (p ej., tratamiento habitual), y los otros dos eran metaanálisis en red (Mavranzouli et al., 2020; Xiang et al., 2021) y, en consecuencia,

incluyen tanto comparaciones directas como indirectas del tratamiento psicológico con condiciones control de lista de espera o activas. En el caso de estos dos metaanálisis en red, en las Tablas 4 y 5 solo se presentan los resultados de las comparaciones indirectas.

Tabla 4. Metaanálisis sobre la eficacia general en el postratamiento de los tratamientos psicológicos para el TEPT en niños y adolescentes (diferencias entre el tratamiento y las condiciones control en las reducciones pre-post en sintomatología de estrés postraumático)

Referencia / Tratamiento	N.º de estudios (LE / Ac)	Tamaño del efecto de la diferencia (d o g) entre el tratamiento y la condición control	
		Lista de espera	Activa
Hoppen y Morina (2020)			
- TCC-CT	16 / 11	1,12*	0,68*
- EMDR	4	0,97*	
Mavranezouli et al. (2020)			
- TCC-CT			
- De Cohen	8	1,17*	0,86*
- En grupo	6	0,91*	0,60
- Exposición prolongada	3	1,34*	1,03*
- Exposición narrativa	3	1,49*	1,19*
- EMDR	3	0,99*	0,69
- Consejo psicológico de apoyo	6	0,59	0,29
Xiang et al. (2021)			
- TCC-CT			
- Individual	23	0,80*	0,66*
- En grupo	12	0,50*	0,35
- Exposición prolongada/narrativa	7	0,96*	0,82*
- EMDR	8	0,60*	0,46*
- Terapia de apoyo	10	0,22	0,08
- TCC-nCT individual	3	0,50	0,36

Nota. Un tamaño del efecto positivo indica que las reducciones pre-post en sintomatología de estrés postraumático en el tratamiento fueron significativamente mayores que en las condiciones control. EMDR: terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares. LE: lista de espera. Ac: condición activa (p. ej., tratamiento habitual, psicoeducación). TCC-CT: terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma. TCC-nCT: terapia cognitivo-conductual no centrada en el trauma. *Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,05$ entre el tratamiento y la condición control.

Tabla 5. Metaanálisis sobre la eficacia general en el seguimiento de los tratamientos psicológicos para el TEPT en niños y adolescentes (diferencias entre el tratamiento y las condiciones control en las reducciones pre-seguimiento en sintomatología de estrés postraumático)

Referencia / Tratamiento	N.º de estudios (LE / Ac)	Tamaño del efecto de la diferencia (d o g) entre el tratamiento y la condición control	
		Lista de espera	Activa
Hoppen y Morina (2020)			
- TCC-CT	6 / 3	0,45*	0,56*
Mavranezouli et al. (2020)			
- TCC-CT			
- En grupo	3	1,51*	1,17
- Exposición narrativa	3	0,94*	0,60
Xiang et al. (2021)			
- TCC-CT			
- Individual	14	0,41*	0,67*
- En grupo	11	0,25*	0,50*
- Exposición prolongada/narrativa	7	1,10*	1,36*
- EMDR	4	0,53*	0,79*
- Terapia de apoyo	6	-0,07	0,18
- TCC-nCT individual	3	0,33	0,58

Nota. No se incluyen los tratamientos cuyos resultados de eficacia estaban basados en menos de tres estudios. Un tamaño del efecto positivo indica que las reducciones pre-post en sintomatología de estrés postraumático en el tratamiento fueron significativamente mayores que en las condiciones control. EMDR: terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares. LE: lista de espera. Ac: condición activa (p. ej., tratamiento habitual, psicoeducación). TCC-CT: terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma. TCC-nCT: terapia cognitivo-conductual no centrada en el trauma. *Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,05$ entre el tratamiento y la condición control.

Los resultados resumidos en la Tabla 4 indican que los tres metaanálisis incluían fundamentalmente estudios sobre la TCC-CT, oscilando entre los 16 estudios del metaanálisis de Hoppen y Morina (2020) y los 42 del de Xiang et al. (2021), mientras que los estudios sobre otros tipos de tratamiento psicológico son menos numerosos o incluso escasos: entre 6 y 10 sobre la terapia de apoyo/consejo psicológico de apoyo, entre 3 y 8 sobre la terapia de EMDR y solo 4 sobre la terapia cognitivo-conductual no centrada en el trauma (TCC-nCT) individual.

Los resultados resumidos en la Tabla 4 también indican, y de manera consistente, que con la TCC-CT y con la terapia de EMDR se consiguen reducciones pre-post en la sintomatología de estrés postraumático que son superiores significativamente a las reducciones que aparecen en las condiciones control de lista de espera, con diferencias entre el tratamiento y las condiciones control que son, en general, de tamaño grande (d o $g \geq 0,80$), mientras que con la terapia de apoyo (o consejo psicológico de apoyo) y la TCC-nCT individual no se consiguen reducciones pre-post en la sintomatología de estrés postraumático que sean diferentes significativamente de las que aparecen en las condiciones control de lista de espera.

Las comparaciones indirectas con las condiciones control activas de los metaanálisis en red de Mavranezouli et al. (2020) y Xiang et al. (2021) respecto a las reducciones pre-post en la sintomatología de estrés postraumático confirman la eficacia de la TCC-CT en todas sus versiones —individual, de Cohen, exposición prolongada, exposición narrativa—, excepto la grupal, con diferencias respecto a dichas condiciones activas que, en general, son de tamaño grande (d o $g \geq 0,80$). Las comparaciones indirectas también indican que el resto de tratamientos psicológicos (terapia de apoyo/consejo psicológico de apoyo y TCC-nCT individual), salvo la terapia de EMDR, no han demostrado una mayor eficacia que las condiciones activas y, en el caso de la terapia de EMDR, su eficacia diferencial respecto a estas últimas condiciones solo aparece refrendada en un metaanálisis (Xiang et al., 2021) y con una diferencia de tamaño medio ($d = 0,46 \approx 0,50$).

La mayor solidez de los datos que apoyan la eficacia de la TCC-CT se ve corroborada por las comparaciones directas en las reducciones pre-post en la sintomatología de estrés postraumático respecto a las condiciones control activas (p. ej., tratamiento habitual, psicoeducación, consejo psicológico de apoyo) del metaanálisis tradicional de Hoppen y Morina (2020). En este metaanálisis, la TCC-CT es el único tratamiento con estudios que examinan dichas comparaciones directas. Además, estas comparaciones directas son el resultado de un número de estudios que supera al de otras terapias en los tres metaanálisis de la Tabla 4 (11 vs. entre 3 y 9) y, aunque el tamaño del efecto es menor que en las comparaciones respecto a la condición de lista de espera, la diferencia entre la TCC-CT y las condiciones activas alcanzan un tamaño del efecto medio ($g = 0,68$).

Los resultados de los tres metaanálisis respecto a las reducciones pre-seguimiento en la sintomatología de estrés postraumático y que se resumen en la Tabla 5 confirman, en general, los obtenidos respecto a las reducciones pre-post. Así, los tres metaanálisis incluían fundamentalmente estudios sobre la TCC-CT, oscilando entre los seis de los metaanálisis de Hoppen y Morina (2020) y de Mavranezouli et al. (2020) y los 31 del metaanálisis de Xiang et al. (2021), mientras que los estudios sobre otros tipos de tratamiento son menos numerosos: seis sobre la terapia de apoyo, cuatro sobre la terapia de EMDR y solo tres sobre la TCC-nCT individual. Además, con la TCC-CT se consiguen, en dos de esos metaanálisis (Hoppen y Morina, 2020; Xiang et al., 2021), reducciones pre-seguimiento en la sintomatología de estrés postraumático que son superiores significativamente a las reducciones que aparecen en las condiciones control, con diferencias que son de tamaño entre medio ($0,80 < d$ o $g \geq 0,50$) y grande (d o $g \geq 0,80$) frente a las condiciones de lista de espera y de tamaño medio frente a las condiciones activas (p. ej., tratamiento habitual, psicoeducación), mientras que con la terapia de apoyo (o consejo psicológico de apoyo) y la TCC-nCT individual no se consiguen reducciones pre-seguimiento en la sintomatología de estrés postraumático que sean diferentes significativamente de las que aparecen en las condiciones control sean estas de lista de espera o activas.

Eficacia de los tratamientos psicológicos tras tipos particulares de sucesos traumáticos

Los principales resultados de los tres metaanálisis sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos tras tipos particulares de sucesos traumáticos se presentan en la Tabla 6. De estos, uno era un metaanálisis tradicional (Hoppen et al., 2023) y analizaba la eficacia de los tratamientos tras haber sufrido un único acontecimiento traumático o múltiples acontecimientos traumáticos, mientras que los otros dos eran metaanálisis en red, de los cuales el primero analizaba la eficacia de los tratamientos tras haber sufrido abuso sexual (Caro et al., 2023) y el segundo, tras haber sufrido un desastre natural o causado por el hombre (Xie et al., 2024b).

Tabla 6. Metaanálisis sobre la eficacia en el postratamiento de los tratamientos psicológicos para el TEPT en niños y adolescentes tras haber sufrido tipos particulares de sucesos traumáticos (diferencias entre el tratamiento y las condiciones control en las reducciones pre-post en sintomatología de estrés postraumático)

Referencia / Suceso traumático / Tratamiento	N.º de estudios (LE / Ac)	Tamaño del efecto de la diferencia (d o g) entre el tratamiento y la condición control	
		Lista de espera	Activa
Caro et al. (2023) / Abuso sexual			
- TCC	14	0,90	0,96*
- Terapia centrada en el niño/adolescente para niños o adolescentes y sus cuidadores	8	0,52	0,87*
Hoppen et al. (2023) / Trauma único o múltiple			
- TCC-CT en trauma único	5	1,10*	
- TCC-CT en múltiples traumas	7 / 9	1,33*	0,73*
- EMDR en múltiples traumas	4	1,11*	
Xie et al. (2024b) / Desastres			
- TCC o TCC-CT	9	0,62*	0,19
- Terapia de exposición	4	0,66*	0,24
- EMDR	3	0,67*	0,24

Nota. No se incluyen los tratamientos cuyos resultados de eficacia estaban basados en menos de tres estudios. Un tamaño del efecto positivo indica que las reducciones pre-post en sintomatología de estrés postraumático en el tratamiento fueron significativamente mayores que en las condiciones control. EMDR: terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares. LE: lista de espera. Ac: condición activa (p. ej., tratamiento habitual, otro tratamiento activo). TCC: terapia cognitivo-conductual. TCC-CT: terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma. *Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,05$ entre el tratamiento y la condición control.

Los resultados resumidos en la Tabla 6 indican que los tres metaanálisis incluían fundamentalmente estudios sobre la TCC-CT, oscilando entre los 12 estudios del metaanálisis de Hoppen et al. (2023) y los 14 del de Caro et al. (2023), mientras que los estudios sobre otros tipos de tratamiento psicológico son menos numerosos o incluso escasos: 8 estudios sobre la terapia centrada en el niño (Caro et al., 2023) y solo 3 o 4 sobre la terapia de EMDR (Xie et al., 2024b, y Hoppen et al., 2023, respectivamente).

Los resultados resumidos en la Tabla 6 también indican que la TCC-CT, incluida la terapia de exposición, es una terapia eficaz para el TEPT infantojuvenil derivado específicamente de los abusos sexuales, de un trauma único, de múltiples traumas o de un

desastre, aunque en un metaanálisis las reducciones pre-post en la sintomatología de estrés postraumático fueron superiores significativamente solo a las reducciones que aparecían en las condiciones control de lista de espera (Hoppen et al., 2023, para trauma único; Xie et al., 2024b, para los desastres); en otro, solo a las reducciones que aparecían en las condiciones control activas (Caro et al., 2023, para el abuso sexual), y, en otro, a las reducciones que aparecían en ambas condiciones control (Hoppen et al., 2023, para múltiples traumas), siendo los tamaños de esas diferencias significativas entre medios y grandes.

En el caso del TEPT derivado de múltiples traumas o de desastres, con la terapia de EMDR también se consiguen reducciones pre-post en la sintomatología de estrés postraumático que son superiores significativamente a las reducciones que aparecen en las condiciones control de lista de espera (Hoppen et al., 2023, para múltiples traumas; Xie et al., 2024b, para los desastres), pero no existen datos sólidos de la eficacia de la terapia de EMDR en el caso del TEPT derivado de abusos sexuales o de traumas únicos.

Finalmente, con la terapia centrada en el niño, que engloba terapias de corte humanista que tratan de facilitar lo que se cree que es la tendencia inherente de los seres humanos a desarrollar su potencial (autorrealización), también se consiguen reducciones pre-post en la sintomatología de estrés postraumático en niños y adolescentes que han sufrido abuso sexual que son superiores significativamente a las reducciones que aparecen en las condiciones control activas, pero no a las que aparecen en las condiciones control de lista de espera (Caro et al., 2023), sin que existan datos sólidos de la eficacia de la terapia centrada en el niño en el caso del TEPT derivado de traumas únicos, traumas múltiples o desastres.

Eficacia de modalidades o formatos concretos de los tratamientos psicológicos

Dos metaanálisis examinaban la eficacia de los tratamientos psicológicos en modalidades o formato concretos: el de Davis et al. (2023), sobre los tratamiento psicológicos grupales, y el de Szota et al. (2023), que comparaba los tratamientos psicológicos con y sin sesiones terapéuticas con los padres.

Los resultados del metaanálisis de Davis et al. (2023), basados en 25 estudios para la comparación con las condiciones control de lista de espera y en 17 estudios para la comparación con las condiciones control activas, indicaban que los tratamientos psicológicos grupales, la inmensa mayoría de TCC (88 %), consiguen reducciones pre-post en la sintomatología de estrés postraumático que son superiores significativamente a las reducciones que aparecen en ambas condiciones control, siendo la diferencia de un tamaño del efecto casi grande ($d = 0,71$) en relación con la lista de espera y pequeño en relación con las condiciones activas ($d = 0,25$).

Los resultados del metaanálisis de Szota et al. (2023), basados en 28 estudios de los cuales un 46% versaban sobre la TCC-CT y un 19%, sobre la TCC-nCT, indicaban que cuando los tratamientos psicológicos incluyen sesiones terapéuticas con los padres se obtienen reducciones pre en la sintomatología de estrés postraumático que son superiores

significativamente a las reducciones que se obtienen cuando no se incluyen sesiones terapéuticas con los padres, siendo la diferencia de un tamaño entre pequeño y medio ($d = 0,34$).

Eficacia de los tratamientos psicológicos en poblaciones infantojuveniles particulares

Dos metaanálisis examinaban la eficacia de los tratamientos psicológicos en una población infantojuvenil particular, a saber, la de los países de renta baja o media, uno dedicado a todo tipo de tratamiento psicológico (Uppendahl et al., 2020) y otro, a la TCC (Singla et al., 2020).

Los resultados del metaanálisis de Uppendahl et al. (2020), basado en solo nueve estudios, de los cuales el 62% versaban sobre la TCC, indicaban que los tratamientos psicológicos consiguen reducciones pre-post en la sintomatología de estrés postraumático de los niños y adolescentes de países de renta baja o media que son superiores significativamente a las reducciones que aparecen en las condiciones de lista de espera, siendo la diferencia de un tamaño del efecto casi medio ($d = 0,43$).

Los resultados del metaanálisis de Singla et al. (2020), basado también en solo nueve estudios, indicaban que la TCC, teniendo en cuenta a la vez todas sus modalidades (TCC-CT, terapia de exposición y TCC-nCT), obtienen reducciones pre-post en la sintomatología de estrés postraumático de los niños y adolescentes de países de renta baja o media que son superiores significativamente a las reducciones que aparecen en las condiciones de lista de espera, siendo la diferencia de un tamaño del efecto medio ($d = 0,60$).

Eficacia específica de la terapia cognitivo-conductual

Los principales resultados de los cinco metaanálisis que examinaban la eficacia de la TCC en todo tipo de población infantojuvenil y tras todo tipo de acontecimiento traumático se presentan en la Tabla 7. De estos metaanálisis, dos versaban sobre la TCC-CT en general (De Haan et al., 2024; Xian-Yu et al., 2022), siendo uno de ellos un metaanálisis de datos individuales (De Haan et al., 2024); el tercero, sobre la TCC-CT grupal; el cuarto, sobre la TCC-CT de Cohen (Thielemann et al., 2022), y el quinto, sobre la terapia de exposición (Huang et al., 2022).

Tabla 7. Metaanálisis sobre la eficacia específica de la TCC o de la TCC-CT en el postratamiento en niños y adolescentes (diferencias entre el tratamiento y las condiciones control en las reducciones pre-post en sintomatología de estrés postraumático)

Tratamiento / Referencia	N.º de estudios (LE / Ac)	Tamaño del efecto de la diferencia (d o g) entre el tratamiento y la condición control		
			Lista de espera	Activa
TCC-CT				
- De Haan et al. (2024)	9 / 8	1,91*		1,63*
- Xian-Yu et al. (2022)	11	0,52* / 0,88* / 1,70*		
- Xie et al. (2024a) (TCC-CT grupal)	11			0,43*
- Thielemann et al. (2022) (TCC-CT de Cohen)	6 / 16	1,18*		0,32*
Terapia de exposición (prolongada o narrativa)				
- Huang et al. (2022)	6			0,47*

Nota. No se incluyen los tratamientos cuyos resultados de eficacia estaban basados en menos de tres estudios. Un tamaño del efecto positivo indica que las reducciones pre-post en sintomatología de estrés postraumático en el tratamiento fueron significativamente mayores que en las condiciones control. En el metaanálisis de Xian-Yu et al. (2022), los tres tamaños del efecto que se presentan corresponden a tres medidas diferentes de sintomatología de estrés postraumático. En el metaanálisis de Huang et al. (2022), la condición control era de lista de espera en dos estudios, pero era activa en los otros cuatro. LE: lista de espera. Ac: condición activa (p. ej., tratamiento habitual, otro tratamiento activo). TCC-CT: terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma. TCC-nCT: terapia cognitivo-conductual no centrada en el trauma. *Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,05$ entre el tratamiento y la condición control.

Los resultados resumidos en la Tabla 7 para la TCC-CT y basados entre 6 y 16 estudios, indican que con la TCC-CT, tanto cuando se consideran conjuntamente todas sus versiones (De Haan et al., 2024; Xian-Yu et al., 2022) como cuando se considera únicamente su versión grupal (Xie et al., 2024a) o la versión de Cohen (Thielemann et al., 2022), se obtienen reducciones pre-post en la sintomatología de estrés postraumático que son superiores significativamente a las reducciones que aparecen en las condiciones control, siendo las diferencias de un tamaño del efecto que, en comparación con las condiciones de lista de espera, es, en general, grande ($d > 0,80$) y, en comparación con las condiciones activas, es, en promedio, moderado (oscilando entre $d = 0,32$ y $d = 1,63$).

Los resultados resumidos en la Tabla 7 para la terapia de exposición y basados en 6 estudios, sugieren que con la terapia de exposición prolongada o narrativa se obtienen reducciones pre-post en la sintomatología de estrés postraumático que son superiores significativamente a las reducciones que aparecen en las condiciones de lista de espera, siendo las diferencias de un tamaño del efecto casi medio ($d = 0,47$).

Discusión

Los resultados de los metaanálisis más recientes sobre la eficacia de los tratamientos para el TEPT infantojuvenil encontrados en este estudio, es decir, los publicados entre 2020 y 2024 y analizados en el presente estudio, indican, en primer lugar y de manera consistente, que la TCC-CT es el tratamiento que cuenta con datos más sólidos sobre dicha eficacia, ya

que tales datos: (1) están basados en un mayor número de estudios (hasta 42 estudios en el metaanálisis de Xiang et al., 2021) y han sido corroborados por un mayor número de metaanálisis (al menos 10: De Haan et al., 2024; Hoppen y Morina, 2020; Hoppen et al., 2023; Huang et al., 2022; Mavranzouli et al., 2020; Thielemann et al., 2022; Xiang et al., 2021; Xian-Yu et al., 2022; Xie et al., 2024a, 2024b), de los cuales al menos dos metaanálisis presentaban resultados de una confianza elevada; (2) sugieren que la TCC-CT es más eficaz no solo que las condiciones control de lista de espera, sino también, y en general, que las condiciones control activas (p. ej., psicoeducación, tratamiento habitual, consejo psicológico de apoyo); (3) señalan que la TCC-CT es más eficaz no solo en el postratamiento, sino también en los seguimientos realizados meses después (Hoppen y Morina, 2020; Mavranzouli et al., 2020; Xiang et al., 2021); (4) sugieren que la TCC-CT es eficaz en todas sus versiones (p. ej., terapia de exposición prolongada, terapia de exposición narrativa, TCC-CT de Cohen, TCC-CT individual, TCC-CT grupal) (Huang et al., 2022; Mavranzouli et al., 2020; Thielemann et al., 2022; Xiang et al., 2021; Xie et al., 2024a), y (5) apuntan que la TCC-CT es eficaz tanto con el TEPT infantojuvenil derivado de traumas únicos como de traumas múltiples (Hoppen et al., 2023) o desastres (Xie et al., 2024b). En consecuencia, en función de los resultados de los metaanálisis más recientes encontrados en este estudio, la TCC-CT debería considerarse un tratamiento de primera elección para el TEPT infantojuvenil.

En segundo lugar, los resultados de los metaanálisis más recientes indican que la terapia de EMDR también es eficaz para el TEPT infantojuvenil, ya que los datos de al menos cinco metaanálisis indican su superioridad para reducir la sintomatología de TEPT en el postratamiento respecto a las condiciones de lista de espera (Hoppen y Morina, 2020; Hoppen et al., 2023; Mavranzouli et al., 2020; Xiang et al., 2021; Xie et al., 2024b). Sin embargo, los datos que apoyan su eficacia son actualmente menos sólidos que los de la TCC-CT, ya que tales datos: (1) están basados en un menor número de estudios (entre tres y ocho); (2) apoyan la superioridad de la terapia de EMDR en el seguimiento respecto a las condiciones de lista de espera en un solo metaanálisis (Xiang et al., 2021), el cual, además, presentaba resultados de una confianza baja, frente a los dos metaanálisis que no encuentran datos al respecto (Hoppen y Morina, 2020; Mavranzouli et al., 2020), y (3) apoyan la superioridad de la terapia de EMDR en el postratamiento respecto a las condiciones activas en un solo metaanálisis (Xiang et al., 2021), el cual, además, presentaba resultados de una confianza baja, frente a los dos metaanálisis que no corroboran dicha superioridad (Mavranzouli et al., 2020; Xie et al., 2024b) o a los dos que no encuentran datos al respecto (Hoppen y Morina, 2020; Hoppen et al., 2023). Por tanto, en función de los resultados de los metaanálisis más recientes encontrados en este estudio, la terapia de EMDR debería considerarse un tratamiento de segunda elección para el TEPT infantojuvenil.

En tercer lugar, los resultados de los metaanálisis más recientes señalan que el consejo psicológico de apoyo/terapia de apoyo o la TCC-nCT no presentan, actualmente, datos que

sustenten su eficacia para el TEPT infantojuvenil, ya que ambas terapias no consiguen reducciones pre-post en la sintomatología de estrés postraumático que sean diferentes significativamente de las que aparecen en las condiciones control (Mavranezouli et al., 2020; Xiang et al., 2021). Es más, el hecho de que en algunos metaanálisis se encuentran datos favorables a la eficacia de la TCC (Caro et al., 2023; Singla et al., 2020; Xie et al., 2024b) es probable que sea debido a los efectos beneficiosos de la TCC-CT y no tanto a los de la TCC-nCT, ya que en esos metaanálisis se analizan conjuntamente ambos tipos de TCC, pero suelen incluir más estudios sobre la TCC-CT y, además, solo esta ha demostrado de manera sólida su eficacia.

En cuarto lugar, los resultados de los metaanálisis más recientes encontrados en este estudio indican que la terapia centrada en el niño/adolescente para niños y adolescentes y sus cuidadores es un tratamiento que podría ser eficaz para el TEPT infantojuvenil tras sufrir abuso sexual (Caro et al., 2023), pero requiere más investigación, ya que su eficacia solo se ha evidenciado en un metaanálisis en red de los seis metaanálisis, tradicionales o en red, que han examinado la eficacia de distintos tipos de tratamientos psicológicos (véanse las Tablas 4 y 6), se basa en los resultados de solo ocho estudios y se ha evidenciado en las comparaciones frente a condiciones activas, pero no frente a condiciones de lista de espera (Caro et al., 2023), aunque, por otro lado, ese metaanálisis en red presentaba resultados de una confianza elevada.

En quinto lugar, los resultados de los metaanálisis más recientes encontrados en el presente estudio señalan que la inclusión de sesiones de terapia con los padres aumenta los beneficios terapéuticos de los tratamientos psicológicos para el TEPT infantojuvenil, aunque dicho incremento sea pequeño (Szota et al., 2023), que los tratamientos psicológicos grupales (Davis et al., 2023), en especial la TCC-CT grupal (Mavranezouli et al., 2020; Xiang et al., 2021; Xie et al., 2024a), es eficaz para el TEPT infantojuvenil, y que los tratamientos psicológicos (Uppendahl et al., 2020), en especial la TCC (Singla et al., 2020), son también eficaces para los niños y adolescentes de los países de renta baja o media, lo cual es muy relevante dado que la inmensa mayoría de la investigación sobre el tratamiento del TEPT infantojuvenil se ha realizado en países de renta alta (p. ej., Australia, Reino Unido, Alemania, Países Bajos, Noruega, Finlandia, Japón, Suecia y, especialmente, EE. UU.; Xiang et al., 2021). A pesar de este sesgo en la investigación sobre el tratamiento del TEPT infantojuvenil, la consulta de los estudios concretos recogidos en los metaanálisis de Uppendahl et al. (2020) y Singla et al. (2020) constituye una fuente muy útil de estrategias para adaptar de forma exitosa los tratamientos psicológicos eficaces para el TEPT infantojuvenil a contextos de bajos recursos.

En sexto lugar, no se ha encontrado ningún metaanálisis publicado entre los años 2020 y 2024 que haya analizado la eficacia de la terapia farmacológica para el TEPT infantojuvenil, lo cual no es de extrañar, ya que revisiones narrativas muy recientes sobre el

tema solo recogen cuatro estudios experimentales con grupo control que hayan examinado la eficacia de la medicación, en concreto la de dos tipos de inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina o ISRS (sertralina y fluoxetina), y cuyos resultados, además, no muestran, en general, efectos beneficiosos de esos ISRS que sean superiores a los del placebo (Strawn et al., 2025), lo que coincide con los resultados de revisiones sistemáticas previas (Huemer et al., 2010). En consecuencia, no existen actualmente datos que apoyen la eficacia de la medicación, al menos de los ISRS, para el TEPT infantojuvenil. Curiosamente, esta falta de eficacia de los ISRS para el TEPT en niños y adolescentes es similar a la encontrada con esos fármacos para la depresión infantojuvenil, un trastorno que presenta una elevada comorbilidad con el TEPT. Efectivamente, los resultados de los metaanálisis revisados por Sanz Fernández et al. (2025) indican que ningún ISRS ha demostrado efectos beneficiosos para la depresión en niños y adolescentes que sean consistentemente superiores a los del placebo, salvo la fluoxetina y solo en adolescentes. Este panorama de resultados fallidos ha podido desalentar la realización de nuevos estudios sobre la eficacia de los ISRS para el TEPT, máxime cuando, según Shenk et al. (2021), ningún estudio con niños o adolescentes ha explorado el mecanismo de acción de los ISRS en el TEPT infantojuvenil.

Todos los resultados y conclusiones mencionados anteriormente confirman, en general, las recomendaciones de las guías actuales más prestigiosas sobre el tratamiento del TEPT infantojuvenil (véase la Tabla 1) y que están basadas en revisiones de la literatura empírica anteriores a los 15 metaanálisis examinados en el presente estudio (salvo por la guía del NICE, 2018, que está basada en el metaanálisis de Mavranezouli et al., 2020). Efectivamente, los resultados de estos 15 metaanálisis confirman la recomendación de las guías de que el tratamiento de primera elección para el TEPT infantojuvenil es la TCC-CT en cualquiera de sus versiones y que los tratamientos farmacológicos no deberían utilizarse, ya que no existen datos que demuestren su eficacia.

Las guías clínicas también recomendaban cinco terapias psicológicas de segunda elección para el TEPT infantojuvenil (véase la Tabla 1) y, en este sentido, los resultados del presente estudio permiten sugerir que, entre esas terapias de segunda elección, la mejor alternativa es la terapia de EMDR, ya que las otras (psicoeducación en grupo, mejora de la relación padres-hijos, terapia integrada individual para el trauma complejo y programa grupal de habilidades mente-cuerpo) no presentaban datos de eficacia en los 15 metaanálisis más recientes encontrados en este estudio.

La eficacia para el TEPT infantojuvenil de las terapias psicológicas recomendadas en las guías clínicas y refrendadas por los resultados de la presente revisión puede verse afectada por diferentes factores potencialmente moderadores como el sexo, la edad, el tipo y gravedad del acontecimiento traumático, la historia de trauma, la gravedad de los síntomas de TEPT pretratamiento, el apoyo social, el contexto cultural, el entorno familiar, la intensidad del tratamiento, etc. Solo algunos metaanálisis incluidos en esta revisión han analizado esos

factores moderadores y solo algunos de estos factores han sido objeto de análisis (Caro et al., 2023; Davis et al., 2023; De Haan et al., 2024; Huang et al., 2022; Xian-Yu et al., 2022; Xie et al., 2024a). En algunos casos, su análisis no fue posible por el pequeño número de estudios que incluía el metaanálisis (p. ej., sexo y edad en Caro et al., 2023, y Xian-Yu et al., 2022); en otros casos, no se encontraron diferencias en eficacia asociadas a esos factores moderadores (p. ej., sexo y edad en Xie et al., 2024a, y de Haan et al., 2024; trauma interpersonal vs. no interpersonal en Davis et al., 2023, y de Haan et al., 2024), y en otros casos los resultados fueron inconsistentes. Por ejemplo, un mayor número de sesiones estaba asociado a una mayor eficacia en de Haan et al. (2024), mientras que en Xie et al. (2024a) no había relación entre eficacia y duración del tratamiento. En cualquier caso, el análisis de los factores moderadores es un campo que demanda nuevos metaanálisis y que estos incluyan un mayor número de estudios que permita precisamente ese análisis.

Finalmente, los resultados y conclusiones del presente estudio se deben considerar a la luz de las limitaciones del propio estudio y, en especial, de los metaanálisis analizados en él. En particular, hay que tener en cuenta que sobre algunas terapias, versiones, modalidades o aplicaciones particulares dichos metaanálisis incluyen pocos estudios (p. ej., entre 3 y 8 estudios sobre la terapia de EMDR y solo 4 estudios sobre la TCC-nCT individual). Por tanto, sus resultados positivos o negativos sobre su eficacia para el TEPT infantojuvenil deben tomarse con cautela hasta que no se realicen más estudios. Esta escasez de estudios impide abordar todas las comparaciones terapéuticas importantes en los metaanálisis tradicionales, pero también afecta a los resultados de las comparaciones indirectas de los metaanálisis en red. También hay que tener en cuenta que, en el actual estado de desarrollo de la investigación sobre el tratamiento del TEPT infantojuvenil, los metaanálisis no solo incluyen estudios realizados con niños y adolescentes con un diagnóstico de TEPT, sino también con niños o adolescentes que simplemente presentan niveles elevados de sintomatología de estrés postraumático, lo cual podría incrementar la heterogeneidad de los resultados o sesgar positivamente los beneficios terapéuticos de los tratamientos, especialmente a medio y largo plazo.

Respecto a las limitaciones propias del presente estudio, cabe mencionar que hubiera sido deseable que las búsquedas se hubiesen ampliados a otras bases de datos bibliográficas como PubMed, Scopus o Web of Science, que los objetivos y métodos empleados en la revisión se hubieran establecido *a priori* mediante la inscripción en registros prospectivos internacionales como PROSPERO (<https://www.crd.york.ac.uk/prospero>), y que al menos dos investigadores hubiesen realizado la selección de estudios metaanalíticos y la extracción de sus datos, ya que, de esta manera, se hubiese reducido el riesgo de sesgos en la revisión y aumentado la confianza en sus resultados.

Sin embargo, es importante subrayar que el proceso seguido en la búsqueda, cribado y selección de los metaanálisis de la presente revisión se atuvo a las recomendaciones del grupo

PRISMA, y que la misma cumplió varios de los ítems críticos que AMSTAR 2 propone para aumentar la confianza en los resultados de una revisión sistemática como, por ejemplo, el listado y justificación de los estudios leídos a texto completo que fueron excluidos y la valoración del riesgo de sesgo y calidad metodológica de cada estudio metaanalítico incluido. Además, las tres bases de datos bibliográficas utilizadas en este estudio están especializadas y son referentes en el ámbito de la psicología, incluida la psicología clínica (PsycINFO), en el ámbito de la psiquiatría y la salud mental (MEDLINE) y en el ámbito del estrés postraumático (PTSDpubs). En este sentido, cabe mencionar que MEDLINE es el componente central de PubMed y, aunque PubMed incluye algunos contenidos adicionales, estos eran poco relevantes para los propósitos de este estudio, ya que son, por ejemplo, referencias de libros y capítulos, referencias de algunos artículos que están fuera del ámbito temático de la medicina, psiquiatría o psicología clínica, como los artículos de astrofísica, o referencias de trabajos muy antiguos (p. ej., publicados entre 1948 y 1965). Por otro lado, Web of Science es una base de datos bibliográfica multidisciplinar, por lo que cuando únicamente se tienen en cuenta las revistas de todas las áreas temáticas de psicología y psiquiatría de Web of Science, esta última base de datos bibliográfica tan solo recoge los artículos de 1.100 revistas, mientras que PsycINFO recoge los artículos de 2.376 revistas, toda ellas de las áreas de la psicología o psiquiatría. De hecho, tan solo hay 121 revistas relacionadas con la psicología o psiquiatría que están en Web of Science, pero no están en PsycINFO o MEDLINE, mientras que hay más de mil revistas relacionadas con la psicología o la psiquiatría que están en PsycINFO, pero que no están en Web of Science.

Conclusiones

Los resultados del presente estudio indican que:

- 1) Existen tratamientos eficaces para el TEPT infantojuvenil, que estos son psicológicos y que, actualmente, no existe ninguna terapia farmacológica con datos sólidos de eficacia.
- 2) Entre los tratamientos psicológicos eficaces, el de primera elección es la TCC-CT en cualquiera de sus versiones, situándose la terapia de EMDR como la mejor alternativa entre los de segunda elección.
- 3) La literatura científica más reciente apoyan las recomendaciones de las principales guías clínicas para el tratamiento del TEPT infantojuvenil.

Reconocimientos

Esta investigación ha sido en parte posible gracias a un contrato de investigadora del Programa FPU del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades de España concedido a la autora (ref. FPU2022-00808) y gracias a una ayuda del mismo ministerio al proyecto de investigación en el que participa la autora (ref. PID2023-150340NB-100).

Referencias

- Alisic, E., Zalta, A. K., van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K., y Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 204(5), 335-340. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.131227>
- Bisson, J. I., Berliner, L., Cloitre, M., Forbes, D., Jensen, T., Lewis, C., Monson, C. M., Olff, M., Pilling, S., Riggs, D. S., Roberts, N. P., y Shapiro, F. (2020). ISTSS PTSD prevention and treatment guidelines: Recommendations. En D. Forbes, J. I. Bisson, C. M. Monson y L. Berliner (Eds.), *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (3a ed., pp. 109-114). Guilford.
- Caro, P., Turner, W., Caldwell, D. M., y Macdonald, G. (2023). Comparative effectiveness of psychological interventions for treating the psychological consequences of sexual abuse in children and adolescents: a network meta-analysis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(6), CD013361. <https://doi.org/gtcgz5>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., y Deblinger, E. (2017). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents* (2a ed.). Guilford.
- Danielson, C. K., Adams, Z., McCart, M. R., Chapman, J. E., Sheidow, A. J., Walker, J., Smalling, A., y de Arellano, M. A. (2020). Safety and efficacy of exposure-based risk reduction through family therapy for co-occurring substance use problems and posttraumatic stress disorder symptoms among adolescents: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 77(6), 574-586. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.4803>
- Davis, R. S., Meiser-Stedman, R., Afzal, N., Devaney, J., Halligan, S. L., Lofthouse, K., Smith, P., Stallard, P., Ye, S., y Hiller, R. M. (2023). Systematic review and meta-analysis: group-based interventions for treating posttraumatic stress symptoms in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 62(11), 1217-1232. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2023.02.013>
- de Haan, A., Meiser-Stedman, R., Landolt, M. A., Kuhn, I., Black, M. J., Klaus, K., Patel, S. D., Fisher, D. J., Haag, C., Ukoumunne, O. C., Jones, B. G., Flaiyah, A. M., Catani, C., Dawson, K., Bryant, R. A., de Roos, C., Ertl, V., Foa, E. B., Ford, J. D., Gilboa-Schechtman, E., ... Dagleish, T. (2024). Efficacy and moderators of efficacy of cognitive behavioural therapies with a trauma focus in children and adolescents: an individual participant data meta-analysis of randomised trials. *The Lancet. Child & Adolescent Health*, 8(1), 28-39. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(23\)00253-5](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(23)00253-5)
- Espil, F. M., Balters, S., Li, R., McCurdy, B. H., Kletter, H., Piccirilli, A., Cohen, J. A., Weems, C. F., Reiss, A. L., y Carrión, V. G. (2022). Cortical activation predicts posttraumatic improvement in youth treated with TF-CBT or CCT. *Journal of Psychiatric Research*, 156, 25-35. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.10.002>
- Hoppen, T. H., y Morina, N. (2020). Is high-quality of trials associated with lower treatment efficacy? A meta-analysis on the association between study quality and effect sizes of

psychological interventions for pediatric PTSD. *Clinical Psychology Review*, 78, 101855. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101855>

Hoppen, T. H., Meiser-Stedman, R., Jensen, T. K., Birkeland, M. S., y Morina, N. (2023). Efficacy of psychological interventions for post-traumatic stress disorder in children and adolescents exposed to single versus multiple traumas: meta-analysis of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, 222(5), 196-203. <https://doi.org/10.1192/bjp.2023.24>

Huang, T., Li, H., Tan, S., Xie, S., Cheng, Q., Xiang, Y., y Zhou, X. (2022). The efficacy and acceptability of exposure therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 22(1), 259. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03867-6>

Huemer, J., Erhart, F., y Steiner, H. (2010). Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: a review of psychopharmacological treatment. *Child Psychiatry and Human Development*, 41(6), 624-640. <https://doi.org/10.1007/s10578-010-0192-3>

Lewis, S. J., Arseneault, L., Caspi, A., Fisher, H. L., Matthews, T., Moffitt, T. E., Odgers, C. L., Stahl, D., Teng, J. Y., y Danese, A. (2019). The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort of young people in England and Wales. *The Lancet Psychiatry*, 6(3), 247-256. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30031-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30031-8)

Mavranezouli, I., Megnin-Viggars, O., Daly, C., Dias, S., Stockton, S., Meiser-Stedman, R., Trickey, D., y Pilling, S. (2020). Research Review: Psychological and psychosocial treatments for children and young people with post-traumatic stress disorder: a network meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 61(1), 18-29. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13094>

McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., Hill, E. D., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., y Kessler, R. C. (2013). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(8), 815-830.e14. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.011>

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., y PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder. NICE guideline*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>

Sanz Fernández, J., Sanz-García, A., y García-Vera, M. P. (2025). *Tratamiento de los trastornos depresivos, de ansiedad y de estrés postraumático en niños y adolescentes. De la investigación a la consulta*. Pirámide.

Shea, B. J., Reeves, B. C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., Moher, D., Tugwell, P., Welch, V., Kristjansson, E., y Henry, D. A. (2017). AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*, 358, j4008. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>

- Shenk, C. E., Keeshin, B., Bensman, H. E., Olson, A. E., y Allen, B. (2021). Behavioral and pharmacological interventions for the prevention and treatment of psychiatric disorders with children exposed to maltreatment. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*, 211, 173298. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2021.173298>
- Singla, D. R., Waqas, A., Hamdani, S. U., Suleman, N., Zafar, S. W., Zill-E-Huma, Saeed, K., Servili, C., y Rahman, A. (2020). Implementation and effectiveness of adolescent life skills programs in low- and middle-income countries: A critical review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 130, 103402. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.04.010>
- Society of Clinical Child and Adolescent Psychology. (2020). *Effective child therapy. Evidence-based mental health treatment for children and adolescents. Post-traumatic stress disorder*. <https://tinyurl.com/4zj86mzy>
- Strawn, J. R., Keeshin, B. R., y Cohen, J. A. (2025). Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: treatment overview. *UpToDate*. <https://tinyurl.com/3rffcf29>
- Szota, K., Schulte, K. L., y Christiansen, H. (2023). Interventions involving caregivers for children and adolescents following traumatic events: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 26(1), 17-32. <https://doi.org/10.1007/s10567-022-00415-2>
- Thielemann, J. F. B., Kasparik, B., König, J., Unterhitzenberger, J., y Rosner, R. (2022). A systematic review and meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 134, 105899. <https://doi.org/10.1016/j.chabu.2022.105899>
- Uppendahl, J. R., Alozkan-Sever, C., Cuijpers, P., de Vries, R., y Sijbrandij, M. (2020). Psychological and psychosocial interventions for PTSD, depression and anxiety among children and adolescents in low- and middle-income countries: a meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 933. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00933>
- Xian-Yu, C. Y., Deng, N. J., Zhang, J., Li, H. Y., Gao, T. Y., Zhang, C., y Gong, Q. Q. (2022). Cognitive behavioral therapy for children and adolescents with post-traumatic stress disorder: meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 308, 502-511. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.111>
- Xiang, Y., Cipriani, A., Teng, T., Del Giovane, C., Zhang, Y., Weisz, J. R., Li, X., Cuijpers, P., Liu, X., Barth, J., Jiang, Y., Cohen, D., Fan, L., Gillies, D., Du, K., Ravindran, A. V., Zhou, X., y Xie, P. (2021). Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for post-traumatic stress disorder in children and adolescents: a systematic review and network meta-analysis. *Evidence-Based Mental Health*, 24(4), 153-160. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2021-300346>
- Xie, S., Cheng, Q., Tan, S., Li, H., Huang, T., Xiang, Y., y Zhou, X. (2024a). The efficacy and acceptability of group trauma-focused cognitive behavior therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 86, 127-134. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2023.11.012>

- Xie, Y., Zhu, X., Wang, L., Wan, Z., Yang, J., Su, C., Duan, S., Xu, C., y Kan, B. (2024b). A network meta-analysis of psychological interventions for children and adolescents after natural and man-made disasters. *BMC Psychiatry*, 24(1), 468. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05924-8>

Anexo

Lista de los estudios potencialmente relevantes que se leyeron en forma de texto completo, pero que se excluyeron, y justificación [entre corchetes] de la exclusión

- Danzi, B. A., y La Greca, A. M. (2021). Treating children and adolescents with posttraumatic stress disorder: moderators of treatment response. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 50(4), 510-516. <https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1823849>. [No es un metaanálisis].
- Grainger, L., Thompson, Z., Morina, N., Hoppen, T., y Meiser-Stedman, R. (2022). Associations between therapist factors and treatment efficacy in randomized controlled trials of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and youth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 35(5), 1405-1419. <https://doi.org/10.1002/jts.22840>. [Moderadores de eficacia].
- Gupta, A. E. (2024). The efficacy of EMDR versus TF-CBT for the treatment of PTSD. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 85(6-B). ProQuest Information & Learning. [Adultos].
- Hudays, A., Gallagher, R., Hazazi, A., Arishi, A., y Bahari, G. (2022). Eye movement desensitization and reprocessing versus cognitive behavior therapy for treating post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24). <https://doi.org/10.3390/ijerph192416836>. [Adultos].
- John-Baptiste Bastien, R., Jongsmma, H. E., Kabadayi, M., y Billings, J. (2020). The effectiveness of psychological interventions for post-traumatic stress disorder in children, adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 50(10), 1598-1612. <https://doi.org/10.1017/S0033291720002007>. [Adultos].
- Kip, A., Iseke, L. N., Papola, D., Gastaldon, C., Barbui, C., y Morina, N. (2023). Efficacy of psychological interventions for PTSD in distinct populations—An evidence map of meta-analyses using the umbrella review methodology. *Clinical Psychology Review*, 100, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102239>. [No es un metaanálisis].
- Phillips, A. R., Halligan, S. L., Bailey, M., Birkeland, M. S., Lavi, I., Meiser-Stedman, R., Oram, H., Robinson, S., Sharp, T. H., y Hiller, R. M. (2024). Systematic review and meta-analysis: do best-evidenced trauma-focused interventions for children and young people with PTSD lead to changes in social and interpersonal domains? *European*

- Journal of Psychotraumatology*, 15(1), 2415267.
<https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2415267>. [Otra variable de resultado].
- Roberts, L. N., y Nixon, R. D. V. (2023). Systematic review and meta-analysis of stepped care psychological prevention and treatment approaches for posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 54(3), 476-495.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.11.005>. [Adultos].
- Simmons, C., Meiser-Stedman, R., Baily, H., y Beazley, P. (2021). A meta-analysis of dropout from evidence-based psychological treatment for post-traumatic stress disorder (PTSD) in children and young people. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1947570.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1947570>. [Otra variable de resultado].
- Smith, C., Ford, C., Baldwin, G., Jensen, T. K., Karatzias, T., Birkeland, M. S., y Meiser-Stedman, R. (2024). Do psychological treatments for PTSD in children and young people reduce trauma-related appraisals? A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 182, 104621.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2024.104621>. [Otra variable de resultado].
- Somers, K., Spruit, A., Stams, G. J., Vandervelde, S., Lindauer, R., y Assink, M. (2024). Identifying effective moderators of cognitive behavioural trauma treatment with caregiver involvement for youth with PTSD: a meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33(7), 2067-2081. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02088-2>. [Moderadores de eficacia].

Para citar en APA 7

Sanz-García, A. (2026). Una revisión sistemática de los metaanálisis de los tratamientos para el trastorno de estrés postraumático en niños y adolescentes. *Terapia Psicológica (En línea)*, 44(1), 1-26 <https://doi.org/10.4067/S0718-48082026000100001>



© 2026 Terapia Psicológica