



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA
GENERAL SANITARIA**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo Fin de Máster

**ALCANCE DE LOS PROGRAMAS DE
INTERVENCIÓN DIRIGIDOS A POBLACIÓN
INFANTOJUVENIL AFECTADA POR CONFLICTOS
BÉLICOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

**Scope of intervention programs aimed at children and adolescents
affected by armed conflicts: A systematic review**

Autora: Yasmin Al-Abrash Ghalyoun

Tutora: María Fernández Sánchez

Febrero, 2025

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Declaro que:

1) He redactado el trabajo “Alcance de los programas de intervención dirigidos a población infantojuvenil afectada por conflictos bélicos: Una revisión sistemática” para la asignatura de Trabajo Fin de Master en el curso académico 2024/2025 de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes bibliográficas citadas en las Referencias bibliográficas.

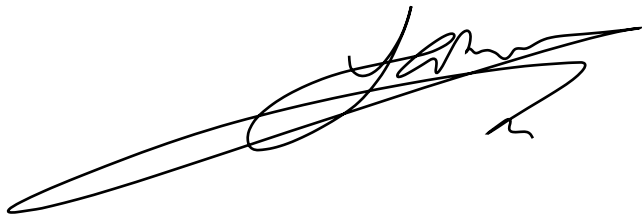
2) He identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes indicadas, textualmente o conforme a su sentido.

3) El trabajo realizado así como el material incluido en los Anexos constituye una aportación personal y que no he copiado, reproducido ni utilizado programas ya existentes. En todos los casos se ha reconocido expresamente la autoría de instrumentos de evaluación o similares, publicados.

4) Soy consciente de que no respetar estos extremos es objeto de sanciones universitarias y/o de otro orden, incluyendo la calificación del TFM con un 0-Suspenso.

13 de febrero de 2025

Yasmin Al-Abrash Ghalyoun:

A handwritten signature in black ink, consisting of a series of loops and strokes, representing the name Yasmin Al-Abrash Ghalyoun.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a mi tutora, María, por acompañarme estos últimos meses, darme un espacio en el que compartir mis inquietudes y empujarme a confiar en mi trabajo. Gracias a ti el camino ha sido mucho más divertido y gratificante.

En segundo lugar, me gustaría dar mi agradecimiento a mis compañeros del máster, a quienes tras este último año y medio considero como familia. Gracias a vosotros, Salamanca siempre ocupará un lugar especial en mi corazón.

Por último, quiero hacer una mención especial a mis padres y hermanos, por su apoyo incondicional y por siempre confiar en mí.

RESUMEN

Contexto teórico: Se estima que uno de cada cinco menores expuestos a conflictos bélicos podría experimentar problemas de salud mental, repercutiendo de manera significativa en todos sus ámbitos vitales. Intervenciones psicosociales con esta población podrían resultar clave para fomentar su bienestar, habilidades de afrontamiento y calidad de vida general. *Objetivos:* Evaluar la efectividad de programas de intervención dirigidos a población infantojuvenil afectada por conflictos bélicos, considerando el impacto de factores de protección y riesgo característicos de dicha población. *Métodos:* se llevó a cabo una revisión sistemática de 15 artículos empíricos publicados entre 2006 y el 2024, obtenidos de las bases de dato electrónicas PubMed, ScienceDirect, APA PsychNet y Google Académico. *Resultados:* Las intervenciones psicosociales que integran componentes como la psicoeducación, la exposición a la narrativa del trauma, el entrenamiento en estrategias de afrontamiento y la activación de redes de apoyo han mostrado efectos beneficiosos. Sin embargo, su efectividad varía según factores individuales y contextuales tales como el género, la edad, la exposición a eventos traumáticos y la solidez de los vínculos familiares. *Conclusiones:* Si bien se ha demostrado la efectividad de ciertos programas de intervención psicosocial para mitigar el impacto de los conflictos bélicos en la salud mental de la población infantojuvenil, su alcance está condicionado por diversos factores protectores y de riesgo que influyen significativamente en sus resultados. *Implicaciones:* Se resalta la importancia de diseñar e implementar intervenciones psicosociales más adaptativas y culturalmente sensibles, respaldadas por estudios longitudinales y transversales que permitan comprender la interacción entre factores de riesgo y protección, optimizando así su efectividad y sostenibilidad en diversos contextos de violencia.

Palabras clave: Conflicto Bélico, Niños, Adolescentes, Intervención Psicoterapéutica, Factores de Riesgo, Factores de Protección

ABSTRACT

Theoretical Context: It is estimated that 1 in 5 children exposed to armed conflicts may experience mental health issues, significantly affecting all aspects of their lives. Psychosocial interventions aimed at this population could be key to promoting their well-being, coping skills, and overall quality of life. *Objectives:* To assess the effectiveness of intervention programs aimed at children and adolescents affected by armed conflicts, considering the influence of protective and risk factors specific to this population. *Methods:* A systematic review of 15 empirical studies published between 2006 and 2024 was conducted, sourced from the electronic databases PubMed, ScienceDirect, APA PsychNet, and Google Scholar. *Results:* Psychosocial interventions integrating components such as psychoeducation, exposure to trauma narratives, training in coping strategies, and the activation of support networks have shown beneficial effects. However, their effectiveness varies depending on individual and contextual factors such as gender, age, exposure to traumatic events, and the strength of family bonds. *Conclusions:* Although the effectiveness of certain psychosocial intervention programs in mitigating the impact of armed conflicts on children's mental health has been demonstrated, their outcomes are heavily shaped by a range of protective and risk factors. *Implications:* The importance of designing and implementing more adaptive and culturally sensitive psychosocial interventions is highlighted, supported by longitudinal and cross-sectional studies that deepen our understanding of the interaction between risk and protective factors, ultimately enhancing their effectiveness and sustainability in various conflict contexts.

Keywords: Armed Conflict, Children, Adolescents, Psychotherapeutic Intervention, Risk Factors, Protective Factors

Índice de contenidos

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
1. INTRODUCCIÓN	7
1.1. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO	7
1.2. MARCO TEÓRICO	8
1.2.1. Impacto de los conflictos bélicos en la salud mental de la población infantojuvenil	8
1.2.2. Factores de riesgo y protección del impacto de los conflictos bélicos en población infantojuvenil	9
1.2.3. Programas de intervención con población infantojuvenil afectada por conflictos bélicos	11
1.3. OBJETIVOS DE ESTUDIO	13
2. METODOLOGÍA	14
2.1. MATERIALES	14
2.2. PROCEDIMIENTO	14
2.3. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	15
3. RESULTADOS	16
3.1. EFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN MÁS FRECIENTEMENTE IMPLEMENTADOS	16
3.1.1. Técnicas de recuperación del trauma (TRT)	16
3.1.2. Intervenciones escolares psicosociales	18
3.1.2.1. Intervención basada en la escuela (CBI):	18
3.1.2.2. El Programa de Aprendizaje Moderado (BLP-2):	20
3.1.3. Programas basados en actividades estructuradas	21
3.1.4. Psicoterapias estructuradas y basadas en la evidencia	22
3.2. IMPLICACIÓN DE FACTORES DE PROTECCIÓN Y RIESGO SOBRE EL IMPACTO DE LAS INTERVENCIONES	23
4. DISCUSIÓN	25

5. REFERENCIAS	31
6. APÉNDICES	39

Índice de Figuras

Figura A1. Diagrama de flujo del proceso de búsqueda y selección de los artículos	39
---	----

Índice de Tablas

Tabla B1. Características de los artículos revisados	40
--	----

1. INTRODUCCIÓN

1.1. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

Toda forma de violencia ejercida contra niños en el mundo constituye una grave violación de sus derechos y una crisis de gran magnitud que afecta a la sociedad a diario (Oberg *et al.*, 2021). Según un informe reciente de la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2024), la violencia contra menores víctimas de conflictos armados alcanzó niveles alarmantes en 2023, con un incremento del 21% en las violaciones graves, afectando a más de 15,800 niños y 6,250 niñas. En particular, se registró un aumento del 35% en el número de asesinatos y mutilaciones de menores en países como Palestina (especialmente en la Franja de Gaza), Burkina Faso, la República Democrática del Congo, Myanmar, Somalia, Sudán, la República Árabe Siria y Ucrania, entre otros.

En línea con esto datos, la ONU (2024) señala a las fuerzas gubernamentales como principales responsables del asesinato y mutilación de niños, ataques a hospitales y escuelas, así como de la negación al acceso a asistencia humanitaria esencial. El informe destaca especialmente el genocidio en Palestina perpetrado por las fuerzas israelíes, que ha desatado una escalada en la violencia desde octubre del 2023, con un aumento del 155% en las violaciones graves contra menores. Como resultado de esta intensificación de la violencia, junto con los conflictos y las crisis climáticas en diversos países, las necesidades humanitarias han aumentado drásticamente en la primera mitad de 2024 (Office for the Coordination of Humanitarian Affairs [OCHA], 2024).

La migración forzada, un efecto directo de la violencia y los conflictos armados, impacta profundamente en niños y adolescentes, representando una forma de violencia estrechamente vinculada a estos contextos. Este tipo de migración conlleva traumas físicos, psicológicos y sexuales. Según estimaciones del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR, 2024), a mediados de 2024, el número de personas desplazadas forzosamente alcanzó los 122,6 millones. En los últimos diez años, el número de niños desplazados se ha visto más que duplicado, pasando de 18,8 millones en el 2010 a 47,2 millones en el 2023. Esta cifra incluye aproximadamente a 19,1 millones de niños refugiados y solicitantes de asilo, así como a unos 28,1 millones de niños desplazados dentro de sus propios países debido a conflictos y violencia (United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF], 2024).

No obstante, a pesar del aumento constante de las crisis humanitarias y la creciente necesidad de asistencia, se ha observado una insuficiencia de fondos destinados a cubrir estas demandas. Dicha carencia de financiamiento provoca crisis alimentarias y el consiguiente riesgo de inanición, limita el acceso a la atención de la salud sexual y reproductiva de mujeres y niñas, restringe el acceso a la educación y aumenta el riesgo de desarrollo de enfermedades, entre otros efectos (OCHA, 2024).

Las guerras y la violencia derivada de las mismas dejan un impacto devastador en la salud mental y bienestar psicosocial de millones de personas. En todo el mundo, uno de cada cinco niños y adolescentes expuestos a conflictos bélicos podría experimentar problemas de salud mental, en comparación con una prevalencia media global de uno de cada catorce individuos (Charlson *et al.*, 2019). Las necesidades de apoyo psicosocial de esta población suelen exceder significativamente la capacidad de respuesta de los servicios locales, ya que los recursos disponibles ya escasos se ven aún más sobrecargados debido a las consecuencias de los conflictos bélicos. Como resultado, la atención a la salud mental suele quedar en un segundo plano, mientras que los esfuerzos iniciales de ayuda tienden a enfocarse en cuestiones de salud más inmediatas y prioritarias (Comité Internacional de la Cruz Roja [CICR], 2023).

Ante esta realidad, resulta indispensable realizar una revisión sistemática de los programas de intervención disponibles dirigidos a población infantojuvenil afectada por conflictos bélicos. Este estudio permitirá identificar prácticas efectivas, detectar posibles brechas y áreas de mejora, y proponer estrategias basadas en la evidencia que contribuyan a mitigar los efectos devastadores de esta violencia en niños y adolescentes.

1.2. MARCO TEÓRICO

1.2.1. Impacto de los conflictos bélicos en la salud mental de la población infantojuvenil

Cualquier forma de violencia derivada de conflictos bélicos, ya sea directa o indirecta, tiene un impacto devastador, afectando la vida de niños y adolescentes de múltiples maneras. Además de enfrentarse a lesiones, mutilaciones o discapacidades, los niños pueden ser reclutados forzosamente como soldados, desplazados de sus hogares y separados de sus familias, quedar huérfanos, ser encarcelados y explotados, y finalmente, podrían tener que pagar el coste más caro con sus vidas (Silla, 2020).

Más allá de los daños físicos, la vulnerabilidad particular característica de la población infantojuvenil facilita que todas estas experiencias impacten gravemente su salud mental, funcionamiento psicosocial y desarrollo evolutivo. Entre los problemas de salud mental más comúnmente asociados se encuentran altos índices de trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Biset *et al.*, 2023; El-Khodary y Samara, 2020; Kaufman-Sriqui *et al.*, 2013), depresión, conductas internalizantes y externalizantes, problemas conductuales, bajo rendimiento escolar y alteraciones en el desarrollo de la personalidad y la moralidad (Layne *et al.*, 2010; Lee *et al.*, 2018). Asimismo, los niños y niñas que se enfrentan a desplazamientos forzosos presentan un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud física y mental, tales como el trastorno depresivo mayor, TEPT, síntomas somáticos y trastornos por consumo de sustancias (Im *et al.*, 2017), así como problemas de conducta en el hogar, la escuela y la comunidad, observándose una alta comorbilidad entre estas problemáticas (Betancourt *et al.*, 2012).

Estas situaciones de crisis a menudo repercuten en el estado de salud y nutrición de los niños, afectando de manera significativa sus años críticos de desarrollo físico y mental. La desnutrición infantil se ha relacionado sistemáticamente con retrasos en el crecimiento, déficits cognitivos, menor asistencia escolar y un aumento en las tasas de morbilidad y mortalidad. Asimismo, las actividades cotidianas que permiten a los niños explorar su entorno y expresarse libremente se ven interrumpidas, lo cual profundiza el deterioro de los sistemas formales e informales de aprendizaje y limita su estimulación cognitiva y desarrollo del pensamiento crítico (Ager *et al.*, 2010).

1.2.2. Factores de riesgo y protección del impacto de los conflictos bélicos en población infantojuvenil

Los factores de riesgo y protección constituyen elementos fundamentales en el ámbito de la psicología, ya que facilitan la comprensión, la prevención y el abordaje de diversos problemas psicológicos, además de contribuir al fomento del bienestar individual y colectivo. Una amplia variedad de factores relacionados con las características de los niños, la dinámica familiar y el entorno comunitario tienen un impacto profundo en cómo las experiencias traumáticas derivadas de conflictos bélicos afectan a la población infantojuvenil, influyendo de manera determinante en su desarrollo psicológico y social.

Uno de los factores de riesgo con mayor evidencia científica es el nivel de exposición a la violencia, asociado a un incremento de la sintomatología del TEPT en los menores sometidos a la misma (Betancourt *et al.*, 2010a; Dubow *et al.*, 2012; El-Khodary y Samara, 2020; Khamis, 2019; Verliet *et al.*, 2014). Asimismo, el tipo de evento violento al que se enfrentan, tal como amenazas de muerte, pérdida de seres queridos, desplazamiento forzado (Layne *et al.*, 2010; Müller *et al.*, 2019), o la exposición a enfrentamientos, explosiones y cadáveres (Ceri *et al.*, 2018), influye en la magnitud del impacto sobre su salud mental.

Determinantes socioeconómicos, como la pobreza y el estatus social, también afectan significativamente la salud mental de estos niños (Eggerman y Panter-brick, 2010; El-Khodary y Samara, 2019). En el caso de los migrantes forzados, los desafíos de la vida cotidiana y los estresores diarios en el país de acogida también son importantes predictores de efectos negativos sobre su salud mental (Carpiniello *et al.*, 2023), mostrando una fuerte relación con un aumento de la ansiedad, el TEPT (Hou *et al.*, 2020) y conductas de internalización y externalización (Jensen *et al.*, 2019).

ACNUR (2019) identifica a los menores refugiados no acompañados como un grupo especialmente vulnerable, con mayor riesgo de sufrir negligencia, violencia física y sexual, reclutamiento forzado, discriminación, trata de personas y falta de acceso a la educación o atención médica. Estos niños presentan una mayor probabilidad de haber sido testigos de muertes violentas de personas cercanas (Müller *et al.*, 2019), lo que contribuye a una prevalencia más alta de TEPT, depresión, trastornos de ansiedad y trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) (Blackmore *et al.*, 2019; Jacobsen *et al.*, 2014; Oberg *et al.*, 2023). Además, presentan un alto riesgo de comorbilidad con desregulación emocional (Khamis, 2019), estilos de afrontamiento evitativo (McGregor *et al.*, 2015) y mayores tasas de ideación suicida y suicidio consumado (Amiri, 2022; Daniel-Calveras *et al.*, 2022).

La literatura existente también resalta una mayor afectación en la salud mental de adolescentes y niños en etapa escolar en comparación con los más pequeños, incluyendo una mayor tasa de sintomatología TEPT (El-Khodary y Samara, 2020; Feldman y Vengrober, 2011; Mels *et al.*, 2010) y desregulación emocional (Kamis, 2019). En cuanto a las diferencias de género, los niños presentan mayor probabilidad de exposición a eventos traumáticos de guerra (Diab *et al.*, 2017; El-Khodary y Samara, 2019) y a desarrollar problemas de externalización (Ceri y Nasiroglu, 2018, Mels *et al.*, 2010) y sintomatología depresiva (El-Khodary y Samara,

2019), mientras que las niñas son más susceptibles a desarrollar problemas de internalización (Ceri y Nasiroglu, 2018; Mels *et al.*, 2010) y sintomatología TEPT (El-Khodary y Samara, 2019). También juegan un papel importante factores como su regulación emocional (Diab *et al.*, 2017; El-Khodary y Samara, 2019) y mecanismos de afrontamiento (Khamis, 2019).

El entorno familiar y la fortaleza de los vínculos familiares son también factores determinantes en el impacto de los conflictos sobre la vida de niños y adolescentes. La psicopatología materna (Feldman y Vengrober, 2011; Van Ee *et al.*, 2012), el estilo de apego (Van Ee *et al.*, 2016), los mecanismos de afrontamiento maternos (Diab *et al.*, 2018b) y la libre expresión de sentimientos en el hogar (Khamis, 2019), son factores predictores de la psicopatología observada en los niños. La evidencia también sugiere que aquellos niños privados del contacto con sus padres enfrentan riesgos que van desde la muerte prematura hasta un deterioro significativo en su salud mental, bienestar general y desarrollo cognitivo y social, así como su capacidad de aprendizaje (Jones-Mason *et al.*, 2021; Waddoups *et al.*, 2019).

Otros factores, como el acceso a la educación (Betancourt *et al.*, 2010a; Khamis, 2019; Smid *et al.*, 2011), el apoyo social recibido (Ceri y Nasiroglu, 2018; Diab *et al.*, 2018a; Feldman y Vengrober, 2011) y el estigma postconflicto (Betancourt *et al.*, 2010b) también inciden en la prevalencia de TEPT, depresión y problemas emocionales y conductuales en estos niños. Además, elementos como la fe, la esperanza y las creencias espirituales o prácticas religiosas desempeñan un papel importante en la resiliencia de las víctimas, sobretudo en niños mayores o adolescentes (Fernando y Ferrari, 2011; Klasen *et al.*, 2010), actuando la cultura así mismo como una base para dicha resiliencia, construcción de la identidad social y esperanza (Eggerman y Panter-Brick, 2010).

1.2.3. Programas de intervención con población infantojuvenil afectada por conflictos bélicos

Dado el enorme impacto que sufren las víctimas de la violencia derivada de conflictos bélicos, los programas de apoyo psicosocial y de salud mental se consideran un componente central de la respuesta humanitaria, requiriendo de una colaboración multisectorial y un marco de intervención a diferentes niveles (Comité Permanente entre Organismos [IASC], 2017). No obstante, a pesar del consenso respecto a la importancia de implementar intervenciones psicosociales en contextos de crisis complejas, persiste una gran brecha entre la adecuada

atención a las necesidades de la salud mental de dicha población y la disponibilidad de intervenciones basadas en evidencia científica (IASC, 2007).

Durante los últimos años, numerosas revisiones sistemáticas y metaanálisis han evaluado la eficacia y eficiencia de programas de intervención dirigidos a población infantojuvenil en contextos de emergencias y conflictos armados. Algunos estudios han identificado efectos positivos de intervenciones psicosociales para niños y adolescentes en países de ingresos medios/bajos con presencia de sintomatología TEPT y/o depresiva (Morina *et al.*, 2017) y otros trastornos mentales (Barbui *et al.*, 2020), así como intervenciones centradas en el trauma (Yatham *et al.*, 2018; Purgato *et al.*, 2018b), intervenciones grupales preventivas de apoyo psicosocial (Papola *et al.*, 2024; Peltonen *et al.*, 2010; Jordans *et al.*, 2009; Tol *et al.*, 2011), centradas en primeros auxilios psicológicos (PAPs) (Wang *et al.*, 2024; Gilbert *et al.*, 2021) y programas en entornos escolares (Persson y Rousseau, 2009; Tyrer *et al.*, 2014).

Las intervenciones psicosociales enfocadas en niños mostraron mayor efectividad sobre trastornos de conducta y TEPT, aunque no resultaron tan efectivas para la sintomatología depresiva o ansiosa (Barbui *et al.*, 2020; Purgato *et al.*, 2018a). Los primeros auxilios psicológicos también demostraron eficacia en la disminución de sintomatología ansiosa tras la exposición a eventos traumáticos (Wang *et al.*, 2024), aunque principalmente en las etapas iniciales de crisis y no a largo plazo (Gilbert *et al.*, 2021). Intervenciones basadas en la evidencia, tales como la TCC y la IPT, y que incluyen técnicas para el fomento de la resiliencia, resultaron particularmente efectivas para paliar la sintomatología TEPT, depresiva y ansiosa en esta población (Peltonen *et al.*, 2010; Yatham *et al.*, 2018). Las terapias centradas en el trauma, sin embargo, solo mostraron mejoras a corto plazo en síntomas de TEPT, sin mantenimiento de estos efectos a largo plazo (Purgato *et al.*, 2018b). Por otro lado, las intervenciones basadas en la escuela mostraron eficacia para la reducción de sintomatología TEPT (Persson y Rousseau, 2009), sintomatología depresiva, ansiosa y deterioro funcional (Tyrer *et al.*, 2014), así como el manejo de síntomas internalizantes (Tol *et al.*, 2011).

Aunque estos resultados demuestran efectos beneficiosos, también se han identificado importantes limitaciones metodológicas y de enfoque que influyen en la interpretación de los mismos. Muchos estudios combinan en sus muestras tanto adultos como niños, prestando más atención a los resultados obtenidos en adultos (Barbui *et al.*, 2020; Papola *et al.*, 2024; Purgato *et al.*, 2018b; Tol *et al.*, 2011; Wang *et al.*, 2024). Asimismo, varios estudios carecen de ensayos

clínicos aleatorizados (Peltonen *et al.*, 2010; Yatham *et al.*, 2018) y se limitan a realizar mediciones pre y post únicamente en los grupos de intervención (Jordans *et al.*, 2009; Peltonen *et al.*, 2010; Tyrer *et al.*, 2014). Además, muchas investigaciones incluyeron muestras procedentes de diversos contextos de crisis humanitarias y expuestas a diferentes tipos de eventos traumáticos, abarcando no solo conflictos bélicos, sino también desastres naturales, violencia masiva y violencia interpersonal (Gilbert *et al.*, 2021; Morina *et al.*, 2017; Papola *et al.*, 2024; Purgato *et al.*, 2018b; Tol *et al.*, 2011; Wang *et al.*, 2024; Yatham *et al.*, 2018). Destaca también una excesiva focalización en la sintomatología del TEPT como principal indicador de eficacia, sin considerar la comorbilidad con otros problemas de salud mental comunes en esta población (Jordans *et al.*, 2009; Tol *et al.*, 2011; Yatham *et al.*, 2018).

También cabe señalar que pocos estudios incorporaron medidas de seguimiento a largo plazo (Peltonen *et al.*, 2010; Tyrer *et al.*, 2014), o emplearon instrumentos culturalmente adaptados (Yatham *et al.*, 2018), siendo en ocasiones estas adaptaciones insuficientemente detalladas (Jordans *et al.*, 2009; Persson y Rousseau, 2009). Además, rara vez se evaluó el impacto de los estresores cotidianos post-conflicto en la salud mental de esta población (Morina *et al.*, 2017), ni se realizaron análisis exhaustivos sobre los efectos diferenciales de factores protectores y de riesgo en los resultados obtenidos (Jordans *et al.*, 2009; Papola *et al.*, 2024; Purgato *et al.*, 2018a; Yatham *et al.*, 2017). Asimismo, muchos estudios carecieron de evaluaciones sistemáticas previas para determinar la presencia de diagnósticos clínicos en las muestras, lo que podría llevar a la inclusión de participantes con condiciones subclínicas o no diagnosticadas que potencialmente hayan podido influir en los resultados de las intervenciones (Yatham *et al.*, 2018).

1.3. OBJETIVOS DE ESTUDIO

En resumen, aunque numerosos estudios han explorado la eficacia de diversos programas de intervención dirigidos a niños y adolescentes afectados por conflictos bélicos, los hallazgos vienen marcados por importantes limitaciones y desafíos metodológicos. Por ende, la comprensión y evaluación precisa del impacto de estas intervenciones se ven limitadas por deficiencias en el rigor y claridad en el diseño de los estudios, un enfoque excesivo en la disminución del TEPT como indicador de éxito, una escasa atención al seguimiento y sostenibilidad de las mejoras a largo plazo y la falta de análisis que consideren el papel de factores protectores y de riesgo en los resultados obtenidos.

Las intervenciones dirigidas a niños afectados por la guerra o situaciones de conflicto deben ser integrales, sostenibles y ofrecer un apoyo multidimensional, multidisciplinario y adaptado tanto a las necesidades individuales como grupales (Wessells, 2017). Asimismo, toda intervención que busque ser eficaz en un contexto de violencia bélica debe considerar no solo variables individuales, sino también las del propio entorno, otorgando así un peso digno a los factores socioecológicos previamente identificados. Miller y Rasmussen (2010), así como Ager y colaboradores (2010), subrayan la necesidad de ir más allá de los modelos centrados exclusivamente en el trauma, y en cambio abogar por un modelo psicosocial que resalte la importancia de los constructos socioecológicos, reconociendo la interconexión entre el bienestar y desarrollo infantil y una amplia gama de factores sociales, culturales y económicos.

Por ende, esta revisión sistemática tiene como objetivo ofrecer una actualización de las intervenciones más recientes diseñadas e implementadas con población infantojuvenil afectada por conflictos bélicos. En el presente estudio, evaluaremos intervenciones dirigidas tanto a niños y adolescentes que residen en zonas de conflicto activo como a aquellos refugiados desplazados a otros países. Asimismo, analizaremos en qué medida los modelos de intervención analizados consideran los efectos diferenciales de factores protectores y de riesgo en su diseño y aplicación.

2. METODOLOGÍA

2.1. MATERIALES

Los materiales empleados para la elaboración de la presente revisión sistemática fueron 15 artículos científicos de investigación empírica, obtenidos de diferentes bases de datos electrónicas que se especificarán más adelante. Las características principales de los artículos empleados se encuentran recogidas en la Tabla B1 (*véase Apéndice B*).

2.2. PROCEDIMIENTO

La búsqueda para el presente estudio se llevó a cabo en las siguientes bases de datos: PubMed, ScienceDirect, APA PsychNet y Google Académico. Los descriptores utilizados en la búsqueda fueron los siguientes: war, conflict, children, adolescents, mental health, interventions. Además, dichos descriptores se combinaron de la siguiente manera, “(War OR conflict) AND (children OR adolescents) AND mental health AND interventions”, buscando

en el campo de título y resumen y acotando por fecha para obtener documentos publicados a partir del 2006. La búsqueda se llevó a cabo durante el mes de septiembre de 2024.

De esta primera fase de búsqueda, se encontraron en las bases de datos un total de 180 documentos de los cuales se excluyeron 51 por estar duplicados. Además, tras el análisis de la bibliografía de los documentos inicialmente seleccionados, se localizaron e incluyeron otros 8 estudios adicionales identificados en otras fuentes (i.e., referencias cruzadas). En una segunda fase, se analizaron los artículos en base a su resumen y título y en función de los siguientes criterios de inclusión: a) que fueran estudios empíricos; b) que contaran con un ensayo controlado aleatorizado; c) que evaluaran el impacto de un programa de intervención psicológico dirigido a población expuesta a efectos directos o indirectos de conflictos bélicos o guerras; d) en muestras sólo con niños y jóvenes menores de 18 años o con sus cuidadores principales; y e) publicados en español o en inglés. Tras este análisis, se excluyeron 63 artículos por no ser estudios que evaluaran programas de intervención psicológica con niños y jóvenes expuestos a conflictos bélicos o guerras.

En una tercera fase, se accedió al texto completo de los 74 artículos restantes y se volvió a examinar su elegibilidad en función de los mismos criterios de inclusión. En base a estos criterios, se excluyeron 59 documentos, 19 por no ser estudios empíricos, 14 por no contar con un grupo control de comparación, 17 por estar centrados en otro tipo de eventos traumáticos (e.g., desastres naturales, violencia interpersonal, accidentes de tráfico) y 9 por contar con muestras con participantes mayores de 18 años. Finalmente, quedaron 15 documentos de los cuales se hizo la revisión sistemática. En la Figura A1 se detalla el proceso de búsqueda (*véase Apéndice A*).

2.3. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Tras la selección de los artículos, se llevó a cabo una lectura profunda y detallada de los mismos con el propósito de identificar y describir sus características y resultados principales, las cuales se ven reflejadas en la Tabla B1 (*véase Apéndice B*). En dicha tabla, se detalla el autor y el año de publicación, el propósito del estudio, el tipo de muestra y los resultados y hallazgos principales obtenidos.

3. RESULTADOS

En la Tabla B1 (*véase Apéndice B*) aparecen las características y los principales resultados de los 15 estudios seleccionados. Los resultados de estos estudios respecto a los programas de intervención dirigidos a población infantojuvenil afectada por conflictos bélicos, se describen a continuación.

3.1. EFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN MÁS FRECUENTEMENTE IMPLEMENTADOS

3.1.1. Técnicas de recuperación del trauma (TRT)

El programa de técnicas de recuperación del trauma (TRT), desarrollado por la Children and War Foundation (CAW), ha sido implementado durante las últimas décadas en poblaciones afectadas por diversas crisis humanitarias. La TRT es una intervención preventiva de enfoque cognitivo-conductual que consta de 5 sesiones grupales diseñadas para fomentar estrategias de afrontamiento frente a la sintomatología intrusiva, evitativa e hiperactiva (Barron *et al.*, 2013) mediante el procesamiento simbólico, verbal y cinestético del trauma (Punamaki *et al.*, 2021). El programa incluye actividades como la narración de historias, el dibujo de experiencias traumáticas, la solución de problemas y el uso del juego de roles, con el objetivo de fortalecer la regulación emocional, facilitar el reconocimiento de las reacciones de estrés propias y ajenas, y promover los vínculos entre iguales (Punamaki *et al.*, 2021). Además, aborda la hiperactivación a través de técnicas de relajación y estabilización, así como la desensibilización gradual de conductas evitativas mediante exposición jerárquica (Barron *et al.*, 2016).

Barron y colaboradores (2013) evaluaron la eficacia de la TRT grupal en niños palestinos de entre 11 y 14 años residentes en Nablus, territorio afectado por violencia bélica persistente debido a la ofensiva israelí. Los resultados mostraron una reducción del 50% en la probabilidad de desarrollar TEPT, con efectos positivos en todos los dominios evaluados de su sintomatología. Además, se observaron mejoras en la sintomatología depresiva y una notable disminución del duelo traumático en ambos sexos. Asimismo, se destacó un fomento de la percepción de capacidad de aprendizaje, lo que se asoció a mejoras en el ámbito educativo y una mayor sensación de esperanza hacia el futuro.

El mismo programa se puso en marcha con niños palestinos residentes en áreas rurales, logrando una reducción significativa en el número de casos con niveles clínicamente significativos de TEPT (Barron *et al.*, 2016). Además, la intervención demostró ser eficaz en la prevención del desarrollo de sintomatología depresiva y disociativa, a pesar del contexto de violencia bélica persistente.

Asimismo, diversos estudios han señalado que factores como el estilo de apego y la calidad de los vínculos familiares influyen en la efectividad de las intervenciones basadas en la TRT. Punamaki *et al.* (2021) analizaron el impacto de la TRT en 325 niños palestinos expuestos a violencia continuada, así como el papel de sus relaciones familiares en la efectividad de la misma. La intervención tuvo un efecto compensatorio en niños con vínculos familiares inseguros y discrepantes, favoreciendo la reducción de problemas emocionales y el desarrollo de recursos positivos. En el caso de niños con relaciones familiares seguras y positivas, la intervención también resultó beneficiosa, aunque se observó una disminución de problemas emocionales incluso en el grupo control, lo que sugiere que la TRT actuó principalmente como un mecanismo amortiguador.

En otro estudio que examinó la influencia del entorno familiar en la eficacia de la TRT, se observaron beneficios en la reducción de la sintomatología del TEPT exclusivamente en niños con estilos de apego seguro y ansioso, pero no en aquellos con apego evitativo (Eloranta *et al.*, 2017). Una vez más, un estilo de apego seguro actuó como un factor protector, ya que incluso los niños con apego seguro pertenecientes al grupo control mostraron una disminución de la sintomatología del TEPT. Por el contrario, los niños con apego evitativo no se beneficiaron de la intervención, y aquellos en el grupo control incluso presentaron un deterioro de la sintomatología del TEPT.

Por su parte, El-Khani y colaboradores (2021) llevaron a cabo el primer estudio en el que se incorporó un componente de habilidades parentales a la TRT tradicional, trabajando con niños sirios y sus cuidadores principales desplazados forzosamente al Líbano. Este enfoque incluyó tres sesiones adicionales centradas en fortalecer las competencias parentales mediante el desarrollo de habilidades como la autorregulación, la escucha activa y comunicación efectiva. También se abordó la comprensión y normalización de cambios conductuales, el refuerzo de conductas positivas a través de interacciones favorecedoras, el establecimiento de rutinas y límites, así como la importancia del autocuidado. En efecto, se reportaron mayores niveles de

mejoría en los niños que participaron en la TRT con el componente parental añadido, con reducciones significativas en las dificultades experimentadas tanto por los niños como por sus cuidadores.

Por último, también cabe mencionar la investigación de Quota et al. (2012) en la que se evaluó la efectividad de la TRT en niños palestinos de entre 10 y 13 años en la Franja de Gaza, así como el rol de la disociación peritraumática en los resultados de la intervención. El programa redujo la proporción de niños con TEPT clínicamente significativo, pero únicamente entre varones. En el caso de las niñas, los beneficios de la intervención fueron evidentes únicamente en aquellas que mostraban una baja disociación peritraumática, reflejándose en una disminución significativa tanto de los síntomas como en la proporción de casos con TEPT clínicamente significativo.

3.1.2. Intervenciones escolares psicosociales

3.1.2.1. Intervención basada en la escuela (CBI):

La intervención basada en la escuela (*Classroom-Based Intervention*, CBI) es un programa de atención psicológica grupal y multinivel diseñada para niños en situaciones de riesgo y aplicada en el entorno escolar. Sus objetivos principales incluyen el abordaje de dificultades psicosociales, la disminución del riesgo del desarrollo de problemas de adaptación y el fortalecimiento de la resiliencia. Además, busca fomentar el empoderamiento mediante la promoción de estrategias de afrontamiento, conductas prosociales y sentimientos de esperanza (Jordans *et al.*, 2010).

El programa combina actividades preventivas universales con psicoterapia impartida por profesionales de la salud, haciendo uso de técnicas cognitivo-conductuales como la psicoeducación, el entrenamiento en estrategias de afrontamiento y el procesamiento del trauma mediante el dibujo. También integra métodos de expresión creativa, incluyendo juegos cooperativos, movimiento estructurado, música, teatro y danza (Tol *et al.*, 2014). Asimismo, incorpora un componente de servicio comunitario y fomenta la participación parental a través de reuniones y talleres regulares (Ager *et al.*, 2011).

La intervención se desarrolla a lo largo de 15 sesiones grupales, cada una con una duración de 60 minutos. Durante la primera semana, se abordan temas relacionados con la

seguridad y el control. En la segunda, el enfoque se centra en la definición y el desarrollo de la autoconciencia. Posteriormente, se trabaja la narrativa del trauma, explorando las reacciones y pensamientos experimentados durante y después de situaciones de peligro. En la cuarta semana, se introduce la narrativa de evaluación, que implica la identificación de recursos y estrategias de afrontamiento. Finalmente, la quinta semana se dedica a proyectar perspectivas de futuro y fortalecer la construcción de una red de apoyo social. Cada sesión sigue una estructura definida que incluye un ritual de apertura, una actividad central alineada con el tema de la semana, juegos cooperativos en grupo y un ritual de cierre (Jordans *et al.*, 2010).

La CBI se considera una intervención multinivel debido a su enfoque estructurado en tres niveles de atención. En el primer nivel, se implementan actividades orientadas a fortalecer la resiliencia comunitaria mediante grupos de apoyo para padres, actividades recreativas, sensibilización comunitaria y psicoeducación. En el segundo nivel, la intervención se enfoca en niños con un alto grado de malestar psicosocial, identificados mediante un cribado inicial. Por último, el tercer nivel comprende terapia individual de apoyo y resolución de problemas, así como la derivación a atención psiquiátrica, principalmente para aquellos niños que, tras la intervención grupal, requieren una atención más individualizada o especializada. Dentro del marco de salud mental pública, la CBI se implementa como una intervención de prevención secundaria, diseñada para abordar el malestar psicológico y el fomento de la resiliencia (Jordans *et al.*, 2010).

Tol y colaboradores (2014) evaluaron la efectividad de la CBI con 329 niños y adolescentes de Burundi en un contexto de conflicto armado activo. Aunque no se encontraron efectos directos de la intervención en las medidas de resultado principales, sí se observó influencia de determinadas variables moderadoras. En particular, la intervención mostró efectos significativos en la reducción de la sintomatología del TEPT y la depresión, así como en la mejora del funcionamiento general, especialmente en niños que residían en hogares de mayor tamaño y con ambos padres.

El mismo programa de intervención fue implementado por Tol *et al.* (2010) en población infantojuvenil de Indonesia afectada por conflictos bélicos, con el objetivo de evaluar el impacto de variables moderadoras y mediadoras sobre los resultados. Los hallazgos indicaron que los niños pertenecientes al grupo de intervención presentaron mayores aumentos en las

tasas de afrontamiento positivo, esperanza, apoyo social emocional, apoyo social a través del juego y apoyo social entre pares en comparación con el grupo control.

Por su parte, Jordans et al. (2010) aplicaron la CBI en población infantojuvenil residente en zonas de conflicto en Nepal, encontrando efectos positivos en aspectos sociales, conductuales y en indicadores de bienestar general. Se registraron reducciones en problemas de en la interacción con los iguales. Asimismo, el programa fue implementado en niños del norte de Uganda afectados por conflicto bélico prolongado, donde padres, maestros y los propios niños reportaron mejoras significativas en el bienestar infantil, evaluado a través de indicadores culturalmente relevantes (Ager *et al.*, 2011).

3.1.2.2. El Programa de Aprendizaje Moderado (BLP-2):

El Programa de Aprendizaje Moderado (*Balanced Learning Program*, BLP-2) es un programa de intervención psicosocial grupal dirigido por docentes y diseñado para mejorar el rendimiento escolar de adolescentes afectados por conflictos bélicos. Basado en principios universales para la prevención de reacciones de estrés postraumático, el programa integra componentes de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (*Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy*, TF-CBT) y enfoque de educación para necesidades especiales. Sus elementos clave incluyen la psicoeducación y normalización de las reacciones al estrés, estrategias de afrontamiento, técnicas de relajación, apoyo social y participación parental, autoeficacia general y académica, estrategias de aprendizaje y formación al equipo docente para comprender cómo el trauma psicológico afecta las capacidades de aprendizaje (Forsberg *et al.*, 2023).

Forsberg y colaboradores (2023) implementaron el programa con 300 estudiantes gazatíes afectados por la violencia persistente derivada de la ofensiva israelí. A lo largo de la intervención, los estudiantes participaron en actividades diseñadas para fomentar el sentido de logro y la percepción de control sobre las dificultades enfrentadas. Los resultados mostraron mejoras significativas en el bienestar general, la autorregulación, la autoeficacia, las funciones ejecutivas y habilidades de estudio, las tasas de esperanza y el rendimiento académico, además de una reducción significativa de la sintomatología asociada al estrés. El mantenimiento de las mejoras fue especialmente notable en las tasas de autorregulación, autoeficacia y funciones

ejecutivas/habilidades de estudio, identificadas como los predictores claves del rendimiento académico.

3.1.3. Programas basados en actividades estructuradas

Otro de los enfoques propuestos para la intervención con población infantojuvenil afectada por conflictos bélicos consiste en la implementación de programas grupales de actividades estructuradas dirigidos al manejo del estrés, el fomento del bienestar psicosocial y el fortalecimiento del involucramiento comunitario. Panter-Brick et al. (2017) implementaron un programa de actividades estructuradas dirigido a niños y adolescentes afectados por la guerra civil en Siria. Este programa, compuesto por 16 sesiones impartidas por facilitadores locales entrenados por la ONG “Mercy Cops”, se llevó a cabo tanto con refugiados sirios residentes en Jordania como con adolescentes jordanos de la comunidad de acogida. Los participantes pudieron elegir entre diversas modalidades que incluían deporte, arte y manualidades, habilidades vocacionales y competencias técnicas. El objetivo principal de las actividades fue aliviar el estrés profundo y fortalecer la regulación emocional y conductual de los jóvenes.

De manera similar, Loughry et al. (2006) evaluaron el impacto de un programa de actividades estructuradas diseñado para fomentar la resiliencia en niños y adolescentes palestinos en un contexto de violencia persistente. Este programa ofreció a los niños y sus familias la oportunidad de participar en actividades recreativas, culturales y otras experiencias no formales en un entorno seguro. Se hizo especial énfasis en actividades culturales y recreativas como danzas tradicionales, arte, deportes, teatro y marionetas, además de actividades educativas extraescolares. Las actividades dirigidas a los padres consistieron en talleres psicoeducativos sobre habilidades de crianza y primeros auxilios, así como la promoción de oportunidades para participar en actividades recreativas estructuradas junto con sus hijos, ya sea como participantes activos o como observadores.

El trabajo de Panter-Brick et al. (2017) muestra el impacto positivo de la intervención en el bienestar psicosocial tanto de los refugiados sirios como de los adolescentes jordanos, destacando una disminución en los sentimientos de inseguridad y malestar, con mejoras mantenidas a largo plazo. Además, se reportó un incremento en el número de amistades externas a sus propias comunidades, así como un fortalecimiento de la confianza y cohesión entre los grupos de iguales que participaron en las actividades del programa. Las sesiones enfocadas en el desarrollo de habilidades técnicas y vocacionales generaron un impacto

particularmente significativo. Por su parte, Loughry et al. (2006) también destacaron efectos beneficiosos observados en mejoras en la adaptación psicológica de los participantes. Se registró una reducción significativa en los problemas de internalización y externalización en comparación con el grupo control, así como un fomento del apoyo parental percibido.

3.1.4. Psicoterapias estructuradas y basadas en la evidencia

En un estudio llevado a cabo por Betancourt y su equipo (2014), se evaluó el impacto de una intervención grupal basada en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y la Terapia Interpersonal (TIP), denominada “Youth Readiness Intervention” (YRI). El programa se dirigió a jóvenes de Sierra Leona afectados por conflictos bélicos y consistió en 12 sesiones que integraron diversos componentes: psicoeducación sobre el trauma y su impacto en las relaciones interpersonales, habilidades de autorregulación y relajación, reestructuración cognitiva, activación conductual, habilidades de comunicación e interpersonales y resolución secuencial de problemas.

Además, el programa incluyó grupos de discusión familiares y comunitarios con el objetivo de promover el compromiso y apoyo social. Los componentes fueron cuidadosamente adaptados al contexto cultural y las necesidades específicas de los participantes, ajustando los contenidos según la edad de los jóvenes. Los resultados evidenciaron efectos positivos significativos, con mejoras en la regulación emocional, la conducta prosocial, el apoyo social percibido y el funcionamiento diario tras la intervención. Durante el seguimiento, también se observaron avances en la inscripción escolar, la asistencia y el rendimiento académico, lo que subraya el impacto multidimensional del programa.

Por otro lado, un estudio adicional realizado en el norte de Uganda con adolescentes afectados por guerras y desplazamientos forzados evaluó el impacto de dos intervenciones diferentes sobre la reducción de la psicopatología en esta población (Bolton *et al.*, 2007). En primer lugar, se implementó un programa basado en la terapia interpersonal grupal (IPT-G), enfocado en la mejora de la sintomatología depresiva y el funcionamiento general mediante la identificación de problemas interpersonales relevantes y el desarrollo de habilidades para su manejo. En segundo lugar, se implementó una intervención basada en el juego creativo, diseñada para fortalecer la resiliencia a través de la expresión verbal y no verbal de pensamientos y emociones. Incluyó actividades grupales creativas adaptadas a la edad de los

niños, como música, arte, juego de roles, deporte y debates, cada una con objetivos psicosociales específicos, y fue complementada con grupos de discusión posteriores orientados al desarrollo de habilidades.

Los resultados mostraron que la IPT-G conllevó mayores beneficios en la reducción de la sintomatología depresiva en comparación con el grupo control, con mejoras estadísticamente significativas exclusivamente en niñas. Sin embargo, no se observaron beneficios significativos del juego creativo en ninguno de los indicadores evaluados. Ninguna de las dos intervenciones mostró un impacto en problemas conductuales o deterioro del funcionamiento. No obstante, la IPT-G sí conllevó una leve mejora en la sintomatología ansiosa en comparación con el grupo control.

3.2. IMPLICACIÓN DE FACTORES DE PROTECCIÓN Y RIESGO SOBRE EL IMPACTO DE LAS INTERVENCIONES

Algunas de las investigaciones previamente mencionadas han considerado el papel moderador de diversos factores de riesgo y protección en la efectividad de las intervenciones dirigidas a población infantojuvenil afectada por conflictos bélicos.

En relación con las diferencias de género, los resultados muestran inconsistencias. Algunos estudios sugieren que el género femenino podría constituir un factor de riesgo en el contexto de intervenciones psicosociales dirigidas a esta población. Por ejemplo, en el estudio de Quota et al. (2012), las niñas solo mostraron mejoras significativas en la psicopatología observada cuando presentaban bajos niveles de disociación peritraumática, mientras que los niños se beneficiaron de la TRT de manera generalizada. De manera similar, según los hallazgos de Loughry et al. (2006), el programa de actividades estructuradas solo conllevó mejoras en las tasas de los problemas totales en niñas dentro del grupo de intervención, mientras que los niños experimentaron mejoras tanto en el grupo control como en el de intervención.

Por otro lado, otros estudios evidencian mayor beneficio en niñas. La terapia con CBI conllevó mayores beneficios en niñas en las investigaciones de Ager y sus colaboradores (2011) y Tol et al. (2010), en las que las participantes reportaron una mayor reducción en la sintomatología del TEPT y el deterioro funcional en comparación con los niños. Asimismo, la IPT-G aplicada por Bolton et al. (2007) conllevó una reducción significativa de la sintomatología depresiva exclusivamente en niñas. En cuanto a los hallazgos de Jordans et al.

(2010), indicaron que la CBI conllevó un mayor impacto en la reducción de la agresividad en niños, mientras que en las niñas se observó una mejora más pronunciada en la conducta prosocial.

Los hallazgos en relación al impacto de la exposición a eventos traumáticos también muestran cierta variabilidad. Tol et al. (2014) concluyeron que los niños con menor exposición a eventos traumáticos se beneficiaron en mayor medida de la CBI en términos de esperanza. Asimismo, el desplazamiento forzado se asoció con peores trayectorias en esperanza y deterioro funcional. En contraste, Panter-Brick et al. (2017) encontraron que los menores con exposición a cuatro o más eventos traumáticos obtuvieron mayores beneficios de un programa basado en actividades estructuradas. Estos resultados coinciden con los hallazgos de Tol et al. (2010), que señalaron que una mayor vulnerabilidad inicial y una alta dependencia del apoyo social externo se asociaron con mayores beneficios de la intervención con CBI, sugiriendo que los niños con menores recursos y mayor adversidad pueden experimentar mejoras más pronunciadas a partir de estas estrategias psicosociales.

El establecimiento de vínculos familiares seguros y un estilo de apego seguro se identificaron como factores protectores clave, resguardando la salud mental incluso en niños pertenecientes al grupo control (Eloranta *et al.*, 2017; Punamaki *et al.*, 2021). Por el contrario, un estilo de apego evitativo limitó los beneficios de la intervención con TRT, y en algunos casos, conllevó un agravamiento de la psicopatología observada (Eloranta *et al.*, 2017). El-Khani et al. (2021) respaldaron el rol del apoyo familiar, demostrando que una TRT con componente parental adicional generó beneficios significativamente mayores tanto para los niños como para sus cuidadores principales. Asimismo, los hallazgos de Tol et al. (2014) indicaron que los niños que residían con ambos padres también obtuvieron mayores beneficios de una intervención con CBI.

Entre otras variables analizadas en los estudios seleccionados, la edad también muestra resultados contradictorios. Tol et al. (2014) observaron que la intervención con CBI fomentó mayores niveles de esperanza en niños más pequeños, mientras que en otras investigaciones se indicaron un impacto más significativo de la misma intervención en niños de mayor edad (Ager *et al.*, 2011; Jordans *et al.*, 2010).

4. DISCUSIÓN

Los conflictos bélicos tienen un impacto devastador en la vida de millones de personas en todo el mundo, afectando notablemente su desarrollo físico, psicológico, social y educativo. Debido a su etapa evolutiva, la población infantojuvenil es particularmente vulnerable, ya que la exposición a este tipo de eventos traumáticos no solo altera su funcionalidad inmediata, sino que también generan secuelas a largo plazo en su bienestar general y su capacidad de adaptación (Biset *et al.*, 2023; Layne *et al.*, 2010).

A pesar de la clara necesidad y urgencia de desarrollar e implementar programas de intervención psicosociales dirigidos a mitigar estos efectos, la literatura existente destaca una significativa variabilidad y heterogeneidad en sus resultados, con inconsistencias que suelen carecer de explicaciones claras y plantear dudas sobre la efectividad y adecuación de los programas empleados (IASC, 2007). Por ello, esta revisión sistemática busca identificar qué intervenciones se están llevando a cabo con esta población y cuáles conllevan mayores beneficios, al mismo tiempo que explora el impacto de las brechas metodológicas y factores protectores y de riesgo en el alcance de dichas intervenciones.

A pesar de las diferencias en los enfoques, objetivos específicos y contextos de aplicación, las intervenciones analizadas en esta revisión comparten elementos fundamentales en su diseño. Todas adoptan un enfoque psicosocial integral, combinando estrategias orientadas al individuo y su entorno para mejorar la resiliencia y reducir el impacto negativo del trauma en niños y adolescentes.

Entre los programas de intervención más empleados, destaca la TRT, un programa grupal de técnicas cognitivo-conductuales de recuperación del trauma que tienen el objetivo de fomentar estrategias de afrontamiento mediante el procesamiento del trauma (Barron *et al.*, 2013; Punamaki *et al.*, 2021). Componentes relativos a la exposición verbal y no verbal a la narrativa del trauma, así como el entrenamiento de técnicas de relajación para abordar la sintomatología ansiosa, conllevaron mejoras significativas en la sintomatología del TEPT y depresiva, así como un fomento de la regulación emocional. Asimismo, la solución de problemas y la fortaleza de los vínculos entre iguales resultó sustancial para la promoción de recursos psicológicos positivos y la esperanza por el futuro (Barron *et al.*, 2013; Barron *et al.*, 2016). La inclusión de componentes parentales también reforzó el apoyo social y emocional

percibido y potenció los beneficios terapéuticos (Eloranta *et al.*, 2017; El-Khani *et al.*, 2021; Punamaki *et al.*, 2021).

También existe una amplia literatura respecto a la implementación y efectividad de intervenciones escolares psicosociales, tales como la CBI y el BLP-2. Desde estos programas se adopta un enfoque multinivel, con actividades grupales preventivas orientadas al desarrollo de conductas prosociales y el fortalecimiento de la resiliencia mediante la práctica de estrategias de afrontamiento, técnicas de relajación y la normalización de las reacciones al estrés, entre otras (Forsberg *et al.*, 2023; Jordans *et al.*, 2010; Tol *et al.*, 2014). Dichos componentes facilitaron una reducción de los problemas emocionales y conductuales y una mejora del bienestar general, impulsados por una normalización de las reacciones emocionales frente al trauma y una mayor comprensión y aceptación de las experiencias vividas. Además, las técnicas de expresión creativa, así como su componente grupal y comunitario, también resultaron clave para el incremento del afrontamiento positivo y el apoyo social entre pares (Ager *et al.*, 2011; Jordans *et al.*, 2010; Tol *et al.*, 2014; Tol *et al.*, 2010).

En cuanto al BLP-2, la combinación de estrategias psicoeducativas, apoyo social y fortalecimiento de habilidades ejecutivas demostró ser fundamental en la mejora de la autorregulación, la autoeficacia y las funciones cognitivas, lo que a su vez repercutió positivamente en el desempeño escolar. Asimismo, el programa logró generar un impacto duradero en la resiliencia de los participantes, con un mantenimiento de las mejoras a largo plazo (Forsberg *et al.*, 2023).

También se han puesto en marcha programas basados en actividades estructuradas dirigidas al manejo de la ansiedad y el fomento del bienestar psicosocial mediante la participación en actividades recreativas y culturales que incluyen deporte, arte, danza, teatro, habilidades vocacionales y competencias técnicas. Estos programas mostraron un destacable fomento de la regulación emocional y el bienestar psicosocial de los niños, facilitado por la habilitación de un espacio seguro para la libre expresión emocional. Los talleres para padres y la participación de los mismos en las actividades, así como el formato grupal de la intervención, resultaron clave para la promoción de habilidades interpersonales y el fomento del apoyo social y sentido de pertenencia entre los grupos de iguales, primordial para su desarrollo evolutivo (Loughry *et al.*, 2006; Panter-Brick *et al.*, 2007).

Por último, también se ha evaluado la efectividad de psicoterapias estructuradas y basadas en la evidencia. Estos programas incorporan componentes centrales de la TCC y la IPT, como la psicoeducación sobre el trauma y el entrenamiento de habilidades interpersonales y de comunicación para el fomento de un funcionamiento adaptativo (Betancourt *et al.*, 2014; Bolton *et al.*, 2007). El programa YRI mostró efectividad en la mejora de la regulación emocional, la conducta prosocial y el rendimiento académico en jóvenes afectados por conflictos bélicos. Su enfoque se basa en el desarrollo de habilidades interpersonales, la reestructuración cognitiva para la gestión de pensamientos intrusivos y la activación conductual orientada a fortalecer la toma de control y la consecución de metas concretas (Betancourt *et al.*, 2014). Por otro lado, Bolton *et al.* (2007) encontraron que la IPT-G resultó efectiva en la reducción de la sintomatología depresiva, mientras que una intervención basada en el juego creativo no conllevó mejoras estadísticamente significativas en esta población.

Si bien las intervenciones analizadas han demostrado resultados positivos, su eficacia varía en función de factores protectores y de riesgo propios de esta población. En cuanto a las diferencias de género, algunos estudios sugieren que las niñas pueden beneficiarse más de programas como la CBI en la reducción de la sintomatología depresiva y del TEPT (Ager *et al.*, 2011; Bolton *et al.*, 2007; Tol *et al.*, 2010), mientras que otros indican que los niños tienden a responder de manera más generalizada a las intervenciones (Loughry *et al.*, 2006; Quota *et al.*, 2012). Estas discrepancias podrían explicarse por diferencias en la exposición a eventos traumáticos entre niños y niñas (Betancourt *et al.*, 2010a; Diab *et al.*, 2017), la forma en que interpretan dichas experiencias y los mecanismos de afrontamiento que emplean (Zimmermann e Iwanski, 2014), así como los diferentes tipos de estigma o discriminación a los que están sujetos en función de sus vivencias (Masten y Narayan, 2012).

Respecto a la edad, los hallazgos también son dispares. Mientras que algunos estudios sugieren que los niños más pequeños muestran un mayor incremento en la esperanza tras una intervención con CBI (Tol *et al.*, 2014), otros indican que los mayores pueden beneficiarse más de la misma intervención en términos de adaptación y reducción de problemas emocionales y conductuales (Ager *et al.*, 2011; Jordans *et al.*, 2010). Variables complejas como el desarrollo de la madurez cognitiva, el nivel de conciencia sobre lo que está ocurriendo y el grado de apoyo y cuidado recibido por el entorno podrían dictar estas discrepancias (Masten y Narayan, 2012).

La literatura destaca la exposición a la violencia como uno de los factores de riesgo con mayor impacto sobre la salud mental de los niños afectados por conflictos bélicos (Dubow *et al.*, 2012; Ceri y Nasiroglu, 2018; Layne *et al.*, 2010). No obstante, aún persisten dudas sobre su papel modulador en la efectividad de las intervenciones psicosociales en esta población. Mientras que algunos estudios indican que los niños con menor exposición al trauma y sin antecedentes de desplazamiento forzado presentan mayores mejoras en los niveles de esperanza y adaptación tras una intervención con CBI (Tol *et al.*, 2014), otros sugieren que aquellos con experiencias traumáticas más intensas pueden beneficiarse en mayor medida de programas basados en actividades estructuradas (Panter-Brick *et al.*, 2017).

Por último, un entorno familiar seguro emerge como un factor protector clave, capaz de mitigar el impacto de experiencias adversas en el bienestar psicosocial infantil. Los estudios señalan que los niños que residen con ambos padres presentan un apego seguro o reciben apoyo parental en el contexto de la intervención, experimentan mayores beneficios de programas como la TRT o la CBI (Eloranta *et al.*, 2017; El-Khani *et al.*, 2021; Punamaki *et al.*, 2021; Tol *et al.*, 2014). En contraste, un apego evitativo puede reducir la efectividad de intervenciones como la TRT o incluso agravar la sintomatología observada (Eloranta *et al.*, 2017).

A pesar de que esta revisión presenta resultados útiles, es importante señalar que también cuenta con una serie de limitaciones. Primeramente, las diferencias en los diseños y las herramientas de evaluación de los estudios incluidos dificultan la comparación directa de los resultados, reflejando una robustez metodológica variada. Mientras que algunos estudios emplearon cuestionarios y medidas de evaluación científicamente validadas que garantizan una mayor fiabilidad y precisión en los datos obtenidos, otros optaron por herramientas más subjetivas, como entrevistas o reportes narrativos, que, si bien aportan información contextual valiosa, pueden introducir sesgos interpretativos. Estas discrepancias metodológicas subrayan la necesidad de unificar y estandarizar las herramientas de evaluación empleadas, priorizando aquellas medidas científicamente validadas que faciliten la comparación entre estudios y refuercen la validez y confiabilidad de los hallazgos.

También cabe mencionar que algunos de los estudios analizados no incluyeron seguimientos a largo plazo, lo que limita la capacidad de valorar de manera precisa la efectividad real de los programas implementados y su impacto duradero en el bienestar psicosocial de los niños y adolescentes. Además, muchos estudios implementaron

intervenciones que no consideran de manera integral los factores individuales y contextuales que pueden influir en su impacto, como los niveles de trauma previo, las redes de apoyo social o los recursos comunitarios existentes. Esto puede resultar en programas que no logran aprovechar los factores protectores ni mitigar de manera efectiva los factores de riesgo propios de la población con la que se trabaja.

Otra limitación importante radica en que algunos de los estudios analizados no proporcionan un detalle exhaustivo sobre los procedimientos específicos de las intervenciones implementadas, lo que limita la posibilidad de comprender plenamente las estrategias utilizadas e identificar los elementos más efectivos de las mismas. A su vez, esta carencia metodológica impide establecer conclusiones sólidas sobre qué características de los programas contribuyen de forma diferencial a los resultados. Para superar esta limitación en futuras investigaciones, sería fundamental contar con una descripción detallada y estandarizada de los procedimientos de intervención, lo que no solo facilitaría comparaciones más precisas, sino que también proporcionaría una base más sólida para el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas.

El tipo de muestra de los artículos que se han revisado también presenta cierta variabilidad. Aunque nuestras conclusiones engloban a todos los niños y jóvenes expuestos a situaciones de conflicto, se ha contado con estudios con niños provenientes de distintos entornos sociales y culturales, así como de diferentes edades y géneros, lo cual puede acarrear efectos diferenciales en el alcance de las intervenciones implementadas. Asimismo, aunque se estableció como criterio de inclusión la selección de estudios con participantes menores de 18 años, se hizo una excepción con un estudio que incluyó individuos de entre 15 y 24 años, debido a su muestra especialmente amplia y la implementación de un programa basado en terapias estructuradas con respaldo científico, permitiendo una mayor generalización de los resultados (Betancourt *et al.*, 2014).

De cara al futuro, resulta fundamental realizar estudios con muestras más homogéneas en términos de edad, género y contexto sociocultural, con el fin de evaluar con mayor precisión los efectos diferenciales de las intervenciones psicosociales. Asimismo, el desarrollo de análisis transversales y longitudinales permitiría comprender mejor cómo factores individuales, familiares y contextuales influyen en la efectividad de las intervenciones a lo largo del tiempo. Este enfoque facilitaría el diseño de estrategias adaptadas a diferentes perfiles de

vulnerabilidad, promoviendo la creación de protocolos de actuación dentro de intervenciones multinivel que se adapten a las necesidades específicas de los menores.

Por otro lado, se destaca la importancia de que investigaciones futuras centren una mayor atención en el desarrollo y la implementación de intervenciones multinivel y multidisciplinarias, con el fin de estudiar su efectividad en las poblaciones afectadas por conflictos bélicos, confirmar los vínculos causales entre factores de riesgo y protección, y globalizar la aplicación de estas intervenciones en todos los contextos de violencia bélica en el mundo.

En conclusión, esta revisión destaca la efectividad de las intervenciones psicosociales dirigidas a población infantojuvenil afectada por conflictos bélicos, subrayando la inclusión de componentes como la psicoeducación, la exposición a la narrativa del trauma, el entrenamiento en estrategias de afrontamiento, y la activación de redes de apoyo social como pilares fundamentales para el fomento de la resiliencia, la regulación emocional y el bienestar psicosocial de esta población. No obstante, los hallazgos expuestos también reflejan que el alcance de dichas intervenciones no es uniforme, ya que depende de una interacción compleja entre factores protectores y de riesgo cuyo impacto aún no se comprende en profundidad.

La falta de uniformidad metodológica a la hora de considerar estos factores dificulta la comparación entre estudios y limita la capacidad de extraer conclusiones generalizables sobre qué enfoques resultan más beneficiosos. Por lo tanto, esta revisión pone en evidencia la necesidad de desarrollar e implementar enfoques más adaptativos, culturalmente sensibles y diferenciados que consideren el papel modulador de los factores de protección y riesgo a la hora de maximizar la efectividad y sostenibilidad de los programas de intervención dirigidos a esta población.

5. REFERENCIAS

- Ager, A., Stark, L., Akesson, B., y Boothby, N. (2010). Defining best practice in care and protection of children in crisis-affected settings: A Delphi study. *Child Development*, 81(4), 1271-1286. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01467.x>
- Ager, A., Akesson, B., Stark, L., Flouri, E., Okot, B., McCollister, F., y Boothby, N. (2011). The impact of the school-based Psychosocial Structured Activities (PSSA) program on conflict-affected children in Northern Uganda. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 52(11), 1124–1133. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02407.x>
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados [ACNUR]. (2019). *Global trends: Forced displacement in 2018*. <https://www.unhcr.org/5d08d7ee7.pdf>
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados [ACNUR]. (2024). *Base de Datos de Estadísticas de la Población Refugiada del ACNUR*. <https://www.unhcr.org/refugee-statistics>
- Amiri S. (2022). Prevalence of Suicide in Immigrants/Refugees: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 26(2), 370–405. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1802379>
- Blackmore, R., Gray, K. M., Boyle, J. A., Fazel, M., Ranasinha, S., Fitzgerald, G., Misso, M., y Gibson-Helm, M. (2019). Systematic review and meta-analysis: The prevalence of mental illness in child and adolescent refugees and asylum seekers. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(6), 705-714. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.11.011>
- Barbui, C., Purgato, M., Abdulmalik, J., Acarturk, C., Eaton, J., Gastaldon, C., Gureje, O., Hanlon, C., Jordans, M., Lund, C., Nosè, M., Ostuzzi, G., Papola, D., Tedeschi, F., Tol, W., Turrini, G., Patel, V., y Thornicroft, G. (2020). Efficacy of psychosocial interventions for mental health outcomes in low-income and middle-income countries: an umbrella review. *The Lancet. Psychiatry*, 7(2), 162–172. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30511-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30511-5)
- Barron, I. G., Abdallah, G., y Smith, P. (2013). Randomized Control Trial of a CBT Trauma Recovery Program in Palestinian Schools. *Journal of Loss and Trauma*, 18(4), 306–321. <https://doi.org/10.1080/15325024.2012.688712>
- Barron, I., Abdallah, G., y Heltne, U. (2016). Randomized Control Trial of Teaching Recovery Techniques in Rural Occupied Palestine: Effect on Adolescent Dissociation. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 25(9), 955–973. <https://doi.org/10.1080/10926771.2016.1231149>
- Betancourt, T. S., Borisova, I. I., Williams, T. P., Brennan, R. T., Whitfield, T. H., de la Soudiere, M., Williamson, J., y Gilman, S. E. (2010a). Sierra Leone's former child soldiers: A follow-up study of psychosocial adjustment and community reintegration. *Child Development*, 81(4), 1077-1095. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01455.x>
- Betancourt, T. S., Agnew-Blais, J., Gilman, S. E., Williams, D. R. y Ellis, B. H. (2010b). Past horrors, present struggles: The role of stigma in the association between war experiences and psychosocial adjustment among former child soldiers in Sierra Leone. *Social science & Medicine*, 70(1), 17-26. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.09.038>
- Betancourt, T. S., Newnham, E. A., Layne, C. M., Kim, S., Steinberg, A. M., Ellis, H., y Birman, D. (2012). Trauma history and psychopathology in war-affected refugee children referred for trauma-

- related mental health services in the United States. *Journal of Traumatic Stress*, 25(6), 682-690. <https://doi.org/10.1002/jts.21749>
- Betancourt, T. S., McBain, R., Newnham, E. A., Akinsulure-Smith, A. M., Brennan, R. T., Weisz, J. R., y Hansen, N. B. (2014). A behavioral intervention for war-affected youth in Sierra Leone: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(12), 1288–1297. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.09.011>
- Biset, G., Goshiye, D., Melesse, N., y Tsehay, M. (2023). Post-traumatic stress disorders among children and adolescents in conflict-affected zones of Amhara region, February 2022. *Frontiers in Psychology*, 13, 1052975. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1052975>
- Bolton, P., Bass, J., Betancourt, T., Speelman, L., Onyango, G., Clougherty, K. F., Neugebauer, R., Murray, L., y Verdeli, H. (2007). Interventions for depression symptoms among adolescent survivors of war and displacement in northern Uganda: A randomized controlled trial. *JAMA*, 298(5), 519–527. <https://doi.org/10.1001/jama.298.5.519>
- Carpiniello, B. (2023). The mental health costs of armed conflicts—A review of systematic reviews conducted on refugees, asylum-seekers and people living in war zones. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 2840. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042840>
- Ceri, V., y Nasiroglu, S. (2018). The number of war-related traumatic events is associated with increased behavioural but not emotional problems among Syrian refugee children years after resettlement. *Archives of Clinical Psychiatry*, 45(4), 100–105. <https://doi.org/10.1590/0101-60830000000167>
- Charlson, F., van Ommeren, M., Flaxman, A., Cornett, J., Whiteford, H., y Saxena, S. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 394, 240-248. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1)
- Comité Internacional de la Cruz Roja [CICR]. (2023). *Guía de salud mental y apoyo psicosocial*. Ginebra: Comité Internacional de la Cruz Roja. http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/saludmentalyapoyopsicosocial.pdf
- Comité Permanente entre Organismos [IASC]. (2007). *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia*. IASC. <https://www.acnur.org/es-es/media/guia-del-iasc-sobre-salud-mental-y-apoyo-psicosocial-en-emergencias-humanitarias-y-catastrofes>
- Comité Permanente entre Organismos [IASC]. (2017). *Un Marco Común de Seguimiento y Evaluación para la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia*. https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated/2019-03/final_adobe_iasc_mhps_m_e_30.03.2017_illustrator_web_spanish_0.pdf
- Daniel-Calveras, A., Baldaqui, N., y Baeza, I. (2022). Mental health of unaccompanied refugee minors in Europe: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, 133, 105865. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105865>
- Diab, S. Y., Isosävi, S., Qouta, S. R., Kuittinen, S., y Punamäki, R. L. (2018b). The protective role of maternal posttraumatic growth and cognitive trauma processing among Palestinian mothers and infants. *Infant Behavior & Development*, 50, 284-299. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2017.05.008>

- Diab, S. Y., Palosaari, E., y Punamäki, R. L. (2018a). Society, individual, family, and school factors contributing to child mental health in war: The ecological-theory perspective. *Child Abuse & Neglect*, 84, 205-216. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.07.033>
- Diab, M., Peltonen, K., Qouta, S. R., Palosaari, E., y Punamäki, R. L. (2017). Can functional emotion regulation protect children's mental health from war trauma? A Palestinian study. *International Journal of Psychology*, 54(1), 42-52. <https://doi.org/10.1002/ijop.12427>
- Diab, M., Peltonen, K., Qouta, S. R., Palosaari, E., y Punamäki, R. L. (2017). Can functional emotion regulation protect children's mental health from war trauma? A Palestinian study. *International Journal of Psychology*, 54(1), 42-52. <https://doi.org/10.1002/ijop.12427>
- Dubow, E. F., Boxer, P., Huesmann, L. R., Landau, S., Dvir, S., Shikaki, K., y Ginges, J. (2012). Cumulative effects of exposure to violence on posttraumatic stress in Palestinian and Israeli youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(6), 837-844. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.675571>
- Eggerman, M. y Panter-Brick, C. (2010). Suffering, hope, and entrapment: Resilience and cultural values in Afghanistan. *Social Science & Medicine*, 71(1), 71-83. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.03.023>
- Eloranta, S. J., Peltonen, K., Palosaari, E., Qouta, S. R., y Punamäki, R.-L. (2017). The role of attachment and emotion regulation in the psychosocial intervention among war-affected children. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 10(4), 301–314. <https://doi.org/10.1007/s40653-016-0115-y>
- El-Khani, A., Cartwright, K., Maalouf, W., Haar, K., Zehra, N., Çokamay-Yılmaz, G., y Calam, R. (2021). Enhancing Teaching Recovery Techniques (TRT) with Parenting Skills: RCT of TRT + Parenting with Trauma-Affected Syrian Refugees in Lebanon Utilising Remote Training with Implications for Insecure Contexts and COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8652. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168652>
- El-Khodary, B., y Samara, M. (2019). The mediating role of trait emotional intelligence, prosocial behaviour, parental support and parental psychological control on the relationship between war trauma, and PTSD and depression. *Journal of Research in Personality*, 81, 246-256. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2019.06.004>
- El-Khodary B, Samara M y Askew C (2020) Traumatic Events and PTSD Among Palestinian Children and Adolescents: The Effect of Demographic and Socioeconomic Factors. *Front. Psychiatry* 11:4. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00004>
- Feldman, R., y Vengrober, A. (2011). Posttraumatic stress disorder in infants and young children exposed to war-related trauma. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(7), 645-658. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.03.001>
- Fernando, C., y Ferrari, M. (2011). Spirituality and resilience in children of war in Sri Lanka. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 13, 52–77. <https://doi.org/10.1080/19349637.2011.547138>
- Forsberg, J. T., y Schultz, J. H. (2022). Educational and psychosocial support for conflict-affected youths: The effectiveness of a school-based intervention targeting academic underachievement. *International Journal of School & Educational Psychology*, 11(2), 145–166. <https://doi.org/10.1080/21683603.2022.2043209>

- Gilbert, R., Abel, M. R., Vernberg, E. M., y Jacobs, A. K. (2021). The Use of Psychological First Aid in Children Exposed to Mass Trauma. *Current Psychiatry Reports*, 23(9), 53. <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01270-8>
- Hou, W. K., Liu, H., Liang, L., Ho, J., Kim, H., Seong, E., Bonanno, G. A., Hobfoll, S. E., y Hall, B. J. (2020). Everyday life experiences and mental health among conflict-affected forced migrants: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 264, 50-68. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.165>
- Im, H., Ferguson, A. B., Warsame, A. H., y Isse, M. M. (2017). Mental health risks and stressors faced by urban refugees: Perceived impacts of war and community adversities among Somali refugees in Nairobi. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(8), 686-693. <https://doi.org/10.1177/0020764017728966>
- Jacobsen, M., DeMott, M. A., y Heir, T. (2014). Prevalence of psychiatric disorders among unaccompanied asylum-seeking adolescents in Norway. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 10, 53–58. <https://doi.org/10.2174/1745017901410010053>
- Jensen, T. K., Skar, A.-M. S., Andersson, E. S., y Birkeland, M. S. (2019). Long-term mental health in unaccompanied refugee minors: Pre- and post-flight predictors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1–12. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01340-6>
- Jones-Mason, K., Behrens, K.Y., Gribneau y Bahm N.I. (2021) The psychobiological consequences of child separation at the border: Lessons from research on attachment and emotion regulation. *Attachment & Human Development* 23(1), 1–36. <https://doi.org/10.1080/14616734.2019.1692879>
- Jordans, M. J. D., Komproe, I. H., Tol, W. A., Kohrt, B. A., Luitel, N. P., Macy, R. D., y de Jong, J. T. V. M. (2010). Evaluation of a classroom-based psychosocial intervention in conflict-affected Nepal: A cluster randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(7), 818–826. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02209.x>
- Jordans, M. J., Tol, W. A., Ivan, H., Komproe, I. H., y de Jong, J. V. (2009). Systematic review of evidence and treatment approaches: Psychosocial and mental health care for children in war. *Child and Adolescent Mental Health*, 14(1), 2–14. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2008.00515.x>
- Kaufman-Sriqui, V., Werbeloff, N., Faroy, M., Meiri, G., Shahar, D. R., Fraser, D., y Harpaz-Rotem, I. (2013). Posttraumatic stress disorder among preschoolers exposed to ongoing missile attacks in the Gaza war. *Depression and Anxiety* 30(5), 425–431. <https://doi.org/10.1002/da.22121>
- Khamis, V. (2019). Posttraumatic stress disorder and emotion dysregulation among Syrian refugee children and adolescents resettled in Lebanon and Jordan. *Child Abuse & Neglect*, 89, 29-39. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.12.013>
- Klasen, F., Oettingen, G., Daniels, J., Post, M., Hoyer, C., y Adam, H. (2010). Posttraumatic resilience in former Ugandan child soldiers. *Child Development*, 81(4), 1095–112. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01456.x>
- Layne, C. M., Olsen, J. A., Baker, A., Legerski, J. P., Isakson, B., Pasalić, A., Duraković-Belko, E., Dapo, N., Campara, N., Arslanagić, B., Saltzman, W. R., y Pynoos, R. S. (2010). Unpacking trauma exposure risk factors and differential pathways of influence: Predicting postwar mental distress

- in Bosnian adolescents. *Child Development*, 81, 1053–1076. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01454.x>
- Lee, C., Nguyen, A. J., Russell, T., Aules, Y., y Bolton, P. (2018). Mental health and psychosocial problems among conflict-affected children in Kachin State, Myanmar: A qualitative study. *Conflict and Health*, 12(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13031-018-0175-8>
- Loughry, M., Ager, A., Flouri, E., Khamis, V., Afana, A. H., y Qouta, S. (2006). The impact of structured activities among Palestinian children in a time of conflict. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 47(12), 1211–1218. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01656.x>
- Masten, A. S. y Narayan, A. J. (2012). Child development in the context of disaster, war, and terrorism: Pathways of risk and resilience. *Annual Review of Psychology*, 63, 227-257. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-120710-100356>
- McGregor, L. S., Melvin, G. A., y Newman, L. K. (2015). Family separation, coping styles, and PTSD symptomatology in resettled refugee youth. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(6), 431–438. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000312>
- Mels, C., Derluyn, I., Broekaert, E., y Rosseel, Y. (2010). The psychological impact of forced displacement and related risk factors on Eastern Congolese adolescents affected by war. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(10), 1096-1104. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02241.x>
- Miller, K. E., y Rasmussen, A. (2010). War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Social Science & Medicine*, 70(1), 7-16. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.09.029>
- Morina, N., Malek, M., Nickerson, A., y Bryant, R. A. (2017). Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and depression in young survivors of mass violence in low- and middle-income countries: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 210(4), 247–254. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.180265>
- Müller, L. R. F., Büter, K. P., Rosner, R., y Unterhitzenberger, J. (2019). Mental health and associated stress factors in accompanied and unaccompanied refugee minors resettled in Germany: A cross-sectional study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 13(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s13034-019-0268-1>
- Oberg, C. N., Nathawad, R., Raman, S., y Goldhagen, J. (2021). Violence against children: Recognition, rights, responses. *Pediatric Clinics of North America*, 68(2), 357–369. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2020.12.008>
- Oberg, C., y Sharma, H. (2023). Post-traumatic stress disorder in unaccompanied refugee minors: Prevalence, contributing and protective factors, and effective interventions: A scoping review. *Children*, 10(6), 941. <https://doi.org/10.3390/children10060941>
- Office for the Coordination of Humanitarian Affairs [OCHA]. (2024). *Visión Humanitaria Global 2024*. <https://www.unocha.org/publications/report/world/global-humanitarian-overview-2024-mid-year-update-snapshot-31-may-2024>
- Organización de las Naciones Unidas [ONU], Secretario General de Naciones Unidas. (2024). *Los niños y los conflictos armados: Informe del Secretario General* (Informe No. A/78/842-S/2024/384).

Asamblea General y Consejo de Seguridad. Disponible en <https://www.refworld.org/es/ref/infortem/unsecgen/2024/es/148091>

- Panter-Brick, C., Dajani, R., Eggerman, M., Hermosilla, S., Sancilio, A., y Ager, A. (2018). Insecurity, distress and mental health: experimental and randomized controlled trials of a psychosocial intervention for youth affected by the Syrian crisis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 59(5), 523–541. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12832>
- Papola, D., Prina, E., Ceccarelli, C., Cadorin, C., Gastaldon, C., Ferreira, M. C., Tol, W. A., van Ommeren, M., Barbui, C., y Purgato, M. (2024). Psychological and social interventions for the promotion of mental health in people living in low- and middle-income countries affected by humanitarian crises. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(5), CD014300. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD014300.pub2>
- Peltonen, K., y Punamäki, R. L. (2010). Preventive interventions among children exposed to trauma of armed conflict: A literature review. *Aggressive Behavior*, 36(2), 95–116. <https://doi.org/10.1002/ab.20334>
- Persson, T. J., y Rousseau, C. (2009). School-based interventions for minors in war-exposed countries: a review of targeted and general programmes. *Torture: Quarterly Journal on Rehabilitation of Torture Victims and Prevention of Torture*, 19(2), 88–101. PMID: 19920327
- Punamäki, R.-L., Peltonen, K., Diab, M., y Qouta, S. R. (2021). How family relationships predict the effectiveness of a psychosocial group intervention among war-affected children. *Journal on Education in Emergencies*, 7(2), 253–288. <https://doi.org/10.33682/004f-n6d4>
- Purgato, M., Gross, A. L., Betancourt, T., Bolton, P., Bonetto, C., Gastaldon, C., Gordon, J., O'Callaghan, P., Papola, D., Peltonen, K., Punamaki, R. L., Richards, J., Staples y J. K., Unterhitzenger, J., van Ommeren, M., de Jong, J., Jordans, M. J. D., Tol, W. A., y Barbui, C. (2018a). Focused psychosocial interventions for children in low-resource humanitarian settings: A systematic review and individual participant data meta-analysis. *The Lancet. Global health*, 6(4), e390–e400. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30046-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30046-9)
- Purgato, M., Gastaldon, C., Papola, D., van Ommeren, M., Barbui, C., y Tol, W. A. (2018). Psychological therapies for the treatment of mental disorders in low- and middle-income countries affected by humanitarian crises. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7), CD011849. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011849.pub2>
- Qouta, S. R., Palosaari, E., Diab, M., y Punamäki, R. L. (2012). Intervention effectiveness among war-affected children: a cluster randomized controlled trial on improving mental health. *Journal of traumatic stress*, 25(3), 288–298. <https://doi.org/10.1002/jts.21707>
- Rasmussen, A., Keatley, E., y Joscelyne, A. (2014). Posttraumatic stress in emergency settings outside North America and Europe: A review of the emic literature. *Social Science & Medicine*, 109, 44-54. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.015>
- Silla, G. (2020). *Niños en contextos bélicos*. Humanium. <https://www.humanium.org/es/enfoques-tematicos/violencia/ninos-guerra/>
- Smid, G. E., Lensvelt-Mulders, G. J. L. M., Knipscheer, J. W., Gersons, B. P. R., y Kleber, R. J. (2011). Late-Onset PTSD in Unaccompanied Refugee Minors: Exploring the Predictive Utility of Depression

- and Anxiety Symptoms. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(5), 742–755. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.597083>
- Tol, W. A., Komproe, I. H., Jordans, M. J., Gross, A. L., Susanty, D., Macy, R. D., y de Jong, J. T. (2010). Mediators and moderators of a psychosocial intervention for children affected by political violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 818–828. <https://doi.org/10.1037/a0021348>
- Tol, W. A., Barbui, C., Galappatti, A., Silove, D., Betancourt, T. S., Souza, R., Golaz, A., y van Ommeren, M. (2011). Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: Linking practice and research. *Lancet*, 378(9802), 1581–1591. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61094-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61094-5)
- Tol, W. A., Komproe, I. H., Jordans, M. J., Ndayisaba, A., Ntamutumba, P., Sipsma, H., Smallegange, E. S., Macy, R. D., y de Jong, J. T. (2014). School-based mental health intervention for children in war-affected Burundi: A cluster randomized trial. *BMC Medicine*, 12, 56. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-12-56>
- Tyrer, R. A., y Fazel, M. (2014). School and community-based interventions for refugee and asylum seeking children: A systematic review. *PloS One*, 9(2), e89359. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089359>
- United Nations Children's Fund [UNICEF]. (2024). *Child Displacement*. <https://data.unicef.org/topic/child-migration-and-displacement/displacement/>
- Van Ee, E., Kleber, R.J., y Mooren, T.T. (2012). War trauma lingers on: associations between maternal posttraumatic stress disorder, parent-child interaction, and child development. *Infant Mental Health Journal*, 33(5), 459–468. <https://doi.org/10.1002/imhj.21324>
- Van Ee, E., Kleber, R.J., Jongmans, M.J., Mooren, T.T., y Out, D. (2016). Parental PTSD, adverse parenting and child attachment in a refugee sample. *Attachment & Human Development*, 18(3), 273–291. <https://doi.org/10.1080/14616734.2016.1148748>
- Verliet, M., Lammertyn, J., Broekaert, E., y Derluyn, I. (2014). Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(5), 337–346. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0463-1>
- Waddoups, A.B., Yoshikawa, H., y Strouf, K. (2019) Developmental Effects of Parent-Child Separation. *Annu Rev Dev Psychol* 1(1):387–410. <https://doi.org/10.1146/annurev-devpsych-121318-085142>
- Wang, L., Norman, I., Edleston, V., Oyo, C., y Leamy, M. (2024). The Effectiveness and Implementation of Psychological First Aid as a Therapeutic Intervention After Trauma: An Integrative Review. *Trauma, Violence & Abuse*, 25(4), 2638–2656. <https://doi.org/10.1177/15248380231221492>
- Wessells, M. G. (2017). Children and armed conflict: interventions for supporting war-affected children. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology* 23(1):4–13. <https://doi.org/10.1037/pac0000227>
- Yatham, S., Sivathanan, S., Yoon, R., da Silva, T. L., y Ravindran, A. V. (2018). Depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder among youth in low and middle income countries: A review of prevalence and treatment interventions. *Asian Journal of Psychiatry*, 38, 78–91. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.10.029>
- Zimmermann, P., e Iwanski, A. (2014). Emotion regulation from early adolescence to emerging adulthood and middle adulthood: Age differences, gender differences, and emotion-specific developmental

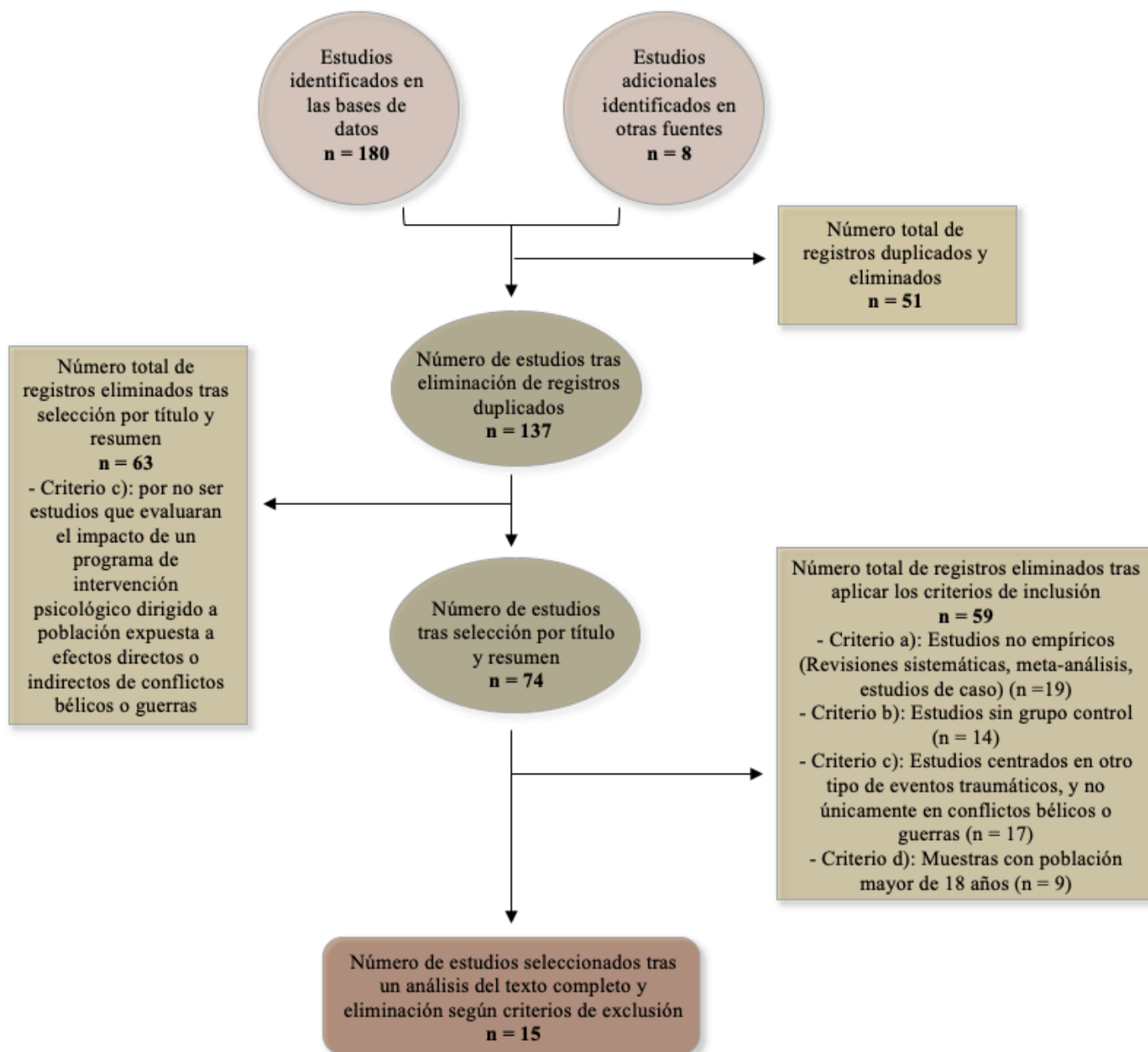
variations. *International Journal of Behavioral Development*, 38(2), 182 – 194.
<https://doi.org/10.1177/0165025413515405>

6. APÉNDICES

APÉNDICE A

Figura A1

Diagrama de flujo del proceso de búsqueda y selección de los artículos



APÉNDICE B

Tabla B1

Características de los artículos revisados

Autor y año	Propósito	Muestra	Medición	Resultados	Hallazgos
Tol <i>et al.</i> (2014)	Evaluar la efectividad de una intervención escolar dirigida a niños afectados por la guerra en Burundi con el objetivo de reducir la sintomatología del TEPT, depresiva y ansiosa, así como fomentar el sentido de esperanza y el funcionamiento general.	$n = 329$ niños y adolescentes viviendo en Bubanza y Cibitoke durante el conflicto armado activo. Edad = 8-17 años. Género = 48% niñas y 52% niños.	- Entrevistas semiestructuradas con los niños, sus cuidadores e informadores clave (ej. profesores, profesionales de la salud, etc...). - Listas de verificación para evaluar el deterioro funcional - CPSS, CHS, DSRS, SCARED-5, KidCOPE, SSIS, SASCAT.	El tratamiento conllevó una mejora significativa en sintomatología depresiva ($\beta = -.016$; $z = -3,640$) y deterioro del funcionamiento ($\beta = -.009$; $z = -2,050$) en niños con casas de mayor tamaño. Vivir con ambos padres también se asoció a una disminución significativa en la sintomatología TEPT ($\beta = -.158$; $z = -4,348$) y depresiva ($\beta = -.069$; $z = -3,371$). La edad moderó el efecto de la intervención en el aumento de las tasas de esperanza ($\beta = .060$; $z = -6,639$), con un mayor aumento además entre niños con menor exposición a eventos traumáticos ($\beta = -.029$; $z = -3,237$).	No se encontraron efectos principales de la intervención, pero sí se observó influencia de variables moderadoras. La intervención mostró efectos significativos en la reducción de síntomas de TEPT, depresión y en la mejora del funcionamiento general en niños con casas más grandes, que residen con ambos padres y que cuentan con menor exposición al trauma. Los niños en el grupo de intervención mostraron mayores mejoras en las tasas de esperanza en comparación con el grupo control, observándose aún mayor mejora en los sujetos de menor edad.
Barron <i>et al.</i> (2013)	Evaluación de un programa de TRT con niños palestinos en contexto de continua violencia.	$n = 133$ niños palestinos en un colegio de Nablus, territorio afectado por la guerra. Edad = 11-14 años. Género = 73 niños y 60 niñas.	- CRIES-13; DSRS, TGIC, ISPS, SDQ, EWSQ. - Entrevistas mediante grupos de discusión para evaluar experiencias subjetivas de la percepción del programa.	Disminución significativa en tasas de TEPT (63,9% de los estudiantes se encontraban por encima del punto de corte para el diagnóstico antes de la intervención, comparado con un 44% después de la intervención). Reducción post-intervención en tasas de TEPT ($d = 0,76$; $p < ,005$), depresión ($d = 1,24$; $p < ,005$), dificultades en la salud mental ($d = 0,90$; $p < ,005$) y duelo traumático ($d = 0,35$; $p < ,005$). Mayores tasas de duelo traumático pre-test ($F(1, 81) = 5,995$; $p = ,017$) y post-test ($F(1,81) = 5,105$; $p = ,027$) en niñas en comparación con niños.	Reducción significativa en las tasas de TEPT, sintomatología depresiva, duelo traumático y dificultades en la salud mental en los niños en el grupo de intervención en comparación con los niños en el grupo de lista de espera. El programa también resultó efectivo para reducir en un 50% la probabilidad de desarrollar TEPT. Se encontraron diferencias de género en la disminución de las tasas de duelo traumático, ya que las niñas presentaban mayores tasas tanto antes como después de la intervención.

Tol <i>et al.</i> (2010)	Analizar los mediadores y moderadores de una intervención escolar psicosocial dirigida a niños afectados por violencia política.	$n = 403$ niños expuestos a estresores traumáticos en Indonesia. Edad media = 9.9 años Género = 207 niños (51.4%) y 196 niñas (48.6%).	- Listas de verificación para evaluar el deterioro funcional y la exposición a eventos traumáticos. - CAS, CHS, CPSS. KidCOPE, SSIS.	Asociación significativa entre la intervención y una mejora en las tasas de esperanza ($\beta = .016$; $p < .001$), afrontamiento positivo ($\beta = .0011$; $p = .015$), apoyo social de pares ($\beta = .016$; $p < .001$) y el apoyo social en el juego ($\beta = .022$; $p < .001$). Efecto mediador del apoyo en el juego sobre la sintomatología de TEPT ($\beta = .164$; $p < .05$). Mayor efecto del tratamiento sobre la reducción en sintomatología de TEPT en niñas ($\beta = -.090$; $p = .004$). El género ($\beta = -.120$; $p = .004$), el tamaño del hogar ($\beta = .018$; $p = .017$) y el apoyo social por parte de adultos ($\beta = -.090$; $p = .011$) también moderaron la relación entre el tratamiento y la mejora en el funcionamiento.	La intervención psicosocial escolar resultó efectiva para mejorar el bienestar de los niños indonesios afectados por conflictos políticos. Se identificaron mediadores (esperanza, afrontamiento positivo, apoyo social de pares y apoyo social en el juego) y moderadores (género sobre la sintomatología TEPT y el deterioro en el funcionamiento; tamaño del hogar y apoyo social por parte de adultos sobre el deterioro en el funcionamiento) que influyeron en la efectividad de la intervención. Mayor beneficio de la intervención en niñas, sujetos viviendo en casas de menor tamaño y con mayor dependencia de apoyo recibido por adultos fuera de la unidad familiar.
Panter-Brick <i>et al.</i> (2017)	Evaluación del impacto de un programa de intervención psicosocial grupal dirigido a adolescentes afectados por la guerra civil en Siria.	$n = 817$ adolescentes sirios y refugiados y jordanos de la comunidad de acogida afectados por la guerra civil en Siria. Edad = 12-18 años. Género = 46,7% niñas y 53,3% niños	- AYMH, SDQ, CRIES-8 - Evaluación de la inseguridad y estrés mediante las escalas de Inseguridad Humana (HI) y Desasosiego Humano (HD) desarrolladas y validadas en Cisjordania con población palestina. - Listas de verificación para evaluar la exposición a eventos traumáticos.	Beneficios significativos de la participación en el programa para todas las medidas de resultado ($p < .0001$) En comparación con el grupo control, los adolescentes que completaron el programa mostraron disminución en las tasas de inseguridad humana ($\beta = -17,24$; $d = -.84$), desasosiego humano ($\beta = -18,00$; $d = -1,02$), estrés percibido ($\beta = -5,61$; $d = -1,11$) y en las medidas del AYMH ($\beta = -7,40$; $d = -1,19$); SDQ ($\beta = -4,95$; $d = -1,10$) y CRIES ($\beta = -1,87$; $d = -.10$). Beneficios mayores en individuos con mayor nivel de exposición a traumas, en las medidas de inseguridad ($d = -0.46$ vs. $d = -0.39$), desasosiego ($d = -0.41$ vs. $d = -0.20$), estrés percibido ($d = -0.55$ vs. $d = -0.19$) y AYMH ($d = -0.54$ vs. $d = -0.40$)	El programa conllevó beneficios significativos en el bienestar psicosocial de los adolescentes afectados por la guerra civil en Siria. Se observó mayor beneficio de la intervención para adolescentes con mayor exposición a eventos traumáticos, en comparación con aquellos con menos vivencias traumáticas.

Forsberg <i>et al.</i> (2023)	Evaluar la eficacia de un programa de intervención psicosocial basado en la escuela y dirigido a niños y adolescentes palestinos afectados por violencia continuada.	$n = 300$ estudiantes gazatís afectados por el genocidio en Palestina. Edad = 9 – 16 años. Género = 150 niñas y 150 niños	- CRIES-13. - Administración de autoinformes para la evaluación de 6 dominios diferentes: bienestar general, autoregulación, autoeficacia, funciones ejecutivas/habilidades de estudio, esperanza en el futuro y rendimiento académico autopercebido.	Mejora significativa en las tasas de bienestar ($media = 3,37$; $\sigma = 1,12$; $p < ,00$), autorregulación ($media = 6,68$; $\sigma = 1,62$; $p < ,00$), autoeficacia ($media = 6,68$; $\sigma = 1,62$; $p < ,00$), funciones ejecutivas/habilidades de estudio ($media = 13$; $\sigma = 2,61$; $p < ,00$), esperanza ($media = 3,16$; $\sigma = 1,84$; $p < ,00$), estrés ($media = 21,22$; $\sigma = 10,65$; $p < ,00$) y rendimiento académico autopercebido ($media = 4,55$; $\sigma = ,95$; $p < ,00$), Estas variables resultaron predictoras del rendimiento escolar, explicando un 43% de la varianza en el pretest ($R^2 = ,430$, $F(8, 287) = 27,01$, $p < ,001$) y en el posttest ($R^2 = ,545$, $F(8, 290) = 43,46$, $p < ,001$).	Se observaron mejoras significativas en todos los dominios evaluados, con mantenimiento a largo plazo de las mejoras en las medidas de autorregulación, autoeficacia, funciones ejecutivas y habilidades de estudio en el seguimiento a los 5 meses.
Barron <i>et al.</i> (2016)	Evaluación de una intervención TRT grupal cognitivo-conductual en niños y adolescentes palestinos con altos niveles de TEPT.	$n = 154$ niños y adolescentes palestinos Edad = 11-15 años. Género = <i>s.d.</i>	- EWSQ, CRIES-13, DSRS, ADES.	Disminución significativa en las tasas de estrés postraumático en comparación con grupo control ($F(1, 139) = 12,537$, $p < ,01$), así como en la sintomatología intrusiva ($F(1, 139) = 13,704$, $p < ,01$), y evitativa ($F(1, 138) = 4,229$, $p < ,01$)	La intervención TRT conllevó una reducción significativa en el número de adolescentes con sintomatología TEPT.
Betancourt <i>et al.</i> (2014)	Evaluación de la eficacia de una intervención cognitivo-conductual grupal dirigida a jóvenes afectados por la guerra en Sierra Leone.	$n = 436$ jóvenes de Sierra Leone afectados por guerra. Edad = 15-24 años. Género = 237 niños y 199 niñas.	- OMPA, DERS, WHODAS, CPS.	Mejora significativa en las tasas de regulación emocional ($\beta = 0,108$; 95% $CI = ,026$ a $,190$; $d = 0,31$) y conductas prosociales ($\beta = 0,151$; $CI = ,060$ a $,241$; $d = ,39$) en comparación con el grupo control. Disminución significativa en el deterioro funcional ($\beta = -,173$; $CI = -,299$ a $,048$; $d = -0,32$) y mayores mejoras en apoyo social ($\beta = ,134$; $CI = ,025$ a $,242$; $d = ,29$). Mejor conducta en el aula ($\beta = ,95$, $CI = -1,81$ a $-,10$, $d = 1,17$) y mayor asistencia escolar ($\beta = 34,93$, $CI = 2,69$ a $454,00$) tras la intervención.	Efectos beneficiosos de la intervención en el fomento de la regulación emocional, la conducta prosocial, el apoyo social percibido, así como en el funcionamiento diario y asistencia y rendimiento escolar.

Quota <i>et al.</i> (2012)	Evaluar la efectividad de una intervención psicosocial en la reducción de la psicopatología observada en niños afectados por guerras y el rol de la disociación peritraumática en la moderación del impacto de la intervención sobre la sintomatología de TEPT.	$n = 482$ niños palestinos viviendo en la Franja de Gaza. Edad = 10-13 años. Género = 49,4% niñas y 50,6% niños.	- PDEQ, CRIES-13, DSRs, SDQ.	Mejora significativa de sintomatología de TEPT, sobretodo en niños (95% <i>CI</i> , 1,10 a 2,97; $p < ,05$) y en niñas con baja disociación (95% <i>CI</i> , 1,55 a 2,86; $p < ,05$), en comparación con el grupo control.	Se observó mejora de la sintomatología de TEPT con la intervención psicosocial. Además, se mostraron efectos moderadores de la disociación peritraumática y el género sobre los resultados, ya que la intervención solo resultó efectiva en niños, pero también en niñas si mostraban bajos niveles de disociación peritraumática.
Ager <i>et al.</i> (2011)	Evaluar el impacto de un programa psicosocial escolar con actividades estructuradas dirigido a niños afectados por conflictos en el norte de Uganda.	$n = 403$ alumnos de primaria de colegios en el Norte de Uganda Edad = 7-12 años. Género = 202 niñas y 201 niños.	- Entrevistas y grupos de discusiones con los alumnos, profesores y padres para determinar el entendimiento local de la resiliencia y el bienestar infantil. - Listas de verificación y escalas para evaluar el bienestar general infantil.	Mejora significativa de los niveles de bienestar reportados por los niños ($b = 1,7$; $p < ,05$), por los profesores ($b = 3,0$; $p < ,001$) y por los padres ($b = 4,4$; $p < ,001$) Las niñas mostraron mayores indicios de mejora en el bienestar ($b = 1,2$; $p < ,05$). Los niños de mayor edad también reportaron mayor fomento en el bienestar general ($b = ,7$; $p < ,05$).	Se observaron efectos beneficiosos de la intervención en la mejora del bienestar general de los niños, manteniéndose estas mejoras a los 12 meses de seguimiento. Mayores beneficios observados en niñas en comparación con niños, así como en niños de mayor edad en comparación con los más pequeños.
Punamaki <i>et al.</i> (2021)	Evaluar el impacto de una intervención psicosocial basada en el TRT y la influencia de los vínculos familiares sobre la efectividad de la intervención en familias palestinas afectadas por guerra.	$n = 325$ familias palestinas con un hijo menor. Edad = 10-13 años. Género = 49% niñas y 51% niños.	- CSQ, CRIES-13, SDQ, MHC-SF, - Escalas para la evaluación de la aceptación parental y su disposición a servir como figuras de apoyo. - Cuestionarios sobre el maltrato psicológico infantil para evaluar prácticas parentales.	Los análisis de varianza mostraron efectos de interacción significativos entre el grupo de intervención y el tipo de familia para problemas emocionales ($F(3,244) = 2,06$; $p < ,05$; $\eta^2 = ,03$) y recursos positivos ($F(3,244) = 2,79$; $p < ,01$; $\eta^2 = ,03$). Disminución de problemas emocionales en niños con relaciones familiares inseguras y seguras ($p < ,05$) y aumento de recursos positivos en niños con relaciones familiares inseguras y discrepantes ($p < ,05$). Disminución de sintomatología TEPT ($F(1,305) = 5,77$; $p < ,01$; $\eta^2 = ,02$) y	Los niños de familias con relaciones inseguras y negativas o experiencias discrepantes mostraron una disminución significativa en los problemas emocionales y un aumento en los recursos positivos. También se observó una disminución de problemas emocionales en niños con relaciones familiares seguras, pero sin un fomento de sus recursos positivos. Disminución de sintomatología TEPT mantenida en el seguimiento, particularmente en niños con relaciones familiares negativas o discrepantes.

				aumento de conducta prosocial ($F(1,305) = 2.88; p < .05; \eta^2 = .01$).	
Eloranta et al. (2017)	Analizar de qué manera los estilos de apego predicen cambios en la salud mental y la regulación emocional y su influencia en la efectividad de una intervención psicosocial dirigida a niños afectados por guerras.	$n = 482$ niños palestinos de la Franja de Gaza. Edad = 10-13 años. Género = 49,4% niñas y 50,6% niños.	- ERQ, CSQ, CRIES-13, DSRs-C, SDQ, MHC-SF.	Un estilo de apego seguro se asoció a una disminución de sintomatología psicopatológica tanto en el grupo de intervención ($\beta = .45; p < .0001$) como en el grupo control ($\beta = .46; p < .0001$). También se observó disminución para niños con un estilo de apego inseguro preocupado, pero solo en aquellos que recibieron la intervención ($\beta = .27; p < .02$). Aquellos menores con un estilo de apego inseguro evitativo no mostraron mejoras en salud mental.	Los niños con apego seguro mostraron mayor reducción de la sintomatología psicopatológica, tanto en el grupo de tratamiento como en el grupo control. Los niños con apego inseguro preocupado, aunque únicamente aquellos en el grupo de intervención, también mostraron reducción sintomatológica. No se observó mejora en niños con apego inseguro evitativo y no se encontró un rol mediador de la regulación emocional en el impacto de la intervención.
Jordans et al. (2010)	Evaluación de una intervención psicosocial escolar dirigida a población infantojuvenil residente en zonas de conflicto en Nepal.	$n = 325$ niños residentes en el norte de Nepal. Edad = 11-14 años. Género = 167 niños y 158 niñas.	- CPDS, CPSS, DSRs, SDQ, SCARED-5, CFI, CHS. - Listas de verificación auto-administradas.	Mejora significativa en valores de deterioro funcional ($d = .58$), conducta prosocial ($d = .44$), dificultades psicológicas generales ($d = .41$) y depresión ($d = .46$) en comparación con el grupo control. Mayor beneficio de la intervención en niñas observado en las tasas de conducta prosocial ($SE = 2.70$; 95% CI, .97 a 4.44) y mayor beneficio en niños para las tasas de dificultades psicológicas ($SE = 2.19$; 95% CI, 3.82 a .56) y agresividad ($SE = 4.42$; 95% CI, 6.16 a 2.67). Mayor efecto sobre el incremento de las tasas de esperanza en niños de mayor edad ($SE = .90$; 95% CI, 1.54 a .26).	Se observaron beneficios significativos de la intervención escolar en indicadores de bienestar social y conductual en comparación con el grupo control. Mayor fomento de la conducta prosocial en niñas y mayor mejora en agresividad y dificultades psicológicas generales en niños. Se observó un incremento significativo de las tasas de esperanza, pero únicamente en niños de mayor edad.
Bolton et al. (2007)	Evaluación de un grupo de intervenciones localmente adaptadas y dirigidas a la reducción	$n = 314$ adolescentes del Norte de Uganda.	- APAI, SDQ. - Escalas y listas de verificación adaptadas para la evaluación de	Mayor reducción significativa de la sintomatología depresiva en el grupo de intervención IPT-G en comparación	La intervención IPT grupal resultó en mayores reducciones de la sintomatología depresiva en comparación con el grupo control,

	de las tasas de depresión, ansiedad y problemas conductuales en adolescentes afectados por guerras y desplazamientos forzados en el norte de Uganda.	Edad = 14 – 17 años. Género = 180 niñas y 134 niños.	sintomatología psicopatológica.	con el grupo control ($SE = 9,79$; 95% CI , 1,66 a 17,93). Mayor beneficio de la IPT-G en la reducción de la severidad sintomatológica en niñas ($SE = 12,61$; 95% CI , 2,09 a 23,14) en comparación con niños ($SE = 5,72$; 95% CI , -1,86 a 13,30).	especialmente en niñas en comparación con niños.
El-Khani <i>et al.</i> (2021)	Evaluar el impacto de una intervención TRT con sesiones adicionales dirigidas a padres de niños afectados por la guerra civil en Siria.	$n = 119$ niños sirios refugiados en el Líbano, junto con sus cuidadores principales. Edad = 9-12 años. Género = <i>s.d.</i>	- CRIES-13, DSRS, SCARED, SDQ, PS, IES-R, DASS.	Disminución significativa de tasas de depresión en el grupo TRT-P ($p < ,001$) y el grupo TRT ($p = ,032$) pero no en el grupo control. Solo se mostró una disminución de la ansiedad en el grupo TRT-P ($p < ,001$). Disminución de sintomatología TEPT únicamente en los grupos de intervención. Mayor confianza y sentido de competencia parental observada en los cuidadores pertenecientes al grupo TRT ($p = ,002$) y TRT-P ($p = ,001$) en comparación con el grupo control ($p = ,034$).	Los niños en el grupo de intervención enriquecido con las sesiones parentales mostraron el mayor beneficio en todas las medidas de resultados. También fue el caso para sus cuidadores, con un fomento del sentido de competencia parental en aquellos en el grupo TRT-P.
Loughry <i>et al.</i> (2006)	Evaluar el impacto de intervenciones implicando actividades estructuradas para el fomento de la resiliencia dirigidas a niños y adolescentes palestinos en contexto de continua violencia.	$n = 400$ niños residentes en la Franja de Gaza y Cisjordania. Edad = 6-17 años. Género = 200 niñas y 200 niños.	- CBCL, PSS. - Escala para la evaluación de la esperanza, versión para jóvenes.	Los niños en el grupo de tratamiento mostraron una disminución en las tasas de problemáticas generales ($F(1,386) = 5,13$; $p < ,05$), así como en la sintomatología internalizante ($F(1,386) = 5,73$; $p < ,05$) y externalizante ($F(1,386) = 10,52$; $p < ,001$). Los niños mostraron mejoras tanto en el grupo control como en el grupo de tratamiento, mientras que las niñas solo se beneficiaron si pertenecían al grupo de intervención ($F(1,386) = 7,39$; $p < ,01$). Efectos beneficiosos sobre el fomento del apoyo parental únicamente en los	La intervención resultó beneficiosa para la mejora de la adaptación psicológica en niños palestinos viviendo en zonas de conflicto. Se observaron diferencias de género, ya que los niños mostraron mayor beneficio de la intervención en comparación con las niñas. Se fomentó el apoyo parental, pero únicamente en la muestra perteneciente a Cisjordania.

niños de Cisjordania ($F(1,385) = 21,31$;
 $p < ,001$).

Nota 1. CPSS, Escala de Síntomas de TEPT Infantil; SCARED-5, Autoinforme para Trastornos de Ansiedad relacionados con la Infancia; CHS; Escala de Esperanza Infantil; CAS, Escala de Agresión Infantil; KidCOPE, Escala de Afrontamiento para Niños; SSIS, Esquema de Inventario de Apoyo Social; DSRS, Escala de Autoevaluación para la Depresión; SASCAT, Herramienta de Evaluación del Capital Social Abreviada y Adaptada; CPDS, Cuestionario de Detección de Malestar Psicosocial Infantil; CRIES-13, Escala Revisada del Impacto de Eventos para Niños; SDQ, Cuestionario de Fortalezas y Dificultades; TGIC, Inventario de Duelo Traumático para Niños; ISPS, Escala del Impacto en Rendimiento Escolar; EWSQ, Cuestionario de Exposición a Estresores de Guerra; CRIES -8, Escala Revisada del Impacto de Eventos para Niños; AYMh, Escala de Salud Mental de Adolescentes Árabes; W-TECh, Lista de Verificación de Eventos Traumáticos de Guerra; PTSDSS, Escala de Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático; ADES, Escala de Experiencias Disociativas para Adolescentes; OMPA, Medida de Ajuste Psicosocial de Oxford; DERS; Escala de Dificultades en la Regulación Emocional; WHODAS, Escala de Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud; CPS, Escala de Rendimiento Escolar; PDEQ, Cuestionario de Experiencias Disociativas Peritraumáticas; CSQ, Cuestionario abreviado de estrategias de afrontamiento; MHC-SF, Formulario Breve del Continuo de Salud Mental para Jóvenes; ERQ, Cuestionario de Regulación Emocional para Niños; DSRS-C, Escala de Autoevaluación de Depresión de Birlson para Niños; CFI, Cuestionario de Deterioro Funcional Infantil; APAI, Instrumento de Evaluación Psicosocial Acholi; PS, La Escala de Parentalidad; IES-R, Escala Revisada del Impacto de Eventos; DASS, Escala de Depresión-Ansiedad-Estrés; CBCL, Inventario de Comportamiento Infantil; PSS, La Escala de Apoyo Parental.

Nota 2. Sin datos (*s.d.*).

Nota 3. β , coeficiente de regresión; z , estadístico de prueba; d , tamaño del efecto de Cohen; p , valor de significancia estadística; F , estadístico de la prueba de hipótesis; σ , desviación estándar; R^2 , coeficiente de determinación; CI , Intervalo de Confianza; b , coeficiente de regresión; η^2 , coeficiente de tamaño del efecto; SE , Error Estándar.

Nota 4. TEPT, Trastorno de Estrés Postraumático; IPT-G, Terapia Interpersonal Grupal; TRT, Programa de Recuperación del Trauma.