



**Universidad
Europea** VALENCIA

**Máster Universitario en PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA
Trabajo Fin de Máster**

**INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS EN
POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL REFUGIADA**

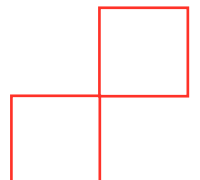
Presentado por: Luisa María Montávez Justicia

Tutor/a: Viviana Vargas Salinas

Curso: 2023/2024

Convocatoria: Ordinaria

Campus de Valencia
Paseo de la Alameda, 7
46010 Valencia
universidadeuropea.com



Índice

RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	1
1. INTRODUCCIÓN.....	2
1. 1 Justificación.....	9
1. 2 Objetivos.....	11
2. METODOLOGÍA.....	12
2. 1 Criterios de elegibilidad.....	12
2. 2 Fuentes de información.....	13
2. 3 Estrategia de búsqueda.....	13
2. 4 Proceso de selección de los estudios.....	14
2. 5 Codificación.....	15
3. RESULTADOS.....	16
3.1 Selección de los estudios.....	16
3.2 Características de los estudios incluidos.....	18
3.2.1 Características generales.....	18
3.2.2 Características técnicas.....	21
3.3 Resumen de los estudios.....	25
3.3.1 Factores de riesgo y psicopatología clínica.....	25
3.3.2 Resultados significativos.....	25
3.3.3 Estrategias de afrontamiento y factores de protección.....	26
4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.....	27
4.1 Implicaciones para la práctica clínica y futuras líneas de investigación.....	30
4.2 Limitaciones de los hallazgos.....	31
5. BIBLIOGRAFÍA.....	33
6. ANEXO I.....	39

RESUMEN

Antecedentes: La migración por razones forzosas es un fenómeno social presente en nuestros días. Dentro de este tipo de migración, la población refugiada constituye un grupo de población especialmente afectado. En el caso de los menores refugiados, la exposición temprana tiene consecuencias adversas para su bienestar y aumenta la probabilidad de sufrir Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y otros trastornos concomitantes como depresión y ansiedad.

Objetivos: En esta revisión sistemática sin meta-análisis, se propuso investigar la eficacia de estas intervenciones, así como sus características y sus efectos. De igual modo, se sensibiliza y se favorece el pensamiento crítico sobre la situación migratoria.

Método: Un total de 10 estudios son seleccionados y estudian el efecto de la intervención psicológica en estrés postraumático, ansiedad y depresión. **Resultados:** La intervención psicológica resultó ser clínicamente significativa en las tres variables clínicas estudiadas, siendo Desensibilización y Reprocesamiento mediante Movimientos Oculares (EMDR), la Terapia Narrativa de Exposición (NET) y la Terapia Cognitivo-Conductual (CBT), la más validadas para esta población.

Conclusiones: La intervención en menores refugiados es efectiva para reducir la sintomatología psicopatológica. Sin embargo, es necesario tener más estudios para establecer qué intervenciones son las más efectivas usando la perspectiva de género y favoreciendo el bienestar físico y psicológico de la población infanto-juvenil refugiada.

PALABRAS CLAVE: Migración, Menores, Refugiados, TEPT, Intervenciones, Tratamientos.

ABSTRACT

Background: Forced migration is a social phenomenon present in our days. Within this type of migration, the refugee population is a particularly affected population group. In the case of refugee children, early exposure has adverse consequences for their well-being and increases the likelihood of suffering Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) and other concomitant disorders such as depression and anxiety.

Objective: In this systematic review without meta-analysis, we aimed to investigate the efficacy of these interventions, as well as their characteristics and effects. It also raises awareness and promotes critical thinking about the migration situation.

Method: 10 studies were selected and studied the effect of psychological intervention on post-traumatic stress, anxiety and depression. **Results:** Psychological intervention proved clinically significant in the three clinical variables studied, with Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR), Narrative Exposure Therapy (NET) and Cognitive Behavioural Therapy (CBT) being the most validated for this population.

Conclusions: Intervention in refugee minors is effective in reducing psychopathological symptomatology. However, more studies are needed to establish which interventions are the most effective using a gender perspective and favouring the physical and psychological well-being of the child and youth refugee population.

KEY WORDS: Migration, Minors, Refugees, Interventions, PTSD, Treatments.

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la migración internacional es un asunto que está en auge dado su magnitud, incremento en los últimos años y repercusiones que tiene a nivel económico, político y social (ONU, 2019). Con el fin de obtener la información adecuada que permita facilitar la comprensión de este trabajo, es necesario aclarar e incidir en ciertos términos que son importantes para entender parte de la complejidad de este fenómeno en el que se basa este estudio.

Teniendo en cuenta que el concepto de migración humana varía de acuerdo a los factores geográficos, jurídicos, temporales, políticos, metodológicos, etc., en este trabajo se usa la definición utilizada en el Glosario de la Organización Internacional de Migraciones (OIM, s.f. - a), el que describe la migración como el “movimiento de personas fuera de su lugar de residencia habitual, ya sea a través de una frontera internacional o dentro de un país”. Aun siendo un fenómeno tan antiguo como la historia de la humanidad, que ha influido en todas las sociedades del mundo, se ha visto envuelto en transformaciones más amplias y notables en las últimas décadas. Siendo dos de los hitos importantes dentro de este fenómeno: el aumento de movimientos migratorios debido a la globalización y a la búsqueda de nuevas oportunidades, y el decremento causado por las repercusiones y consecuencias derivadas de la pandemia COVID-19, lo que dio lugar a la aplicación de estrategias políticas para frenar los desplazamientos (OIM, 2021).

Muchos de estos desplazamientos han sido nacionales e internacionales, aunque entendiendo el marco geopolítico actual, la gran mayoría de personas que migran no cruzan fronteras internacionales (migración internacional), sino que permanecen dentro de sus países (migración nacional) (OIM, 2021). Sin embargo, aludiendo a que la población objetivo de esta revisión son las personas refugiadas y, en consecuencia, pertenecen al grupo de “migrantes internacionales”, se pasa a describir este grupo a continuación:

Cualquier persona que se encuentre fuera de un Estado del que sea ciudadano o nacional o, en el caso de personas apátridas, de su Estado de nacimiento o residencia habitual. El término incluye a los migrantes que tiene intención de trasladarse de forma permanente o temporal y tanto a los que se trasladan de manera regular o documentada como a los migrantes en situación irregular (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2015, p.4).

Las razones que subyacen a la migración pueden clasificarse en dos tipos. Por un lado, se encuentra la migración por causas “no forzadas” (búsqueda de mejores condiciones o nuevas oportunidades (familiares, económicas, laborales, estudiantiles, vacacionales, etc.), donde el proceso migratorio no implica grandes problemas relacionados. Y, por otro lado, la migración por causas “forzadas” como método de escape impulsado por factores como la fuerza, la compulsión o la coerción ante situaciones adversas, nocivas y a veces trágicas, en su zona o país de origen

(conflictos, persecuciones, violaciones de derechos humanos, cambio climático, desastres naturales u otros factores ambientales) (ONU, 2019).

Dentro de las migraciones forzosas, existen tres perfiles de población mayoritarios por su densidad de desplazamientos, estos son los desplazados internos, los refugiados y los solicitantes de asilo. Los desplazados internos y los refugiados, así como los solicitantes de asilo, se distinguen en su destino, mientras los primeros no han cruzado la frontera internacional pero sí han huido de sus hogares, los segundos y terceros sí la cruzan puesto que corren peligro en sus países de origen. También cabe destacar la disparidad entre los solicitantes de asilo y los refugiados, esta reside en el origen de su desplazamiento, mientras que los solicitantes suelen ser por condiciones familiares o culturales, los refugiados son por razones humanitarias, es decir, por la condición de emergencia que existe en su país de origen (De Faramiñán, 2015).

Los acontecimientos mundiales ocurridos en los últimos años hacen necesario contextualizar también la migración y el impacto que le ha ocasionado la pandemia COVID-19. Tal como se explicó anteriormente la pandemia ha conllevado a una serie de restricciones dentro de la migración internacional, perjudicando en mayor medida los desplazamientos por razones forzadas. Por ello, con el fin de aunar y contextualizar las fases del ciclo migratorio con la situación provocada por la pandemia, se aborda las repercusiones y las vivencias experimentadas que han tenido las personas migrantes en cada etapa (McAuliffe, 2020, como se citó en OIM, 2021).

- Previa a la migración: corresponde tanto a la exposición de los sucesos y problemas derivados de las situaciones adversas como a la partida desde el país de origen. Muchas personas no han podido migrar y han quedado expuestas al riesgo de abusos, violencia, persecución o muerte.
- Entrada en los países de tránsito o destino: hace referencia a la duración, las circunstancias y las condiciones del viaje, si el traslado es individual o colectivo y si ha existido violencia, explotación u otros abusos durante el mismo. Ante la progresiva aplicación de restricciones o fortalecimiento de las fronteras, muchos migrantes se han visto muy limitados a la hora de entrar y no han podido trabajar en algunos sectores, como las cosechas en agricultura.
- Estancia en los países de tránsito o de destino: coincide con la exposición ambiental y política en el lugar de destino, los comportamientos de riesgo y la vulnerabilidad de las personas migrantes, asimismo el importante papel de procesos como la adaptación y duelo. Con la pandemia las personas se han quedado sin acceso a la atención de salud o a la protección social, además de estar expuestos a la pérdida de su trabajo, la xenofobia y el riesgo de detención por las autoridades, sin poder regresar a sus países. Por otro lado, están los campamentos u otros entornos similares donde las condiciones han sido lúgubres, sin distanciamiento físico ni la adopción de otras medidas de protección contra el coronavirus y otras infecciones.
- Retorno al país de origen: se ve influido por la exposición a condiciones más o

menos favorables en su retorno. Así pues, el anuncio de cierre de fronteras internacionales desencadenó retornos masivos, ante el miedo de quedar en una situación de desamparo, sin dinero ni acceso a la protección social. Aunque algunos Estados realizaran operaciones de repatriación, otros no lo pudieron hacer dejando a muchos migrantes varados y en situación de riesgo.

Consecuencias psicológicas de la migración

En función de lo descrito anteriormente, la migración de por sí supone un periodo de desequilibrio personal que originan una serie de cambios profundos en un gran número de áreas vitales, con numerosos factores estresores y nocivos y el incremento de la prevalencia de síntomas perjudiciales para su salud física y mental ante la adaptación de las nuevas demandas ambientales (Martínez y Martínez, 2018). Teniendo en cuenta las situaciones vejatorias y aterradoras, los daños físicos y emocionales asociados a la migración forzosa, la Organización Mundial de la Salud informa sobre las consecuencias a corto plazo ante la sensación de una preocupación constante y dificultades para dormir, y a largo plazo ciertas patologías mentales como depresión, ansiedad, episodios psicóticos y trastornos mentales derivados de periodos de psicosis a largo plazo, así pues la carga de las patologías mentales asciende hasta 22% en las poblaciones afectadas por conflictos (OMS, 1996 y 2022).

Si a las demandas ambientales, cuya tensión diaria supone la necesidad de adaptarse a un entorno desconocido y hostil, se suma el proceso de duelo, cuyas pérdidas intrínsecas están vinculadas al proceso migratorio (familia, amigos, cultura, etc.), dará lugar a un escenario polémico en lo que respecta a la salud mental de las personas migrantes (Axtotegui, 2000). Por este motivo y atendiendo a la importancia que tiene el duelo migratorio, se pasa a describir este proceso que viene condicionado por las situaciones externas (favorables o no) que pueden dar lugar a un duelo sano o un duelo patológico. En general, existen tres tipos de duelo referentes a las pérdidas personales:

- 1) El duelo simple se daría, por ejemplo, cuando emigra un adulto joven que no deja atrás ni hijos pequeños, ni padres enfermos, y puede visitar o traer a los familiares.
- 2) el duelo complicado sería aquel en el que se emigra dejando atrás hijos pequeños y padres enfermos, pero es posible regresar, traerlos, ...y 3) el duelo extremo se daría cuando se emigra dejando atrás la familia, especialmente cuando quedan en el país de origen hijos pequeños y padres enfermos, pero no hay posibilidad de traerlos ni de regresar con ellos, ni de ayudarles. (Axtotegui, 2008, p.16, como se citó en Montávez, 2020)

Este último duelo se ha denominado como Síndrome de Ulises (héroe griego de la famosa obra la Odisea, de Homero) o Síndrome del Migrante, por el complejo cuadro diagnóstico de estrés crónico y múltiple (Axtotegui, 2008). Aunque comparte estresores propios de la migración, como el cambio de idioma, cultura, entorno, etc., prevalecen otros estresores relacionados con la separación forzada, la soledad, la desesperanza, la incertidumbre, el fracaso

de no poder cumplir con los objetivos propuestos durante el proceso migratorio (“los papeles”, el mercado de trabajo, la vivienda, etc.), en consecuencia, la supervivencia en el nuevo entorno.

Tal y como se ha expuesto, el ciclo migratorio repercute en la salud mental en mayor medida si la migración es por razones forzadas, sin embargo, el deterioro en la vida del sujeto dependerá también de otros aspectos paralelos como son, la edad, el sexo, el género, los factores genéticos, ambientales, la situación socioeconómica, etc., presentando una mayor o menor vulnerabilidad de acuerdo a las situaciones experimentadas (Montávez, 2020).

Prejuicios y estereotipos ante la migración

La importancia que ha tenido en el contexto migratorio tanto el incremento de las conocidas fake news, creadas por la gran variedad de fuentes de información y difundida a través de Internet y de los medios sociales, y la pandemia COVID-19 presente donde sus repercusiones y consecuencias, como la pérdida de oportunidades y políticas aplicadas para frenar los desplazamientos, han producido un aumento considerable de la tensión internacional (OIM, 2021). Esto suscita cierta connotación negativa en algunos sectores de la población de destino, quedando marcada por los sesgos cognitivos y comportamentales conocidos como prejuicios, estereotipos y discriminación.

A continuación, se presenta la definición breve de estos conceptos, el primer término se define como “una actitud negativa hacia un grupo social o hacia una persona percibida como miembro de ese grupo” (Dovidio, Evans y Tyler, 1986, p. 1, citado en Montes Berges, 2010), el segundo como “generalizaciones hechas sobre un grupo, concernientes a la atribución de rasgos que es considerada como injustificada por el observador” (Bringham, 1971, p.1, citado en Montes Berges, 2010) y el tercero como “componente comportamental del prejuicio, y por lo tanto, su manifestación externa” (Simpson y Yinger, 1965, p. 2, citado en Berges, 2008). Asimismo, Montes (2010) especifica que entre las variables relacionadas con la facilitación de la discriminación se encuentra las situaciones competitivas y de conflicto donde los grupos implicados poseen un estatus desigual.

Lo descrito anteriormente sirve para contextualizar cómo la base cognitiva y comportamental de los prejuicios, estereotipos y, en consecuencia, la discriminación, fundamentan y contribuyen al desarrollo del racismo y la xenofobia. Además de los distintos factores ambientales (económico, político, comunitario, etc.) que determinan la existencia de inclusión o exclusión social, lo que acaba influyendo en su proyecto migratorio, y se asocia con situaciones tales como: “desventajas generalizadas en términos de educación, habilidades, empleo, salud, vivienda, recursos económicos, etc.; menores posibilidades de acceder a las instituciones que distribuyen esas capacidades y recursos; y esas desventajas y acceso disminuidos persisten a lo largo del tiempo” (Martínez et al., 2017, p. 98, citado en Martínez y Martínez, 2018). Su máximo apogeo hace que se desarrollen los “delitos de odio” que se perpetúan hacia la población migrante, sobre todo con la población migrante cuyo

desplazamiento ha sido por circunstancias adversas o “forzadas” con una situación de alto riesgo social.

Población infanto-juvenil refugiada y condicionantes psicosociales

Se entiende por persona refugiada toda persona que, debido a situaciones de conflicto, violencia, persecución, riesgo ambiental por cambio climático o degradación ambiental, u otras en su país de origen, han decidido cruzar la frontera nacional para buscar seguridad y pedir protección internacional (ACNUR, 2023). La condición de refugiado es diversa y compleja, y repercute en muchos ámbitos que, incluso dentro de la literatura científica, no se ponen de acuerdo en la explicación. Pese a ello, si hay un consenso general de la vulnerabilidad que presenta esta población, caracterizándose por una serie de riesgos (OMS, 2018): la exposición a eventos traumáticos, las malas condiciones socioeconómicas (exclusión social, desempleo), no acompañamiento o apoyo, las preocupaciones recurrentes (duelo migratorio, adaptación al nuevo entorno, aislamiento), etc. Por consiguiente, las personas refugiadas presentan mayores factores de riesgo que en otros grupos de población migrante y local (se entiende como aquella que pertenece al país de reasentamiento) (Móntavez, 2020). Asimismo, existe una prevalencia mayor de padecer ciertas patologías mentales como el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), ansiedad y depresión, siendo incluso comórbidos (OMS, 2018).

La población objetivo que atiende a esta revisión son los menores siendo su condición la de refugiado o refugiada y cuya edad esté comprendida entre la niñez temprana y la adolescencia. Dependiendo de la edad, presentarán más afectadas unas facetas u otras, lo que implicará una mayor o menor probabilidad de padecer patologías mentales tempranas, múltiples y crónicas derivadas de la experiencia previa, durante y posterior a su migración. De acuerdo con lo anterior, se expone una breve síntesis de estas etapas para visualizar qué factores se ven implicados en su desarrollo (Berguer, 2016):

- La niñez temprana (de los 2 a los 6 años): determinada por la autosuficiencia del niño, a la hora de cuidar de sí mismo, la utilización del juego simbólico como representaciones mentales de su entorno basado en un pensamiento pre-lógico e intuitivo.
- La niñez intermedia y tardía (de los 7 a los 12 años): caracterizada por el aprendizaje de destrezas básicas de su entorno y por un pensamiento más flexible, organizado y lógico.
- La adolescencia (de los 12 a los 18 años): coincide con la maduración sexual, viene determinada por un pensamiento más abstracto e idealista y es fundamental la búsqueda de la identidad e independencia del individuo.

La trayectoria personal que tiene la población infanto-juvenil refugiada es diferente a la que experimentan los adultos, esto se debe a la posición física y social dependiente. Lo anterior conlleva a una mayor vulnerabilidad relacionada con su edad que desencadena una continua

respuesta de estrés y, en consecuencia, un mayor riesgo de padecer deficiencias cognitivas, mala regulación emocional y una mayor prevalencia de trastornos mentales, como es el caso de TEPT, ansiedad y depresión entre población infanto-juvenil refugiada y solicitante de asilo (Verhagen I. L. et al., 2022).

A continuación, se mencionan ciertas variables significativas que influyen tanto en el aumento de padecer y/o mantener los trastornos mentales ya mencionados como otros problemas de salud mental relacionados (citado en Mántavez, 2020):

- Las grandes carencias afectivas y de cuidados, por abandono o el “no acompañamiento” (del que se hablará más adelante de forma más detallada), y la adquisición inminente de nuevos roles que suponen una gran carga de angustia y ansiedad ante la situación de “tener que madurar” de forma temprana (Díaz, 2017).
- La acumulación anticipada de pérdidas o duelos, de manera acelerada y continua, en la mayoría de los casos, el abandono de sus familiares ante la imposibilidad de mantener su manutención y cuidados y el alto riesgo de sufrir maltrato infantil, así como abuso físico y/o sexual. Cabe señalar la alta exposición a esta última forma de violencia en los campos de refugiados (Fegert et al., 2018).
- Las dificultades de acceso a la educación formal, tanto en la etapa previa, durante y posterior a la migración, siendo clave en la obtención y desarrollo de ciertas destrezas, como la comunicación, asertividad, relación entre iguales, habilidades sociales, etc., y el aprendizaje de nuevos conocimientos (Díaz, 2017).

A parte de la vulnerabilidad resultante de esta condición, ciertos factores endógenos como la edad, género, presencia de diversidad funcional, y otros exógenos como el país de origen, tiempo de residencia en el país de acogida y las experiencias traumáticas resultantes que han vivido, producirá un cuadro diagnóstico más diverso y complejo con mayor probabilidad de padecer ciertas patologías mentales entre otros deterioros (Crespo, et al., 2017).

De acuerdo con la página oficial de la OMS (2022), la población refugiada de por sí experimentan sentimientos de ansiedad, fatiga, ira, molestias, insomnio, además de estar más expuestos a padecer los siguientes trastornos mentales: trastorno de estrés postraumático (TEPT), del estado de ánimo y de ansiedad. Si a esto le añadimos que son menores de edad, los eventos traumáticos vividos (como la violencia física y sexual, amenazas, presencia de asesinatos, torturas, malos tratos, encarcelamiento, separación familiar y/o duelo) y los factores relacionados con la incertidumbre ligada a las preocupaciones específicas (el paradero de sus familiares, la adaptación al nuevo entorno, la discriminación, la devolución y la regulación de su documentación, etc.), hace que el riesgo sea mayor de sufrir de forma temprana, múltiple y crónica las patologías mentales mencionadas previamente (Montávez, 2020).

Intervención psicosocial con población migrante y refugiada

Aun teniendo una visión positiva de las personas migrantes en aspectos como el emprendimiento, proactividad, adaptabilidad, capacidad de toma de decisiones en situaciones adversas y complejas, etc., las diversas situaciones vividas antes, durante y después del proceso migratorio posicionan a estas personas en alto riesgo psicosocial (Martínez y Martínez, 2018), siendo la población refugiada una de las que presenta una mayor vulnerabilidad dado los peligros y los efectos adversos que experimentan.

Existe una creciente preocupación por la salud mental de esta población, y en este sentido se ha puesto el foco en el desarrollo y aplicación de diferentes intervenciones cuya finalidad es evitar y minimizar los riesgos relacionados con la exposición de estas experiencias traumáticas. Si bien en el campo de la Psicología se va progresando lentamente en el estudio de los procesos migratorios, aún existe la tarea pendiente de conectar la investigación y sus resultados con las políticas sociales y los programas específicos de intervención (Martínez y Martínez, 2018). Es por ello que se expone brevemente la descripción de intervenciones relevantes cuya eficacia ha sido demostrada y pueden ser adecuadas para aplicarlas a este colectivo y el trauma (citado en Yus et al., 2023, p. 27-28):

- Terapia Cognitivo-Conductual (CBT): los pensamientos definen la conducta y las emociones, siendo el objetivo del tratamiento junto a la adquisición de técnicas que beneficien el desarrollo del paciente en su vida diaria (Beck, 1964).
- Desensibilización y Reprocesamiento mediante Movimientos Oculares (EMDR): los recuerdos traumáticos son almacenados de manera disfuncional y es a través de la estimulación bilateral que pueden ser integrados y reprocesados correctamente, dando lugar a la desensibilización del recuerdo traumático (Shapiro, 2001).
- Terapia Narrativa de Exposición (NET): incorpora la técnica de exposición y los principios de la CBT en formato narrado, de esta forma el paciente ha de preparar una narración sobre su biografía donde se manifiesta la vivencia traumática (Ruf et al., 2010).
- Técnica de Reducción de Incidentes Traumáticos (TIR): se le pide al paciente que imagine el recuerdo traumático, expresando lo que ve y experimenta, se repite el proceso en varias ocasiones hasta que el paciente logra visualizar los detalles de este sin sentir el malestar que estaba asociado al recuerdo (Descilo et al., 2010, 2019).
- Terapia de Sistemas de Trauma (TST): existen varios "sistemas de trauma" sobre los que debe insistir la intervención, donde viene incluidos tanto los estresores presentes en el ambiente del niño/a, ya que están incluidas en un contexto social, como las alteraciones emocionales provocadas (Saxe et al., 2015).

- Terapia de Reconsolidación (RT): basada en la teoría cognitiva de reconsolidación de la memoria, indicando que los recuerdos al volverse lábiles se pueden modificar, y, en consecuencia, reconsolidar (Ecker, 2015).
- Enseñanza de Técnicas de Recuperación (TRT): fomenta la adquisición de habilidades de regulación emocional, afrontamiento y resolución de problemas, aparte de la implicación y el trabajo con los recursos familiares y comunitarios (Newnham et al., 2018).
- Intervenciones basadas en Mindfulness (MBI): dirigir el foco atencional al momento presente, priorizando la aceptación sin juicio de las sensaciones percibidas e integrando técnicas de relajación, permitiendo la mejora del control atencional y de la regulación emocional (Van de Gucht et al., 2019).
- Intervención de Psicología Positiva (PPI): se fundamenta en la idea de promover la salud mental positiva desde el bienestar, el funcionamiento adecuado y la resiliencia del individuo, en lugar de centrarse en disminuir o paliar los aspectos negativos (Foka, 2021).

Aunque estas se han aplicado generalmente en personas que no son refugiadas y la escasez de estudios relacionados, se han sugerido que las terapias NET y EMDR podrían ser las más eficaces (Yus et al., 2023). A estas intervenciones con un enfoque más clínico, correspondiente a psicoterapia individual, se suman otras intervenciones grupales psicoterapéuticas o terapias alternativas de arte creativo, entre otras, que muestran efectos positivos en la reducción de los síntomas y el desarrollo personal, enfatizando en los elementos relacionados con el trauma (seguridad, conexión y autoeficacia) y migración forzada (fase post-migratoria, aculturación, entorno y red profesional) como aspectos relevantes en las intervenciones (Hettich et al., 2020).

Asimismo, existen investigaciones que ponen el foco en la “resiliencia” y respaldan la repercusión positiva que tienen ciertas estrategias de afrontamiento usadas, siendo las más útiles: la oración, la relajación, el autocontrol y la evasión de las emociones y cogniciones desagradables (Völkl-Kernstock et al., 2014, Huemer et al., 2011, p. 18, citado en Montávez, 2020). Tal y como expone la Asociación Americana de Psicología (APA, 2017), es importante resaltar el papel que desempeña el psicólogo/a es fundamental en la promoción de la resiliencia ya que participa en la defensa y colaboración entre los recursos y sistemas de atención (legales, vivienda, sanitarios, educativos, etc.). Por este motivo, la atención a la salud mental de los refugiados ha de tratarse de forma integral, tanto en lo relacionado con el tratamiento y los determinantes de la salud de esta población como en la condición migratoria (OMS, 2022).

1.1 Justificación

Considerando que, a nivel mundial, alrededor de 184 millones de personas, lo que corresponde al 2.3 por ciento de la población mundial, viven fuera de su país de nacionalidad y

que casi la mitad de ellos se encuentran en países de ingresos bajos y medianos (Banco Mundial, 2023), se puede advertir la magnitud de las repercusiones que tiene el fenómeno de la migración en el contexto internacional. Por ello, la migración internacional forzada y/o desplazamiento forzoso/involuntario se transforma en una tarea pendiente dentro la sociedad actual de este siglo, pues tal y como expresa el Catedrático de Derecho Internacional Público y Relaciones Internacionales, De Faramiñán (2015), “hay que tomárselo como una realidad social de alcance internacional a la que hay que dar respuestas oportunas y prácticas para que los miles de desplazados encuentren la cobertura legal y humanitaria que necesitan” (p. 42).

A partir de los datos obtenidos en la Base de Datos Estadísticos del Alto Comisionado de Naciones Unidas (ACNUR, 2020, p. 4, citado en Montávez, 2020) y de los datos actualizados de este mismo organismo a finales de 2022 (ACNUR, 2023), se puede observar un notable aumento de la población migrante por razones forzadas que pasa de 79.5 millones en 2019 a 108.4 millones en 2022. En consecuencia, existe un incremento de los subtipos que forman este tipo de migración desde finales del año 2019 a finales del 2022: desplazados internos, dentro de su país de origen (pasan de 45.7 millones a 62.5 millones), personas refugiadas (de 26 millones a 35.3 millones), solicitantes de asilo (de 4.2 millones a 5.4 millones) y otras personas que necesitan protección internacional (de 3.6 millones a 5.2 millones).

Cabe destacar que entre las personas migrantes por razones forzadas el 51% son hombres y el 49% mujeres, aproximadamente. Asimismo, un 40% son personas menores de edad, y sus edades oscilan entre los 0 y 17 años, siendo la representación del 30% de la población mundial, pero el 40% del total de la población desplazada por la fuerza (2023).

De acuerdo con la Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR, 2023), las cifras de refugiados aumentaron un 24% respecto a los datos obtenidos en 2021, fundamentalmente por el gran número de personas que se vieron obligadas a escapar de Ucrania. Pese a que la mayoría de migrantes en todo el mundo son adultos, los menores de edad llegan a representar casi la mitad de todos los refugiados. Teniendo en cuenta que en 2018 de 141500 personas refugiadas y migrantes que han llegado a Europa, 34200 (un cuarto) son menores según la página oficial de UNICEF (2018). En función de los datos recogidos a finales de 2022 por ACNUR se estima que el 41% de la población refugiada tenía menos de 18 años de edad, siendo el 21% niños y el 20% restante niñas (ACNUR, 2023).

La posición de “no acompañamiento” o separación de su familia en menores refugiados, se presenta cada vez más, en muchas ocasiones estos menores hacen que se encuentren en una situación de desamparo constante. Según los datos recogidos y haciendo la comparativa desde el año 2015 al 2021, se puede observar la gran variación de 43.000 (CEAR, 2023) a 51.700 (ACNUR, 2022) niños y niñas no acompañados o separados de su familia presentaron nuevas solicitudes de asilo aproximadamente. Según CEAR (2023), en España de las 925 solicitudes que se registraron en el año 2021 se han pasado a 1585 en 2022, lo que ha supuesto un aumento de 71%. Sin embargo, la información expuesta sigue siendo limitada y, en consecuencia, sigue es probable que las cifras estén significativamente subestimadas

(ACNUR, 2022). Es por ello, que los menores en esta situación son una población con un riesgo mayor que aquellos que sí ´traumáticos, como abuso sexual, violencia, duelo por pérdida del cuidador o pariente cercano, etc.

Agregar a los datos recientemente expuestos información sobre la discriminación que pueden llegar a sufrir las personas migrantes. En España, según los últimos informes del Ministerio de Interior en 2021 que hacen referencia a los delitos de odio registrados en el área del racismo/xenofobia desde el año 2018, la distribución de estos delitos por orden ascendente ha sido de 531, 515, 485, 639 (Ministerio del Interior, 2018, 2019, 2020, 2021 respectivamente). Teniendo en cuenta los datos recogidos previamente desde el 2013 donde se mostraba una cifra de 381 delitos de odio registrados por racismo/xenofobia, se puede observar el aumento desde entonces (Montávez, 2020).

Tras todo lo referido y la tragedia humana diaria que supone la situación en el reasentamiento como en los campos de refugiados, ahora más presente en España por lo acontecido en Ucrania, además del escenario “dantesco” que ocurre en el mar Mediterráneo, siendo la “mayor fosa común del planeta” con 20000 personas muertas ahogadas desde 2014 según los datos publicados en la página oficial de Open Arms (2023), es imprescindible considerar y reflexionar sobre la urgencia de cómo poder entender mejor esta situación y cómo poder aportar respuestas y estrategias desde el ámbito de la Psicología. En este sentido, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿cuáles son las principales intervenciones psicoterapéuticas que se realizan con el colectivo de menores refugiados y refugiadas?

1. 2 Objetivos

Para poder dar respuesta a la interrogante planteada, el objetivo general de esta revisión sistemática es:

Realizar una revisión sistemática sobre artículos científicos que describan las técnicas y la efectividad de los tratamientos utilizados en población infanto-juvenil refugiada dentro del campo de salud mental.

De este objetivo general surgen los siguientes objetivos específicos: a) indicar las distintas variables extrínsecas, sustantivas, metodológicas de los artículos escogidos, b) exponer los elementos que componen las intervenciones, c) indagar qué intervenciones fueron las más utilizadas y d) describir los resultados obtenidos de los estudios analizados.

Asimismo, se plantean los siguientes objetivos secundarios: a) conocer y desarrollar del pensamiento crítico sobre esta temática, b) sensibilizar e incidir en la necesidad de llevar a cabo más estudios relacionados, y, como resultado, c) realizar intervenciones terapéuticas y psicosociales más efectivas con el fin principal de velar por su bienestar físico y psicológico.

2. METODOLOGÍA

Para la elaboración y redacción de esta revisión sistemática se ha seguido las recomendaciones de la versión PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis) 2020 (Page et al., 2021).

2.1 Criterios de elegibilidad

Previo a la selección de los criterios de elegibilidad, se formula la pregunta clínica mediante la metodología PICO (Patient, Intervention, Comparison, Outcome) que facilita la elaboración de los mismos. A continuación, se expone las preguntas realizadas en cada uno de los componentes de esta metodología:

- Paciente (P): características de la población objetivo y de sus condiciones, dentro de afecciones psicológicas.
- Intervención (I): intervención principal a considerar (terapéutica, preventiva, diagnóstica, etc.).
- Comparación (C): existencia o no de comparaciones dentro de la intervención llevada a cabo.
- Resultados (O): efectos de la intervención, mejora, efectos adversos, etc.

Tras este planteamiento, se escogieron los resultados que pasarían a ser parte de esta revisión siendo los que cumplían los siguientes criterios de inclusión:

- La edad de los participantes debía estar comprendida entre el segundo año de vida y el inicio de la edad adulta (menor o igual a 18 años) y tener la condición de ser refugiados/as.
- Los estudios tuvieran un diseño preexperimental, cuasiexperimental o experimental / transversal (estudios de caso) y ser evaluados mediante el uso de puntuación pre-test y post-test o bien, entre un grupo al que se le presenta un tratamiento específico y otro con ausencia de tratamiento o con tratamiento ordinario.
- Las variables dependientes que se estudiaron tendrían que incluir al menos síntomas relacionados con estrés postraumático, ansiedad y/o depresión, además de ser analizado con instrumentos psicométricos.
- Y dentro de los parámetros relacionados con el formato, debían estar redactados en español o inglés y el año de publicación debía estar comprendido entre el 2008 y el 2023, en el transcurso de 15 años. En función de la evolución de las técnicas empleadas, así como la dificultad para encontrar los resultados.

Al mismo tiempo, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de exclusión:

- La edad de los participantes fuera menor de los dos años y mayor de 18, además de ser solicitantes de asilo o personas migrantes cuyo desplazamiento fuera dentro del propio país.

- Los estudios no ofrecieran datos cuantitativos sobre los resultados de la intervención y que esta fuese dirigida a familiares o profesores y no a la población infanto-juvenil descrita anteriormente.
- Las intervenciones estuvieran basadas en terapias alternativas como arteterapia, danzaterapia, etc.
- Y en los parámetros del formato, no ser estudios primarios (por ejemplo, revisiones sistemáticas), no estar escritos en español o en inglés (alemán, francés, italiano, etc.) y el año de publicación fuera anterior al año 2008.

2.2 Fuentes de información

Teniendo en cuenta la búsqueda, se consultaron cinco bases de datos electrónicas internacionales: ProQuest (editada por la *American Psychological Association*), P&BSC (*Psychology & Behavioral Sciences Collection*), PubMed (editada por la *National Center for Biotechnology Information*), Scopus (editada por Elsevier), WoS (*Web of Science*). Asimismo, se utilizó el buscador de Google Académico para completar la búsqueda.

2.3 Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda seleccionada es el resultado de la ecuación de búsqueda realizada (Tabla 1) siendo adaptada a cada una de las bases de datos. Esta fue la suma de los términos y operadores booleanos usados, más los limitadores de tiempo, idioma y de documento.

Al principio, para definir la ecuación de búsqueda se emplearon términos en inglés relacionados con las intervenciones en menores refugiados, debido a su escaso número de resultados en el español.

Posteriormente, se hizo un registro preliminar en la base de datos WoS, dando lugar a la localización de los términos más utilizados en las palabras clave de los artículos científicos, como los trastornos más prevalentes en esta población según la literatura.

De acuerdo con lo anterior, se usaron los siguientes términos en búsqueda avanzada “*mental health treatment*”, “*refugee minors*”, “*PTSD*”, “*anxiety*”, “*depression*” unidos mediante el conector booleano “AND” en todas las bases de datos mencionadas y en el buscador Google Scholar. Aunque en este último también se hizo la búsqueda en inglés, se limitó el resultado de la búsqueda a documentos publicados en español, lo que permitió obtener más resultados en este idioma.

Tabla 1.

Estrategias de búsqueda según las bases de datos

Bases de datos y otras fuentes	Limitadores	Ecuación de Búsqueda
ProQuest	DTx (Full Text), CLT (2008 – 2023), CLI (English y Spanish), TD (article)	TX= (mental health treatment) AND (refugee minors) AND PTSD AND anxiety AND depression
P&BSC	DTx (Full Text), CLT (01/2008 – 06/2023), CLI*, TD (article , case study)	TX mental health treatment AND TX refugee minors AND TX PTSD AND TX anxiety AND TX depression
PubMed	DTx (Full text y Free full text), CLT (2008 – 2023), CLI* (English y Spanish), TD (clinical trial, randomized controlled trial)	ALL = (((mental health treatment) AND (refugee minors)) AND (PTSD)) AND (anxiety)) AND (depression)
Scopus	DTx (all open access), CLT (2008 – 2023), CLI (English y Spanish), TD (article)	mental AND health AND treatment AND refugee AND minors AND ptsd AND anxiety AND depression
WoS	DTx (Open Access), TD (Article), CLI*, CLT*	ALL= (mental health treatment AND refugee minors AND PTSD AND anxiety AND depression)
Google Scholar	CLT (2008 – 2023), CLI (solo páginas en español), TD (cualquier tipo)	mental health treatment AND refugee minors AND PTSD AND anxiety AND depression

Nota: DTx= disponibilidad de texto, CLT= con limitador temporal, TD= tipo de documento, CLI= con limitador de idioma *= No limitador porque la fecha y el idioma está dentro de los límites que aparecen

2.4 Proceso de selección de los estudios

Cuatro fases comprenden el proceso selectivo de los estudios y son presentadas a continuación:

1. Identificación: se realizaron las búsquedas en cinco bases de datos electrónicas y en el buscador Google Scholar.
2. Cribado: al principio, se someten a los limitadores de disponibilidad de texto (texto completo), temporal (desde 2008 hasta 2023), idioma (español e inglés) y tipo de documento (artículo científico y estudio de caso), con el fin de filtrar los resultados. Tras ello, las referencias identificadas en las bases de datos se exportaron al gestor bibliográfico *Mendeley*, donde se procede a la eliminación de los duplicados. En el caso de Google Scholar se realiza mediante la técnica “hand-searching”, buscando

de forma metódica los contenidos página por página, permitiendo identificar estudios relevantes que no se han podido obtener en las bases de datos. Posteriormente, se realizaron la preselección de los artículos potencialmente relevantes para la revisión sistemática, esto se hace mediante el análisis de los títulos y los resúmenes de acuerdo con los criterios de inclusión definidos.

3. Elegibilidad: se pasa a la lectura completa de los artículos científicos preseleccionados, estos se someten a la lista de comprobación de los indicadores presentados anteriormente (población, instrumento, tipo de estudio, tipo de resultado y contexto). Los artículos que cumplieron todos los criterios pasaron a la siguiente y última fase.
4. Inclusión: se decidieron qué artículos científicos incluir de forma definitiva, además de incluir aquellos ensayos clínicos que habían evaluado una sola intervención, todos ellos cumplieron con los criterios de inclusión y demuestran una alta calidad metodológica.

2.5 Codificación

Después de la selección definitiva de los estudios en la fase de inclusión, se extrajeron los datos e informaciones de cada uno de los artículos científicos elegidos teniendo en cuenta las variables metodológicas presentadas en la Tabla 2. Una vez conseguidos los datos, con el fin de sintetizar en tablas la información obtenida se utilizó el programa Excel 2016.

Tabla 2.

Datos extraídos en la tabulación

Variables	Datos extraídos
Extrínsecas	Autor, año publicación y país del estudio
Metodológicas	Tipo de diseño (cuasiexperimental – experimental – preexperimental), variables dependientes e instrumentos de medida y contexto de aplicación
Sustantivas	Tamaño de la muestra de participantes, porcentaje de mujeres (sexo), edad media y país de origen
Intervención	Tipo de intervención, carácter individual o grupal de la intervención, número de sesiones y duración y existencia de seguimiento
Resultados	Factores de riesgo y psicopatología clínica, resultados significativos y estrategias de afrontamiento utilizadas

3. RESULTADOS

3.1 Selección de estudios

El proceso selectivo de los estudios se concreta en los pasos seguidos en el diagrama de flujo de la Figura 1, expuesto más abajo. Al principio, se hizo una búsqueda sistemática de la literatura y se obtuvieron 10558 estudios en las bases de datos y 20500 en Google Scholar. Tras aplicar el filtro del idioma, año de publicación y tipo de documento quedaron en 1558 estudios y se eliminaron las referencias duplicadas. Después, se realizó un primer cribado leyendo el título y resumen de cada documento para ver si los estudios cumplían los criterios de inclusión, reduciéndose el número de estudios a 1407. Después se realizó una segunda fase, donde se procedió al análisis a texto completo de 299 documentos. Finalmente, el número de estudios seleccionados para ser incluidos en la presente revisión fue de 10 estudios, siendo los que había superado los criterios de inclusión y mostrado una alta calidad metodológica.

La calidad metodológica de cada estudio se mide mediante el método evaluativo proporcionado por Joanna Briggs Institute (JBI, 2020), Este método es muy conveniente para evaluar investigaciones empíricas sobre intervenciones específicas en población infanto-juvenil refugiada y en estudios que usaron diseños de comparación de un solo sujeto o de grupo. De acuerdo con el marco de JBI (2020) el método evaluativo involucra diversas listas de verificación para cada tipo de metodología (Anexo I). Todos los estudios seleccionados fueron sometidos a este procedimiento mediante el uso de una Escala de tipo Likert (cuya valoración: Sí, No, Poco claro o No Aparece) en cada lista de verificación dependiendo de su diseño (estudios cuasi-experimentales, experimentales, series de casos y estudios de caso único). Al ser distintos los ítems incluidos en cada lista de verificación se sintetizan de acuerdo a los siguientes indicadores de calidad de cada estudio:

- 1- Características sociodemográficas y clínicas de la muestra;
- 2- Definición de los instrumentos de evaluación y técnicas de intervención;
- 3- Condiciones de control de variables extrañas;
- 4- Seguimiento;
- 4- Medición confiable;
- 5- Análisis estadísticos de los datos.

Luego, los estudios se califican según la valoración que aparece en las listas de verificación y, después los estudios reciben una categorización de “alta”, “adecuada” y “baja” calidad según la puntuación obtenida. Finalmente, el análisis de la calidad individual de los estudios se establece en la Figura 2.

Figura 1.

Diagrama PRISMA de flujo del proceso de selección de estudios.

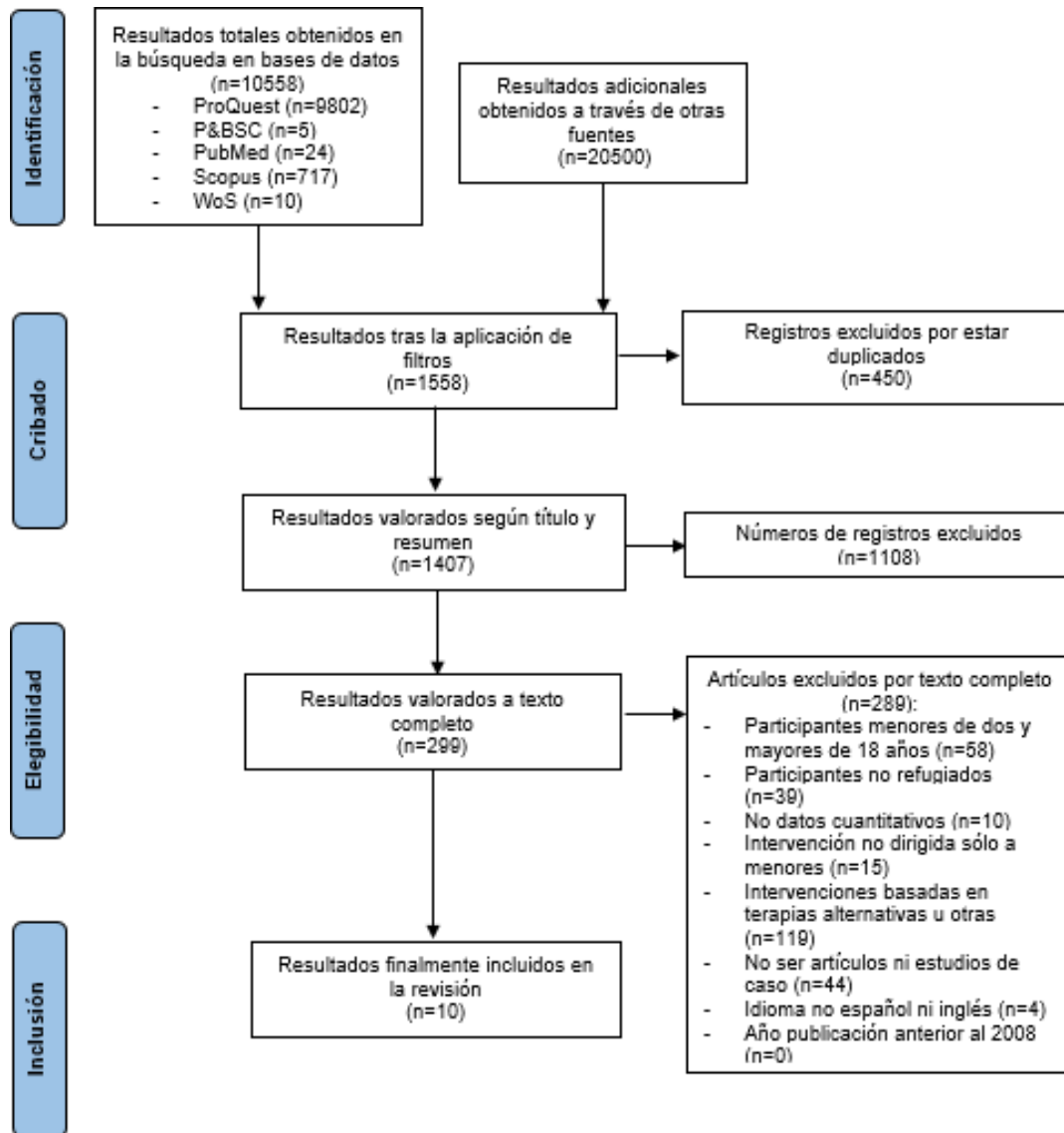
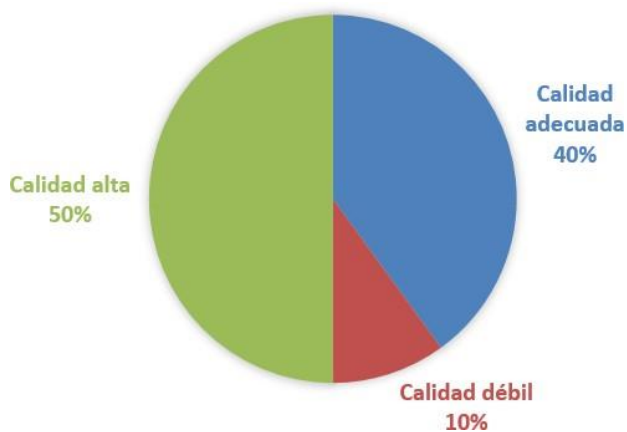


Figura 2.

Resultados del análisis de calidad metodológica



3.2 Características de los estudios incluidos

3.2.1 Características generales

En la revisión se incluyeron 10 estudios en inglés de revistas científicas y que fueron publicados entre los años 2010 y 2023. De estos estudios 2 fueron estudios completamente aleatorizados de grupos paralelos donde el administrador/a desconocía información relevante (Pfeiffer et al., 2018; Ruf et al., 2010) y el resto de estudios presentaban un diseño pre-test post-test: 2 estudios de serie de casos clínicos (Unterhitzberger et al., 2015; Van Es et al., 2023), un estudio de caso (Unterhitzberger et al., 2016) y los 5 restantes eran estudios cuasiexperimentales prospectivos sin uso de grupo control (Gormez et al., 2017; Perilli et al., 2019; Sarkadi et al., 2018; Thierrée et al., 2020; Van der Gucht et al., 2019).

Hubo un total de 364 participantes (125 de los ensayos controlados aleatorizados, de los que 62 pertenecían al grupo control y 63 al grupo experimental, y 239 de los estudios eran de tipo pre-post). De estos 364 participantes, el 42.20% aproximadamente fueron mujeres, en el caso de los estudios completamente aleatorizados tuvo 52.15% de participación femenina en grupos experimentales y 54.35% en los grupos control. La edad media total de los participantes fue de 14.52 y oscila entre los 7 y 18 años.

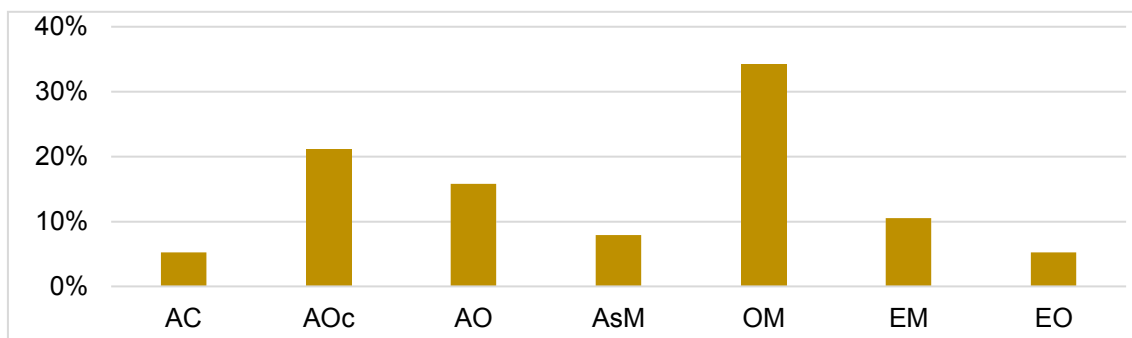
Las regiones de procedencia de los menores fueron variadas, tal y como se observa a continuación en la Figura 3 (adaptada de la Figura 1 de Crespo et al., 2017, p. 20), y comprende los siguientes países: Albania, Angola, Bosnia, Eritrea, Etiopía, Gambia, Georgia, Ghana, Guinea, Irán, Iraq, Kurdistán, Nigeria, Pakistán, Rusia, Siria, Somalia y otros países del Este de África y la península de los Balcanes. Sin embargo, en el estudio de Thierrée (2020) no se habla de la procedencia de los participantes.

Los estudios se realizaron en Alemania (n = 4) (Pfeiffer et al., 2018; Ruf et al., 2010; Unterhitzberger et al., 2015, 2016), Turquía (n= 2) (Gormez et al., 2017; Perilli et al., 2019), Bélgica (n=1) (Van der Gucht et al., 2019), Países Bajos (n=1) (Van Es et al., 2023), Siria (n=1) (Thierrée et al., 2020) y Suecia (n=1) (Sarkadi et al., 2018). Asimismo, la fase de reclutamiento y las intervenciones se hicieron en las siguientes localizaciones que trabajan con población refugiada: clínicas ambulatorias y centros sanitarios (Ruf et al., 2010, Sarkadi et al., 2018, Unterhitzberger et al., 2015), alojamientos de residencia, orfanatos e instituciones de tutela (Perilli et al., 2019; Unterhitzberger et al., 2016; Van Es et al., 2023), organizaciones (Pfeiffer et al., 2018), centro de educación temporal (Gormez et al., 2017) y un campamento de refugiados (Thierrée et al., 2020).

La evaluación de la sintomatología se hizo con los instrumentos presentados en la Tabla 3. Además, en la Tabla 4 aparece la información detallada referente a las variables extrínsecas, metodológicas y sustantivas de cada estudio seleccionado.

Figura 3.

Prevalencia en las de origen de los participantes



Nota: AC= África Central, AOc= África Occidental, AO= África Oriental, AsM= Asia Meridional, OM= Oriente Medio, EM= Europa Meridional, EO= Europa Oriental

Tabla 3.

Instrumentos de evaluación

Autores y año	Instrumentos
Gomez et al. 2017	HSD / CPTSI-RI / SCAS / SDQ
Perilli et al. 2019	CRIES-8 / DSRS / SCARED
Pfeiffer et al. 2018	CATS-S / CAT-C / PHQ-8 / CPTCI-S
Ruf et al. 2010	HSD / UCLA – PTSD / MPR / MINI-KID
Sarkadi et al. 2018	HSD / CRIES -8 / MADRS-S
Thierrée et al. 2020	CPSS-5 / CDI / RCMAS
Unterhitzberger et al. 2015	HSD / PDS /CAPS-CA
Unterhitzberger et al. 2016	CAPS-CA / UCLA-PTSD / CDI / SCARED
Van der Gucht et al. 2019	I-PANAS-SF / DASS-21-D / CRIES
Van Es et al. 2023	CRIES-13 / PHQ-A

Nota: CAT-S-C= Evaluación de Traumas en Niños y Adolescentes (autoinforme, informe del cuidador); CAPS-CA= Escala de TEPT en Niños y Adolescentes administrada por un médico; CDI= Inventario de Depresión Infantil; CPSS-5= Escala de Síntomas TEPT Infantil; CPTCI-S= Inventario de Cogniciones Postraumáticas Infantiles (versión corta); CPTSI-RI= Índice de Reacción Infantil ; CRIES= Escala de Impacto de Eventos Revisada para Niños; DASS-21-D= Escalas de Ansiedad y Estrés; DSRS= Escala de Autoevaluación de Depresión; HDS= Herramientas de Datos Sociodemográficos; I-PANAS-SF= Formulario Abreviado de Afectos Positivos y Negativos; MADRS-S= Escala de Calificación de Montgomery- Åsberg (autoinforme); MINI-KID= Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Niños y Adolescentes; MPR= ; PHQ-A= Cuestionario de Salud del Paciente; PDS= Escala Diagnóstica Postraumática; RCMAS= Escala Infantil de Ansiedad Manifiesta (autoinforme); SCARED= Examen de Detección de Trastornos relacionados con la Ansiedad Infantil; SCAS= Escala de Ansiedad Infantil de Spence; SDQ= Cuestionario de Puntos Fuertes y Débiles; UCLA-PTSD= Índice de Reacciób de TEPT en Niños y Adolescentes de la Universidad de California

Tabla 4.*Síntesis de las variables extrínsecas, sustantivas y metodológicas*

Autores	Año	País del estudio	N	% de mujeres	Edad	Diseño	Variables dependientes
Gormez et al.	2017	Turquía	32	62.50	10-15	CE	EP+ A
Perilli et al.	2019	Turquía	14	50.00	8-17	CE	EP
Pfeiffer et al.	2018	Alemania	99 (nc = 49, ne = 50)	6.00	14-18	ECA	EP+D
Ruf et al.	2010	Alemania	26 (nc = 13, ne = 13)	46.15	7-16	ECA	EP
Sarkadi et al.	2018	Suecia	46	6.50	14-18	CE	EP+D
Thierrée et al.	2020	Siria	117	42.00	7-14	CE	EP+A +D
Unterhitzberger et al.	2015	Alemania	6	50.00	16-18	SC	EP+D
Unterhitzberger et al.	2016	Alemania	1	100.00	17	CU	EP+A+D
Van der Gucht et al.	2019	Bélgica	13	55.56	12-18	CE	EP+D
Van Es et al.	2023	Países Bajos	10	20.00	15-18	SC	EP+D

Nota: ne= tamaño del grupo experimental; nc= tamaño del grupo control; CE= cuasi-experimental; ECA= estudio completamente aleatorizado; SC= serie de casos; CU= caso único; EP= Estrés Postraumático; A= Ansiedad; D= Depresión

3.2.2 Características técnicas

La premisa de la que parten todos los estudios es la reducción de síntomas asociados al estrés postraumático, ansiedad y depresión en población infanto-juvenil refugiada mediante el empleo de diversas intervenciones psicoterapéuticas, evaluando y comprobando su eficacia y viabilidad. Además de reducir las barreras de acceso y disponibilidad de servicios de atención de salud mental, aplicándose a entornos culturales diversos y culturalmente sensibles. Con el objetivo final de satisfacer las necesidades de poblaciones con bajos recursos y que se encuentran en situación de alta vulnerabilidad, especialmente siendo menores de edad.

Las sesiones se impartieron por profesionales certificados del ámbito clínico, entre los que se encuentran psicólogos y psicólogas, psiquiatras, médicos y médicas de cabecera, enfermeros y enfermeras, también se cuenta con la ayuda de profesionales capacitados del ámbito social para la recogida de información: trabajadores/as sociales (Pfeiffer et al., 2018), mediadores/as culturales (Perilli et al., 2019), traductores, intérpretes y abogados encargados en el procedimiento de asilo (Ruf et al., 2010; Sarkadi et al., 2018) y personas voluntarias (Ruf et al., 2010). El número de las sesiones de los programas de intervención oscilan entre 3 y 20, con una duración entre 45 y 120 minutos por cada sesión impartida. En relación con la duración es necesario mencionar que en el estudio de Thierrée et al., (2020) se administra 90 minutos antes de cada sesión el fármaco *Propranolol* (bloqueador beta-adrenérgico de la reconsolidación de recuerdos), favoreciendo la eficacia de la Terapia de Reconsolidación en los y las menores que presentan TEPT.

Concretamente, los estudios emplearon diversas intervenciones (Tabla 5) entre las que se encontraron: la Terapia Cognitivo Conductual o CBT (n=5) (Gormez et al., 2017; Pfeiffer et al., 2018; Unterhitzberger et al., 2015, 2016), Desensibilización y Reprocesamiento mediante Movimientos Oculares o EMDR (n=2) (Perilli et al., 2019), Terapia Narrativa de Exposición o NET (Ruf et al., 2010) (n=2), Enseñanza de Técnicas de Recuperación o TRT (n=1) (Sarkadi et al., 2018); RT (n=1) (Thierrée et al., 2020) e Intervenciones basadas en Mindfulness o MBI (n=1) (Van der Gucht et al., 2019). Cabe destacar que en el estudio de Van Es et al. (2023) se utiliza un enfoque multimodal, interviniendo conjuntamente con CBT, EMDR, NET y que en el estudio de Thierrée et al., (2020) a los niños excluidos del protocolo de intervención se les ofrecieron sesiones de arteterapia y psicoterapia individual.

El contenido de las sesiones es similar en los estudios que emplean el mismo enfoque de tratamiento. Sin embargo, ya que el objetivo de este trabajo es comprender las diversas intervenciones realizadas, se recoge en la Tabla 6 una síntesis de los contenidos abordados en cada estudio, con el propósito de observar y analizar las diferencias y similitudes entre estudios y tratamientos.

Tabla 5.*Síntesis de las variables de intervención*

Estudios	Intervención	Carácter	Nº Sesiones	Duración de la sesión	Seguimiento
Gomez et al., 2017	CBT	G	8	70 a 90 min	No
Perilli et al., 2019	EMDR	G + I	3	60 a 90 min	No
Pfeiffer et al., 2018	CBT	G	6	90 min	2 m
Ruf et al., 2010	NET	G	8	90 a 120 min	12 m
Sarkadi et al., 2018	TRT	G	5	890 a 120 min	2 s y de 3 a 6 m
Thierrée et al., 2020	RT	G	5	100 a 110 min	4 s y 13 s
Unterhitzenberger et al., 2015	CBT	G	20*	90 a 100 min	No
Unterhitzenberger et al., 2016	CBT	I	12	45 a 50 min	6 m
Van der Gucht et al., 2019	MBI	G	8	90 min	No
Van Es et al., 2023	NET, EMDR Y CBT	G	8	80 min	4 s

Nota: CBT= Terapia Cognitivo-Conductual; EMDR= Desensibilización y Reprocesamiento de la información mediante Movimientos Oculares; MBI= Intervenciones basadas en Mindfulness; NET= Terapia Narrativa de Exposición; RT= Terapia de Reconsolidación; TRT= Enseñanza de Técnicas de Recuperación; G= Grupal; I= Individual; *= media entre los participantes; min= minutos; m= meses; s= semanas

Tabla 6.*Síntesis de los contenidos abordados en las sesiones*

Estudios	Contenidos y ejecución
Gormez et al., 2017	Técnicas de relajación, reconocimiento de signos corporales de ansiedad, mantenimiento de la higiene del sueño, etc. Además de psicoeducación e intervenciones para abordar las emociones fuertes, el estilo de pensamiento inadaptado, y creación de explicaciones alternativas para la experiencias depresivas, ansiosas y relacionadas con el estrés. Experiencias relacionadas con el trauma y el duelo y estrategias de resolución de problemas. Finalmente, recapitulación de las sesiones anteriores e inclusión de estrategias para gestionar las recaídas.
Perilli et al., 2019	Historia, evaluación clínica, identificación de recuerdos traumáticos y planificación del tratamiento. Psicoeducación sobre las reacciones peritraumáticas y postraumáticas (normalización de pensamientos, emociones, sensaciones y comportamientos anormales, así como el significado que se les atribuye) para mitigar su estrés y se trabaja el acceso de afecto positivo. Pensamiento de parte más perturbadora de un evento traumático y calificación emocional del mismo. Desensibilización sistemática teniendo en cuenta las emociones, pensamientos y sensaciones corporales asociadas donde se hizo un escaneo corporal de cualquier perturbación física residual. Al final, se asegura la estabilización final y se abordan los resultados de las sesiones anteriores y desencadenantes actuales de ansiedad relacionadas con el futuro.
Pfeiffer et al., 2018	Reglas y conocimiento del grupo, además de psicoeducación sobre el TEPT y el concepto de los eventos traumáticos. Introducción y práctica de la técnica de “respiración controlada” y explicación de cuándo se debe de usar mediante la revisión y la realización de esta en grupo. Descripción y creación de la narrativa racional sobre los eventos traumáticos para posteriormente leerlo individualmente y/o exponerlo al grupo, aconsejando e integrando recursos propios con el fin de crear estrategias y expectativas optimistas basadas en la esperanza y en los planes futuros.
Ruf et al., 2010	Construcción de una narrativa cronológica de toda su vida mediante la exposición a los eventos traumáticos, centrándose en las experiencias de su país de origen y en las situaciones estresantes y potencialmente traumáticas en el país de destino. Conocimiento sobre sus emociones, cogniciones, sensaciones y reacciones fisiológicas vinculadas al contexto autobiográfico, temporal y espacial. Se realiza desde una narrativa directiva, guiada y apoyada por el terapeuta para contrarrestar la evitación y consiguiendo recuperar toda la información implícita de la experiencia traumática
Sarkadi et al., 2018	Psicoeducación destinada a normalizar las reacciones ante eventos traumáticos e introducción y práctica de la técnica “lugar seguro”. Aprendizaje de técnicas de “visualización” y “tareas de atención dual” (siguiendo los principios de EMDR), además de trabajar el contenido de los sueños y la distracción. Presentación y práctica de técnicas para afrontar la excitación, como la “respiración controlada”, y las autoafirmaciones de control y afrontamiento mediante el uso del “termómetro del miedo”. Análisis de los recuerdos del trauma y se practica la exposición graduada en la vida real pudiendo exponerse a los recuerdos traumáticos mientras usan técnicas de afrontamiento expuestas desde un diálogo interno positivo.

Thierrée et al., 2020	Creación y presentación de una narrativa del trauma con ayuda del terapeuta, que estuviera escrita en tiempo presente, primera persona del singular y centrada en los momentos más perturbadores del evento, además de incluir las sensaciones corporales extraídas en una lista de verificación. Lectura de la narrativa bajo la influencia de propanolol de acción prolongada de 24 horas (bloqueador de la reconsolidación), tratando y modificando así los recuerdos previamente consolidados. Asimismo, se ofreció tratamiento una vez al día para reducir el desgaste de los participantes, siendo un dato importante a tener en cuenta en un campo de refugiados.
Unter. et al., 2015	Psicoeducación sobre el trauma, los síntomas asociados y el fundamento de la Terapia Cognitiva-Conductual enseñando habilidades positivas (por ejemplo, elogios, ignorancia activa, estrategias de manejo de contingencias). Información, presentación y práctica de la relajación y sus técnicas, como la relajación muscular progresiva y/o la respiración controlada. Modulación afectiva mediante la explicación y la identificación de sentimientos y aplicación de auto-instrucciones positivas, afrontamientos de emociones difíciles/desagradables, interrupción del pensamiento y enseñanza de estrategias de resolución de problemas. Procesamiento cognitivo mediante la explicación del “triángulo cognitivo” y creación de una narrativa del trauma, explorando y corrigiendo los sesgos cognitivos para así poder realizar la exposición en vivo. Finalmente, se explican los fundamentos y se fomentan habilidades relacionadas con la seguridad.
Unter. et al., 2016	Retroalimentación y explicación sobre los resultados de si diagnóstico inicial (tanto con la menor como con la cuidadora), tensión corporal y enumeración de los objetivos del tratamiento: poder confiar en otras personas, reducir las intrusiones y reducir la hipervigilancia y el pánico. Justificación y praxis de la relajación, usando técnicas como la respiración concentrada e imagen corporal, uso de imágenes para trabajar la comunicación sobre las emociones e introducción del triángulo de pensamientos, sentimientos y comportamiento. También se trazó una “línea de la vida” donde narra todas las experiencias buenas y malas, identificando cogniciones disfuncionales relacionadas con la familia de la menor. No fue necesario la exposición en vivo pues no mostraba una evitación severa. En el caso de la cuidadora, se añadió la regulación de emociones como otro objetivo y se comparte la narrativa de la menor. Al final, se discuten y se practicaron las estrategias de seguridad.
Van der G. et al., 2019	Los temas abordados son: la observación del piloto automático y la atención plena al cuerpo, el abordaje desde la calma las barreras que aparecen en la sesión, el aprendizaje constructivo de los límites personales, el descubrimiento de las elecciones y respuestas desde la experiencia y las dificultades propias y la aceptación de los pensamientos fuera del concepto de que son “hechos” que no se pueden modificar. Se hace uso de metáforas (“atención en foco”, “mente del mono”, entre otras), ejercicios de conexión, relajación, inhibición mientras se explora las sensaciones corporales (por ejemplo, yoga, escuchar y comer música de forma consciente), y meditación guiada (caminando, sentada, en la montaña y de aceptación) desde la psicoeducación y compartiendo la vivencia del estrés y autocuidado.
Van Es et al., 2023	Psicoeducación, desde metáforas adecuadas adaptándose al nivel cultural, y explicación de la fundamentación teórica del tratamiento, para presentar después la “técnica de la línea de la vida”. Posteriormente, se hace uso del enfoque multimodal incluyendo intervenciones cognitivo-conductuales, es decir, NET, EMDR, activación y reestructuración y exposición cognitiva. En el caso de EMDR se hizo mediante la tarea de atención dual, donde el o la menor se concentra e una imagen del recuerdo traumático, se ofrece estimulación rítmica bilateral (evocando movimientos laterales sacádicos).

3.3 Resumen de los estudios

3.3.1 Factores de riesgo y psicopatología clínica

En los estudios presentados se informa de factores de riesgo relacionados con múltiples experiencias traumáticas, entre las que se encuentran las siguientes situaciones vividas: vieron fallecer a personas cercanas de forma violenta (familia, amistades, personas del entorno, etc.), la destrucción de sus hogares, presenciaron guerras civiles y habían sido testigos y/o sometidos a crueldad o tortura (Gormez et al., 2017), circuncisión en la etapa infantil, migraciones de alto riesgo (por ejemplo, traslado en barco) (Unterhitzberger et al., 2016), tratamientos dolorosos o aterradores, desastres naturales y abuso sexual (Ruf et al., 2010). A esto se le suma las circunstancias propias dentro del país de destino como la falta de contacto familiar, alto estrés psicosocial derivado de una orden de deportación o razones organizativas dentro de las organizaciones, abandono de la institución o recursos de tiempo insuficientes (Pfeiffer et al., 2018, Unterhitzberger et al., 2015).

Aparte de patologías mentales como TEPT, Trastorno Depresivo Mayor y Trastorno de Ansiedad por Separación (Ruf et al., 2010) se observó diversos síntomas comórbidos como tristeza generalizada y persistente, una conciencia alterada en el desapego de los procesos mentales o del cuerpo, percepción alterada de sí mismos como impotencia, culpa y despersonalización, además de aislamiento y retraimiento social (Perilli et al., 2019). Asimismo, se presentan trastornos del sueño masivos, falta de concentración, intrusiones severas, conducta impulsiva y agresiva (como automutilación), reacciones de pánico, síntomas disociativos, rumiaciones y fuertes dolores de cabeza (Unterhitzberger et al., 2015 y 2016; Van Es et al., 2023). Aunque no se observaron diferencias entre el grupo de intervención y el resto de la muestra total en términos de edad, sexo y puntuaciones (Gormez et al., 2017), cabe destacar el género como variable que correlaciona con los síntomas de depresión y el impacto de eventos negativos indicando síntomas más altos para niñas en comparación con los niños (Van der Gucht et al., 2019).

3.3.2 Resultados significativos

Tras las intervenciones, los resultados de los estudios muestran una mejora clínicamente significativa antes y después de la evaluación en los síntomas emocionales y relacionados con TEPT, donde la reducción más significativa se observó en las puntuaciones referentes a síntomas ansiosos, depresivos, intrusivos, evitativos, de hipervigilancia y angustia/deterioro (Gormez et al., 2017; Thierrée et al., 2020) incluso suponiendo el doble de la tasa de remisión natural (Sarkadi et al., 2018). Llegando a

realizarse con éxito en un entorno complejo e inestable donde la guerra y los conflictos aumentan el riesgo de desarrollar diversas afecciones de salud mental, al tiempo que se intensifican las ya existentes (Perilli et al., 2019). Asimismo, los resultados muestran la evidencia de que algunas de las intervenciones ya habían sido efectivas con otros colectivos (por ejemplo, en adultos) (Perilli, et al., 2019; Thierrée et al., 2020; Van der Gucht et al., 2019).

Los estudios en los que se incluían evaluaciones posteriores hubo una mejora significativa permaneciendo estable durante las pruebas de seguimiento (Ruf et al., 2010; Sarkadi et al., 2018; Thierrée et al., 2020; Unterhitzberger et al., 2016; y Van Es et al., 2023). Salvo en el estudio de Van Es et al., (2023) donde el período inicial se asocia con una mayor disminución de la sintomatología, sugiriendo que los síntomas de TEPT y de depresión no fueron estables en esta muestra, los cambios durante la línea de base pueden deberse a eventos como noticias de reunificación familiar y el contacto semanal con los mediadores interculturales.

En la mayoría de los estudios entre-grupos se mostraba una mejora significativa en relación al grupo que no tenía tratamiento (Ruf et al., 2010). Sin embargo, hubo algunos estudios que mostraban que no existía diferencias con el grupo que no tenía este tratamiento, lo que implica que los efectos de la intervención grupal no son comparables a la psicoterapia individual centrada en el trauma (Pfeiffer et al., 2018). Hubo indicios de una mayor recuperación a una edad más temprana en niños que en niñas, pero esto puede producirse porque la mayoría de niñas eran mayores por lo que no debe considerarse como un aspecto de mejora (Perilli et al., 2019).

3.3.3 Estrategias de afrontamiento y factores de protección

Algunos de los y las menores se mostraban perseverantes y resilientes a pesar de los inconvenientes y vivencias negativas experimentadas. En términos de estrategias de afrontamiento toma especial relevancia el uso de la religión, como dibujos expresados con las palabras “Fe, Alá, Esperanza” (Perilli et al., 2019), el aislamiento de los demás y el silencio deliberado sobre las experiencias traumáticas del pasado (Kevers et al., 2016, citado en Van der Gucht et al., 2019).

Dentro de los factores de protección claves para mantener la recuperación de la población infanto-juvenil refugiada se encontraban: el apoyo familiar y/o con residencia en el país de destino (Gormez, et al, 2017), el apoyo social, la normalización de experiencias, comprensión y aceptación de lo sucedido, manejo y control de las emociones y sentimientos y encontrar el significado a sus experiencias con proyección al futuro (Sarkadi et al., 2018).

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La migración es un fenómeno muy complejo siendo más problemático cuando esta ocurre en el contexto de migración forzada, un grupo de población especialmente expuesto a la violencia lo constituyen las personas refugiadas, cuyas consecuencias son particularmente adversas en menores dada su alta vulnerabilidad (Montávez, 2020). Si se considera la situación de no estar acompañados, aumenta el impacto de ciertas patologías más que en otros menores refugiados acompañados por su familia, teniendo diez veces más probabilidades de padecer TEPT que en la población nativa y cinco veces más que en los menores refugiados acompañados (Bean et al., 2006, citado en Demazure et al., 2018) y de mantenerse los síntomas depresivos en los años posteriores al reasentamiento (Oppedal y Idsoe, 2012). Esta trayectoria migratoria tiene una fuerte impronta psicológica, siendo más susceptibles de sufrir los efectos adversos de futuros episodios de victimización (Koenen, 2006, citado en Yus et al., 2023).

A tal efecto, la presente investigación tuvo como objetivo estudiar las distintas intervenciones sobre salud mental y la efectividad de las técnicas empleadas, sobre salud mental desarrolladas en la población infanto-juvenil refugiada, especialmente en lo relativo a los tres trastornos con mayor frecuencia presentados en esta población según la literatura científica: estrés postraumático, ansiedad y depresión (Fazel et al., 2017). A partir de la revisión sistemática realizada fue posible describir las técnicas y los resultados en esta población. En este sentido, se analizaron los resultados obtenidos tras la aplicación de estas intervenciones sobre la muestra de interés y se incorporaron 10 artículos científicos en inglés en los que se recogieron las características de tales intervenciones y se evaluaron su eficacia.

Según los resultados del estudio, se demuestra la existencia de intervenciones psicoterapéuticas efectivas y la mejora de la salud mental en población infanto-juvenil refugiada. Los tamaños del efecto medios fueron positivos de tal forma que las intervenciones produjeron mejoras significativas en la reducción de sintomatología relacionada con el estrés postraumático, ansiedad y depresión. A su vez, se alcanzaron los objetivos específicos mencionados previamente, indicando las distintas variables que componen los estudios y exponiendo los elementos que componen las distintas intervenciones usadas, además de describir los resultados obtenidos e indagar en las intervenciones que fueron más utilizadas.

En relación a la pregunta de investigación planteada, las intervenciones y técnicas psicoterapéuticas aplicadas en población infanto-juvenil refugiada y que aparecen en los estudios seleccionados fueron:

- Terapia Cognitiva Conductual centrada en el trauma o TF-CBT (n=5) (Gomez et al., 2017; Pfeiffer et al., 2018; Unterhitzberger et al., 2015, 2016): basada en el modelo Cognitivo-Conductual donde se aplican varios componentes de tratamiento dirigidos a trastornos específicos relacionados con el trauma y que incluye técnicas de psicoeducación, reestructuración cognitiva, habilidades de afrontamiento y exposición

interoceptiva y situacional (García-Escalera et al., 2016).

- Desensibilización Sistemática y Reprocesamiento mediante Movimientos Oculares o EMDR (n=2) (Perilli et al., 2019): formulada a partir del modelo teórico del Procesamiento Adaptativo de la Información y que contribuye a redistribuir los recuerdos mediante la recuperación de información de experiencias anteriores y la integración en un esquema emocional y cognitivo positivo (Shapiro, 1989, citado en Sandoval, 2017).
- Terapia Narrativa de Exposición para Niños en o Kid-NET (n=2) (Ruf et al., 2010): mediante el uso de la narración y la deconstrucción se mitiga sentimientos como la culpa y el temor, reduciendo el riesgo de posibles episodios de cuadros postraumáticos (Cáceres y Crespo, 2019).
- Enseñanza en Técnicas de Recuperación o TRT (n=1) (Sarkadi et al., 2018): basada en la TF-CBT, incluye habilidades de manejo del estrés que ayudan a procesar mejor las emociones y los pensamientos relacionados con el trauma, además de exposición gradual a experiencias traumáticas (Cohen, 2010).
- Terapia de Reconsolidación o RT (n=1) (Thierrée et al., 2020): inspirada en la Teoría de la Reconsolidación, implica escribir y posteriormente leer una narrativa del trauma una vez a la semana bajo el bloqueador de reconsolidación (Brunet et al., 2011).
- Intervenciones basadas en Mindfulness o MBI (n=1) (Van der Gucht, et al., 2019): cuyo objetivo es reducir la reactividad y la evitación de experiencias internas, fomentando la apertura y la aceptación de estas experiencias (Crane et al., 2017).

Cabe mencionar que en el estudio de Van Es, et al. (2023) se aplica un enfoque multimodal apoyado en la TF-CBT, EMDR y NET y que en el estudio de Thierrée et al. (2020) a los niños excluidos del protocolo de intervención se les ofrecieron sesiones de arteterapia y psicoterapia individual.

Atendiendo a los objetivos específicos se presenta los resultados obtenidos, en relación al primer objetivo específico sobre las variables presentes en las intervenciones de los artículos seleccionados se encuentra:

- Variables extrínsecas: los estudios están comprendidos entre los años 2010 y 2023, estando dentro del parámetro de inclusión. Así como, 7 de los estudios se hicieron exclusivamente en continente europeo, 4 en Alemania y los otros 3 en Suecia, Bélgica y Países Bajos, dos entre Europa y Asia (Turquía) y uno Asia Occidental (Siria).
- Variables sustantivas: el tamaño de la muestra fue de 364 participantes entre los 10 artículos, pudiendo observar que la muestra era pequeña en la mayoría de los estudios, esto es congruente con lo que se encuentra en la literatura (Schottelkorb et al., 2012; Lempertz et al. 2020). Las regiones de las que procedían los y las participantes, de más a menos grosor, fueron Oriente Medio, África Occidental, África Oriental, Europa Meridional, Asia Meridional y, por último, África Central y Europa

Oriental, encontrándose de forma similar en Crespo et al., 2017. La edad media oscilaba entre los 7 y 18 años y el porcentaje de mujeres fue de 42.20%, aunque actualmente es mayor el porcentaje que antes (Wiese et al., 2007) siguen estando presentes el peso que ejercen los factores culturales en la migración femenina.

- Variables metodológicas: los diseños presentes en esta revisión fueron 2 estudios completamente aleatorizados y el resto de estudios presentaba un diseño pre-test y post-test sin uso de grupo control entre los que se encontraban cinco estudios cuasi-experimentales prospectivos, dos estudios de serie de casos clínicos y uno de caso único, conforme con Yus et al., 2020. Los instrumentos de medida utilizados en los artículos evaluaban la sintomatología clínica en estrés postraumático, ansiedad y depresión de acuerdo con Demazure et al. (2018) siendo los síntomas más presentes en esta población. El contexto de aplicación variaba desde clínicas ambulatorias y centros sanitarios, alojamientos de residencia, orfanatos e instituciones de tutela, organizaciones, un centro de educación temporal y un campamento de refugiados.

En cuanto a los elementos que componen las intervenciones usadas que corresponde al segundo objetivo específico, los resultados muestran que el carácter de las intervenciones fue grupal exclusivamente en 8 artículos y uno de carácter individual, asimismo había otro que se aplicaba tanto de forma grupal como individual, aportando información a que el carácter de las sesiones suele ser grupal en este tipo de población (Horlings y Hein, 2018). Por otro lado, las intervenciones oscilaban entre 3 y 20 sesiones y la duración de las sesiones entre 45 y 120 minutos, estando dentro de los parámetros de otras intervenciones realizadas como se muestra en Fazel (2017). Respecto al seguimiento, 4 de los estudios no presentaron seguimiento posterior y en los 6 restantes fluctuaba entre las 2 y un año, esto puede deberse a la alta movilidad de refugiados y a sus condiciones de reasentamiento manifestado en otros estudios como en Vuković, et al. (2014).

En términos generales, los resultados de esta revisión resultaron ser compatibles con la literatura acerca de la eficacia de las intervenciones, siendo la intervención en EMDR, NET y CBT las más empleadas (Yus et al., 2020; Brown et al., 2017) respondiendo al tercer objetivo específico sobre las intervenciones que fueron más utilizadas. Asimismo, atendiendo al cuarto objetivo específico de la descripción de los resultados obtenidos se encuentra que la terapia en EMDR se muestra efectiva en la reducción de la sintomatología psicológica de estrés postraumático (Perilli et al., 2019) confirmando los resultados obtenidos anteriores acerca de la efectividad de esta terapia (Sandoval, 2017) y la NET, así como sus versiones (Ruf et al., 2010), igualmente responden a la efectividad encontrada en investigaciones previas en relación al tratamiento del estrés postraumático donde los niños han estado expuestos a múltiples traumas complejos (Samarah, 2022). En relación a la terapia TF-CBT, dentro de algunos estudios no se puede generalizar los resultados en TEPT en adolescentes (Vogel y Rosner, 2019), aunque el tamaño del efecto medio fue significativo en TEPT, ansiedad y depresión (Gormez et al., 2017; Pfeiffer et al., 2018; Unterhitzberger et al., 2015 y 2016) lo que proporciona apoyo empírico de

esta terapia según la literatura (García-Escalera, et al., 2016).

Del mismo modo, esta revisión aporta resultados de otras intervenciones cuya eficacia contaban con escasa evidencia como es el caso de TRT, RT y MBI. En el caso de TRT, se presenta un tamaño medio significativo a pesar de que la literatura previa había revelado resultados contradictorios (Diab et al., 2015), pese a esto se observa diferencias significativas entre las medidas previas y posteriores en síntomas depresivos y de TEPT (Sarkadi et al., 2018). En relación a la RT y la MBI contaban con pocos estudios realizados hasta el momento (Ecker et al., 2015) por lo que se acaba añadiendo evidencia de estas intervenciones, donde la RT se muestra eficaz en la reducción de sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad en población infanto-juvenil refugiada (Thierré et al., 2020) y la MBI en la reducción de síntomas de efecto negativo y mejora del afecto positivo como en la reducción de sintomatología depresiva (Van der Gucht., 2019).

Con la intención de dar respuesta a los objetivos secundarios y en consonancia con lo anterior, se entienden las adversidades por las que pasa esta población y la repercusión de la sintomatología descrita, agravada en aquellos que no van acompañados, donde es evidente la necesidad de promover un mayor número de investigaciones destinadas a la población infanto-juvenil refugiada. Asumiendo a la vez la alta responsabilidad que se tiene como profesionales y agentes de cambio a la hora de intervenir y concienciar, cuyo fin último es velar por el bienestar físico y psicológico de esta población.

De acuerdo con Wesells (2016), cabe mencionar el concepto de resiliencia en esta población, siendo un error común centrarse en exceso en los déficits de estos menores cuando demuestran una notable capacidad de recuperación y adaptación ante situaciones complejas y adversas (p.1), usando ciertas estrategias de afrontamiento como la oración, apoyo familiar y social, el autocontrol y la evasión de cogniciones y emociones negativas (Gomez et al., 2017; Perilli et al, 2019; Sarkadi et al., 2018; Van der Gucht, et al., 2019).

4.1 Implicaciones para la práctica clínica y futuras líneas de investigación

Por esa razón, la investigación futura ha de ir encaminada a repetir en investigaciones más amplias y controladas que sirvan para comprender mejor los componentes del tratamiento para su correcta replicación en esta población (Van Es, et al., 2023), encontrando un modelo que tenga en cuenta la amplia gama de necesidades que presentan las y los menores, sus familias y /o cuidadores, así como los profesores y resto de profesionales implicados (Gomez et al., 2017). Asimismo, brindar apoyo psicosocial e implementar psicoterapia individual de calidad en la población de interés adaptándose a un contexto multicultural y con valores culturales particulares (Tol et al., 2011, citado en Perilli et al., 2019). Por ejemplo, en O'Driscoll et al., (2017) se plantea el uso del enfoque ecológico y culturalmente sensible en niñas y niños refugiados desde otras disciplinas como la medicina.

Por otro lado, produce una importante desregulación emocional en las niñas refugiadas donde es más probable la combinación de comorbilidades asociadas con estilos de afrontamiento negativos (Khamis, 2023). Es por ello, que es imprescindible contar con investigaciones que consideren la perspectiva de género en las investigaciones futuras mediante el uso de análisis exhaustivos sobre el papel del género en la interacción entre las variables de resultado y las personales y sociales (Mohwinkel et al., 2018).

4.2 Limitaciones de los hallazgos

En relación a las limitaciones particulares que presentan estos estudios, se describe a continuación un breve resumen de acuerdo las siguientes variables:

- Sustantivas: tamaño de la muestra es pequeño (Gormez et al., 2017; Ruf et al., 2010; Unterhitzberger et al., 2015; Van der Gucht et al., 2019; Van Es et al., 2023), siendo los resultados más limitados en el estudio de caso único (Unterhitzberger et al., 2016). La comunicación efectiva se vio obstaculizada por la barrera del idioma fue un obstáculo principal (Gormez et al., 2017; Perilli et al., 2019; Van Es et al., 2023) o los menores tenían muy pocos años de educación formal, en general (Sarkadi et al., 2018). También hubo abandonos y pérdidas considerables en el grupo de tratamiento derivados de la alta movilidad de refugiados (Perilli et al., 2019; Thierrée et al., 2020; Van Es et al., 2023).
- Metodológicas: falta de aleatorización grupal (Pfeiffer et al., 2018) y la no existencia de un grupo control activo (Ruf et al., 2010) con el que comparar los resultados usando el análisis pre-test/post-test (Gormez et al., 2017; Perilli et al., 2019; Thierrée et al., 2020; Van der Gucht et al., 2019). Además, los síntomas de estrés postraumático y ansiedad sólo se evaluaron con cuestionarios al tener recursos limitados (Gormez et al., 2017; Pfeiffer et al., 2018; Sarkadi et al., 2018).
- Interventivas: falta de una evaluación de seguimiento a largo plazo para valorar si se mantuvieron los beneficios (Gormez et al., 2017; Perilli et al., 2019; Unterhitzberger et al., 2015) por diversos contextos, como el de guerra o crisis migratoria del 2015-2016 (Thierrée et al., 2020; Van der Gucht et al., 2019) o no se indican el mantenimiento de la mejora después del final de la intervención (Pfeiffer et al., 2018).

En relación con la revisión, una limitación importante que se identifica fue el concepto de mayoría de edad en los estudios ya que varía según el país, por lo que hubo estudios que fueron excluidos por estar comprendida la mayoría de edad entre los 19 y 21 años.

De igual modo, el riesgo de sesgo en los estudios seleccionados de esta revisión fue bajo y refleja una calidad media-alta a través del uso del método evaluativo JBI (2020). No obstante, hay que interpretar los datos con precaución dado que únicamente 2 de los estudios (Pfeiffer et al., 2018; Ruf et al., 2010) seguían una metodología experimental completa, pudiendo

presentar riesgo de sesgo los estudios restantes, siendo esto una limitación más a tener en cuenta.

Pese a la amplia búsqueda efectuada, otra limitación que se detecta es la poca evidencia en la literatura de intervenciones psicológicas especializadas para este colectivo en España. Además, de la situación de desamparo por parte de los servicios de salud mental en esta población donde no se les brinda una atención adecuada por la ausencia de recursos especializados (Amnistía, 2016).

5. BIBLIOGRAFÍA

- Achotegui, J. (2008). Duelo migratorio extremo: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Psicopatología Salud Mental*, 11, 15-25.
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. (2023). *Tendencias globales: desplazamiento forzado en 2022*. Recuperado de https://www.acnur.org/sites/default/files/2023-06/global-trends-2022_esp.pdf
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. (2023). *Base de Datos Estadísticos a finales de 2022*. Recuperado de <https://www.acnur.org/datos-basicos>
- American Psychological Association (2017). *Multicultural Guidelines: An Ecological Approach to Context, Identity, and Intersectionality*. <http://www.apa.org/about/policy/multicultural-guidelines.pdf>
- Amnistía Internacional. (2016). *El asilo en España: Un sistema de acogida poco acogedor*. Madrid: Sección española de Amnistía Internacional.
- Atxotegui, J. (2000). Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial en E. Perdiguero y J. M. Cornelle (Comps), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 14-26). Bellaterra.
- Banco Mundial. (2023). *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2023: Migrantes, Refugiados y Sociedades*. <https://www.worldbank.org/en/publication/wdr2023>
- Berger, K. S. (2016). *Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia*. Editorial Médica Panamericana.
- Brown, R., Witt, A., Fegert, J., Keller, F., Rassenhofer, M., y Plener, P. (2017). Psychosocial interventions for children and adolescents after man-made and natural disasters: A meta-analysis and systematic review. *Psychological Medicine*, 47(11), <https://doi.org/10.1017/S0033291717000496>
- Brunet, A., Poundja, J., Tremblay, J., Bui, E., Thomas, E. Orr, S. P., Pitman, R. K. (2011). Trauma reactivation under the influence of propranolol decreases posttraumatic stress symptoms and disorder: 3 open-label trials. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 31(4), 547-550. <https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e318222f360>
- Cáceres, M.J. y Crespo, M. (2019). La Terapia de Exposición Narrativa como alternativa terapéutica para el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo. *Revista de Victimología*, 9, 5-29. <https://doi.org/10.12827/RVJV.9.01>
- Cohen J.A. (2010) Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy Child & Adolescent Psychiatry* 49(4):414–430 <https://doi.org/10.1097/00004583-199810001-00002>

- Comisión Española de Ayuda al Refugiado. (2023). *Informe 2023: Las personas refugiadas en España y Europa*. <https://www.cear.es/wp-content/uploads/2023/06/INFORME-CEAR-2023.pdf>
- Crane, R., Brewer, J., Feldman, C., Kabat-Zinn, J., Santorelli, S., Williams, J., & Kuyken, W. (2017). What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychological medicine*, 47(6), 990-999. <https://doi.org/10.1017/S0033291716003317>
- Crespo M., Castro, S. y Gómez, M. (2017). Menores refugiados: psicopatología y factores relacionados. *Revista de Victimología*, 6, 9-32. <https://doi.org/10.12827/RVJV.6.01>
- De Faramiñán, J. M. (2015). La noche de las ideas o algo de luz sobre los flujos migratorios. *Revista del Consejo General de la Abogacía: Especial Refugiados*, 42 – 44.
- Demazure, G., Gaultier, S. y Pinsault, N. (2018). Dealing with difference: a scoping review of psychotherapeutic intervention with unaccompanied refugee minors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 447-466. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1083-y>
- Diab, M., Peltonen, K., Qouta, S. R., Palosaari, E., & Punamaki, R. L. (2015). Effectiveness of psychosocial intervention enhancing resilience among war-affected children and the moderating role of family factors. *Child Abuse & Neglect*, 40, 24-35. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.12.002>
- Díaz, M. (2017). Menores refugiados: impacto psicológico y salud mental. *Apuntes de Psicología*, 35, 83 - 91.
- Ecker, B. (2015). Memory reconsolidation understood and misunderstood. *International Journal of Neuropsychotherapy*, 3(1), 2-46. <https://doi.org/10.12744/ijnpt.2015.0002-0046>
- Fazel, M. (2017). Psychological and psychosocial interventions for refugee children resettled in high-income countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27, 177-123. . <https://doi.org/10.1017/S2045796017000695>
- Fegert, J. M. Sukale y T. Brown, R. C. (2018). Mental health service provision for child and adolescent refugees: European perspectives en M. Hodes, S. Shur-Fen y P. De Vries (Eds.), *Understanding uniqueness and diversity in child and adolescent mental health* (195-222). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815310-9.00008-3>
- García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente R. M., Reales, J. M. y Sandín, B. (2016). Efficacy of transdiagnostic cognitive- behavioral therapy for anxiety and depression in adults, children and adolescents: A meta-analysis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21, 147-175. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.3.2016.17811>
- Gormez, V., Kılıç, H. N., Orengul, A. C., Demir, M. N., Mert, E. B., Makhlouta, B., Kınık, K. y Semerci, B. (2017). Evaluation of a school based, teacher-delivered psychological intervention group program for trauma-affected Syrian refugee children in Istanbul, Turkey. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 27(2), 125-131 <https://doi.org/10.1080/24750573.2017.1304748>

- Hettich, N., Seidel, F.A. y Stuhmann, L.Y. (2020). Psychosocial Interventions for Newly Arrived Adolescent Refugees: A Systematic Review. *Adolescent Research Review*, 5, 99–114 <https://doi.org/10.1007/s40894-020-00134-1>
- Horlings, A. y Hein, I. (2018). *Psychiatric screening and interventions for minor refugees in Europe: an overview of approaches and tools*. *European Journal of Pediatrics*, 177, 163-169 <https://doi.org/10.1007/s00431-017-3027-4>
- Joanna Briggs Institute. (2020). *Critical Appraisal Tools*. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Khamis, V. (2023). Difficulties in emotion regulation among Syrian refugee girls: Risk and protective factors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 93, 2, 156-165. <https://doi.org/10.1037/ort0000665>
- Martínez, M. F y Martínez, J. (2018). Procesos migratorios e intervención psicosocial. *Papeles del Psicólogo*, 39(2), 96 –107. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2865>
- Ministerio Del Interior. (2018). *Informe sobre la evolución de los “delitos de odio” en España*. Ministerio del Interior, Gobierno de España. https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/publicaciones-periodicas/informe-sobre-la-violencia-contra-la-mujer/Informe_sobre_la_evolucion_de_los_delitos_odio_126190168.pdf
- Ministerio Del Interior. (2019). *Informe sobre la evolución de los “delitos de odio” en España*. Ministerio del Interior, Gobierno de España. https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/publicaciones-periodicas/informe-sobre-la-violencia-contra-la-mujer/Informe_evolucion_delitos_de_odio_en-Espana_2019_126200207.pdf
- Ministerio Del Interior. (2020). *Informe sobre la evolución de los “delitos de odio” en España*. Ministerio del Interior, Gobierno de España. https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/publicaciones-periodicas/informe-sobre-la-violencia-contra-la-mujer/Informe_evolucion_delitos_odio_Espana_2020_126200207.pdf
- Ministerio Del Interior. (2021). *Informe sobre la evolución de los “delitos de odio” en España*. Ministerio del Interior, Gobierno de España. https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/publicaciones-periodicas/informe-sobre-la-evolucion-de-los-delitos-de-odio-en-Espana/Informe_evolucion_delitos_odio_Espana_2021_126200207.pdf

- Mohwinkel, L-M., Nowak A. C., Kasper, A. y Razum, O. (2018). Gender differences in the mental health of unaccompanied refugee minors in Europe: a systematic review. *BMJ Open*, 8, 1-6. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022389>
- Montávez, L. M (2020). *Problemas en la salud mental en menores de edad refugiados* [Trabajo Fin de Grado, Universidad de Jaén]. Repositorio institucional de la Universidad de Jaén <https://hdl.handle.net/10953.1/15825>
- Montes, B. (2010). Discriminación, prejuicio, estereotipos: conceptos fundamentales, historia de su estudio y el sexismo como nueva forma de prejuicio. *Iniciación a La Investigación*, (3).
- O'Driscoll, J.V., Serneels, G. e Imeraj, L. (2017). A file study of refugee children referred to specialized mental health care: from an individual diagnostic to an ecological perspective. *European Child Adolescent Psychiatry*, 26, 1331–1341 <https://doi.org/10.1007/s00787-017-0981-3>
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2015). *Principios y directrices recomendados sobre los derechos humanos en las fronteras internacionales*. https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Migration/OHCHR_Recommended_Principles_Guidelines_SP.pdf
- Open Arms. (2023). *Ningún refugiado más a la deriva*. <https://www.openarms.es/es/que-hacemos/mediterraneo>
- Oppedal, B. e Idsoe, T. (2012). Conduct problems and depression among unaccompanied refugees: the association with pre-migration trauma and acculturation. *Anales de Psicología*, 28, 683-694.
- Organización de Naciones Unidas. (2019). *Migración*. <https://www.un.org/es/global-issues/migration>
- Organización Internacional para las Migraciones. (2020). *Términos fundamentales sobre migración*. Obtenido de <https://www.iom.int/es/terminos-fundamentales-sobre-migracion#:~:text=Migraci%C3%B3n%20internacional%20%E2%80%93%20Movimiento%20de%20personas,del%20que%20no%20son%20nacionales>
- Organización Internacional para las Migraciones. (2021). *Informe sobre las migraciones en el mundo 2022*. <https://worldmigrationreport.iom.int/wmr-2022-interactive/?lang=ES>
- Organización Mundial de la Salud (2022). Informe sobre la salud de los refugiados migrantes y los migrantes. https://www.who.int/es/health-topics/refugee-and-migrant-health#tab=tab_1
- Organización Mundial de la Salud. (1996). Salud mental de los refugiados. <http://apps.who.int/disasters/repo/8699.pdf>

- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Informe sobre la salud de los refugiados migrantes en la Región Europea de la OMS*
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311347/9789289053846-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Page, M.J., McKenzie J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamserr, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hrobjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *Systematic Reviews*, 10, 89. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01626-4>
- Perilli, S., Giuliani, A., Pagani, M., Mazzoni, G. P., Maslovaric, G., Maccarrone, B., Mahasneh, V. H., y Morales, D. (2019). EMDR group treatment of children refugees—A field study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 13(2), 143-155. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.13.2.143>
- Pfeiffer E, Sachser C, Rohlmann F, Goldbeck L. (2018). Effectiveness of a trauma-focused group intervention for young refugees: a randomized controlled trial. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(11), 1171-1179. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12908>
- Ruf, M., Schauer, M., Neuner, F., Catani, C., Schauer, E. y Elbert, T. (2010). Narrative exposure therapy for 7 to 16 year olds: A randomized controlled trial with traumatized refugee children. *Journal of Traumatic Stress*, 23(4), 437-445. <https://doi.org/10.1002/jts.20548>
- Samarah, E. M. S. (2022). Narrative exposure therapy to address PTSD symptomology with refugee and migrant children and youth: A review. *Traumatology*, 1-14. <https://doi.org/10.1037/trm0000427>
- Sandoval, C. (2017). *Intervenciones Tempranas con Terapia EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) para la Prevención del Trastorno de Estrés Postraumático: una revisión sistemática*. [Tesis de posgrado, Universidad de Costa Rica]. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis81.pdf>
- Sarkadi A., Ådahl, K., Stenvall, E., Ssegonja, R., Batti, H., Gavra, P., Fängström, K. y Salari, R. (2018). Teaching recovery techniques: Evaluation of a group intervention for unaccompanied refugee minors with symptoms of PTSD in Sweden. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(4), 467-479 <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1093-9>
- Thierrée, S., Richa, S., Brunet, A., Egretteau, L., Roig, Q., Clarys, D. y El-Hage, W. (2020). Trauma reactivation under propranolol among traumatized Syrian refugee children: *Preliminary evidence regarding efficacy*. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1733248. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1733248>
- UNICEF. (2018). *El sufrimiento de los niños refugiados y migrantes*. <https://www.unicef.es/causas/emergencias/refugiados-migrantes-europa>
- Unterhitzberger J. y Rosner, R. (2016). Case report: manualized trauma focused cognitive behavioural therapy with an unaccompanied refugee minor girl. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 29246. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.29246>

- Unterhitzberger, J., Eberle-Sejari, R., Rassenhofer, M., Sukale, T., Rosner, R. y Goldbeck, L. (2015). Trauma-focused cognitive behavioral therapy with unaccompanied refugee minors: A case series. *BMC Psychiatry*, 15, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0645-0>
- Van der Gucht, K., Glas, J., De Haene, L., Kuppens, P. y Raes, F. (2019). A mindfulness-based intervention for unaccompanied refugee minors: A pilot study with mixed methods evaluation. *Journal of Child and Family Studies*, 28(4), 1084-1093 <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01336-5>
- Van Es, CM., Velu, ME., Sleijpen, M., Van der Aa, N., Boelen, PA. y Mooren, T. (2023) Trauma focused treatment for traumatic stress symptoms in unaccompanied refugee minors: a multiple baseline case series. *Frontiers in Psychology*, 14, 1125740. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1125740>
- Verhagen I. L., Noom, M. J., Lindauer, R. J., Daams, J. G., y Hein, I. M. (2022). Mental health screening and assessment tools for forcibly displaced children: a systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 13, 2-22 <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2126468>
- Vogel, A. y Rosner, R. (2020). Lost in Transition? Evidence-based treatments for adolescents and young adults with posttraumatic stress disorders and results of an uncontrolled feasibility trial evaluating cognitive processing therapy. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 23, 122-152. <https://doi.org/10.1007/s10567-019-00305-0>
- Vuković, I. S., Jovanović, N., Kolarić, B., Vidović, V., y Mollica, R. F. (2014). Psychological and somatic health problems in Bosnian refugees: A three year follow up. *Psychiatria Danubina*, 26, 442–449.
- Wessells, M. G. (2016). Strengths-based community action as a source of resilience for children affected by armed conflict. *Global Mental Health*, 3, 1-5. <https://doi.org/10.1017/gmh.2015.23>
- Wiese, E. B. P., y Burhorst, I. (2007). The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands. *Transcultural Psychiatry*, 44(4), 596–613. <https://doi.org/10.1177/1363461507083900>
- Yus, I., Guillén-Riquelme, A., y Quevedo-Blasco, R. (2023). Meta-análisis de la eficacia de intervenciones psicológicas en menores refugiados. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 14(1), 26-39. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2023.01.063>

ANEXO I. Listas de verificación para cada tipo de metodología

LISTA DE VERIFICACIÓN DE EVALUACIÓN CRÍTICA DEL JBI PARA INFORMES DE CASOS

Crítico _____ Fecha _____

Autor _____ Año _____ Número de registro _____

	Sí	No	Poco claro	No aplica
1. ¿Se describieron claramente las características demográficas del paciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Se describió claramente la historia del paciente y se presentó como una línea de tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Se describió claramente la condición clínica actual del paciente en el momento de la presentación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Se describieron claramente las pruebas de diagnóstico o los métodos de evaluación y los resultados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Se describieron claramente las intervenciones o los procedimientos de tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Se describió claramente el estado clínico post-intervención?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Se identificaron y describieron eventos adversos (daños) o eventos imprevistos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿El informe del caso proporciona lecciones para llevar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Valoración general: Incluir Excluir buscar más información

LISTA DE VERIFICACIÓN DE EVALUACIÓN CRÍTICA DEL JBI PARA SERIES DE CASOS

Crítico _____ Fecha _____

Autor _____ Año _____ Número de registro _____

	Sí	No	Poco claro	No aplica
- ¿Hubo criterios claros para la inclusión en la serie de casos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Se midió la condición de manera estándar y confiable para todos los participantes incluidos en la serie de casos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Se utilizaron métodos válidos para la identificación de la afección en todos los participantes incluidos en la serie de casos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿La serie de casos tuvo inclusión consecutiva de participantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿La serie de casos tuvo una inclusión completa de los participantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Hubo informes claros sobre la demografía de los participantes en el estudio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Hubo informes claros de la información clínica de los participantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Se informaron claramente los resultados o los resultados del seguimiento de los casos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Hubo informes claros de la información demográfica de los sitios/clínicas que se presentan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Fue apropiado el análisis estadístico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Valoración general: Incluir Excluir buscar más información

LISTA DE VERIFICACIÓN DE EVALUACIÓN CRÍTICA DEL JBI PARA ESTUDIOS CUASIEXPERIMENTALES

Crítico _____ Fecha _____

Autor _____ Año _____ Número de registro _____

	Sí	No	Poco claro	No aplica
1. ¿Está claro en el estudio cuál es la "causa" y cuál es el "efecto" (es decir, no hay confusión sobre qué variable aparece primero)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Fueron similares los participantes incluidos en alguna comparación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Los participantes incluidos en alguna comparación recibieron tratamiento/atención similar, aparte de la exposición o intervención de interés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Hubo un grupo de control?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Hubo múltiples mediciones del resultado antes y después de la intervención/exposición?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Se completó el seguimiento y, en caso contrario, se describieron y analizaron adecuadamente las diferencias entre los grupos en términos de su seguimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Se midieron de la misma manera los resultados de los participantes incluidos en alguna comparación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Se midieron los resultados de manera confiable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Se utilizó un análisis estadístico apropiado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Valoración general: Incluir Excluir buscar más información

LISTA DE VERIFICACIÓN DE EVALUACIÓN CRÍTICA DEL JBI PARA ENSAYOS CONTROLADOS ALEATORIOS

Crítico _____ Fecha _____

Autor _____ Año _____ Número de registro _____

	Sí	No	Poco claro	N / A
1. ¿Se utilizó una verdadera aleatorización para la asignación de participantes a los grupos de tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Se ocultó la asignación a los grupos de tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Fueron los grupos de tratamiento similares al inicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Estaban los participantes cegados a la asignación del tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Quiénes administraron el tratamiento estaban cegados a la asignación del mismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Los evaluadores de resultados estaban cegados a la asignación del tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Se trataron los grupos de tratamiento de manera idéntica aparte de la intervención de interés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Se completó el seguimiento y, en caso contrario, se describieron y analizaron adecuadamente las diferencias entre los grupos en términos de su seguimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Se analizaron los participantes en los grupos a los que fueron asignados al azar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Se midieron los resultados de la misma manera para los grupos de tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Se midieron los resultados de manera confiable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Se utilizó un análisis estadístico apropiado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Fue apropiado el diseño del ensayo y se tuvo en cuenta cualquier desviación del diseño estándar de ECA (aleatorización individual, grupos paralelos) en la realización y el análisis del ensayo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Valoración general: Incluir Excluir buscar más información