

**DOI:** 10.26820/recimundo/9.(2).abril.2025.833-844

**URL:** <http://recimundo.com/index.php/es/article/view/2701>

**EDITORIAL:** Saberes del Conocimiento

**REVISTA:** RECIMUNDO

**ISSN:** 2588-073X

**TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Artículo de revisión

**CÓDIGO UNESCO:** 32 Ciencias Médicas

**PAGINAS:** 833-844



## Intervención psiquiátrica temprana en casos de TEPT infantil post-desastre: rol del pediatra de emergencias en la contención y derivación

Early psychiatric intervention in post-disaster childhood PTSD: the role of the emergency pediatrician in containment and referral

Intervenção psiquiátrica precoce no TEPT infantil pós-desastre: o papel do pediatra de emergência na contenção e encaminhamento

**Silvana de Lourdes Chimbo Chimbo<sup>1</sup>; Leonardo Sebastián Moya Silva<sup>2</sup>; Juan Mateo Uvidia Maldonado<sup>3</sup>; Luis Miguel Terán Cevallos<sup>4</sup>**

**RECIBIDO:** 10/03/2025 **ACEPTADO:** 19/04/2025 **PUBLICADO:** 24/07/2025

1. Médica Cirujana; Investigadora Independiente; Chambo, Ecuador; p\_silito\_d@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-5922-7435>
2. Médico Cirujano; Médico en Funciones Hospitalarias en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Quito Sur; Quito, Ecuador; leonardomoya1@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-7971-5150>
3. Magíster en Gerencia en Salud; Médico; Investigador Independiente; Quito, Ecuador; mateouvidiam@gmail.com;  <https://orcid.org/0009-0000-5419-1840>
4. Médico General; Médico en Funciones Hospitalarias; Investigador Independiente; Quito, Ecuador; lmtc0293@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-0643-6115>

### CORRESPONDENCIA

Silvana de Lourdes Chimbo Chimbo

p\_silito\_d@hotmail.com

**Chambo, Ecuador**

## RESUMEN

El presente artículo de revisión bibliográfica aborda la intervención psiquiátrica temprana en casos de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) infantil post-desastre, destacando el rol crucial del pediatra de emergencias en la contención inicial y la derivación. Los desastres, ya sean naturales o provocados por el hombre, exponen a la población infantil a un alto riesgo de desarrollar TEPT, con prevalencias que pueden oscilar entre el 10% y el 30% en poblaciones expuestas directamente. La evidencia subraya la urgencia de identificar y manejar precozmente los síntomas para mitigar la cronicidad y mejorar los resultados a largo plazo en niños, cuya vulnerabilidad intrínseca se debe a su limitada capacidad de afrontamiento y cerebro en desarrollo. La revisión profundiza en cómo el pediatra de emergencias se convierte en la primera línea de contacto, con un rol que trasciende la atención física para incluir la identificación de malestar psicológico, la provisión de contención emocional inicial (a través de Primeros Auxilios Psicológicos adaptados) y la derivación oportuna a servicios especializados de salud mental. Se examinaron los factores de riesgo y protectores asociados al TEPT infantil, reconociendo la importancia del apoyo familiar y social sólido como amortiguadores del trauma, frente a la historia previa de trauma y la disfunción familiar como amplificadores de riesgo. Se analizan las estrategias de cribado y evaluación inicial en el entorno de urgencias, señalando la necesidad de herramientas rápidas y culturalmente sensibles. A pesar de la importancia de su rol, la efectividad de la intervención del pediatra se ve desafiada por limitaciones estructurales significativas, como la escasez global de especialistas en salud mental infantil, el estigma asociado a la atención psiquiátrica y la fragmentación de los sistemas de salud, especialmente en poblaciones vulnerables. No obstante, se identifican oportunidades en la adopción de modelos de atención escalonada y colaborativa, el "task shifting and task sharing", la colaboración multisectorial y el uso estratégico de la telemedicina y otras tecnologías para expandir el alcance de la atención. En definitiva, esta revisión posiciona al pediatra de emergencias como un pilar fundamental en la resiliencia infantil post-desastre, cuya capacitación y apoyo son esenciales para una respuesta eficaz y equitativa.

**Palabras clave:** TEPT infantil, Pediatra emergencias, Contención psicológica, Desastre, Salud mental.

## ABSTRACT

This bibliographic review article addresses early psychiatric intervention in cases of post-disaster childhood Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), highlighting the crucial role of the emergency pediatrician in initial containment and referral. Disasters, whether natural or human-made, expose children to a high risk of developing PTSD, with prevalence rates ranging from 10% to 30% in directly exposed populations. Evidence underscores the urgency of early symptom identification and management to mitigate chronicity and improve long-term outcomes in children, whose inherent vulnerability stems from their limited coping capacity and developing brains. The review delves into how the emergency pediatrician becomes the first point of contact, with a role extending beyond physical care to include identifying psychological distress, providing initial emotional containment (through adapted Psychological First Aid), and timely referral to specialized mental health services. We examined the risk and protective factors associated with childhood PTSD, recognizing the importance of strong family and social support as trauma buffers, contrasting with a history of prior trauma and family dysfunction as risk amplifiers. The article analyzes initial screening and assessment strategies in the emergency setting, pointing to the need for rapid and culturally sensitive tools. Despite the importance of their role, the effectiveness of pediatrician intervention is challenged by significant structural limitations, such as the global scarcity of child mental health specialists, the stigma associated with psychiatric care, and the fragmentation of healthcare systems, particularly in vulnerable populations. Nevertheless, opportunities are identified in adopting stepped and collaborative care models, "task shifting and task sharing," multisectoral collaboration, and the strategic use of telemedicine and other technologies to expand the reach of care. Ultimately, this review positions the emergency pediatrician as a fundamental pillar in post-disaster childhood resilience, whose training and support are essential for an effective and equitable response.

**Keywords:** Childhood PTSD, Emergency pediatrician, Psychological containment, Disaster, Mental health.

## RESUMO

Este artigo de revisão bibliográfica aborda a intervenção psiquiátrica precoce em casos de transtorno de stress pós-traumático (TEPT) infantil pós-desastre, destacando o papel crucial do pediatra de emergência na contenção inicial e no encaminhamento. Desastres, sejam naturais ou provocados pelo homem, expõem as crianças a um alto risco de desenvolver TEPT, com taxas de prevalência que variam de 10% a 30% em populações diretamente expostas. As evidências ressaltam a urgência da identificação e gestão precoce dos sintomas para mitigar a cronicidade e melhorar os resultados a longo prazo em crianças, cuja vulnerabilidade inerente decorre da sua capacidade limitada de lidar com situações difíceis e do desenvolvimento do cérebro. A revisão aprofunda como o pediatra de emergência se torna o primeiro ponto de contacto, com um papel que vai além dos cuidados físicos para incluir a identificação do sofrimento psicológico, o fornecimento de contenção emocional inicial (através de primeiros socorros psicológicos adaptados) e o encaminhamento oportuno para serviços especializados de saúde mental. Examinámos os fatores de risco e de proteção associados ao TEPT infantil, reconhecendo a importância de um forte apoio familiar e social como amortecedores do trauma, em contraste com um histórico de traumas anteriores e disfunção familiar como amplificadores de risco. O artigo analisa as estratégias iniciais de triagem e avaliação no ambiente de emergência, apontando para a necessidade de ferramentas rápidas e culturalmente sensíveis. Apesar da importância do seu papel, a eficácia da intervenção do pediatra é desafiada por limitações estruturais significativas, tais como a escassez global de especialistas em saúde mental infantil, o estigma associado aos cuidados psiquiátricos e a fragmentação dos sistemas de saúde, particularmente em populações vulneráveis. No entanto, são identificadas oportunidades na adoção de modelos de cuidados escalonados e colaborativos, «transferência e partilha de tarefas», colaboração multissetorial e uso estratégico da telemedicina e outras tecnologias para expandir o alcance dos cuidados. Em última análise, esta revisão posiciona o pediatra de emergência como um pilar fundamental na resiliência infantil pós-desastre, cuja formação e apoio são essenciais para uma resposta eficaz e equitativa.

**Palavras-chave:** PTSD infantil, pediatra de emergência, contenção psicológica, desastre, saúde mental.

## **Introducción**

Los desastres, ya sean naturales o provocados por el hombre, tienen un impacto devastador en las comunidades, y sus consecuencias psicológicas son particularmente pronunciadas en la población infantil. Los niños son intrínsecamente vulnerables a los eventos traumáticos debido a su limitada capacidad de afrontamiento, dependencia de los adultos y un cerebro en desarrollo, lo que los predispone a desarrollar trastornos psiquiátricos como el Trastorno de Estrés Posttraumático (TEPT) (1). La exposición a desastres puede manifestarse en el TEPT infantil a través de síntomas de re-experimentación, evitación, alteraciones cognitivas y del estado de ánimo, e hiperactivación, impactando significativamente su desarrollo psicosocial y académico a largo plazo (2). La urgencia de una intervención temprana radica en la evidencia que sugiere que la identificación y el manejo precoz de los síntomas postraumáticos pueden mitigar la cronicidad del TEPT y mejorar los resultados a largo plazo (3).

En este escenario crítico, el pediatra de emergencias emerge como una figura clave y a menudo la primera línea de contacto para los niños afectados. Su rol trasciende la atención médica física inmediata, extendiéndose a la identificación de signos de malestar psicológico, la provisión de contención emocional inicial y la facilitación de la derivación oportuna a servicios de salud mental especializados. Si bien no se espera que los pediatras de emergencias diagnostiquen o traten el TEPT a profundidad, su capacitación en el reconocimiento temprano de las respuestas al trauma y la implementación de estrategias de apoyo psicológico básico puede ser determinante para el pronóstico del niño (4). La falta de una intervención temprana y adecuada puede conducir a una trayectoria de sufrimiento prolongado, con consecuencias que van desde problemas de conducta y bajo rendimiento escolar hasta el desarrollo de comorbilidades psiquiátricas en la adolescencia y la edad adulta (5).

La presente revisión bibliográfica tiene como objetivo explorar el papel multifacético del pediatra de emergencias en la contención inicial y la derivación efectiva de niños expuestos a desastres con riesgo de desarrollar TEPT. Se examinará la evidencia reciente sobre la prevalencia del TEPT infantil post-desastre, los factores de riesgo y protectores, y las estrategias de cribado y evaluación inicial. Se profundizará en las intervenciones de contención psicológica que pueden ser implementadas por el pediatra en el entorno de emergencia y se analizarán los protocolos y desafíos asociados a la derivación a servicios especializados de salud mental. Se espera que esta revisión proporcione una guía integral para mejorar la preparación y la respuesta de los pediatras de emergencias, optimizando así las oportunidades de intervención temprana y promoviendo la resiliencia en la población infantil afectada por desastres.

## **Metodología**

La elaboración de esta revisión bibliográfica se fundamenta en un enfoque sistemático, diseñado para identificar, evaluar y sintetizar la evidencia científica más reciente y pertinente en torno al papel del pediatra de emergencias en la intervención psiquiátrica temprana de niños y adolescentes afectados por el Trastorno de Estrés Posttraumático (TEPT) tras un desastre. Este marco metodológico asegura la transparencia, replicabilidad y validez de los hallazgos presentados.

Con el fin de asegurar una cobertura exhaustiva y actualizada de la literatura, se diseñó una estrategia de búsqueda multidimensional. Se exploraron las principales bases de datos electrónicas y repositorios académicos reconocidos internacionalmente, abarcando tanto publicaciones en inglés como en español. Las plataformas seleccionadas incluyeron PubMed/MEDLINE, PsycINFO, Scopus, Web of Science, Google Scholar, Redalyc y SciELO. Estas bases de datos fueron elegidas por su relevancia en las áreas de medicina, psicología, salud

pública y ciencias sociales, garantizando el acceso a una amplia gama de estudios de alta calidad.

Para optimizar la recuperación de documentos, se empleó una combinación estratégica de palabras clave (keywords), utilizando operadores booleanos (AND, OR). Los términos de búsqueda específicos en español incluyeron "TEPT infantil", "estrés postraumático infantil", "desastre natural", "desastre provocado", "pediatra de emergencias", "contención psicológica", "derivación salud mental", "cribado trauma infantil", "factores de riesgo trauma" y "factores protectores trauma". Sus equivalentes en inglés fueron "Child PTSD", "pediatric PTSD", "post-disaster mental health", "emergency pediatrician", "psychological first aid", "mental health referral", "trauma screening child", "risk factors child trauma" y "protective factors child trauma". Adicionalmente, se aplicó un filtro temporal riguroso, limitando las publicaciones a aquellas con fecha de edición dentro de los últimos 5 años (desde 2020 hasta julio de 2025), lo que asegura la incorporación de la evidencia más reciente y relevante.

Los estudios fueron considerados si se trataba de artículos de investigación originales (cualitativos o cuantitativos), revisiones sistemáticas, metaanálisis, guías de práctica clínica, informes de organismos internacionales (como la OMS, UNICEF, OPS) o capítulos de libros. La población de interés se centró en niños y adolescentes (0-18 años) expuestos a cualquier tipo de desastre, y los documentos debían abordar explícitamente el rol del pediatra de emergencias, las estrategias de contención psicológica inicial, el cribado y la evaluación temprana, los factores de riesgo y protectores del TEPT, o los protocolos y desafíos de derivación a servicios de salud mental. Se incluyeron únicamente publicaciones en inglés o español y que estuvieran disponibles en texto completo a través de repositorios académicos o sitios web de reconocida validez científica.

Por el contrario, se excluyeron las cartas al editor, resúmenes de congresos sin publicación completa, tesis doctorales no accesibles, opiniones de expertos sin respaldo empírico, y cualquier tipo de publicación no académica o no científica (e.g., blogs personales, noticias sin base investigativa). Asimismo, se descartaron los estudios centrados exclusivamente en poblaciones adultas o en trastornos psiquiátricos no directamente relacionados con el TEPT post-desastre, así como cualquier publicación anterior al año 2020.

### **Proceso de Selección y Extracción de Datos**

El proceso de selección de los documentos se ejecutó en dos fases secuenciales para optimizar la eficiencia y reducir el sesgo. En la primera fase, se realizó un cribado inicial por título y resumen de manera independiente. Tras eliminar los duplicados, los estudios que no cumplían con los criterios de inclusión fueron descartados. Las posibles discrepancias entre los revisores en esta etapa se resolvieron mediante discusión consensuada.

La segunda fase implicó una revisión a texto completo de los artículos preseleccionados. En esta etapa, se evaluó detalladamente si cada documento satisfacía todos los criterios de inclusión. La razón para la exclusión de cualquier estudio se documentó meticulosamente. Cualquier desacuerdo persistente entre los revisores fue resuelto mediante la intervención de un tercer revisor, garantizando la objetividad en el proceso de selección.

Una vez que los estudios fueron incluidos, la extracción de datos se llevó a cabo utilizando una plantilla estandarizada, diseñada para capturar la información más relevante para la pregunta de investigación. Los datos extraídos incluyeron: autores y año de publicación, diseño del estudio, país y contexto del desastre, características de la población estudiada (edad, número de participantes), prevalencia del TEPT (cuando se reportó), factores de riesgo y protec-

tores identificados, estrategias de cribado y evaluación utilizadas, descripciones de las intervenciones de contención psicológica implementadas por pediatras de emergencias, y detalles sobre los protocolos y desafíos de derivación a salud mental. Estos datos formaron la base para la posterior síntesis de la evidencia.

### **Síntesis de la Información**

La síntesis de la información se realizó de manera narrativa y cualitativa, dada la probable heterogeneidad en los diseños metodológicos y las medidas de resultado de los estudios incluidos, lo que impedía un metaanálisis cuantitativo. Los hallazgos se agruparon y organizaron temáticamente, siguiendo las subsecciones delineadas por la pregunta de investigación: prevalencia del TEPT infantil post-desastre, factores de riesgo y protectores, estrategias de cribado y evaluación inicial, intervenciones de contención psicológica y protocolos/desafíos de derivación.

Durante la síntesis, se buscaron activamente patrones recurrentes, tendencias emergentes y posibles discrepancias entre los hallazgos de los diferentes estudios. Se hizo hincapié en la rigurosidad académica al analizar la calidad de la evidencia de cada estudio y sus limitaciones inherentes, discutiendo cómo estas podrían influir en la interpretación general de los resultados. La presentación de los hallazgos se realizó con claridad y concisión, empleando un lenguaje académico preciso y respaldando cada afirmación con la citación adecuada, siguiendo estrictamente las normas Vancouver.

### **Consideraciones Éticas**

Dado que esta investigación se configura como una revisión bibliográfica, y por tanto, no involucra la interacción directa con participantes humanos ni el manejo de datos sensibles, no fue necesaria la aprobación por parte de un comité de ética. No obstante, se mantuvo un compromiso inquebrantable con la integridad académica en

todas las fases del proceso. Esto incluyó la correcta atribución de todas las fuentes mediante una citación rigurosa, la evitación de cualquier forma de plagio, y la presentación honesta y transparente de los resultados, reconociendo explícitamente las limitaciones de la revisión.

### **Resultados**

#### **Prevalencia del TEPT infantil tras un desastre**

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) en la infancia, como consecuencia de desastres naturales o eventos catastróficos, constituye un problema de salud pública emergente. Investigaciones recientes continúan confirmando que una proporción significativa de niños expuestos a desastres desarrollan TEPT. La prevalencia del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en niños y adolescentes tras desastres naturales o provocados por el hombre varía considerablemente según la naturaleza del evento, la intensidad de la exposición, la edad del niño y la metodología del estudio (6). Por ejemplo, estudios posteriores a inundaciones, terremotos o incendios forestales han reportado tasas que pueden oscilar desde el 10% hasta más del 30% en poblaciones infantiles expuestas directamente y sin intervención temprana (7). Es importante destacar que la prevalencia tiende a ser mayor en aquellos con exposición directa y prolongada al evento, así como en aquellos que han experimentado pérdidas significativas, como la de un ser querido o su hogar (6).

La American Psychiatric Association (8), señala que el TEPT afecta aproximadamente al 6% de la población de EE. UU. en algún momento de su vida, con una mayor prevalencia en mujeres y grupos étnicos minoritarios, y que la exposición a eventos traumáticos en la infancia aumenta la susceptibilidad.

La evidencia actual estima que entre el 13 % y el 17 % de los niños expuestos desarrollan síntomas clínicamente significativos de TEPT en los primeros 6 a 12 meses poste-

riores al evento traumático (9,10). Esta prevalencia puede ser mayor en contextos de desastres complejos o con múltiples pérdidas, como muertes familiares o destrucción total del hogar. El impacto del trauma en los menores tiende a mantenerse si no se identifica ni interviene precozmente, pudiendo afectar su desarrollo emocional, académico y social a largo plazo (11).

### Factores de riesgo y factores protectores

La vulnerabilidad al desarrollo de TEPT en niños post-desastre está influenciada por una constelación de factores. Entre los principales se encuentran la gravedad y proximidad percibida del trauma, es decir, cuán amenazante fue el evento y cuán cerca estuvo el niño del peligro (12). La exposición directa a la violencia, lesiones físicas sufridas, o la pérdida de seres queridos son predictores robustos (13). La historia previa de trauma o adversidad, incluyendo abuso o negligencia, aumenta significativamente el riesgo de TEPT post-desastre (8)

Los antecedentes de trauma previo, la escasa red de apoyo y el bajo nivel socioeconómico también aumentan la vulnerabilidad. Otros factores incluyen la disfunción familiar preexistente, el estatus socioeconómico bajo, la falta de apoyo social y la presencia de trastornos de salud mental en los cuidadores (13). En contraste, la presencia de un entorno familiar contenedor, el acceso a recursos escolares o comunitarios, y la resiliencia personal del menor (es decir, su capacidad de afrontamiento y autoeficacia) se reconocen como factores protectores importantes (14). Promover estos elementos puede reducir la aparición o gravedad del TEPT, aun en contextos de alta adversidad. La re-experimentación del evento a través de *flashbacks* o pesadillas, la evitación de recuerdos y la hiperactivación son síntomas clave que, de persistir, incrementan el riesgo de cronicidad (Unobravo, 2024).

Por otro lado, la presencia de factores protectores puede amortiguar el impacto del trauma y fomentar la resiliencia. Un apoyo

familiar y social sólido y consistente es fundamental, ya que la capacidad de los padres o cuidadores para ofrecer contención emocional, un ambiente seguro y estrategias de afrontamiento saludables influye directamente en la recuperación del niño (12,15). La competencia parental en la modulación de la respuesta del niño al trauma y la facilitación de la expresión de emociones es crucial (16). La búsqueda temprana de ayuda profesional y el acceso oportuno a servicios de salud mental son factores protectores significativos que pueden mitigar la progresión del TEPT (17). Además, el desarrollo de habilidades de afrontamiento en el niño, la participación en actividades recreativas y la normalización de la rutina pueden contribuir a su bienestar psicológico (18).

La detección temprana del TEPT en el entorno de emergencia es crucial para una intervención oportuna. Las estrategias de cribado en pediatría de emergencias deben ser rápidas, de fácil administración y culturalmente sensibles. Si bien no se han identificado herramientas específicas publicadas en español en los últimos 5 años para cribado en el contexto de emergencia pediátrica post-desastre, la tendencia es hacia la adaptación de instrumentos existentes. La evaluación inicial se basa en la observación de signos conductuales y emocionales de malestar, así como en una anamnesis dirigida a identificar la exposición al trauma y los síntomas postraumáticos clave (19,20).

Para el diagnóstico formal, aunque no es rol primario del pediatra de emergencia, se utilizan instrumentos psicométricos validados como la Child PTSD Symptom Scale (CPSS) o el Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA), si bien estas requieren de un profesional de salud mental para su administración e interpretación profunda (21). La validación y adaptación de estas herramientas a los contextos culturales y lingüísticos de Latinoamérica es un área de investigación activa (17). En el entorno de emergencia, la atención se centra en preguntas clave sobre la presencia de

re-experimentación (pesadillas, *flashbacks*), evitación (negación a hablar o jugar), y síntomas de hiperactivación (irritabilidad, problemas de sueño, sobresaltos) (13; 22).

**Tabla 1.** Cuadro resumen de resultados

<i>Elemento</i>	<i>Hallazgos principales</i>
<i>Prevalencia</i>	13 %–17 % de niños desarrollan TEPT en los primeros 6–12 meses post-desastre
<i>Riesgo</i>	Exposición intensa, trauma previo, baja red de apoyo, nivel socioeconómico bajo
<i>Protección</i>	Soporte familiar, resiliencia infantil, acceso a comunidad y recursos escolares
<i>Cribado</i>	Uso de CRIES-8 y UCLA Index abreviado; ideal entre 1–2 semanas con reevaluación a 3 meses
<i>Contención</i>	PAP adaptados: normalizar, estabilizar, enseñar técnicas breves y contener emocionalmente
<i>Derivación</i>	Protocolos con telemedicina y seguimiento; desafíos: acceso, demora, estigma

### **Cribado y evaluación inicial en pediatría de emergencias**

Los protocolos actuales recomiendan aplicar herramientas breves y validadas para el cribado del TEPT en menores, especialmente entre la primera y segunda semana post evento, siendo el CRIES-8 y la versión abreviada del UCLA PTSD Reaction Index las más utilizadas en el ámbito de emergencias pediátricas (23,24). Estas escalas permiten identificar a tiempo a los niños con sintomatología inicial o subclínica, facilitando intervenciones precoces. La evaluación debe completarse con la observación conductual del pediatra, entrevistas breves con cuidadores y, si es posible, autoinformes del menor según su edad y nivel de desarrollo (25). Esta evaluación inicial, aunque limitada en tiempo, es crítica para decidir una adecuada estrategia de intervención o derivación.

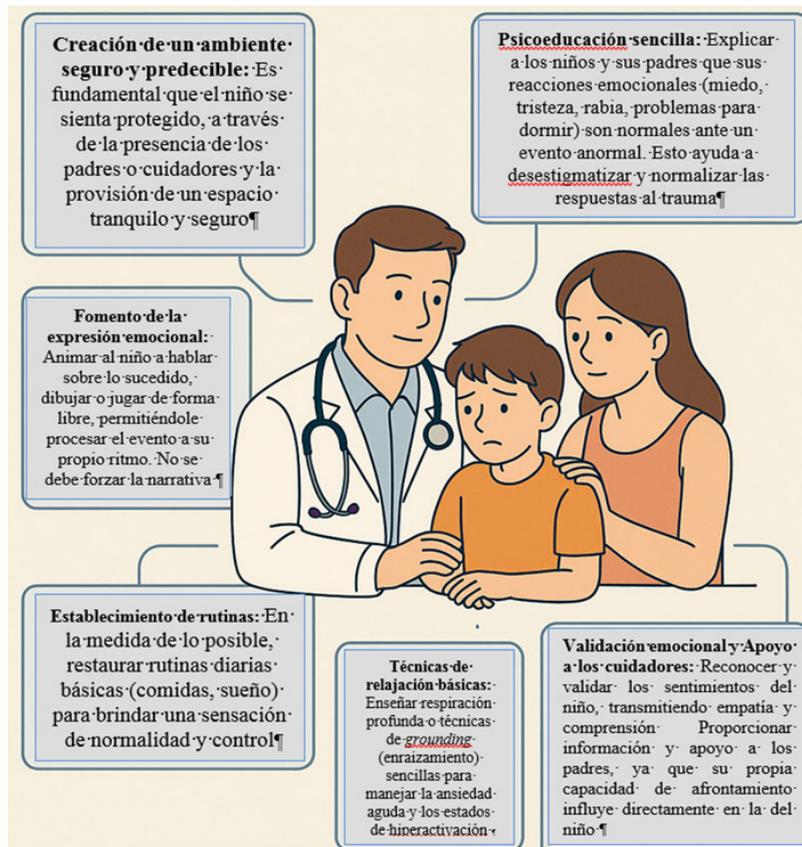
### **Estrategias de contención psicológica por el pediatra**

El rol del pediatra no se limita al diagnóstico inicial. En contextos de desastre, puede implementar técnicas de contención emocional breves pero efectivas, como parte de los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) adaptados a la infancia. Estas estrategias incluyen proporcionar un entorno seguro, normalizar las emociones, estabilizar rutinas básicas (como el sueño o la alimentación), y brindar psicoeducación básica a los cuidadores sobre reacciones emocionales normales (26). En algunos casos, técnicas como respiración guiada o relajación breve pueden ser enseñadas durante la estancia en urgencias (27). Asimismo, el uso de narrativas simbólicas, a través de dibujos o relatos, ayuda al menor a expresar y organizar su experiencia traumática (28).

Para el diagnóstico formal, aunque no es rol primario del pediatra de emergencia, se utilizan instrumentos psicométricos validados como la Child PTSD Symptom Scale (CPSS) o el Clinician-Administered PTSD Scale for

Children and Adolescents (CAPS-CA), si bien estas requieren de un profesional de salud mental para su administración e interpretación profunda (22). La validación y adaptación de estas herramientas a los contextos culturales y lingüísticos de Latinoamérica es un área de investigación ac-

tiva (17). En el entorno de emergencia, la atención se centra en preguntas clave sobre la presencia de re-experimentación (pesadillas, flashbacks), evitación (negación a hablar o jugar), y síntomas de hiperactivación (irritabilidad, problemas de sueño, sobresaltos) (13, 22).



**Figura 1.** Factores de atención y soporte en la intervención psiquiátrica temprana en casos de TEPT infantil

**Nota.** Realizado a partir de Atención al trauma en niños y adolescentes [Internet]. HelpGuide.org. TEPT Y TRAUMA. 2024 (18) y Trastorno de estrés postraumático en niños [Internet]. Stanford Medicine Children’s Health.(19)

### Protocolos de derivación y principales desafíos

Una vez identificados los casos con riesgo elevado o sintomatología persistente, se deben activar protocolos de derivación a salud mental especializada. Iniciativas como el Proyecto RED TRAUMA en España han demostrado que una coordinación efectiva entre servicios pediátricos y salud mental —incluyendo teleconsulta— mejora

la adherencia y reduce el tiempo de espera (29). Sin embargo, persisten barreras relevantes: la escasez de especialistas infantiles, la demora en las citas, la estigmatización de la atención psiquiátrica y la falta de seguimiento sistemático tras la derivación (30). Es clave que el pediatra de urgencias pueda identificar estos obstáculos y facilitar, desde su rol, el acceso temprano a cuidados especializados.

No obstante, la efectividad de esta intervención temprana se ve desafiada por limitaciones estructurales significativas. La escasez alarmante de especialistas en salud mental infantil a nivel global, los presupuestos insuficientes, la falta de datos epidemiológicos fiables y el persistente estigma social en torno a la salud mental, representan barreras formidables (31,32). La "paradoja del 10/90%", donde la mayoría de la infancia vulnerable reside en países con menos recursos, agrava estas limitaciones, frustrando a menudo la derivación a servicios especializados (31).

Pese a estos desafíos, la revisión ha identificado oportunidades y estrategias innovadoras que pueden potenciar el rol del pediatra de emergencias y fortalecer el sistema de atención. Modelos como la atención escalonada y la atención colaborativa, que integran a especialistas en atención primaria, ofrecen vías prometedoras. Estrategias como el "task shifting and task sharing" — capacitar a miembros de la comunidad sin formación especializada para proporcionar apoyo psicosocial básico y derivar casos graves— emergen como soluciones escalables y adaptadas a contextos de escasez (33). La colaboración multisectorial con escuelas, comunidades de fe y medios de comunicación, junto con el uso estratégico de la tecnología (telemedicina, formación a distancia), son herramientas poderosas para expandir el alcance de la atención y mejorar tanto la contención como la derivación (17,34).

## **Conclusiones**

La presente revisión bibliográfica subraya la urgencia y la relevancia de la intervención psiquiátrica temprana en niños y adolescentes expuestos a desastres, con un énfasis particular en el papel fundamental del pediatra de emergencias. Los hallazgos consolidan la comprensión de que el TEPT infantil post-desastre no es una secuela inevitable, sino una condición influenciada por una compleja interacción de factores

de riesgo y protectores, donde la respuesta inmediata y coordinada puede marcar una diferencia sustancial en el pronóstico a largo plazo.

Se confirma que la prevalencia del TEPT en esta población es significativa y variable, lo que exige una alta sospecha clínica por parte de los profesionales de primera línea. En este contexto, la capacidad del pediatra de emergencias para implementar estrategias de cribado y evaluación iniciales rápidas y precisas es indispensable. Aunque no se espera que realicen diagnósticos definitivos, su rol en la identificación temprana de señales de alarma y la diferenciación entre respuestas normativas al estrés y síntomas patológicos es vital para orientar los siguientes pasos.

Asimismo, la revisión destaca la importancia de las intervenciones de contención psicológica que el pediatra puede ofrecer en el entorno agudo de la emergencia. Estas no son solo medidas de apoyo, sino elementos cruciales de una "primera ayuda psicológica" que incluyen la provisión de un ambiente seguro, la psicoeducación sencilla a niños y cuidadores, el fomento de la expresión emocional, el restablecimiento de rutinas básicas y la enseñanza de técnicas de relajación elementales. Estas acciones, aunque aparentemente simples, son poderosos amortiguadores del trauma y pueden reducir la probabilidad de cronificación del TEPT.

Finalmente, la efectividad de la intervención temprana se ve intrínsecamente ligada a la derivación oportuna y bien coordinada a servicios de salud mental especializados. La revisión ha puesto de manifiesto la existencia de protocolos de derivación, pero también ha revelado desafíos persistentes que obstaculizan este proceso. Estos desafíos, que van desde el estigma asociado a la salud mental y la escasez de recursos especializados hasta las barreras geográficas, económicas y de coordinación intersectorial, requieren una atención urgente y soluciones multifacéticas. Es imprescindible

ble que los sistemas de salud inviertan en la capacitación continua de los pediatras de emergencias en el manejo del trauma infantil y en el fortalecimiento de las redes de derivación, asegurando que ningún niño en riesgo quede sin el apoyo especializado que necesita. En última instancia, el pediatra de emergencias es un pilar fundamental en la construcción de la resiliencia infantil post-desastre, y su rol debe ser reconocido, valorado y adecuadamente respaldado.

## Bibliografía

- Spencer G, Thompson J. Children and young people's perspectives on disasters – Mental health, agency and vulnerability: A scoping review. *Int J Disaster Risk Reduct* [Internet]. junio de 2024;108:104495. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2212420924002577>
- Burkhart K, Agarwal N, Kim S, Neudecker M, Ievers-Landis C. A Scoping Review of Trauma-Informed Pediatric Interventions in Response to Natural and Biologic Disasters. *Children* [Internet]. el 5 de junio de 2023;10(6):1017. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9067/10/6/1017>
- Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP. Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and families. *Psychother Res*. enero de 2018;28(1):47–57.
- Dublin S, Black-Pond C, VanDeusen K, Kliethermes M, Layne CM, Katz L. Relationships between prior trauma education and implementation of evidence-based trauma treatments. *Psychol Trauma Theory, Res Pract Policy* [Internet]. el 7 de abril de 2025; Disponible en: <https://doi.apa.org/doi/10.1037/tra0001907>
- Brymer M, Taylor M, Escudero P, Jacobs A, Kronenberg M, Macy R, et al. Psychological first aid for schools: Field operations guide [Internet]. 2da ed. Los Ángeles: National Child Traumatic Stress; 2012. Disponible en: [https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources/pfa\\_schools.pdf](https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources/pfa_schools.pdf)
- Steen M, Raynor J, Baldwin CD, Jee SH. Child Adversity and Trauma-Informed Care Teaching Interventions: A Systematic Review. *Pediatrics* [Internet]. el 1 de marzo de 2022;149(3). Disponible en: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/149/3/e2021051174/184788/Child-Adversity-and-Trauma-Informed-Care-Teaching>
- Powell T, Muller JM, Wetzel G. Evidence-Based Interventions for Children and Families During Disaster Recovery: Trends, Lessons Learned, and Future Directions BT - Environmental Impacts on Families: Change, Challenge, and Adaptation. En: Ortiz SE, McHale SM, King V, Glick JE, editores. Cham: Springer Nature Switzerland; 2023. p. 23–39. Disponible en: [https://doi.org/10.1007/978-3-031-22649-6\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-031-22649-6_2)
- American Psychiatric Association. Trastorno de estrés postraumático (TEPT) [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/patients-families/la-salud-mental/trastorno-de-estres-postraumatico-tept/¿que-es-el-trastorno-de-estres-postraumatico-tept>
- Forresi B, Soncini F, Bottosso E, Di Pietro E, Scarpini G, Scaini S, et al. Post-traumatic stress disorder, emotional and behavioral difficulties in children and adolescents 2 years after the 2012 earthquake in Italy: an epidemiological cross-sectional study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. el 13 de febrero de 2020;29(2):227–38. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s00787-019-01370-0>
- Biset G, Goshiye D, Melesse N, Tsehay M. Post-traumatic stress disorders among children and adolescents in conflict-affected zones of Amhara region, February 2022. *Front Psychol* [Internet]. 2023;Volume 13-2022. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2022.1052975>
- Lotzin A, Krause L, Acquarini E, Ajdukovic D, Anastassiou-Hadjicharalambous X, Ardino V, et al. Risk and protective factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed individuals during the COVID-19 pandemic – findings from a pan-European study. *Eur J Psychotraumatol* [Internet]. el 19 de diciembre de 2022;13(2). Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20008066.2022.2138099>
- Brooks K. Trastorno de estrés postraumático (TEPT): ¿pueden padecerlo los niños y los adolescentes? [Internet]. American Academy of Pediatrics. 2023 [citado el 23 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/emotional-problems/Paginas/Post-Traumatic-Stress-Disorder-PTSD.aspx>
- Elia J. Trastornos de estrés agudo y postraumático en niños y adolescentes [Internet]. Manual MSD. 2023. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/salud-infantil/trastornos-de-la-salud-mental-en-niños-y-adolescentes/trastornos-de-estrés-agudo-y-postraumático-en-niños-y-adolescentes>

- Camargo A, Casiraghi LP, Vargas R, Trujillo M. Psychological resilience and post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of the effects of intentional and unintentional trauma before the COVID-19 pandemic. *Middle East Curr Psychiatry* [Internet]. 2025;32(1):35. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s43045-025-00528-8>
- Unobravo. Trastorno de estrés postraumático (TEPT): causas y síntomas [Internet]. Blog. 2024. p. ¿Qué es el trastorno de estrés postraumático (TEPT). Disponible en: <https://www.unobravo.com/es/blog/estres-postraumatico>
- Cruylles S, Rodríguez Ramos P. El estrés postraumático en niños y adolescentes. Comentarios de cuatro libros publicados en los últimos años por el Dr. Víctor G. Carrión. *Rev Psiquiatr Infanto-Juvenil* [Internet]. el 20 de enero de 2021;37(4):54–5. Disponible en: <http://aepnya.eu/index.php/revista-aepnya/article/view/397>
- Landivar Wong MG, Arteaga Rolando MA, Olmedo Aviles CL, Castillo Hidalgo EG. Revisión sistemática de instrumentos de medida del estrés postraumático en Latinoamérica. *RECIAMUC* [Internet]. el 20 de marzo de 2025;9(1):90–104. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1520>
- Hisaka N. Atención al trauma en niños y adolescentes [Internet]. HelpGuide.org. TEPT Y TRAUMA. 2024. Disponible en: <https://www.helpguide.org/es/tepty-trauma/atencion-al-trauma-en-ninos-y-adolescentes>
- Stanford Medicine Children's Health. Trastorno de estrés postraumático en niños [Internet]. Stanford Medicine Children's Health. [citado el 23 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=post-traumatic-stress-disorder-in-children-90-P05689>
- Mayo Clinic. Trastorno por estrés postraumático [Internet]. Fundación Mayo para la Educación y la Investigación Médicas. 2024 [citado el 23 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/post-traumatic-stress-disorder/diagnosis-treatment/drc-20355973>
- Picco JM, Wolff S, González Dávila E, Wolff D. Fatiga cardíaca en corredores de ultra trail, observada por parámetros de nuevas técnicas ecocardiográficas. *Rev Argent Cardiol* [Internet]. el 30 de abril de 2025; Disponible en: <https://rac.sac.org.ar/index.php/rac/article/view/803>
- Jeffrey S, Brooks K, Judith A C. Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: Treatment overview [Internet]. UpToDate. 2025 [citado el 23 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/posttraumatic-stress-disorder-in-children-and-adolescents-treatment-overview/print>
- Knipschild R, Klip H, van Leeuwen D, van Onna MJR, Lindauer RJL, Staal WG, et al. Treatment of multiple traumatized adolescents by enhancing regulation skills and reducing trauma related symptoms: rationale, study design, and methods of randomized controlled trial (the Mars-study). *BMC Psychiatry* [Internet]. 2023;23(1):644. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05073-4>
- 2Cobham VE, McDermott B. 'School-based screen-and-treat': An effective blueprint for expediting access to care in children experiencing <scp>PTSD</scp> following disasters. *Br J Clin Psychol* [Internet]. el 20 de marzo de 2025;64(1):47–62. Disponible en: <https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bjc.12475>
- Fallat ME, Treager C, Humphrey S, Gumer L, Jawad K, Butler E, et al. A Novel Approach to Assessment of US Pediatric Trauma System Development. *JAMA Surg* [Internet]. el 1 de noviembre de 2022;157(11):1042–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2022.4303>
- Said NB, Molassiotis A, Chiang VCL. Psychological first aid training in disaster preparedness for nurses working with emergencies and traumas. *Int Nurs Rev* [Internet]. el 3 de diciembre de 2022;69(4):548–58. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inr.12749>
- Child Mind Institute I. Helping Children Cope After a Traumatic Event [Internet]. 2025 [citado el 23 de julio de 2025]. Disponible en: <https://childmind.org/es/guia/guia-sobre-como-ayudar-a-los-ninos-a-lidiar-con-un-evento-traumatico/>
- Morison L, Simonds L, Stewart S-JF. Effectiveness of creative arts-based interventions for treating children and adolescents exposed to traumatic events: a systematic review of the quantitative evidence and meta-analysis. *Arts Health* [Internet]. el 2 de septiembre de 2022;14(3):237–62. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/17533015.2021.2009529>
- Orengo-Aguayo R, Stewart RW, Rodríguez-Sanfiorenzo T del M, Martínez-González KG. Implementation of trauma and disaster mental health awareness training in Puerto Rico. *npj Ment Heal Res* [Internet]. 2024;3(1):65. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s44184-024-00110-w>

Saidinejad M, Duffy S, Wallin D, Hoffmann JA, Joseph MM, Uhlenbrock JS, et al. The Management of Children and Youth With Pediatric Mental and Behavioral Health Emergencies. *Pediatrics* [Internet]. el 1 de septiembre de 2023;152(3). Disponible en: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/152/3/e2023063255/193697/The-Management-of-Children-and-Youth-With>

UNICEF. *Mundial de la Infancia 2021*. En mi mente [Internet]. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); 2021. 262 p. Disponible en: [https://www.unicef.org/media/114641/file/SOWC\\_2021\\_Full\\_Report\\_Spanish.pdf](https://www.unicef.org/media/114641/file/SOWC_2021_Full_Report_Spanish.pdf)

OMS/OPS. *Salud Mental en Atención Primaria* [Internet]. Organización Mundial de la Salud (OMS) Organización Panamericana de la Salud (OPS). [citado el 23 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental-atencion-primaria>

Pereira-Sánchez V. Salud mental global infantil y adolescente en el siglo XXI: Crisis y resurgimiento. *Rev Psiquiatr Infanto-Juvenil* [Internet]. el 16 de noviembre de 2024;41(4):1–8. Disponible en: <https://aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/1132>

Ministerio de Salud y Protección Social. *Política Nacional de Salud Mental 2024-2033* [Internet]. Bogotá, D. C: Ministerio de Salud y Protección Social; 2024. 102 p. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Anexos\\_Normatividad\\_Nuevo/Document-2025-01-17T111829\\_306.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Anexos_Normatividad_Nuevo/Document-2025-01-17T111829_306.pdf)



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.

### CITAR ESTE ARTICULO:

Chimbo Chimbo, S. de L., Moya Silva , L. S., Uvidia Maldonado, J. M., & Terán Cevallos, L. M. (2025). Intervención psiquiátrica temprana en casos de TEPT infantil post-desastre: rol del pediatra de emergencias en la contención y derivación. *RECIMUNDO*, 9(2), 833–844. [https://doi.org/10.26820/recimundo/9.\(2\).abril.2025.833-844](https://doi.org/10.26820/recimundo/9.(2).abril.2025.833-844)