

Cognitive Behavioral Intervention for Trauma in Schools (CBITS)

Fecha de Revisión: Marzo de 2010

El programa *Cognitive Behavioral Intervention for Trauma in Schools (CBITS)* [Intervención Cognitivo Conductual para el Trauma en las Escuelas] es una intervención tanto de grupo como individual basada en las escuelas, diseñada para reducir los síntomas del trastorno de estrés posttraumático (TEPT), la depresión, y los problemas de conducta; mejorar el apoyo por parte de los compañeros y de los padres; y mejorar las destrezas de afrontamiento entre los estudiantes expuestos a eventos de vida traumáticos, como violencia en la comunidad o en la escuela, abuso físico, violencia doméstica, accidentes, y desastres naturales. CBITS ha sido probado principalmente con niños del tercer al octavo grado, como en los tres estudios revisados en este resumen. También se ha implementado con estudiantes de la escuela secundaria. Los estudiantes que han participado en evaluaciones de CBITS se evaluaron individualmente para detectar trauma y/o estuvieron expuestos a un evento climatológico catastrófico, como el Huracán Katrina.

CBITS cuenta con las teorías cognitivas y conductuales de ajuste a eventos traumáticos y usa técnicas cognitivo-conductuales tales como la psico-educación, la relajación, la resolución de problemas sociales, la reestructuración cognitiva, la exposición a imágenes, la exposición a recordatorios del trauma, y el desarrollo de una narrativa del trauma. El programa incluye 10 sesiones de grupo y 1-3 sesiones individuales para estudiantes, 2 sesiones psico-educativas para padres, y una sesión educativa para maestros. El programa está diseñado para ser impartido en el entorno escolar por profesionales de la salud mental trabajando en estrecha colaboración con el personal de la escuela.

Información Descriptiva

Áreas de interés	Promoción de la salud mental
Desenlaces	1: Síntomas de TEPT 2: Síntomas de depresión 3: Disfunción psicosocial
Categorías de desenlaces	Salud mental Funcionamiento social
Edades	6-12 (Niñez)
Género	Masculino Femenino
Razas/Orígenes étnicos	Afro americano Hispano o Latino Blanco Raza/Origen étnico no especificado
Entorno	Escuela/aula escolar
Zonas geográficas	Urbanas
Historia de la implementación	Desde su primer uso en el año escolar 2000-2001, CBITS ha sido implementado ampliamente por todo los Estados Unidos y está siendo activamente diseminado a través de la Red Nacional de Estrés Traumático del Niño (National Child Traumatic Stress Network). Hay sitios de implementación ubicados en California, el Distrito de Columbia, Illinois, Louisiana, Maryland, Mississippi, Montana, Tennessee, y Wisconsin, entre otros estados. Internacionalmente, CBITS está siendo implementado en Australia, China, Guyana, y Japón.
Financiamiento del NIH/ Estudios de investigación comparativa de efectividad	Parcial o totalmente financiado por los Institutos Nacionales de Salud: Sí Evaluado en estudios de investigación comparativa de efectividad: Sí
Adaptaciones	CBITS ha sido adaptado para su uso con niños inmigrantes latinos traumatizados, y las hojas de trabajo y materiales de distribución para padres han sido traducidos al español. El programa también ha sido adaptado para su uso en escuelas de reservaciones indígenas americanas, para reflejar la cultura tradicional y prácticas de bienestar de las tribus participantes. Además, las hojas de trabajo del programa se han adaptado para su uso entre grupos de bajo nivel de alfabetización y jóvenes en el sistema de crianza temporal.
Efectos adversos	El diseñador del programa no identificó ningún efecto adverso, inquietud o consecuencia no intencionada.

Categorías de prevención del Instituto de Medicina (IOM)	Selectiva Indicada
--	-----------------------

Desenlaces

Desenlace 1: Síntomas de TEPT	
Descripción de medidas	La Escala de Síntomas de TEPT del Niño (Child PTSD Symptom Scale, "CPSS"), que es la versión para niños de la Escala de Diagnóstico Posttraumático para Adultos (Posttraumatic Diagnostic Scale for Adults), se usó para evaluar los síntomas de TEPT. La CPSS es una medida auto administrada de 17 preguntas que pide a los niños que califiquen cuántas veces en el mes pasado se sintieron molestos por los síntomas, en una escala de 0 (para nada) a 3 (casi siempre). La escala resulta en una calificación total entre 0 y 51, donde las calificaciones más altas indican más síntomas de TEPT.
Hallazgos clave	<p>En un estudio, estudiantes del sexto grado que reportaron exposición a situaciones de violencia y que tenían síntomas clínicamente significativos de TEPT (calificación de CPSS > 14) fueron asignados aleatoriamente a un grupo que recibía CBITS o a un grupo de control en lista de espera. Después de ajustar por las calificaciones iniciales de referencia, el grupo de la intervención tuvo un calificación media de CPSS significativamente más baja, durante el seguimiento hecho a los 3 meses que el grupo en lista de espera (8.9 vs. 15.5; $p < .001$). El tamaño de efecto para este hallazgo fue grande (d de Cohen = 1.08). Durante el seguimiento hecho a los 6 meses, después de que el grupo en lista de espera completó la intervención CBITS, la diferencia entre las calificaciones medias de CPSS para los grupos de intervención y en lista de espera ya no era significativa (8.2 vs. 7.2).</p> <p>En otro estudio, estudiantes del tercer al octavo grado con síntomas de depresión y/o TEPT relacionados con un trauma se compararon después de recibir CBITS o de haber sido colocados en un grupo de control en lista de espera. Desde la evaluación inicial de referencia hasta el seguimiento hecho a los 3 meses, la calificación media de CPSS para el grupo de la intervención disminuyó significativamente de 19 a 13 ($p < .001$), mientras que el grupo en lista de espera tuvo una disminución no significativa de 18 a 16. Además, en el análisis de una sub muestra de estudiantes con síntomas clínicamente significativos de TEPT durante la evaluación inicial de referencia (calificación de CPSS > 11), la mejora en la calificación media de CPSS fue significativamente mayor para el grupo que recibió la intervención (de 20 a 13) que para el grupo en lista de espera (de 19 a 16; $p < .05$).</p> <p>En un tercer estudio, estudiantes del cuarto al octavo grado que reportaron niveles significativos de síntomas de trastorno mental, incluyendo TEPT, fueron asignados aleatoriamente para recibir ya sea CBITS o Terapia Cognitivo-Conductual Enfocada en el Trauma (Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy, "TF-CBT"). Las calificaciones medias de CPSS mejoraron significativamente para ambos grupos desde la evaluación inicial de referencia hasta el seguimiento hecho a los 10 meses, disminuyendo de 22.82 a 12.00 para el grupo que recibió TF-CBT ($p < .01$) y de 21.98 a 15.81 para el grupo que recibió CBITS ($p < .001$). Aunque ambos tratamientos condujeron a una reducción significativa de los síntomas de TEPT, la diferencia entre los grupos no fue estadísticamente significativa.</p>
Estudios que demuestran el desenlace	Estudio 1 , Estudio 2 , Estudio 3
Diseños de los estudios	Experimental, Cuasi experimental
Índice de calidad de la investigación	3.1 (escala de 0.0 a 4.0)

Desenlace 2: Síntomas de depresión	
Descripción de medidas	Los síntomas de depresión se midieron usando el Inventario de Depresión del Niño (Children's Depression Inventory, "CDI"). El CDI es un instrumento auto administrado de 27 preguntas que evalúa los síntomas cognitivos, afectivos y conductuales de la depresión en los niños. Se usaron 26 de las 27 preguntas; 1 pregunta que tenía que ver con la tendencia al suicidio se eliminó a solicitud del personal escolar. Para cada pregunta, se pidió al niño que describiera sus sentimientos durante las últimas 2 semanas, con tres posibles opciones de respuesta asociadas con calificaciones de 0 (ausencia de síntomas), 1 (síntomas leves), y 2 (síntomas definitivos). Las calificaciones van de 0 a 52 puntos, donde las calificaciones más altas indican más síntomas depresivos.

Hallazgos clave	<p>En un estudio, estudiantes del sexto grado que reportaron exposición a situaciones de violencia y que tenían síntomas clínicamente significativos de TEPT (calificación de CPSS > 14) fueron asignados aleatoriamente a un grupo que recibía CBITS o a un grupo de control en lista de espera. Después de ajustar por las calificaciones iniciales de referencia, el grupo de la intervención tuvo un calificación media de CDI más baja durante el seguimiento hecho a los 3 meses que el grupo en lista de espera (9.4 vs. 12.7; $p = .014$). El tamaño de efecto para este hallazgo fue pequeño (d de Cohen = 0.45). Durante el seguimiento hecho a los 6 meses, después de que el grupo en lista de espera completó la intervención CBITS, la diferencia entre las calificaciones medias de CDI para los grupos de intervención y en lista de espera ya no era significativa (9.0 vs. 10.0).</p> <p>En otro estudio, estudiantes del tercer al octavo grado con síntomas de depresión y/o TEPT relacionados con un trauma se compararon después de recibir CBITS o de haber sido colocados en un grupo de control en lista de espera. Desde la evaluación inicial de referencia hasta el seguimiento hecho a los 3 meses, la calificación media de CDI para el grupo de la intervención disminuyó significativamente de 16 a 14 ($p < .001$), mientras que la calificación media de CDI para el grupo en lista de espera permaneció sin alterar en 16. Además, en el análisis de una sub muestra de estudiantes con síntomas clínicamente significativos de depresión durante la evaluación inicial de referencia (calificación de CDI = 18), la mejora en la calificación media de CDI durante el seguimiento hecho a los 3 meses, fue significativamente mayor para el grupo que recibió la intervención (de 23 a 18) que para el grupo en lista de espera (de 24 a 23; $p < .05$).</p> <p>En un tercer estudio, estudiantes del cuarto al octavo grado que reportaron niveles significativos de síntomas de trastorno mental, incluyendo TEPT, fueron asignados aleatoriamente para recibir ya sea CBITS o TF-CBT. Las calificaciones medias de CDI mejoraron significativamente para ambos grupos desde la evaluación inicial de referencia hasta el seguimiento hecho a los 10 meses, disminuyendo de 15.43 a 11.14 para el grupo que recibió TF-CBT ($p = 0.17$) y de 13.40 a 9.72 para el grupo que recibió CBITS ($p < .001$).</p>
Estudios que demuestran el desenlace	Estudio 1 , Estudio 2 , Estudio 3
Diseños de los estudios	Experimental, Cuasi experimental
Índice de calidad de la investigación	3.0 (escala de 0.0 a 4.0)

Desenlace 3: Disfunción psicosocial

Descripción de medidas	La disfunción psicosocial se evaluó usando la Lista de Verificación de Síntomas Pediátricos (Pediatric Symptom Checklist, "PSC") de 35 preguntas. Este instrumento les pide a los padres del niño que califiquen la frecuencia de los problemas emocionales y del comportamiento del niño en una escala de 0 (nunca) a 2 (frecuentemente), con una calificación total posible de 0 a 70 puntos, donde las calificaciones más altas indican un mayor grado de disfunción.
Hallazgos clave	Estudiantes del sexto grado que reportaron exposición a situaciones de violencia y que tenían síntomas clínicamente significativos de TEPT (calificación de CPSS > 14) fueron asignados aleatoriamente a un grupo que recibía CBITS o a un grupo de control en lista de espera. Después de ajustar por las calificaciones iniciales de referencia, el grupo de la intervención tuvo una calificación media de PSC significativamente más baja durante el seguimiento hecho a los 3 meses que el grupo en lista de espera (12.5 vs. 16.5; $p = .007$). El tamaño de efecto para este hallazgo fue mediano (d de Cohen = 0.77). Durante el seguimiento hecho a los 6 meses, después de que el grupo en lista de espera completó la intervención CBITS, la diferencia entre las calificaciones medias de PSC para los grupos de intervención y en lista de espera ya no era significativa (9.4 vs. 8.9).
Estudio que demuestra el desenlace	Estudio1
Diseño del estudio	Experimental
Índice de calidad de la investigación	3.4 (escala de 0.0 a 4.0)

Grupos Incluidos en los Estudios

Los siguientes grupos fueron identificados en los estudios revisados para Calidad de la Investigación.

Estudio	Edad	Género	Raza / Origen Étnico
Estudio 1	6 - 12 (Niñez)	56% Femenino 44% Masculino	100% Raza/Origen étnico no especificado
Estudio 2	6 - 12 (Niñez)	50% Femenino 50% Masculino	100% Hispanos o Latinos
Estudio 3	6 - 12 (Niñez)	56% Femenino 44% Masculino	48% Blancos 46% Afro americanos 5% Hispanos o Latinos 1% Raza/Origen étnico no especificado

Calidad de la Investigación

Los siguientes documentos fueron revisados para determinar la Calidad de la Investigación. El punto focal de investigación podrá proveer información sobre los estudios revisados y la disponibilidad de materiales adicionales, incluyendo aquellos de estudios más recientemente realizados.

Estudio 1

Stein, B. D., Elliott, M. N., Tu, W., Jaycox, L. H., Kataoka, S. H., Fink, A., et al. (2003). School-based intervention for children exposed to violence [Reply]. *Journal of the American Medical Association*, 290(19), 2542.

[Stein, B. D., Jaycox, L. H., Kataoka, S. H., Wong, M., Tu, W., Elliott, M. N., et al. \(2003\). A mental health intervention for schoolchildren exposed to violence: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 290\(5\), 603-611.](#)



Estudio 2

[Kataoka, S. H., Stein, B. D., Jaycox, L. H., Wong, M., Escudero, P., Tu, W., et al. \(2003\). A school-based mental health program for traumatized Latino immigrant children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42\(3\), 311-318.](#)



Estudio 3

[Jaycox, L. H., Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Walker, D. W., Langley, A. K., Gegenheimer, K. L., et al. \(2010\). Children's mental health care following Hurricane Katrina: A field trial of trauma-focused psychotherapies. *Journal of Traumatic Stress*, 23\(2\), 223-231.](#)



Materiales Suplementarios

[Foa, E., Johnson, K. M., Feeny, N. C., & Treadwell, K. R. \(2001\). The Child PTSD Symptom Scale: A preliminary examination of its psychometric properties. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30\(3\), 376-384.](#)



[Jaycox, L. H., Stein, B., Kataoka, S., Wong, M., Fink, A., Escudera, P., et al. \(2002\). Violence exposure, posttraumatic stress disorder, and depressive symptoms among recent immigrant schoolchildren. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41\(9\), 1104-1110.](#)



Morsette, A., Schuldberg, D., van den Pol, R., Swaney, G., & Stolle, D. (2009). Culturally informed cognitive behavioral interventions for trauma symptoms: Group therapy in rural American Indian reservation schools. Manuscrito presentado para su publicación.

Índice de Calidad de la Investigación por Criterio (escala de 0.0–4.0)

La calidad de los resultados reportados de cada intervención es evaluada independientemente por evaluadores externos, utilizando los siguientes seis criterios:

1. Confiabilidad de las medidas
2. Validez de las medidas
3. Fidelidad de la intervención
4. Falta de datos e índice de abandono
5. Posibles variables de confusión
6. Idoneidad del análisis

Para más información sobre estos criterios y el significado de estas calificaciones, consulte la sección de [Calidad de la Investigación](#).

Desenlace	Confiabilidad de las medidas	Validez de las medidas	Fidelidad	Falta de datos/ índice de abandono	Variabes de confusión	Análisis de datos	Índice general
1: Síntomas de TEPT	4.0	4.0	2.0	3.0	2.0	3.5	3.1
2: Síntomas de depresión	4.0	3.5	2.0	3.0	2.0	3.5	3.0
3: Disfunción psicosocial	3.5	4.0	3.0	3.5	2.5	4.0	3.4

Fortalezas del Estudio

Los estudios utilizaron instrumentos de medición relevante y psicométricamente sólidos. Las medidas tienen altos niveles de confiabilidad y validez y han sido ampliamente utilizadas en otros estudios. La falta de datos fue bien manejada y tomada en cuenta en los análisis (por ejemplo, los análisis usaron imputación múltiple; dos estudios utilizaron la intención de tratar). Se usaron diversos análisis en los tres estudios, y por lo general los análisis fueron apropiados para el tipo de datos recolectados.

Debilidades del Estudio

A pesar de la disponibilidad de un manual de tratamiento y de capacitación para el terapeuta, los métodos utilizados para medir la fidelidad de la intervención variaron entre los tres estudios y por lo general no fueron sistemáticamente sólidos. Algunas variables de confusión importantes no fueron resueltas en los estudios, incluyendo diferencias en los valores iniciales de referencia entre los que completaron y los que no completaron la intervención, falta de estudio ciego de la condición de tratamiento, un enfoque mixto para hacer asignaciones a las condiciones, e índices de abandono diferenciales entre grupos de tratamiento.

Plan de Diseminación

Los siguientes materiales fueron revisados para determinar el Plan de Diseminación. El punto focal de implementación podrá proveer información sobre la implementación de la intervención y la disponibilidad de materiales adicionales, actualizados o nuevos.

Materiales de Diseminación

Conjunto de herramientas de diseminación de Cognitive Behavioral Intervention for Trauma in Schools.

Jaycox, L. (2004). Cognitive Behavioral Intervention for Trauma in Schools. Longmont, CO: Sopris West Educational Services.

Sitio Web del programa, http://www.tsaforschools.org/index.php?option=com_content&task=view&id=81&Itemid=69.

Índice del Plan de Diseminación por Criterio (escala de 0.0–4.0)

Evaluadores externos evalúan independientemente el Plan de Diseminación de la intervención, utilizando tres criterios:

1. Disponibilidad de los materiales de implementación
2. Disponibilidad de recursos de capacitación y apoyo
3. Disponibilidad de procedimientos de garantía de la calidad

Para más información sobre estos criterios y el significado de estas calificaciones, consulte la sección [Plan de Diseminación](#).

Materiales de implementación	Recursos de capacitación y apoyo	Procedimientos de garantía de la calidad	Índice general
4.0	4.0	3.5	3.8

Fortalezas de la Diseminación

Los materiales de implementación son minuciosos y bien desarrollados. El manual y el conjunto de herramientas son fáciles de leer, están bien organizados, y claramente formateados. Se proporcionan detalles sobre cómo evaluar a los estudiantes para determinar su idoneidad para ser incluidos en el programa. Los paquetes de capacitación son completos y variados. Los diseñadores del programa son claros sobre las destrezas y competencias requeridas por los terapeutas y supervisores que implementan el programa. Se ofrece soporte continuo a través de consultas telefónicas y de una red en línea de apoyo de compañeros y biblioteca de recursos. Se describen varias opciones para el monitoreo de la fidelidad, incluyendo la calificación de sesiones en vivo o grabadas, auto calificación de los terapeutas, y supervisión, y se incluyen formularios de calificación e instrucciones. Se resalta el monitoreo de la fidelidad como un componente importante del programa.

Debilidades de la Diseminación

Los materiales de garantía de la calidad no contienen ningún componente de medida de la competencia cultural a pesar del énfasis del programa en las adaptaciones culturales. Además, existen muy pocas explicaciones sobre cómo los supervisores deben interpretar los cambios en las calificaciones de los participantes de la prueba de entrada a la prueba de salida y cómo deben analizar esta información.

Costos

La siguiente información de costos fue proporcionada por el diseñador del programa. Aunque esta información de costos pueda haber sido actualizada desde la fecha de la revisión, es posible que no refleje los costos actuales o la disponibilidad de artículos (incluyendo artículos recientemente desarrollados o discontinuados). El punto focal de implementación podrá proveer información actualizada y discutir requisitos de implementación.

Descripción del artículo	Costo	Exigido por el Diseñador
Manual	\$40 cada uno	Sí
Antecedentes para lectura	Gratis	No
Materiales de adaptación	Gratis	No
DVD Students and Trauma [Estudiantes y Trauma]	\$15 cada uno	No
Capacitación de 2 días de duración, en o fuera del sitio (incluye consulta previa a la capacitación)	\$4,000 por 12-15 participantes, más gastos de viaje	No
Consulta clínica	\$200 por hora	No
Listas de verificación de fidelidad con instrucciones	Gratis	No
Revisión de grabaciones en video para el monitoreo de la fidelidad	\$100 por hora	No

Información Adicional

El costo de la implementación se puede calcular con base en el salario de un profesional de la salud mental basado en la escuela a tiempo completo, dedicado a impartir CBITS. Un profesional puede evaluar a los estudiantes en la población escolar en general y seleccionar a estudiantes con síntomas elevados, impartiendo hasta 30 grupos de CBITS por año académico (6-8 estudiantes por grupo), para un total de aproximadamente 210 estudiantes. Asumiendo un costo aproximado de dotación de personal de \$90,000 por año para un trabajador social a tiempo completo, el costo estimado por participante es \$430.

Replicaciones

A continuación se presentan citas seleccionadas. Un asterisco indica que el documento fue revisado para determinar la Calidad de la Investigación.

[Cohen, J. A., Jaycox, L. H., Mannarino, A. P., Walker, D. W., Langley, A. K., & DuClos, J. L. \(2009\). Treating traumatized children after Hurricane Katrina: Project Fleur-de-Lis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12\(1\), 55-64.](#) 

Dean, K., Langley, A., Kataoka, S., Jaycox, L. H., Wong, M., & Stein, B. D. (2008). School-based disaster mental health services: Clinical, policy, and community challenges. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(1), 51-57.

Feldman, E. (2007). Implementation of the Cognitive Behavioral Intervention for Trauma in Schools (CBITS) with Spanish-speaking, immigrant middle-school students: Is effective, culturally competent treatment possible within a public school setting? (Doctoral dissertation, University of Wisconsin-Madison, 2007). *Dissertation Abstracts International*, 68(A), 1325.

Jaycox, L. H., Langley, A. K., Stein, B. D., Wong, M., Sharma, P., Scott, M., et al. (2009). Support for students exposed to trauma: A pilot study. *School Mental Health*, 1(2), 49-60.

[Kataoka, S. H., Fuentes, S., O'Donoghue, V. P., Castillo-Campos, P., Bonilla, A., Halsey, K., et al. \(2006\). A community participatory research partnership: The development of a faith-based intervention for children exposed to violence. *Ethnicity & Disease*, 16\(1 Suppl. 1\), S89-S97.](#) 

Kataoka, S., Nadeem, E., Langley, A. K., Jaycox, L., Stein, B. D., & Wong, M. (in press). Implementing school mental health programs in post-Katrina Louisiana: A focus group study. *American Journal of Preventive Medicine*.

[Morsette, A., Swaney, G., Stolle, D., Schuldberg, D., van den Pol, R., & Young, M. \(2009\). Cognitive Behavioral Intervention for Trauma in Schools \(CBITS\): School-based treatment on a rural American Indian reservation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40\(1\), 169-178.](#) 

Información de Contactos

Para información sobre la implementación:

Audra K. Langley, Ph.D.
(310) 825-3131
alangley@mednet.ucla.edu

Para información sobre la investigación:

Lisa H. Jaycox, Ph.D.
(703) 413-1100 ext 5118
jaycox@rand.org

Para más información, visite:

- <http://www.cbitsprogram.org>

Considere estas [Preguntas a Formular](#) (PDF, 175KB) a medida que explora los posibles usos para esta intervención.

Este PDF se generó a partir de <http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=153> el 25 de enero de 2012.